Promoviendo la Calidad del Cuidado Materno y del Recién Nacido:

Un Manual de Referencia para Gerentes de Programas

CARE®

PROMOVIENDO LA CALIDAD DEL CUIDADO MATERNO Y DEL RECIÉN NACIDO:

UN MANUAL DE REFERENCIA PARA GERENTES DE PROGRAMAS

Preparado por
Susan Rae Ross
Asesora en Salud Reproductiva

CARE®

Diciembre de 1998

Financiamiento provisto por el Acuerdo Cooperativo #DPE-A-00-91-00011-14 de USAID.

Derechos de autor © Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc. (CARE). Reservados todos los derechos.

Las organizaciones gubernamentales y sin fines lucrativos que se dedican a la promoción de la calidad del cuidado materno y del recién nacido pueden copiar esta publicación en parte o en su totalidad, siempre que figura claramente el siguiente aviso en toda copia hecha: "Copiado del manual Promoviendo la Calidad del Cuidado Materno y del Recién Nacido: Un Manual de Referencia Para Gerentes de Programas. Derechos de autor © 1998 Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc. (CARE). Manual utilizado con permiso".

La publicación "Turning the Tide" con derechos de autor de Marie-Therse Feurstein y publicada por la editorial Macmillan Press y Save the Children UK, 1993.

La redacción de esta publicación se hizo posible por el apoyo proporcionado por la Agencia Estadounidense de Desarrollo Internacional (USAID) a través de su Oficina de Población de la División de Servicios de Planificación Familiar del Departamento Global en su Centro de Población, Salud y Nutrición, en virtud de las condiciones del Convenio Cooperativo Núm. HRN-A-00-98-00023-00. Las opiniones que se expresan en esta publicación son las de su autora y no necesariamente son un reflejo de los puntos de vista de USAID.

EN MEMORIA AFECTUOSA

"Nunca dudé de que un pequeño grupo de ciudadanos considerados y comprometidos pudieran cambiar el mundo; en realidad son los únicos que lo pueden hacer."

– Margaret Mead

Jennifer Mukolwe y Bonnie Pedersen fueron dos mujeres que dedicaron sus vidas a mejorar las condiciones de vida de sus hermanas. ***Jennifer,*** una mujer nacida en Kenia, encabezó una iniciativa para proveer servicios comunitarios de planificación familiar en varias ONG de Kenia. Ésta fue una idea radical en su comienzo, pero ahora es vista como un modelo en toda África. A principios de los años 90, Jennifer se trasladó a Uganda para ser una de las primeras gerentes del proyecto de planificación familiar de CARE. Durante los seis años bajo la guía de Jennifer floreció el programa. ***Bonnie,*** una obstetriz americana, ejerció en muchas áreas remotas de los Estados Unidos antes de lanzar la división de Proyectos Especiales del American College of Nurse-Midwives. Estos proyectos especiales trabajaron con asociaciones de obstetricia en Ghana, Uganda, Bangladesh y Sierra Leona para fortalecer sus habilidades técnicas y capacidad organizacional. Durante los últimos diez años, Bonnie brindó su notable liderazgo en USAID para fortalecer la capacidad técnica y calidad de programas de planificación familiar mundialmente, mientras se promueven los derechos de salud reproductiva de las mujeres al asegurar que sus publicaciones son escuchadas.

Tanto Jennifer como Bonnie enfrentaron muchos obstáculos durante sus vidas, pero nunca perdieron de vista la meta de hacer del mundo un mejor lugar para todas las mujeres y niños. Ambas fueron mujeres extraordinarias y yo admiré su gusto por la vida y su pasión por el trabajo. Ellas fueron grandes personas; siempre saludando a sus amigos con sonrisas y abrazos fraternales. Yo tengo el privilegio de haberlas conocido y las extrañaré mucho.

AGRADECIMIENTOS

Estoy en deuda con Debbie Armbruster del American College of Nurse-Midwives; Frances Donnay de UNICEF; Mona Moore, Consultora Independiente; Kate Jones de USAID; y Mary Beth Powers de Save the Children por brindar, sin reserva, su tiempo para proveer asesoría y apoyo técnico para el desarrollo de este manual. También quiero agradecerles a Sigrid Anderson y a Maureen Norton de USAID por apoyar esta iniciativa.

Estoy agradecida, especialmente, con la Dra. Florence Durandin y el Dr. K. M. Rezaul Haque de CARE/Bangladesh por la oportunidad de diseñar y evaluar un sistema completo de salud materna que brindó un foro para el desarrollo de este texto. También quisiera agradecer las contribuciones del demás personal de campo que ha estado involucrado en este esfuerzo.

También quiero agradecer a mis colegas de la Unidad de Salud y Población de CARE, quienes han apoyado y brindado valiosa información para este manual.

"Como mujer, no tengo país.
Como mujer, mi país es el mundo entero."

– Virginia Wolfe

Personas que Revisaron el Documento

Lic. Carla AbouZhar, Organización Mundial para la Salud
Lic. Debbie Armbruster, American College of Nurses and Midwives
Lic. Kate Burns, UNHCR
Dra. Frances Donnay, UNICEF/Nueva York
Lic. Elizabeth Downes, Emory School of Nursing
Dr. Alfredo Forte, PRIME
Dr. James Hadgorn, Neonatalogo, Tufts University Floating Hospital for Children
Dra. Jasmine Haque, UNICEF/Bangladesh
Lic. Mary Anne Javed, Christian Children's Fund
Lic. Kate Jones, USAID/Washington
Dra. Miriam Labokk, USAID/ Washington
Dr. Marc Lebey, Consultor Independiente
Lic. Patricia Lindmarsh, Marie Stopes International
Lic. Mary Anne Mercer, Health Alliance
Lic. Judith Moore, BASICS
Lic. Gail Montano, Proyecto Concern
Dra. Claudia Moressey, Consultora Independiente
Lic. Mary Beth Powers, Save the Children
Lic. Pam Putney, Abt Associates
Dra. Patricia Rodney, Decana, Universidad de Morehouse
Lic. Mary Ellen Stanton, USAID/Washington
Lic. Theresa Shaver, CARE
Lic. Patricia Stephenson, USAID/Washington
Lic. Bettina Scwethelm, Proyecto Hope
Lic. Susan Toole, Women's Commission for Refugees Women and Children

TABLA DE CONTENIDOS

TABLAS . . . . . T-i

FIGURAS . . . . . F-i

PREFACIO . . . . . P-i

INTRODUCCIÓN . . . . . I-i

CONTENIDO DE LOS CAPÍTULOS . . . . . CO-i

LISTA DE ACRÓNIMOS . . . . . A-i

CAPÍTULO UNO – ¿POR QUÉ MUEREN LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS?

I. MORTALIDAD MATERNA, MORBILIDAD MATERNA Y MUERTES DE RECIÉN NACIDOS . 1.1
- A. Mortalidad Materna 1.4
- B. Morbilidad Materna 1.8
- C. Efectos de la Mala Atención de Salud Materna en Infantes, Niños y Familias 1.9
- D. Mortalidad Prenatal y del ReciénNeonatal 1.9

II. MARCO LÓGICO CAUSAL: UN CAMINO PARA LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS SALUDABLES 1.13

III. ¿POR QUÉ CORREN LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS EN LOS PAÍSES SUBDESARROLLADOS UN MAYOR RIESGO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD? 1.17
- A. Baja Condición Social de la Mujer 1.19
- B. Alta Fertilidad 1.20
- C. Calidad de Servicios Obstétricos 1.20

IV. CAUSAS MÉDICAS DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA 1.22
- A. Causas Directas 1.22
- B. Causas Indirectas 1.25

V. CAUSAS DE MUERTES DE RECIÉN NACIDOS 1.27
- A. Bajo Peso al Nacer 1.28
- B. Infecciones 1.28
- C. Hipotermia 1.29

VI. CONCLUSIÓN 1.29

CAPÍTULO DOS – FACTORES PRE-EMBARAZO

I. BAJA CONDICIÓN SOCIAL DE LA MUJER 2.1
- A. Casamiento Prematuro 2.3
- B. Mutilación Genital Femenina 2.3

II. BAJA CONDICIÓN SOCIO-ECONÓMICA/POBREZA ENTRE MUJERES 2.5

III. NUTRICIÓN 2.6

IV. ALTA FERTILIDAD / EMBARAZO NO DESEADO 2.8
- A. Embarazos entre las Adolescentes 2.8
- B. Servicios Inadecuados de Planificación Familiar 2.9
- C. Aumento de Paridad y Edad 2.9

V. ABUSO Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES 2.10

VI. CONCLUSIÓN 2.11

CAPÍTULO TRES – FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

I. PERÍODO PRENATAL 3.1
- A. Creencias y Prácticas Durante el Embarazo 3.1
- B. Nutrición Durante el Embarazo 3.2
- C. Planificación del Parto / Preparación para el Embarazo 3.3
- D. Servicios de Atención Prenatal 3.4

II. PARTO 3.8
- A. Creencias y Prácticas Durante el Parto 3.8
- B. Partos en el Hogar no Atendidos 3.9
- C. Atrasos en Reconocer el Problema 3.10
- D. Atrasos en la Toma de Decisiones 3.12
- E. Atrasos en Llegar al Servicio de Salud 3.13
- F. Atrasos en Recibir Servicios de Calidad de Atención Materna y del Recién Nacido 3.13

III. ATENCIÓN POST-PARTO 3.17
- A. Creencias y Prácticas durante el Período Postparto 3.17
- B. Atención Postparto 3.17
- C. Atención Post-aborto 3.18

IV. RECIÉN NACIDO 3.18
- A. Infecciones 3.19
- B. Bajo Peso al Nacer 3.21

V. CONCLUSIÓN 3.22

CAPÍTULO CUATRO – DISEÑO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

I. ANTECEDENTES 4.1

II. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD MATERNA 4.5
- A. Diagnóstico del Entorno 4.5
- B. Recolección de Datos 4.7
- C. Análisis de Datos 4.12

III. CONSIDERACIONES EN EL DISEÑO DEL PROGRAMA 4.16
- A. Ámbito de Salud Materna Muy Deficiente 4.17
- B. Ámbito de Salud Materna Deficiente 4.20
- C. Ámbito de Salud Materna Moderada 4.20
- D. Ámbito de Salud Materna Adecuada 4.24
- E. Ámbito de Salud Materna Muy Adecuada 4.24

IV. MONITOREO 4.28

V. EVALUACIÓN 4.35

VI. CONCLUSIÓN 4.35

CAPÍTULO CINCO – INTERVENCIONES Y MEJORES PRÁTICAS ACTUALES

I. ANTECEDENTES 5.1

II. ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES “TRANSVERSALES” 5.5
- A. Asocios 5.5
- B. Política 5.8
- C. Mejora de los Servicios 5.11
- D. Desarrollo del Recurso Humano 5.16
- E. Educación en Salud Para Cambio de Comportamiento 5.24
- F. Movilización Comunitaria 5.25

III. MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA 5.27

IV. PRENATAL 5.30

V. PARTO 5.55

VI. POSTPARTO MATERNO 5.70

VII. RECIÉN NACIDO 5.78

VIII. CONCLUSIÓN 5.89

CAPÍTULO SEIS – LECCIONES APRENDIDAS A TRAVÉS DE LOS PROGRAMMAS

I. PROGRAMAS GENERALES 6.1
- A. Bangladesh (ICDDR, B) 6.1
- B. Bolivia: WARMI (MotherCare y Save the Children) 6.2
- C. Bolivia: Proyecto de Salud Reproductiva Cochabamba, 1990-1993 . . . . . 6.3
- D. Guatemala: Proyecto Quetzaltenango (MotherCare), 1989-1993 . . . . . 6.4
- E. Malasia 6.5

II. COMADRONAS ADIESTRADAS TRADICIONALES (CAT) 6.6
- A. Brasil: Programa Fortaleza, 1975-1984 . . . . . 6.6
- B. Gambia 6.7

III. HOGARES DE ESPERA DE MATERNIDAD. 6.8
- A. Cuba 6.8
- B. Etiopía 6.10
- C. Ghana 6.11
- D. Nicaragua 6.12

IV. PROGRAMAS COMUNITARIOS 6.12
- A. Indonesia: Proyecto del Banco Mundial 6.12
- B. Nepal: (CEDPA) 6.14
- C. Nepal: PATH / Save the Children 6.14
- D. Estado Cross River, Nigeria 6.15

V. SERVICIOS OBSTÉTRICOS 6.16
- A. Juaben, Ghana: Centro de Salud 6.16
- B. Pakro, Ghana: Puesto de Salud 6.16
- C. Ekpoma, Nigeria (PMM): Hospital 6.17
- D. Estado de Kebbi, Nigeria (PMM): Hospital Distrital 6.18
- E. Estado de Ogun, Nigeria (PMM): Hospital Distrital 6.18
- F. Zaira, Nigeria (PMM): Hospital de Enseñanza 6.19
- G. Bo, Sierra Leona (PMM) 6.20
- H. Makeni, Sierra Leona (PMM) 6.21

VI. PROGRAMAS NEONATALES 6.22
- A. Indonesia: Proyecto Prenatal de Regionalización, Tanjungsari, Oeste de Java 6.22
- B. La India: Investigación 6.23
- C. La India: Gobierno 6.24

VII. CONCLUSIÓN 6.24

GLOSARIO . . . . . G-i

PRESENTACIONES . . . . . P-i

PIES DE PÁGINA . . . . . PP-i

REFERENCIAS . . . . . R-i

Tablas

Tabla 1.1 Relación Entre la Contribución de Los Factores a la Mortalidad y Morbilidad 1.3
Tabla 1.2 Muertes Maternas por Región 1.4
Tabla 1.3 Causas Principales de Muertes Maternas 1.6
Tabla 1.4 Intervalo Desde el Inicio Hasta la Muerte Para la Mayoría de Las Complicaciones Obstétricas 1.6
Tabla 1.5 Muertes Post-Parto 1.7
Tabla 1.6 Mortalidad Perinatal y Neonatal por Región 1.10
Tabla 1.7 Muertes Perinatales por País 1.11
Tabla 1.8 Causas de Muertes Meonatales 1.12
Tabla 1.9 Riesgo de Muerte Materna por Región 1.17
Tabla 1.10 Alto Riesgo de Muerte Materna por País 1.18
Tabla 1.11 Riesgo de Muerte Materna, con Porcentajes Variantes de Mortalidad Materna y Embarazos por Mujer . . .1.18
Tabla 1.12 Abortos por Región 1.23
Tabla 1.13 Complicaciones Maternas y Resultados Perinatales 1.27
Tabla 1.14 Causas de Muertes Neonatales 1.27
Tabla 1.15 Razones Para la Mortalidad/Morbilidad Materna 1.30
Tabla 1.16 Razones Para Las Muertes Neonatales 1.31

Tabla 2.1 Clasificación de la OMS Para La Mutilación Genital Femenina (MGF) 2.4

Tabla 3.1 Elementos Clave de Planificación del Parto / Preparación Para el Embarazo 3.4
Tabla 3.2 Programa Prenatal en Kasongo (Zaire) 3.5
Tabla 3.3 Partos en el Hogar y Personal Capacitada por Región 3.9
Tabla 3.4 Ayudantes Capacitados en el Parto por País 3.10
Tabla 3.5 Signos de Peligro Para Las Mujeres 3.11
Tabla 3.6 Signos de Peligro Para el Recién Nacido 3.11
Tabla 3.7 Resultados del Embarazo por Región 3.18
Tabla 3.8 Problema Global Estimada de Enfermedad: Muertes Neonatales 3.19
Tabla 3.9 Resultados de Sífilis en el Recién Nacido 3.21

Tabla 4.1 Diferentes Enfoques de Salud Materna 4.1
Tabla 4.2 Herramienta de Diagnóstico de Riesgo Para Salud Materna y Neonatal 4.13
Tabla 4.3 Ejemplos Preliminares de Intervenciones por Ámbito 4.26
Tabla 4.4 Características Claves del Diseño, Monitoreo y Evaluación del Programa 4.28
Tabla 4.5 Marco Lógico de Monitoreo y Evaluación 4.29
Tabla 4.6 Lista Ilustrativa de Indicadores 4.31
Tabla 4.7 Educar y Movilizar a la Comunidad 4.32
Tabla 4.8 Mejorar el Transporte Entre el Centro de Salud y Hospital 4.33
Tabla 4.9 Mejorar la Disponibilidad y Calidad de Servicios de Salud 4.34
Tabla 4.10 Marco Lógico Estratégico de Salud Materna Para 1997-2003 . . . . . .4.36

Tabla 5.1 Acción Intersectorial Necesaria Para Promover La Maternidad Segura 5.7
Tabla 5.2 Mejores Prácticas Actuales: Servicios de Salud Materna de Calidad 5.14
Tabla 5.3 Diferencias Entre Atención Obstétrica de Emergencia (AOEm) y Habilidades de Salvamento (HS) 5.21
Tabla 5.4 Mejores Prácticas Actuales: Preconcepción 5.29
Tabla 5.5 Mejores Prácticas Actuales: Embarazo 5.32
Tabla 5.6 Mejores Prácticas Actuales: Embarazo 5.33
Tabla 5.7 Sistema de Registro de Riesgo Prenatal: Este de Java 5.36
Tabla 5.8 Elementos Claves de Planificación del Parto / Preparación Para el Embarazo 5.38
Tabla 5.9 Suplementación con Micronutrientes 5.40
Tabla 5.10 Indicadores Antropométricos 5.46
Tabla 5.11 Protocolos de Tratamiento Preferidos Para Mujeres Embarazadas y Recién Nacidos 5.50
Tabla 5.12 Servicios Amplios de Atención Obstétrica de Emergencia 5.58
Tabla 5.13 Mejores Prácticas Actuales: Parto / Manejo de Resultado del Embarazo 5.59
Tabla 5.14 Elementos de Un Parto Limpio: Las Seis Limpiezas 5.61
Tabla 5.15 ¡¡¡Emergencia!!! ¿Qué Puede Hacer una CAT Capacitada? 5.68
Tabla 5.16 Mejores Prácticas Actuales: Postparto Materno 5.72
Tabla 5.17 Mejores Prácticas Actuales: Atención Materna Postparto: Signos de Peligro: 24 horas Postparto 5.76
Tabla 5.18 Mejores Prácticas Actuales: Atención Materna Postparto: Servicios: 24 horas postparto 5.77
Tabla 5.19 Mejores Prácticas Actuales: Atención al Recién Nacido 5.80
Tabla 5.20 Tratamiento Preferido Para Infecciones de Recién Nacidos 5.86
Tabla 5.21 Cuidado Esencial del Recién Nacido y Signos de Peligro 5.88
Tabla 5.22 Ejemplos de Intervenciones de Salud Materna 5.89
Tabla 5.23 Ejemplos de Intervenciones de Salud Neonatal 5.90

FIGURAS

Figura 1.1 Magnitud de Los Problemas de Salud Materna y Neonatal 1.2
Figura 1.2 Mundos Diferentes 1.5
Figura 1.3 Resultados Maternos y del Recién Nacido 1.14
Figura 1.4 Camino Hacia la Atención Materna y del Recién Nacido 1.16

Figura 2.1 Baja Condición de la Mujer 2.2

Figura 4.1 Marco Lógico Programático 4.4
Figura 4.2 Marco Lógico Programático de CARE Mozambique 4.19
Figura 4.3 Marco Lógico Programático de CARE Bangladesh 4.23

Figura 5.1 Interrelación de Intervenciones que Afectan las Muertes Maternas y de Recién Nacidos 5.4
Figura 5.2 Ilustración de Tipos de Asocios a Nivel Comunitario 5.5

PREFACIO

Hay una escena de la Biblia que viene a mi mente cuando pienso en las mujeres, la maternidad y el mundo de hoy. Es la escena de la sirvienta egipcia, Hagar, que da a luz a un hijo de Abrahán--está sentada a solas y desesperada en el desierto, donde el ángel del Señor la encuentra y le dice: "Estás con tu hijo y el Señor ha escuchado tu aflicción". En el mundo de hoy, millones de mujeres se encuentran a solas y desesperadas en el desierto del abandono y la obscuridad de la injusticia social; y cuando están con sus hijos, no se escuchan sus gritos. Hagamos la promesa de que estaremos pendientes para que ninguna mujer con hijos se quede a solas en el desierto del abandono o del descuido.

– Dr. Mahmoud Fathalla
Día Mundial de la Salud, 7 de abril de1998

En toda cultura y durante toda la historia, la alegría y el dolor del parto están incrustados en nuestra historia. Como muchas otras organizaciones, la meta de CARE es ayudar a la mujer a vivir los embarazos de forma saludable y alegre y prevenir la tragedia de la mortalidad y morbilidad materna. Desde los años 50, CARE goza de una larga y valiosa historia de asistencia a las comunidades y los gobiernos en la provisión de los servicios de la atención en salud materna. Al finalizar la primera Década de Maternidad Segura, CARE llevó a cabo un repaso estratégico de su cartera de salud materna y neonatal, con la meta de alcanzar mejoras significativas en el alcance y calidad de nuestra programación. Se elaboró este documento como un mecanismo para alcanzar esta meta, y está diseñado para ser una síntesis fácil para los gerentes de programa de la literatura más reciente y las lecciones aprendidas de diversos países. Esperamos que el compartir esta experiencia con los hacedores de políticas, los programadores y los médicos de las comunidades interesadas, contribuirá a mejorar la atención para las madres y recién nacidos en un futuro cercano.

Reconocemos que la salud materna no puede ser separada de la realidad concreta de la vida de la mujer. Los programas de salud materna probablemente no tendrán éxito si las mujeres continúan sufriendo a causa de la pobreza, desnutrición, falta de oportunidades de educación, impedimentos para controlar su fertilidad, participación limitada en el proceso de toma de decisiones en el hogar y/o el abuso o violencia. **Creemos que el desarrollo verdadero requiere que las mujeres obtengan el mando de sus vidas, lo que exige un enfoque holístico hacia sus necesidades.**

CARE busca mejorar la vida de las mujeres a través de unos programas íntegros. Generalmente se implementan nuestros programas de salud materna en conjunto con la atención de salud reproductiva, atención de salud infantil, educación/alfabetización básica para las mujeres y las niñas, suplementación alimenticia y nutrición, acceso a créditos y ahorros, generación de ingresos, agua y sanidad y programas de asistencia en emergencias, donde las mujeres son más vulnerables.

CARE trabaja para promover la salud materna y neonatal, así como para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Hemos adoptado un enfoque que incluye:

1. Diagnóstico completo de la situación local;

2. Identificación de las barreras locales para poder accesar servicios de salud materna; y

3. Selección estratégica de las intervenciones más críticas, en cooperación con los socios locales, para su implementación en la comunidad y en los sistemas de salud.

La prevención de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal es una tarea compleja. Requiere nuevos comportamientos por parte de las madres y sus parejas, la movilización comunitaria y un incremento en el uso de los servicios de salud materna de alta calidad a todos los niveles, lo que frecuentemente significa volver a considerar los roles desempeñados por los sexos, al lograr las mujeres un mayor acceso a los recursos y una autoridad. Además de los nuevos comportamientos, el acceso a los servicios de salud materna depende de una cadena interdependiente de eventos que deben funcionar bien y que en su mayoría deben funcionar simultáneamente. Una sola falla en la cadena puede resultar en la muerte y/o la incapacidad, aun cuando todas las otras piezas estén funcionando correctamente. Los miembros de los hogares, comunidades, proveedores de salud, gerentes de programas y hacedores de políticas deben actuar en concordancia para que sea sostenible este cambio.

La salud materna es una ciencia evolutiva. En las siguientes páginas se hablará de los elementos de un sistema íntegro de salud materna, el cual creemos necesario para alcanzar reducciones significativas en la mortalidad y morbilidad, en base a la información disponible actualmente.

Ahora es el momento de actuar – para avanzar y fortalecer los asocios – para tratar este serio y complejo problema. En CARE, esperamos tener el gusto de colaborar con usted y trabajar para lograr la meta que compartimos, la de reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

DIEZ AÑOS DESPUÉS - ¿DÓNDE ESTAMOS?

- ➔ Es esencial un **enfoque integrado** para la atención materna. Las comunidades y los servicios necesitan ser enlazados y apoyados por sistemas adecuados de logística e información.

- ➔ Las estrategias de comunicación necesitan efectuar un **cambio de comportamiento** por parte de quienes buscan atención de salud, quienes toman decisiones y quienes son los proveedores.

- ➔ El "diagnóstico de riesgo", como se practicaba anteriormente, no es tan efectivo como se creía para la identificación de aquellas mujeres que pudieran desarrollar complicaciones obstétricas. **Puede que la identificación y tratamiento de forma oportuna de las complicaciones sea más apropiada.**

- ➔ **La mayoría de las muertes maternas (el 45%) ocurren durante las primeras 24 horas después del parto.**

- ➔ Cada año **3.3 millones de recién nacidos mueren en la primera semana de vida y otros 4.3 millones mueren antes de nacer.** Muchas de estas muertes están relacionadas directamente a la mala salud materna y manejo del parto.

- ➔ En los países subdesarrollados, **la mayoría de los partos (el 63%) ocurre en el hogar y cerca de 60 millones de mujeres dan a luz sin la ayuda de una persona capacitada.**

- ➔ Se estima que **un tercio de las muertes maternas (175,000)** podría prevenirse al evitar los embarazos no deseados a través de la planificación familiar.

- ➔ **Las CAT desempeñan un rol importante en el parto, pero no pueden reducir la mortalidad materna por sí mismas,** sin disponer de los enlaces apropiados y los servicios de apoyo para tratar las complicaciones cuando surgen.

RETOS PARA LA PRÓXIMA DÉCADA

- ➔ **Mejorar la participación de las mujeres en la toma de decisiones,** incluyendo el número y espaciamiento de hijos, el acceso a los servicios de atención en salud y el control de recursos.
- ➔ **Empoderar a las mujeres y sus familias para adoptar comportamientos saludables:** planificar los partos y tener planes para las complicaciones si surgen, incluyendo el reconocimiento de los signos de peligro, el familiarizarse con la ubicación de un servicio de salud apropiado que pueda proveer servicios obstétricos, el saber cómo llegar al servicio y tener recursos para pagar por los servicios.
- ➔ **Animar a los hombres** a apoyar/promover el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva.
- ➔ Continuar apoyando los programas exitosos de planificación familiar y salud materna e **ir aumentando progresivamente los pequeños proyectos pilotos para llegar a nivel nacional.**
- ➔ **Aumentar el número de partos atendidos por proveedores capacitados.**
- ➔ Trabajar para asegurar que estén establecidos todos los **enlaces esenciales necesarios para un sistema de referencia efectivo,** lo que incluye unos sistemas adecuados de transporte, recursos para pagar los servicios y servicios obstétricos accesibles.
- ➔ Comunicar mensajes específicos para promover y sostener el **cambio de comportamiento** de una forma culturalmente aceptable. Los mensajes deben empoderar a las mujeres y sus familias para exigir que estén disponibles los servicios y que sean un reflejo de las necesidades de las comunidades.
- ➔ Asegurar el acceso a servicios obstétricos **"fáciles para las madres",** las **24 horas del día,** con medicinas, suplementos y equipo adecuados y personal capacitado que pueda proveer servicios de una forma culturalmente sensible hacia las mujeres.
- ➔ Trabajar para asegurar que los servicios satisfagan las necesidades especiales de las **adolescentes,** las mujeres que sufren del abuso y la violencia y las complicaciones por los abortos peligrosos.
- ➔ Desarrollar **mejores indicadores** y sistemas de medición para documentar el progreso de la reducción de las muertes maternas, las morbilidades y las muertes de recién nacidos.
- ➔ Incrementar/sostener el **apoyo y recursos políticos** y del gobierno para los programas de salud materna.

INTRODUCCIÓN

¿Por qué se escribió este documento?

Estamos orgullosos de compartir con ustedes esta guía de referencia técnica. Como resultado del final de la primera década de Maternidad Segura, CARE condujo una revisión estratégica de su cartera de salud materna y encontró que esto sería una excelente oportunidad para mejorar nuestras habilidades y programación en la salud materna y neonatal. Este documento ha sido una vía con que alcanzar este objetivo. Fue escrito para proveer una síntesis y combinación de la literatura más reciente con las lecciones aprendidas en el campo, con un formato fácil. El propósito del documento es ayudar a los gerentes en el campo para un mejor diseño, selección de intervenciones efectivas, implementación, monitoreo y evaluación de sus programas de salud materna.

¿Para quién se escribió este documento?

Las audiencias principales para este documento son los profesionales en salud a nivel regional o distrital, gerentes de proyectos de las OPV/ONG y otros programadores en países subdesarrollados. También puede ser útil para los oficiales del Ministerio de Salud, personal de las oficinas centrales de las ONG/OPV, personal técnico de agencias donantes internacionales; y también puede ser un suplemento de capacitación para los profesionales médicos y de salud pública.

¿Cuál es el enfoque del documento?

A pesar de que las mujeres en las áreas urbanas también tienen problemas con el acceso a servicios de salud materna, las dificultades usualmente son mayores en las áreas rurales, lo cual es el enfoque principal de este documento. (Nota: los principios generales son los mismos.) Creemos que la responsabilidad de mejorar la salud materna y neonatal recae sobre el personal de salud, las comunidades y las mujeres de los países subdesarrollados. Nuestro papel es el de brindarles a ellos información y habilidades adecuados para que sean capaces de alcanzar su potencial. El asocio, en varios niveles, es esencial y también un tema penetrante en todo el documento. Mientras el documento trata de dar una síntesis de la literatura y de las soluciones potenciales, se debe tener en cuenta que muchos de los factores descritos varían según el país y las regiones dentro de los países. Cada lugar debe ser evaluado individualmente y las intervenciones seleccionadas deben ser adaptadas para reflejar las necesidades y condiciones locales.

¿Qué ofrece el documento?

La meta de este documento es servir como una referencia que da un resumen de la literatura actual y las lecciones aprendidas, en un formato fácil de utilizar, para los gerentes de programas en los países subdesarrollados. El documento puede ser utilizado en varias formas. Algunos lectores pueden querer leerlo todo de un solo, mientras otros pueden preferir solamente leer ciertos capítulos específicos. Aunque no es un manual de capacitación, tiene muchas referencias de materiales de capacitación que pueden obtenerse. Puede ser un documento de referencia útil para aquellas organizaciones profesionales o escuelas que desearan complementar su currículo. Existe una lista de referencia larga y ordenada por tema y algunos lectores pueden encontrar esto útil al buscar más información.

CONTENIDO DE LOS CAPÍTULOS

El documento presenta una discusión balanceada de los temas (controversiales) con suficiente información para que el lector pueda tener varias perspectivas y enfoques, y los aplique en su propio medio ambiente.

El porqué mueren las mujeres y los recién nacidos

CAPÍTULO UNO – Describe la magnitud del problema, las causas médicas y sociales de morbi-mortalidad para las mujeres y los recién nacidos y el concepto de riesgo.

Factores del embarazo

CAPÍTULO DOS – Muestra los factores que influyen en la mortalidad y morbilidad antes de que la mujer esté embarazada. Estos factores son: baja condición social de la mujer, mala nutrición, pobreza, falta de educación y violencia contra la mujer.

Factores relacionados con el embarazo

CAPÍTULO TRES – Muestra los factores que afectan la morbilidad y mortalidad materna y neonatal mientras una mujer está embarazada. Entre estos factores se encuentran: las creencias y prácticas, la nutrición durante el embarazo, la planificación del parto, los servicios de atención prenatal, el parto, los "cuatro atrasos" en el acceso a servicios de calidad de salud materna, atención postparto y atención del recién nacido.

Diseño, Monitoreo y Evaluación del Programa

CAPÍTULO CUATRO – Presenta tres componentes (diseño, monitoreo, evaluación) en un mismo Capítulo para facilitar la consideración de monitoreo y evaluación durante el proceso de diseño. Esto ayudará a que los programadores piensen acerca de sus estrategias de una forma más completa. Los temas incluidos son: lo que hemos aprendido, retos futuros, metodologías para evaluar la situación en salud, consideraciones del programa, dimensión de la mortalidad materna a través de indicadores representativos y el marco estratégico de CARE.

Intervenciones y Mejores Prácticas Actuales

CAPÍTULO CINCO – Ofrece estrategias e intervenciones para tratar los "cuatro atrasos" en recibir atención materna de calidad. El propósito de las Mejores Prácticas Actuales es asistir a los gerentes de programas y trabajadores de salud a comprender de mejor forma los componentes esenciales de los servicios que proveen. También puede ayudar a los esfuerzos de movilización comunitaria para determinar en cuáles áreas enfocarse, así como temas y mensajes claves. Existen varias tablas útiles que pueden ser incluidas en los programas de capacitación. Los temas descritos incluyen: asocio, educación en salud, movilización comunitaria, mejoramiento de servicios, primeros auxilios obstétricos, atención obstétrica esencial, los cuatro atrasos, desarrollo del recurso humano, prácticas y servicios prenatales, atención postparto, atención post-aborto, atención del recién nacido.

Leccoines aprendidas durante los Programas de Países

CAPÍTULO SEIS - Presenta actividades específicas, resultados y Lecciones aprendidas de los programas de los diferentes países. Está organizado por: programas en conjunto que involucran varias intervenciones, capacitación de los CAT, programas comunitarios, servicios obstétricos, atención del recién nacido y políticas. Cada sección tiene una descripción de las actividades que se llevan a cabo, los éxitos y fracasos de la implementación y los resultados alcanzados.

Lista de Acrónimos

ACI	Atraso en el Crecimiento Intrauterino
ACNM	American College of Nurse Midwives
AGI	Actividades para Generar Ingresos
AOE	Atención Obstétrica Esencial
AOEm	Atención Obstétrica de Emergencia
APA	Aprendizaje Participativo en Acción
AVAI	Años Vida Ajustados por Incapacidad
AVSC	Asociación de contracepción segura y voluntario
BCG	Bacillus Calmette Guerin
BIPHERT	Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential and Reproductive Health and Technologies
BPN	Bajo Peso al Nacer
BSOG	Bangladesh Society of Obstetricians and Gynecologists
CARE	Cooperativa de Ayuda y Asistencia al Extranjero
CAT	Comadrona Adiestrada Tradicional
CIDA	Canadian International Development Agency
CPCV	Consejería y Pruebas Confidenciales y voluntarias
DC	Desproporción Cefalopélvico
D	Desnutrición de Energía de Proteínas
DVA	Deficiencia de Vitamina A
EHI	Embarazo con Hipertensión Inducida
EPR	Evaluación Participativa Rural
FHI	Family Health International
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades de Población
FVV	Fístula Vesico-vaginal
Hg	Hemoglobina
HEH	Hombre encargado del hogar
HIE	Hipertensión inducida por el embarazo
HD	Hospital Distrital
HPP	Hemorragia Postparto
IAG	Instituto Alan Guttmacher
ICDDR,B	International Centre for Diarrheal Disease Research, Bangladesh
IEC	Información, Educación y Comunicación
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IV	Intravenoso
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MEH	Mujer Encargada del Hogar
MER	Mujeres en Edad Reproductiva
MSBF	Ministerio de Salud y Bienestar Familiar
mcg	microgramo
mg	miligramo
MGF	Mutilación Genital Femenina
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No-gubernamental
PS	Presión Sanguínea
PEG	Pequeño para Edad de Gestación
PDB	Producto Doméstico Bruto
PEG	Pequeño para la edad de gestación
PF	Planificación Familiar
PMM	Red de Prevención de Mortalidad Materna
pb	por la boca, oralmente
PR	Plasma reactivo
PS	Presión Sanguínea
RCI	Retraso en el Crecimiento Intrauterino
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SMI	Salud Materna-Infantil
SMVH	Seguridad de los Medios de Vida del Hogar
SP	Sulfadoxina-Pyrimethamina
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TAG	Trabajador Aganwadi
TCS	Trabajador Comunitario en Salud
TFT	Tasa de Fecundidad Total
THC	Thana Health Complex
TL	Tasa de Letalidad
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
TMaN	Transmisión de VIH de la Madre al Niño
TMN	Tasa de Mortalidad Neonatal
TMP	Tasa de Mortalidad Perinatal
TPC	Tasa de Prevalencia Contraceptiva
TT	Toxoide Tetánico
UI	Unidades Internacionales
UM	Universidad Médica
UNICEF	Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VHS	Vitaminas de Hierro y Sulfato-ferroso
VHW	Promotor de Salud de Aldea
ZDV	Zidovudina

1

¿Por qué Mueren las Mujeres y los Recién nacidos?

I. MORTALIDAD MATERNA, MORBILIDAD MATERNA Y MUERTES DE RECIÉN NACIDOS .1.1
- A. Mortalidad Materna 1.4
- B. Morbilidad Materna 1.8
- C. Efectos de la Mala Atención de Salud Materna en Infantes, Niños y Familias 1.9
- D. Mortalidad Prenatal y del Recién Neonatal 1.9

II. MARCO LÓGICO CAUSAL: UN CAMINO PARA LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS SALUDABLES 1.13

III. ¿POR QUÉ CORREN LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS EN LOS PAÍSES SUBDESARROLLADOS UN MAYOR RIESGO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD? 1.17
- A. Baja Condición Social de la Mujer 1.19
- B. Alta Fertilidad 1.20
- C. Calidad de Servicios Obstétricos 1.20

IV. CAUSAS MÉDICAS DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA 1.22
- A. Causas Directas 1.22
- B. Causas Indirectas 1.25

V. CAUSAS DE MUERTES DE RECIÉN NACIDOS 1.27
- A. Bajo Peso al Nacer 1.28
- B. Infecciones 1.28
- C. Hipotermia 1.29

VI. CONCLUSIÓN 1.29

Cada día mueren por lo menos 1,600 mujeres de complicaciones en el embarazo y parto. Esto es 585,00 mujeres – como mínimo – que mueren cada año. La mayoría de estas muertes – casi el 90 por ciento – ocurren en Asia y África Sub-Sahara. Entre el 25 y 33 por ciento de todas las muertes de las mujeres en edad reproductiva en los países subdesarrollados resultan de complicaciones en el embarazo y parto. Además, casi 8 millones de recién nacidos (4.3 nacidos muertos y 3.3 muertes neonatales) mueren en la última etapa del embarazo o poco después de nacer.

– Paquete de Prensa sobre la Maternidad Segura
del Día Mundial de la Salud

I. MORTALIDAD MATERNA, MORBILIDAD MATERNA Y MUERTES DE RECIÉN NACIDOS

Normalmente se considera el embarazo como un estado saludable y una causa para la alegría en la familia. La mayoría de los embarazos proceden sin dificultades y muchas mujeres no se dan cuenta de que el embarazo puede ser un posible riesgo para su salud. ***Sin embargo, se estima que el 40 por ciento de las mujeres embarazadas experimentan alguna forma de complicación(es) relacionadas con el parto y al 15 por ciento se les presentará complicación(es) que ponga en peligro la vida, las cuales necesitan la atención obstétrica[1].*** El 85 por ciento de todas las muertes maternas resultan de cinco causas principales: hemorragia postparto, aborto peligroso, sepsia, trabajo de parto obstruido e hipertensión inducida por el embarazo (HIE), tales como la eclampsia. Las causas indirectas, tales como la anemia y la malaria, forman aproximadamente el 15 por ciento de las muertes maternas[1].

Por lo tanto, la Iniciativa de Maternidad Segura fue iniciada hace una década (1987) en Nairobi para promover la conciencia y unir a la comunidad internacional para facilitar el plan de acción para tratar este problema tan complejo. Esta Iniciativa ha sido apoyada firmemente por otras convenciones internacionales importantes. En la Cumbre Mundial para los Niños, en 1990, 166 países firmaron un Plan de Declaración de Acción con uno de sus siete objetivos el de reducir la mortalidad materna en un 50 por ciento para el año 2000. En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, de 1994, llevada a cabo en El Cairo, hubo un acuerdo general que las mujeres deben ser tratadas de una forma holística si se espera alcanzar los objetivos del desarrollo humano. El Programa de Acción declaraba "el derecho de accesar los servicios de atención en salud apropiados que permitan a las mujeres un embarazo y parto seguros, así como el derecho de la mujer de escoger el numero y espaciamiento de sus hijos"[1].

Ocho países -- Bangladesh, Etiopía, la India, Indonesia, Nepal, Nigeria, Pakistán y Uganda – cuentan con la mayoría de las muertes maternas mundialmente.

La Figura 1.1 muestra la magnitud de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. Si las estadísticas de la Figura 1.1 son calculadas para la ultima década, ***6 millones de mujeres*** han muerto de complicaciones relacionadas con el parto y otras ***640 millones de mujeres*** han sufrido de enfermedades/daños significativos (morbilidades relacionadas con el parto). Estas mujeres no son mayores ni enfermas: están en la plenitud de sus vidas y son el tejido de su cultura. Además, ***76 millones de muertes*** de infantes han ocurrido, la mayoría debido a la mala salud materna y/o complicaciones de parto.

FIGURA 1.1
MAGNITUD DE LOS PROLEMAS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

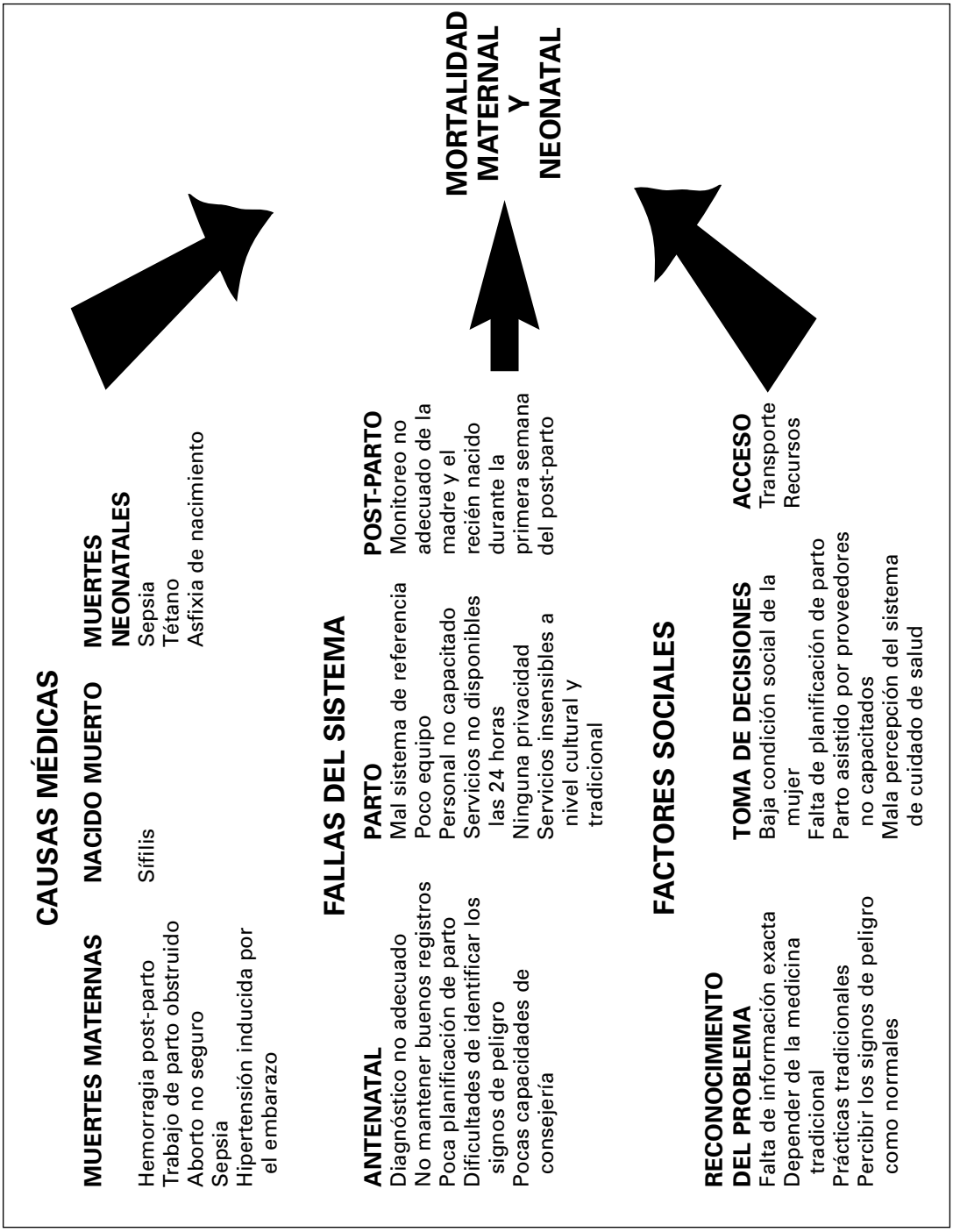
Fuente: MotherCare Matters, 1997. OMS, 1998

Las muertes maternas resultan de una combinación de factores sociales, causas médicas y fallas en los sistemas, lo cual conlleva a la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

Entonces, ¿porque mueren tantas mujeres y recién nacidos? Algunos países han podido aplicar una combinación de intervenciones simples que están disponibles y al alcance para reducir los muertes maternas. Entonces, ¿porque no se extienden estas practicas? ***"Porque nadie sabe…a nadie le importa…y nadie se prepara[2]." No hay suficientes personas que sepan lo serio que es el problema de las complicaciones relacionadas con el parto, ni que existen soluciones efectivas para tratarlas.*** Esto es cierto, tanto para la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. No hay suficientes personas – políticos, programadores, planificadores o proveedores de salud – que tengan poder y recursos para tratar la situación, y piensen que es una prioridad el reducir las muertes maternas y de los recién nacidos. Además, no hay suficientes personas – lideres comunitarios, personas que toman decisiones en el hogar y mujeres – que estén conscientes de los signos de peligro y de las acciones necesarias para accesar la atención. Existe la necesidad de planear para estas complicaciones y asegurar que se lleven a cabo acciones oportunas para la búsqueda de servicios de salud, si ocurren complicaciones[2].

Las muertes maternas resultan de una combinación de factores sociales, causas médicas y fallas en los sistemas, lo cual conlleva a la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. Estos factores, que varían según el contexto y cultura, se presentan en la Tabla 1.1 y se discuten en los Capítulos 2 y 3.

TABLA 1.1
RELACIÓN ENTRE LA CONTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES A LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD



Fuente: UNICEF, 1996; Jafarey

El progreso, en términos de la salud materna, a nivel del impacto, usualmente se discute en términos de la Tasa de Mortalidad Materna y/o Razón de Mortalidad Materna. Frecuentemente se confunden estos términos. Aunque ambos se refieren al numero de mujeres que morirá durante el embarazo o durante los primeros 42 días luego del embarazo, los denominadores son diferentes. La tasa es comparada a las mujeres en edad reproductiva (MER), mientras la razón es comparada a nacidos vivos. La razón de la mortalidad materna es el termino usado mas comúnmente. Para fínes de este reporte, TMM se referirá a la Razón de Mortalidad Materna (porque así es conocido en español) *(Ver Glosario)*.

La tasa y razón de mortalidad materna son difíciles de medir debido a que requieren muestras de gran tamaño para detectar cambios en el tiempo. Por ello, no es práctico para los programas, especialmente los programas de pequeña escala, estar en este nivel. Puede ser apropiado para un ejercicio a nivel de país una vez cada 4 ó 5 años, el medir la suma de varios esfuerzos. Se pueden utilizar las medidas de poder, tal y como la necesidad no satisfecha para la atención obstétrica, aunque aun se requieren mejores indicadores (Ver Capitulo 4, Tabla 4.4 para Indicadores Ilustrativos).

La tasa de mortalidad perinatal (TMP) mide las muertes de los fetos en la última etapa del embarazo y de los recién nacidos durante los primeros siete días de vida, mientras que la tasa de mortalidad neonatal (TMN) mide las muertes de los recién nacidos en el primer mes de vida. Estas tasas miden el progreso en términos de la salud del infante (Ver Glosario). Se ha propuesto que la mortalidad perinatal es un buen indicador del poder de la mortalidad materna. Sin embargo, éste no parece ser el caso. Otros factores influyen en la mortalidad perinatal, los cuales no tienen ninguna asociación con la mortalidad materna.

A. *Mortalidad Materna*

Las muertes maternas ponen de ejemplo las grandes disparidades entre los países desarrollados y subdesarrollados (Ver Tabla 1.2). Excluyendo China, tres países – la India, Bangladesh y Pakistán – forman el 28 por ciento de los nacimientos en el mundo y el 46 por ciento de las muertes maternas. Similarmente, mientras solamente un 11 por ciento de las mujeres en edad reproductiva viven en África, ellas forman el 40 por ciento de las muertes maternas mundialmente. En muchos países subdesarrollados, las muertes maternas suman hasta el 25 por ciento de todas las muertes entre las mujeres en edad reproductiva[1].

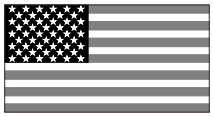
TABLA 1. 2
MUERTES MATERNAS POR REGIÓN

REGIÓN	TOTAL DE MUERTES	TOTAL DE MUERTESTASA DE MORTALIDAD MATERNA (POR 100,000 NACIDOS VIVOS)
Europa	3,000	36
América	23,000	140
(América Latina)	incluido en América	
Asia Central	14,000	560
Asia	291,000	390
Medio Oriente y Norte de África	35,000	340
África	219,000	1000
Total	**585,000**	**N/A**

Fuente: (1) UNICEF, OMS, 1996

FIGURA 1.2

MUNDOS DIFERENTES



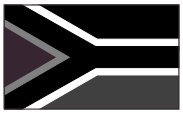
PAÍSES DESARROLLADOS

Aunque las mujeres desarrollan complicaciones obstétricas, la mujer promedio en los EE.UU. o Europa:

- ➔ asiste a 10 sesiones prenatales, por lo menos, con un proveedor capacitado;
- ➔ mantiene una dieta saludable;
- ➔ planifica su parto, que incluye un parto con base institucional, con un proveedor capacitado.

La mayoría de las mujeres en los EE.UU. tienen el parto en un servicio de salud, por lo que si surge alguna complicación, es fácil tratarla. Si no han llegado a la institución de salud y surgen complicaciones, la mayoría de las mujeres:

- ➔ reconocen los signos de peligro y pueden tomar una decisión para buscar ayuda;
- ➔ saben a dónde ir para buscar ayuda y pueden buscar un taxi o ambulancia que llegará en 30 ó 45 minutos; y
- ➔ cuando llegan al hospital, son atendidas prontamente por personal capacitado y el sistema de atención en salud está bien equipado para tratar su emergencia



PAÍSES SUBDESARROLLADOS

En contraste, la mujer promedio de África o Asia:

- ➔ asiste a una ó dos visitas prenatales con un proveedor capacitado
- ➔ puede no tener dinero para comer una dieta apropiada y trabaja muchas horas en el campo
- ➔ puede tener una enfermedad infecciosa que no es tratada apropiadamente durante el embarazo (ej., la malaria)
- ➔ usualmente no planifica el parto; tendrá su parto en casa con la ayuda de su suegra o una mujer mayor de la comunidad

Si surgen complicaciones, la mayoría de las mujeres:

- ➔ no reconocen los signos de peligro y no los reconocen oportunamente
- ➔ no saben a dónde ir para tener acceso a la atención y necesitarán el permiso de sus esposos para ir al servicio de salud, el cual queda bastante lejos
- ➔ tienen dificultades para encontrar transporte y fondos para pagar por los servicios

Si llega a la institución de salud, puede que tenga que esperar mucho tiempo antes de encontrar un proveedor de salud que pueda o no estar capacitado o tener medicamentos para tratarla adecuadamente.

Se estima que entre el 75 y 85 % de todas las muertes maternas son el resultado de cinco causas médicas principales: la hemorragia postparto (HPP), aborto peligroso, sepsia, parto obstruido y enfermedades hipertensivas del embarazo, tales como la pre-eclampsia. Las causas indirectas como la anemia y malaria forman el 15-20 por ciento de las muertes maternas[4].

La Tabla 1.3 muestra cada condición con una clasificación, de diferentes fuentes, de su contribución al número total de las muertes maternas. Para poder diseñar e implementar programas efectivos que tratan las causas principales de la mortalidad y morbilidad materna, el enfoque debe dirigirse a la importancia relativa de cada condición (ej., la hemorragia postparto), en lugar de sólo en los números en sí.

TABLA 1. 3
CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTES MATERNAS

CAUSA	PORCENTAJES ESTIMADOS	MUERTES ESTIMADAS POR AÑO
Hemorragia	25-31%	146,250 - 163,800
Aborto Peligroso	13-19%	76,050 - 111,150
Hipertensión	10-17%	58,500 - 99,450
Parto Obstruido	11-15%	64,350 - 87,750
Sepsia	11-15%	64,350 - 87,750
Otras Complicaciones Obstétricas	6-8%	35,100 - 46,800
Causas Indirectas	15-20%	87,750 - 117,000

Fuente : OMS, 1991, UNICEF, 1996

Durante varios años, la comunidad ha recomendado una visita postparto luego del parto, y la mayoría de los programas se basan en esta recomendación. Esta visita es principalmente para que las mujeres tengan información acerca de la planificación familiar (PF) y empiecen la inmunización de su hijo. En esta etapa es muy tarde identificar aquellas complicaciones, tanto para la madre como para el recién nacido, que conducen a la mortalidad.

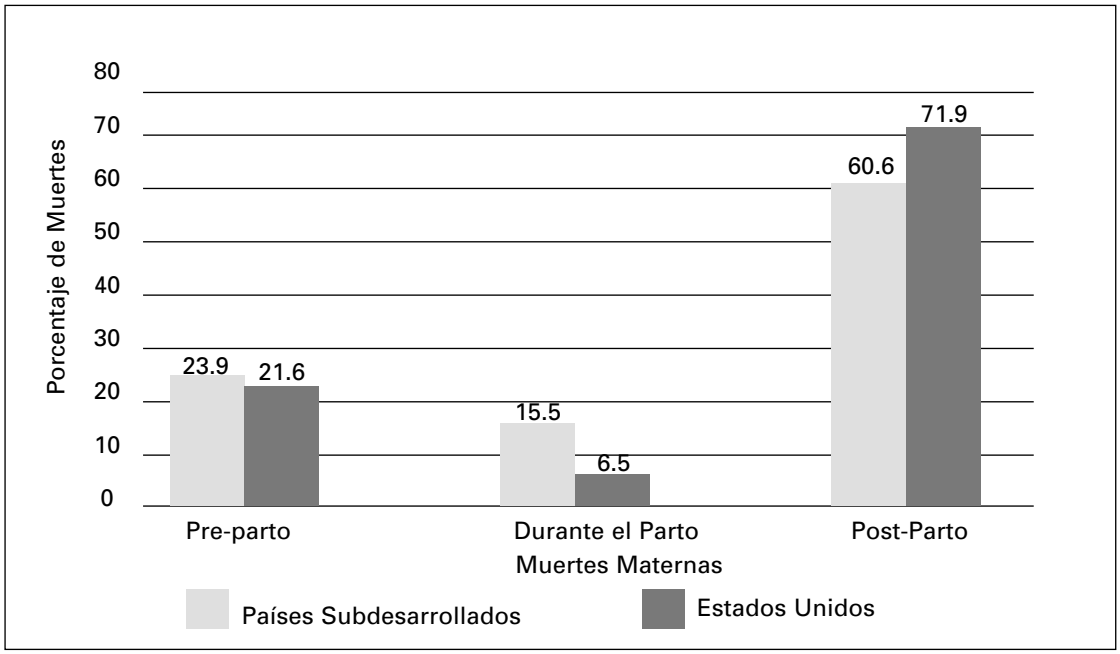
TABLA 1.4
INTERVALO DESDE EL INICIO HASTA LA MUERTE
PARA LA MAYORÍA DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

COMPLICACIÓN	HORAS	DÍAS
Hemorragia		
Postparto	2	
Anteparto	12	
Ruptura uterina		1
Eclampsia		2
Parto obstruido		3
Infección		6

Fuente: Li, F., 1996

Unos estudios recientes han encontrado que la mayoría de las muertes maternas (el 60%) ocurren en la primera semana después del parto. El 45 por ciento de las muertes ocurren dentro de las primeras 24 horas después del parto y un 23 por ciento adicional ocurre de los dos a siete días después del parto, como se muestra en la Tabla 1.4[3]. Desafortunadamente, la atención durante este período de tiempo critico ha sido descuidada en muchas partes del mundo.

TABLA 1.5
MUERTES POST-PARTO



Fuente: Li, f. et al, 1996

Los investigadores han encontrado que las TMM más altas para el periodo postparto fueron para:

Mujeres entre las edades de 35-44, debido a
- Complicaciones de aborto (268/100,000); y
- Hemorragia postparto (224/100,000).

Mujeres entre 15-19 años con:
- HIE (127/100,000);
- Complicaciones de aborto (119/100,000); y
- Hemorragia postparto (110/100,000)[3].

Esto propone un gran reto para el sistema de salud, especialmente en lugares en donde la mayoría de los partos se llevan a cabo en el hogar. Estas mujeres frecuentemente mueren en el hogar, sin haber buscado un proveedor capacitado.

B. Morbilidad Materna

La mortalidad materna es solamente el punto visible. Además de las 585,000 mujeres que mueren cada año, cerca de 64 millones de mujeres son afectadas por lesiones debilitantes y enfermedades crónicas, como resultado de las complicaciones relacionadas con el embarazo[1]. Las morbilidades maternas varían según la gravedad, que incluye las fístulas, laceraciones, anemia, prolapso del útero, daño de la vejiga o uretra, infecciones en la pelvis o en las vías urinarias e infertilidad.

Antes se pensaba que el porcentaje mundial de morbilidades maternas a mortalidad era del 30 al 1; sin embargo, un estudio realizado por Family Health International (FHI) demostró que las morbilidades maternas fueron mucho más comunes de lo que se pensaba. En Egipto, hubo 1000 episodios de enfermedades por cada muerte materna; en Bangladesh, 700; y en la India, 600[5].

La investigación ha demostrado claramente que las morbilidades maternas, como la anemia, reducen la productividad económica y doméstica, y disminuyen la calidad de vida. La mala salud reduce la capacidad de las mujeres de llevar a cabo sus responsabilidades domésticas, económicas y reproductivas. Unos estudios realizados con respecto a los trabajadores en las plantaciones de té en Sri Lanka y los trabajadores de las algodoneras en China, han documentado una reducción en la productividad debido a una anemia de deficiencia del hierro. Estos estudios también han confirmado los efectos positivos de la suplementación de hierro[6].

Una de las lesiones o daños más crónicos es la fístula vesico-vaginal (FVV) donde hay una rotura entre la vagina y la vejiga, lo que deja que la orina gotee dentro de la vagina y deja a la mujer infertil y frecuentemente resulta en el nacimiento de un niño muerto.

Se estima que de 1.5 a 2 millones de mujeres en África tienen la FVV y aproximadamente de 50,000 a 100,000 nuevos casos ocurren cada año. Estas mujeres, quienes usualmente son bastante jóvenes, frecuentemente son degradadas debido a su infertilidad. En Nigeria están obligadas a vivir en "casas de orina", hogares para mujeres con fístulas, debido a que sus esposos o familias ya no las quieren.

Otro daño común es el prolapso uterino, donde el útero baja a la parte inferior de la vagina como resultado de la debilidad de los ligamentos uterinos. En el área rural de Egipto, un estudio comunitario encontró que por lo menos la mitad de todas las mujeres sufren de prolapso uterino[6]. Ambas condiciones son tratadas fácilmente con procedimientos quirúrgicos; sin embargo, muchas mujeres tienen que soportar estas condiciones porque no tienen acceso a los servicios reproductivos de calidad y/o porque sus familias no quieren que sean hospitalizadas para recibir tratamiento.

C. *Efectos de la Mala Atención de Salud Materna en Infantes, Niños y Familias*

En los países subdesarrollados, la muerte de la madre en el parto significa una muerte casi segura para el recién nacido y graves consecuencias para los niños mayores. Cuando las mujeres mueren en el parto o como resultado de los abortos peligrosos, ellas dejan atrás aproximadamente 2 millones de niños cada año, quienes tienen una probabilidad de supervivencia bastante baja.

La muerte de la madre es especialmente difícil para las hijas mayores, quienes deben asumir las responsabilidades maternas, sin importar la edad. Frecuentemente tienen que dejar la escuela para encargarse del hogar, cuidar a sus hermanos pequeños y buscar un trabajo remunerado. Un estudio en Bangladesh encontró que el porcentaje de las muertes de las niñas sin madre fue mayor que la de los niños sin madre. Las tasas de muerte para las niñas fue aproximadamente de 40/1000 si ambos padres vivían, pero aumentó a 175/1000 cuando la madre moría. En contraste, la muerte de los niños fue de 25/1000 si ambos padres vivían, y de 75/1000 si la madre moría[6].

La salud de la mujer y su condición nutricional es una preocupación nacional, familiar e individual, debido a que afecta enormemente a la próxima generación. La muerte de una mujer entre 15 y 45 años tiene consecuencias económicas y sociales para su familia y para la sociedad. En la mayoría de las sociedades las mujeres han atendido el hogar, preparado los alimentos, mantenido la casa y cuidado a los niños, abuelos y otros miembros de la familia. Las mujeres frecuentemente trabajan en el campo, cuidan al ganado y recolectan el agua y la leña. Muchas mujeres también contribuyen directamente al ingreso monetario del hogar. Un estudio mostró que el 25% de los hogares dependen de las mujeres por lo menos para la mitad de sus ingresos[6].

D. *Mortalidad Perinatal y del Recién Nacido*

El embarazo involucra tanto a la madre como al feto. La mala salud materna afecta directamente a las tasas de mortalidad perinatal y neonatal. Cada año mueren casi 8 millones de recién nacidos en la última etapa del embarazo, en el parto o poco después de nacer, debido a la mala atención materna o manejo inadecuado de las complicaciones relacionadas con el embarazo. Aproximadamente 4.3 millones de nacimientos de niños muertos y 3.3 millones de muertes neonatales ocurren anualmente. De tres países – la India, Bangladesh y Pakistán – se forma el 37 por ciento de las muertes neonatales mundialmente[7]. La mortalidad perinatal en Asia se debe a tres factores principales:

1. mala salud y nutrición materna (el 37%);
2. mal manejo de complicaciones obstétricas (el 21%); y
3. causas no conocidas (el 22%)[7].

Aproximadamente 4.3 millones de nacimientos de niños muertos y 3.3 millones de muertes neonatales ocurren anualmente. De tres países – la India, Bangladesh y Pakistán – se forma el 37 por ciento de las muertes neonatales mundialmente.

Con los grandes logros alcanzados en los programas de inmunización y control de enfermedades infantiles, las muertes postnatales (2-12 meses) han disminuido, **mientras que las muertes neonatales (primer mes) han incrementado, como una proporción total de las muertes infantiles. Por ejemplo, en Nepal, la mortalidad neonatal es el 66 por ciento de todas las muertes infantiles y la mayoría de éstas, dos tercios, ocurren en los primeros siete días de vida[11].**

El 96 por ciento de las muertes neonatales ocurren en los países subdesarrollados. La tasa de mortalidad neonatal más alta es de 51 por 1000 nacidos vivos en el sur de Asia, en donde más de dos millones de muertes neonatales ocurren anualmente[11]. La Tabla 1.6 muestra las diferencias regionales en estas tasas. La Tabla 1.7 muestra los países con la TMP más alta.

TABLA 1. 6
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL POR REGIÓN

REGIÓN	MORTALIDAD PERINATAL	MORTALIDAD NEONATAL
Asia	53/1,000	41/1,000
África	75/1,000	42/1,000
LAC	39/1,000	25/1,000

Fuente: Stoll, B., 1996

TABLA 1.7
MUERTES PERINATALES POR PAÍS

MUERTES PERINATALES 70-90 POR 1000 NACIMIENTOS*	MUERTES PERINATALES 90-110 POR 1000 NACIMIENTOS*	MUERTES PERINATALES 110 Ó MAS, POR 1000 NACIMIENTOS*
Bangladesh	Angola	Guinea
Benin	Afganistán	Liberia
Burkina Faso	Bhután	Somalia
Camerún	República Central de África	
Guinea Ec.	Etiopía	
Eritrea	Gambia	
Guinea Bissau	Mali	
Haití	Mauritania	
Laos	Mozambique	
Malawi	Nigeria	
Nepal	Níger	
Pakistán		
Senegal		
Sierra Leona		
Togo		
Uganda		
Yemen		
Zambia		
Zaire		

*Nacimientos son nacidos muertos más muertes durante los primeros siete días de vida.
Fuente: OMS, 1997

La OMS estima que el 85 por ciento de las muertes de recién nacidos se deben a las infecciones, que incluyen la sepsia, neumonía y tétanos, asfixia al nacer y daños del parto[9] (Ver Tabla 1.8). Las infecciones maternas durante el embarazo, como la malaria y las infecciones de transmisión sexual (las ITS), especialmente la sífilis y el VIH, tienen un efecto negativo en los resultados neonatales. (Ver Capitulo 1, Sección IV.)

TABLA 1.8
CAUSAS DE MUERTES NEONTALES

CAUSAS DE MUERTE	NÚMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
Asfixia al nacer	840,000	21
Traumas de parto	420,000	11
Tétanos Neonatal	560,000	14
Sepsia	290,000	7
Neumonía	755,000	19
Diarrea	60,000	2
Nacimiento Prematuro	410,000	10
Anomalías Congénitas	440,000	11
Otros	205,000	5

Fuente: OMS, 1994

Hay casi 500,000 casos del tétanos neonatal cada año, que ocurren en 12 países principalmente:

Bangladesh; China; Ethiopia; Ghana; la India; Indonesia; Nepal; Nigeria; Pakistan; Somalia; Sudan; and Zaire.

Los casos no reportados de las muertes neonatales y perinatales causan un problema serio en los países subdesarrollados. Los sistemas de registro demográfico para documentar estos eventos no son adecuados en muchos países, en particular donde las definiciones no son claras y los nacimientos de niños muertos pueden ser condenados socialmente. Además, en muchos países el recién nacido no es reconocido hasta que sobrevive el período de una semana a los 40 días, cuando se lleva a cabo una ceremonia tradicional para ponerle nombre. Las muertes perinatales y neonatales disminuyen más despacio que la mortalidad infantil debido a que son menos sensibles a los efectos de las intervenciones de desarrollo socioeconómico o supervivencia infantil.

Los recién nacidos usualmente no tienen acceso a un trabajador de salud o servicio público durante el primer mes de vida y frecuentemente mueren en el hogar. Sin embargo, aun cuando van a un servicio publico de salud, puede que lleguen muy tarde o el personal médico no esté preparado para proveer servicios de calidad. Muchos estudios han documentado altas tasas de letalidad (TL), lo que indica la mala calidad de la atención ofrecida. (Ver Tabla 1.14.)

II. MARCO LÓGICO CAUSAL: UN CAMINO PARA LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS SALUDABLES

Muchos marcos lógicos conceptuales expresan los diferentes aspectos de la interrelación que contribuye a la mortalidad, morbilidad materna y a las muertes de recién nacidos. El marco lógico de UNICEF identifica al embarazo como un "factor de riesgo" para el desarrollo de las complicaciones obstétricas. **Por lo tanto, si una mujer no queda embarazada, ella no desarrollará ninguna complicación.**

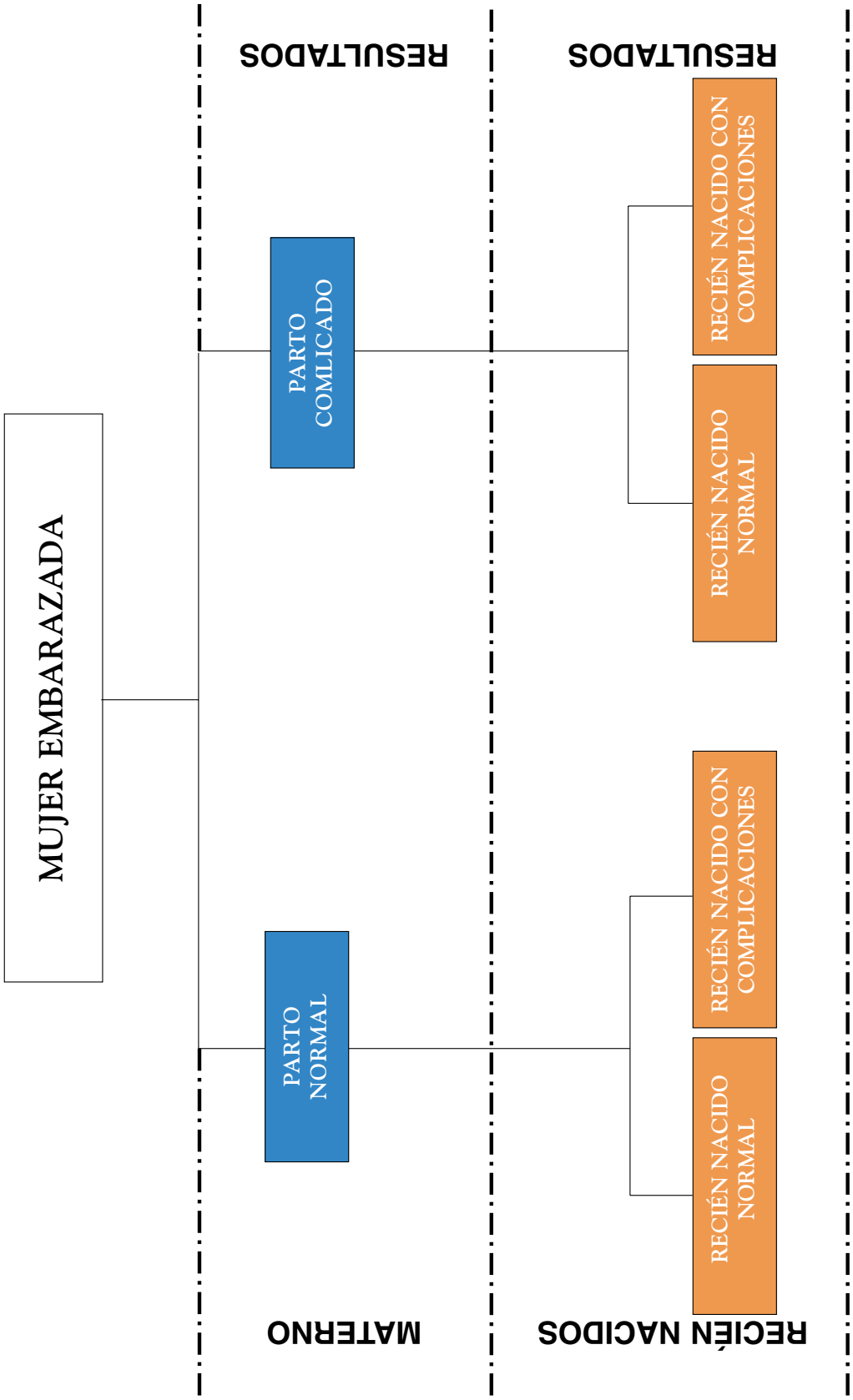
Otros marcos lógicos muestran que una vez que la mujer esté embarazada y se le presente una complicación, hay cuatro atrasos principales que contribuyen a o causan la mortalidad materna, los cuales pueden incrementar la gravedad de la morbilidad, y éstos incluyen:

- ➔ ***Atraso #1:*** ***Atraso en reconocer el problema;***
- ➔ ***Atraso#2:*** ***Atraso en decidir sobre la búsqueda de atención;***
- ➔ ***Atraso#3:*** ***Atraso en llegar al servicio de salud; y***
- ➔ ***Atraso#4:*** ***Atraso en recibir tratamiento en el servicio de salud[14].***

Estos atrasos varían según el lugar y no tienen que ocurrir secuencialmente. En algunos lugares solamente un atraso será una barrera, mientras que en otras intervenciones se puede tratar todos los atrasos. Los atrasos proveen un marco lógico útil cuando se evalúan los factores sociales y sistemáticos que contribuyen a la mortalidad materna y neonatal en un lugar en particular.

La Figura 1.3 presenta los tipos de resultados maternos y neonatales que pueden ocurrir cuando una mujer está embarazada. Si la mujer está embarazada, ella puede tener un parto normal o desarrollar una complicación. En cualquiera de los dos casos, el recién nacido puede ser normal o sufrir una complicación, **como se presenta en la Figura 1.3. La supervivencia materna y del recién nacido, como demuestran las Figuras 1.3 y 1.4, están intrínsecamente enlazados.**

FIGURA 1.3
RESULTADOS MATERNOS Y DEL RECIÉN NACIDO



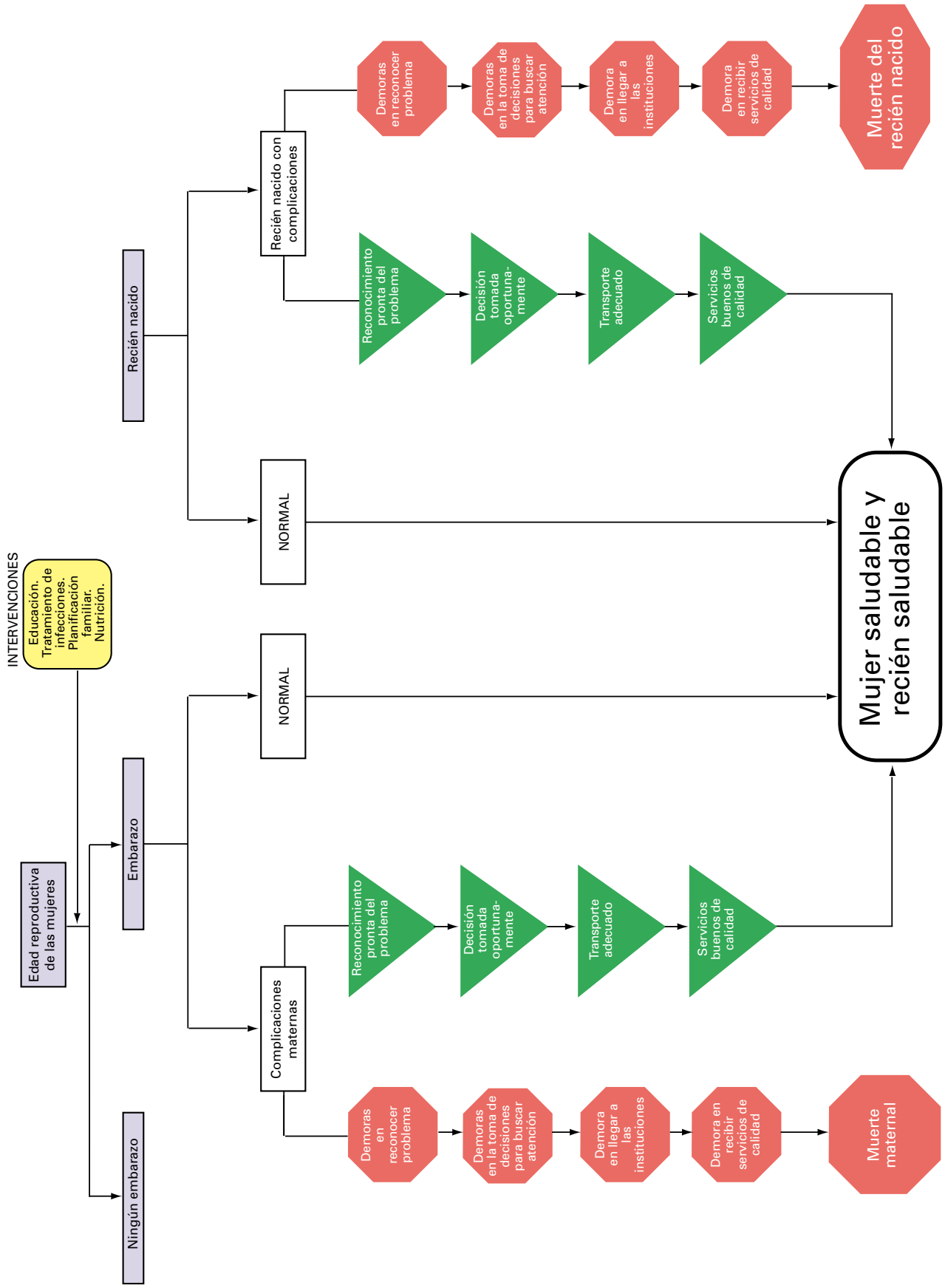
La experiencia ha demostrado que existen varios factores que pueden influenciar el tipo de resultados que una mujer y su recién nacido pueden experimentar. La Figura 1.4 describe varios factores que pueden afectar estos resultados. Por ejemplo, si una mujer desarrolla una complicación y existen atrasos en reconocer el problema o en recibir atención, la mujer tiene mayor probabilidad de morir. Por el contrario, si una decisión oportuna se hace para buscar atención y la mujer es tratada apropiadamente, tiene mayor probabilidad de sobrevivir. Existen barreras similares para asegurar que se obtenga atención y que las complicaciones sean manejadas apropiadamente en una forma oportuna para los recién nacidos. **Aunque la Figura 1.4 es unidimensional, como se indicó anteriormente, comprendemos completamente que las complicaciones maternas afectan significativamente los resultados de los recién nacidos.**

La Figura 1.4 presenta el "Camino hacia la atención de las Madres y los Recién Nacidos" que es un resumen de los modelos que han sido utilizados para guiar la programación en salud materna y neonatal de CARE. El camino se basa en las siguientes premisas:

1. Si una mujer no está embarazada, ella no puede desarrollar complicación(es) obstétrica(s).
2. Las intervenciones que atrasan el primer parto (ej., educación de la niña) o disminuyen el número total de embarazos (ej., planificación familiar) reducen la posibilidad de complicaciones debido a que la mujer no está embarazada.
3. Se estima que el 15% de todas las mujeres embarazadas desarrollarán complicaciones de vida o muerte, las cuales requerirán algún tipo de cuidado obstétrico.
4. Atrasos en el reconocimiento del problema, decisiones para la búsqueda de atención, llegar al servicio público de salud y/o recibir servicios de calidad y oportunos incrementan el riesgo de la muerte materna y/o del recién nacido.
5. El manejo apropiado de las complicaciones tiene un efecto directo en la supervivencia, tanto de la madre como del recién nacido.
6. La buena atención del recién nacido puede incrementar significativamente la supervivencia del mismo.
7. La detección oportuna, referencia pronta y manejo apropiado de las infecciones neonatales pueden incrementar significativamente la supervivencia del recién nacido.

El marco lógico identifica al embarazo como el factor principal para una complicación obstétrica, pero existen varios caminos en los que las intervenciones pueden encauzar a una madre y su recién nacido hacia el camino de la supervivencia. Articula dos cursos de acción que influyen en los resultados maternos y del recién nacido. Un camino tiene mayor probabilidad de resultar en la muerte materna y/o del recién nacido debido a que existen atrasos en las acciones claves para obtener los servicios maternos y del recién nacido de calidad. El otro enfoque promueve los comportamientos esenciales que resultan en un manejo apropiado y oportuno de las complicaciones maternas y neonatales, lo cual incrementa las probabilidades de supervivencia de la mujer y del recién nacido.

FIGURA 1.4
CAMINO HACIA LA ATENCIÓN MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO



III. ¿POR QUÉ CORREN LAS MUJERES Y LOS RECIÉN NACIDOS EN LOS PAISES SUBDESARROLLADOS UN MAYOR RIESGO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD?

Aunque se calcula que al 15 por ciento de todas las mujeres embarazadas se les presentarán complicación(es) relacionada(s) con el embarazo y necesitarán servicios de cuidado obstétrico, la mayoría de las muertes ocurren en los países subdesarrollados[1]. **¿Por qué tienen las mujeres en los países subdesarrollados mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónicas o morir?** El riesgo de muerte por una complicación relacionada con el embarazo se acumula en la vida reproductiva de la mujer y varía por región, como se presenta en la Tabla 1.9. África Sub-Sahara tiene el mayor riesgo de muerte, el cual se muestra en las Tablas 1.9 y 1.10.

TABLA 1.9
RIESGO DE MUERTE MATERNA POR REGIÓN

REGIÓN	RIESGO DE MORIR	
África	1 de	16
Asia	1 de	65
América Latina/Caribe	1 de	130
Todos los Países Subdesarrollados	1 de	48
Todos los Países Desarrollados	1 de	1800

Fuente: OMS, 1997

Existen 16 países en donde las mujeres enfrentan el riesgo de muerte de 1 de 10 o menos y otros 19 países con un riesgo de muerte entre 1 de 11 a 1 de 20. (Ver Tabla 1.10).

¿Qué es el riesgo de muerte? El riesgo de muerte es una función de la fertilidad y la mortalidad materna. Cada vez que una mujer está embarazada, tiene riesgo de morir a causa de las complicaciones relacionadas con el embarazo. El riesgo es acumulativo: la mayor cantidad de veces que esté embarazada, las probabilidades de morir aumentan. La mortalidad materna es influenciada por los factores sociales que impiden el acceso a la atención y/o calidad de servicios. Existe una relación directa entre los niveles de muerte materna y el riesgo de muerte Mientras el nivel de mortalidad materna sea mayor, mayor será el nivel de riesgo para una mujer en dicha sociedad. Aun en las áreas que han tenido una TMM relativamente baja, los riesgos aumentan dramáticamente al incrementar la fertilidad (Ver Tabla 1.11).

Existen 16 países en donde las mujeres enfrentan el riesgo de muerte de 1 de 10 o menos y otros 19 países con un riesgo de muerte entre 1 de 11 a 1 de 20.

TABLA 1.10
ALTO RIESGO DE MUERTE MATERNA POR PAÍS

RIESGO DE MUERTE 1 DE 10 O MENOS		RIESGO DE MUERTE 1 DE 11 A 1 DE 20	
Afghanistán	(1 de 7)	Senegal	(1 de 11)
Guinea	(1 de 7)	Benin	(1 de 12)
Somalia	(1 de 7)	Nigeria	(1 de 13)
Sierra Leona	(1 de 7)	Gambia	(1 de 13)
Angola	(1 de 8)	Zaire	(1 de 14)
Yemen	(1 de 8)	Burkina Faso	(1 de 14)
Burundi	(1 de 9)	Costa de Marfil	(1 de 14)
Chad	(1 de 9)	Zambia	(1 de 14)
Etiopía	(1 de 9)	Congo	(1 de 15)
Rwanda	(1 de 9)	Guinée-Bissau	(1 de 16)
Mozambique	(1 de 9)	Mauritania	(1 de 16)
Niger	(1 de 9)	Guinea Ecuatorial	(1 de 17)
Eritrea	(1 de 10)	Camboya	(1 de 17)
Népal	(1de 10)	Haïtí	(1 de 17)
Mali	(1 de 10)	Tanzania	(1 de 18)
Uganda	(1 de 10)	Laos	(1 de 19)
		Kenya	(1 de 20)
		Malawi	(1 de 20)
		Togo	(1 de 20)

Fuente: OMS, 1997

TABLA 1.11
RIESGO DE MUERTE MATERNA, CON PORCENTAJES VARIANTES DE MORTALIDAD MATERNA Y EMBARAZOS POR MUJERES

	TMM = 500/100,000	TMM = 250/100,000
1 embarazo	1 de 200	1 de 400
2 embarazos	1 de 100	1 de 200
4 embarazos	1 de 50	1 de 100
8 embarazos	1 de 25	1 de 50

Fuente: Maine, 1991

Las muertes maternas no se dan por casualidad, sino que resultan de la culminación de varios factores interrelacionados, ante los cuales las mujeres en los países subdesarrollados en particular están vulnerables, y que incluyen:

- ➔ baja condición social de las mujeres;
- ➔ alta fertilidad; y
- ➔ servicios de salud inaccesibles o mal equipados.

A. *Baja Condición Social de la Mujer*

La condición social de la mujer es una intersección entre los papeles productivos (domésticos y económicos) y reproductivos que desempeñan. En muchas culturas, las mujeres son menos valoradas que los hombres. Esto puede manifestarse a través del infanticidio femenino, acceso limitado a alimentos, falta de oportunidades educativas, movilidad limitada, falta de participación en la toma de decisiones, expectativa de dar a luz a muchos niños, sujeta a mutilación genital femenina (MGF), prostitución y trafico, carga de trabajo pesada, abuso físico y emocional, matrimonio prematuro o acceso inadecuado a los servicios de salud.

En muchas sociedades, está atrapada aún una mujer joven dentro de una red de tradiciones que promueve firmemente la maternidad prematura y frecuente para ganarse el respeto dentro de la sociedad. La combinación de estos factores fortalece el bajo valor que la sociedad les da a las mujeres, lo que resulta en atrasos en el reconocimiento del problema, decisión de búsqueda de atención, renuencia a gastar dinero en las mujeres y atraso en recibir atención.

Como resultado de esto, las mujeres en los países subdesarrollados empiezan sus embarazos en un estado vulnerable, en términos de su habilidad para:

1. Asegurar alimentos adecuados para una buena nutrición;
2. Reducir su carga pesada de trabajo;
3. Acceso a los servicios de planificación familiar para escoger el número y espaciamiento de sus hijos; y
4. Acceso a los servicios de salud durante el embarazo y parto.

Estos factores contribuyen a un riesgo incrementado de mortalidad perinatal y neonatal. Los estudios han mostrado que existe un incremento dramático en la mortalidad cuando los niños son espaciados en menos tiempo que 24 meses. También la combinación de la mala condición nutricional y la carga pesada de trabajo incrementa la probabilidad de tener bebés con bajo peso al nacer (BPN) (Ver Capítulo 2).

B. *Alta Fertilidad*

Como se indicó anteriormente, **cada vez que una mujer esté embarazada, ella corre el riesgo de que se le vaya a presentar una complicación relacionada con el embarazo, lo que se incrementa con cada embarazo. Por ello, las mujeres en los países subdesarrollados corren un mayor riesgo de muerte materna.**

Aunque la tasa de fertilidad ha bajado, aún existen 35 países con tasas totales de fertilidad (TTF) mayores de 5[15,16]. África Sub-Sahara tiene el riesgo de muerte más alto debido a que tiene la fertilidad más alta (Ver Tablas 1.9 y 1.10). Se estima que, mundialmente, 15 millones de infantes nacen de adolescentes cada año, los cuales son el 10 por ciento de todos los nacimientos. Las adolescentes forman el 21 por ciento de todas las muertes maternas[17].

Mundialmente, uno de cada 4 embarazos no es deseado. A pesar del hecho de que el aborto sea prohibido e ilegal en muchos países, cada día 50,000 mujeres intentan o buscan el aborto. Veinte millones de abortos peligrosos son realizados anualmente, lo que resulta en 80,000 a 100,000 muertes de mujeres cada año[18].

Las adolescentes forman el 21 por ciento de todas las muertes maternas.

C. *Calidad de Servicios Obstétricos*

El tercer factor que determina el nivel de mortalidad materna es el acceso a servicios de salud materna de calidad. La mayoría de los partos en los países subdesarrollados ocurren en el hogar. **De éstos, casi la mitad son atendidos por un dador de cuidado no capacitado, lo que significa que cada año, cerca de 60 millones de mujeres dan a luz a solas o atendidas por un miembro de la familia o ayudante no capacitado[7].** (Ver Capítulo 3, Tabla 3.3 y 3.4)

Todas las mujeres que desarrollan complicaciones (el 15%) necesitan tener acceso a los servicios obstétricos. Sin embargo, en la mayoría de los países subdesarrollados, los servicios públicos de salud no son equipados adecuadamente con el personal capacitado, medicinas, suministros médicos, sangre, anestesia y otras entradas, como electricidad y agua, para proveer servicios de calidad en una base de 24 horas. La falta de personal capacitado pone al recién nacido en un riesgo particular. El mal manejo de los partos normales y complicados es una causa principal de la asfixia y el trauma al nacer, que puede conducir a la muerte.

Una mujer africana murió en el hospital al dar a luz a su quinto hijo. Ella no había llegado muy tarde al hospital, pero...

Una vez que, ellos se habían esforzado para obtener su tarjeta de ingreso,
ella fue ingresada y se encontró su registro,
se llamó a la obstetriz/comadrona, quien terminó de comer y llegó,
el esposo fue a comprar guantes y regresó,
la comadrona/enfermera obstétrica llegó y examinó a la mujer,
ella empezó a sangrar.

Una vez que, se llamó al doctor y se le encontró,
el doctor llegó,
el esposo fue a buscar bolsas de sangre y otros materiales,
el esposo encontró los materiales y le pidió al vendedor de medicinas que rebajara el precio,
el técnico de laboratorio llegó y se llevó la sangre que le dio el cansado esposo,
la mujer siguió sangrando.

Una vez que, las enfermeras de día y las de noche cambiaron de turno,
se encontró a la obstetriz/comadrona y al doctor y ellos llegaron,
se llenaron las solicitudes de ingreso,
el esposo firmó el formulario de consentimiento para la transfusión,

estaba muerta la mujer.

Fuente: Feuerstein, 1996; Maine 1989

IV. CAUSAS MÉDICAS DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA

A. *Causas Directas*

Las causas directas se refieren a las complicaciones o enfermedades que ocurren solamente durante el embarazo. Las causas obstétricas directas, incluyendo la hemorragia postparto, aborto peligroso, sepsia, enfermedad de hipertensión en el embarazo y parto obstruido, forman el 75-85 por ciento de todas las muertes maternas.

1. **Hemorragia:** La hemorragia prenatal ocurre entre la semana 28 y 40 de gestación y usualmente se debe a la separación prematura de la placenta y/o posiciones anormales de la placenta (placenta previa). La muerte materna usualmente ocurre durante las primeras 12 horas. El sangrado intraparto usualmente se debe a una ruptura uterina durante el parto obstruido o prolongado[8].

   La hemorragia postparto (HPP) es el tipo más prevalente de hemorragia y frecuentemente empieza después de dar a luz (30 minutos – 2 horas). Se debe principalmente a la falla de la contracción del útero y/o de la retención de la placenta por más de 30 minutos después del parto. El sangrado menor puede ser causado por laceraciones. Las mujeres que han tenido muchos embarazos (multíparas) frecuentemente tienen un mayor riesgo de hemorragia debido a que ha sido sobre-estrechado su útero, pero a cualquier mujer se le puede presentar la HPP. Más de la mitad de las muertes por HPP ocurren en el Sur y Sudeste de Asia[8].

EFECTOS DE LA HEMORRAGIA

MUJER	INFANTE
Conmoción (parálisis)	Asfixia
Deficiencia cardíaca	Nacimiento de niño muerto
Anemia severa	

Fuente: OMS, 1994

2. **Aborto Peligroso:** En conformidad con los datos de la ONU, 20 millones de abortos peligrosos se realizan anualmente, lo que resulta en 100,000 a 200,000 muertes femeninas cada año[1]. La Tabla 1.12 presenta las tasas de aborto por región, con África siendo la más alta, seguida por Asia.

El aborto es ilegal en muchos países, pero aun en donde es legal, las mujeres no tienen acceso a servicios de calidad. Los riesgos de muerte potenciales no detienen a las mujeres de buscar o auto-inducirse métodos para terminar el embarazo. Muchas mujeres solamente tienen éxito en parar sus embarazos después de varios intentos. Se estima que 5 millones de adolescentes mundialmente tienen abortos cada año y aproximadamente la mitad de éstos son peligrosos[18].

Se estima que 5 millones de adolescentes mundialmente tienen abortos cada año y aproximadamente la mitad de éstos son peligrosos.

TABLA 1.12
ABORTOS POR REGIÓN

	LAC	ASIA	ÁFRICA
ABORTOS PELIGROSOS (MILLONES)	**4.6**	**9.2**	**3.7**
MUERTES ANUALES POR ABORTOS			
% DE MUERTES MATERNAS	25	12	13
NÚMEROS	6,000	40,000	23,000
RIESGO DE MUERTE POR ABORTOS PELIGROSOS	1 en 800	1 en 250	1 en 150

Fuente: Population Report, 1997; AGI, 1996

Las dos causas más comunes de la muerte por aborto peligroso son la hemorragia y la sepsia. Las morbilidades que resultan de las complicaciones del aborto pueden ser debilitantes. Las complicaciones del aborto consumen grandes cantidades de recursos de salud. En África, las mujeres con complicaciones de aborto ocupan entre el 46 y el 64 por ciento de las camas de los hospitales ginecológicos[19]. (Ver Capítulo 3)

EFECTOS DE ABORTOS PELIGROSOS EN MUJERES
Hemorragia
Conmoción/Sepsia
Infecciones de los órganos reproductivos
Infertilidad

Fuente: OMS, 1994

3. **Hipertensión Inducida por el Embarazo o Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (HIE):** Las enfermedades hipertensivas del embarazo, tales como la pre-eclampsia/eclampsia no se entienden bien. El inicio de los síntomas – aumento de la presión sanguínea, hinchazón de las manos y la cara, proteína en la orina, reflejos muy sensibles – aparecen repentinamente. Si la pre-eclampsia no se trata, puede escalar rápidamente a la eclampsia con convulsiones que pueden causar daños cerebrales o del riñón y/o la muerte de la madre y el feto. Algunas mujeres no exhiben los síntomas comunes de la pre-eclampsia y desarrollan directamente la eclampsia. Esta condición frecuentemente se ve en los primeros embarazos, pero puede ocurrir durante cualquier embarazo[4, 20, 21].

EFECTOS DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO	
MUJER	**INFANTE**
Conmoción	Asfixia
Deficiencia cardíaca	Nacimiento de niño muerto
Daño cerebral	
Daño de Riñón/Hígado	

Fuente: OMS, 1994

4. **Parto Obstruido:** Frecuentemente al inicio el parto obstruido se diagnostica como "parto prolongado", pero usualmente su causa es la presentación anormal del feto o desproporción entre la cabeza del bebé y la pelvis de la mujer (DCP). Si no se realiza una cesárea, la mujer morirá de una hemorragia, infección o agotamiento, y el feto morirá por falta de oxígeno. Aunque muchas mujeres pueden desarrollar esta complicación, se cree que las que están en mayor riesgo son las más jóvenes, físicamente inmaduras, de baja estatura o que sufren de la desnutrición crónica y quienes han tenido complicaciones previas relacionadas con el embarazo[20]. Sin embargo, si una mujer de baja estatura ha tenido partos sin dificultades en los embarazos previos, no se le debe considerar de alto riesgo[4, 20].

EFECTOS DEL PARTO OBSTRUIDO	
MUJER	**INFANTE**
Fístula vaginal	Asfixia
Ruptura/Hemorragia uterina	Nacimiento de niño muerto
Prolapso uterino	Sepsia
Sepsia	Trauma de parto

Fuente: OMS, 1994

5. **Sepsia:** Las mujeres que experimentan la ruptura de membranas y parto prolongado por más de 24 horas son propensas a la infección. La sepsia usualmente ocurre dentro de los 2 a 4 días después del parto. La causa principal de la infección/sepsia son las prácticas no higiénicas durante el proceso de parto, tales como:

   - Medio ambiente de parto no limpio;
   - Exámenes múltiples de la vagina;
   - Ruptura artificial de las membranas en el parto prematuro;
   - Lavado de manos insuficiente por parte de los trabajadores en salud durante el proceso de parto;
   - Introducción de objetos externos a la vagina durante el proceso de parto (ej., hojas, aceite, tierra);
   - Uso de instrumentos sucios, incluyendo las manos, durante el proceso de parto y el corte del cordón; y
   - Uso de trapos como toallas sanitarias durante el período postparto[4, 20].

EFECTOS DE SEPSIA	
MUJER	**INFANTE**
Conmoción	Sepsia
Parto Prematuro	Parto Prematuro
Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)	Infección de Ojos
Infertilidad	Ceguera

Fuente: OMS, 1994

B. *Causas Indirectas*

Las causas indirectas de la mortalidad materna, incluyen las enfermedades, tales como la anemia o la malaria, que pueden existir ya pero que son intensificadas por el embarazo. Se piensa que causan 15-20 por ciento de las muertes maternas. Una mujer puede tener varias condiciones existentes simultáneamente, lo cual incrementa su riesgo total de morbilidad y mortalidad.

1. **Anemia:** La anemia materna (Hg bajo 11g/dl) afecta aproximadamente a 500 millones de mujeres en edad reproductiva (la mitad de la MER) mundialmente. Las mujeres anémicas están propensas a las enfermedades e infecciones y no toleran la pérdida de sangre aun en pocas cantidades. Las causas de la anemia son multifacéticas – las deficiencias del hierro, malaria, parásitos intestinales y deficiencias de las Vitaminas A y C. El infante es capaz de almacenar el hierro adecuadamente, a expensas de las reservas de la madre, lo que incrementa la gravedad de la anemia de la madre. Estos factores incrementan el riesgo anémico de la morbilidad o mortalidad de la mujer[23, 24, 25] (Ver Capítulos 2, 3 y 5).

La anemia materna (Hg bajo 11g/dl) afecta aproximadamente a 500 millones de mujeres en edad reproductiva (la mitad de la MER) mundialmente.

EFECTOS DE ANEMIA	
MUJER	**INFANTE**
Conmoción	Asfixia
Deficiencia cardíaca	Nacimiento de niño muerto
	Bajo Peso al Nacer

Fuente: OMS, 1994

Aproximadamente 22 millones de mujeres embarazadas viven en áreas de Africa endémicas de malaria. Se cree que la malaria contribuye a un 5-10 por ciento de las muertes infantiles asociadas con BPN.

2. **Malaria:** La malaria debilita la condición nutricional y destruye los glóbulos rojos, lo que resulta en una anemia severa. La resistencia a la malaria entre las mujeres embarazadas, desarrollada durante la infancia, empieza a experimentarse durante la 14ª semana de gestación. Esto parece ser más pronunciado en el primer embarazo, y en menor grado, en el segundo embarazo. Estas mujeres son más susceptibles a la malaria plasmodium falicipirum. Aproximadamente 22 millones de mujeres embarazadas viven en áreas de Africa endémicas de malaria. Se cree que la malaria contribuye a un 5-10 por ciento de las muertes infantiles asociadas con BPN[4].

EFECTOS DE MALARIA	
MUJER	**INFANTE**
Anemia severa	Parto prematuro
Parálisis	Aborto
	Bajo peso al nacer

Fuente: OMS, 1994

3. **Anquilostoma:** Los anquilostomas son parásitos que se adhieren al interior del intestino e ingieren la sangre, lo que resulta en una pérdida de glóbulos rojos que conduce a la anemia. Las medidas para prevenirlo incluyen una sanidad mejorada y el uso de zapatos[4] (Ver Capítulo 3 y 5).

EFECTOS DEL ANQUILOSTOMA
Anemia severa
Anorexia/Disminución de consumo de alimentos
Fatiga

Fuente: OMS, 1994

V. CAUSAS DE MUERTES DE RECIÉN NACIDOS

Cada año, casi 8 millones de fetos/recién nacidos mueren en la última etapa del embarazo, en el parto o luego del parto como resultado de la mala atención materna y/o manejo inadecuado de las complicaciones relacionadas con el parto.

TABLA 1.13
COMPLICACIONES MATERNAS Y RESULTADOS PERINATALES

PROBLEMA	EFECTOS MÁS SERIOS EN EL FETO / RECIÉN NACIDO
Anemia severa	BPN, asfixia, nacimiento de un niño muerto
Hemorragia	Asfixia, nacimiento de un niño muerto
Hipertensión del embarazo	BPN, asfixia, nacimiento de un niño muerto
Sepsia del puerperio	Sepsia neonatal
Parto obstruido	Asfixia, nacimiento de un niño muerto, sepsia, impedimento por lesión al nacer
Infecciones durante el embarazo	Parto prematuro, infección ocular neonatal, ceguera, neumonía, muerto al nacer, sífilis congénita, transmisión vertical del VIH/SIDA
Hepatitis	Hepatitis
Malaria	BPN, nacimiento prematuro, atraso en crecimiento intrauterino
Embarazo no deseado	Riesgo incrementado de morbilidad por abuso, negligencia
Parto Asucio"	Tétanos neonatal, sepsia

Fuente: UNICEF, 1998

La OMS estima que el 85 por ciento de las muertes de recién nacidos se deben a las infecciones, la asfixia al nacer y las lesiones del parto; presentadas en la Tabla 1.14[8]. Las infecciones maternas durante el embarazo, como la malaria y las ITS, especialmente la sífilis y el VIH, tienen efectos negativos en los resultados neonatales[4, 7, 9, 10, 20].

TABLA 1.14
CAUSAS DE MUERTES NEONATALES

CAUSA DE MUERTE	NÚMERO DE MUERTES	PORCENTAJE
Asfixia en el parto	840,000	21
Traumas de parto	420,000	11
Tétanos neonatal	560,000	14
Sepsia	290,000	7
Neumonía	755,000	19
Diarrea	60,000	2
Nacimiento Prematuro	410,000	10
Anomalías congénitas	440,000	11
Otros	205,000	5

Fuente: OMS, 1995

La mayoría de las muertes neonatales, y por lo menos la mitad de los nacimientos de niños muertos, se deben a problemas durante el embarazo, parto y período postparto. **Más de dos tercios de las muertes de recién nacidos son entre los bebés completamente desarrollados en el tiempo previsto y aparentemente bien equipados para la vida.** Estos niños serían saludables, si se les brindara la atención adecuada. Ayudar a estos niños a crecer saludablemente no requiere la tecnología costosa, sino que requiere el establecimiento de medidas preventivas y atención oportuna para el recién nacido[4, 7, 9, 10, 20].

A. Bajo Peso al Nacer

Uno de los factores de mayor contribución a la mortalidad prenatal y neonatal es el bajo peso al nacer (BPN), cuando pesan menos de 2,500 gramos. Cada año, 22 millones de bebés con BPN nacen, quienes se agrupan en dos categorías: aquellos que son prematuros (nacen antes de la 37ª semana) o aquellos con retraso de crecimiento intrauterino – los bebés que nacen en el tiempo apropiado pero pequeños para la edad de gestación (PEG). La mayoría de los bebés con BPN en los países subdesarrollados se deben a retrasos en el crecimiento intrauterino, lo que resulta de la mala condición nutricional de la mujer, anemia, malaria y las ITS antes de la concepción o durante el embarazo[26].

El peso de nacimiento es crucial para la supervivencia del infante. Los estudios han mostrado que los infantes normales en los países desarrollados tienen una tasa de mortalidad de 2/1000, mientras que los bebés con BPN tienen una tasa de mortalidad de 86/1000. Si los bebés con BPN sobreviven, tienen mayores enfermedades que conducen a la muerte y al desarrollo neurológico atrasado (ej., mala vista, logros educativos disminuidos)[12].

B. Infecciones

Cada año, 30 millones de recién nacidos contraen una infección neonatal y de uno a dos millones mueren como resultado de estas infecciones. Estas infecciones incluyen: la sepsia, neumonía y tétanos. También hay aproximadamente 500,000 casos de tétanos neonatales, principalmente en 12 países[12].

Cada año, existen aproximadamente 333 millones de nuevos casos de las infecciones de transmisión sexual (las ITS) mundialmente[27]. Las consecuencias de las ITS en el feto/recién nacido pueden ser devastadoras, al causar la ceguera, el BPN, el aborto espontáneo y las anormalidades congénitas. Los efectos de la sífilis materna son de particular severidad en los recién nacidos, lo que resulta en altos números de nacimientos prematuros y de niños muertos[28] (Ver Capítulo 3).

Mundialmente, hay aproximadamente 500,000 infantes que quedan infectados prenatalmente con el VIH[27]. Las investigaciones indican que las mujeres VIH positivas pueden transmitir el virus al feto/recién nacido - conocido como transmisión vertical o transmisión de Madre al Niño - a través de tres mecanismos. Primero, la madre puede infectar al feto durante el embarazo, debido a que el virus pasa a través de la placenta. Segundo, el virus puede ser transmitido durante el parto. Ésta es la vía mas probable de transmisión, debido a que la mujer tiene una "alta carga viral" y hay más oportunidad de exposición a la sangre de la madre durante el parto. Tercero, el VIH puede ser transmitido al infante a través de la lactancia[27].

Como se indicó anteriormente, se cree que la malaria contribuye al 5-10 por ciento de las muertes infantiles asociadas con el BPN en África. Estos bebés tienen una tasa de muerte de 5 a 30 veces mayor que los bebés con peso normal[20].

Otras infecciones de los órganos reproductivos, como las infecciones de las vías urinarias durante el embarazo, también incrementan el riesgo de una mujer a desarrollar la sepsia del puerperio. Si la mujer desarrolla sepsia, el recién nacido debe ser evaluado contínuamente y tratado, si fuese necesario[12].

C. *Hipotermia*

Los recién nacidos tienen una superficie relativamente grande, mal aislamiento térmico y un cuerpo pequeñito para producir y conservar el calor, por lo que están vulnerables a la pérdida de calor. Los infantes están más sensibles a la hipotermia en las primeras 12 horas luego del parto, aunque esta condición puede ocurrir en cualquier momento. La hipotermia puede ocurrir rápidamente si se deja mojado al bebé o si está expuesto, especialmente mientras se espera la salida de la placenta[9].

VI. CONCLUSIÓN

Este capítulo trata de indicar los diversos factores que contribuyen a las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal en los países subdesarrollados. La complejidad de este problema nos hace pensar en nuestro enfoque de otra manera, retando la condición y dándole importancia a la necesidad de comprender mejor las creencias, prácticas y valores de las mujeres y sus familias que no pueden accesar los servicios de salud materna. La Tabla 1.15 muestra un resumen de los factores que afectan la salud materna. La Tabla 1.16 muestra una síntesis de los factores que afectan la mortalidad prenatal y neonatal.

TABLA 1.15
RAZONES DE LA MORTALIDAD/MORBILIDAD MATERNA

Combinación de factores socioculturales como:

- ➔ Prácticas dañinas (ej., MGF);
- ➔ Mala nutrición y factores asociados;
- ➔ Baja condición social de la mujer /Empoderamiento/Toma de decisiones;
- ➔ Embarazos frecuentes / Altas tasas de fertilidad / Intervalos pequeños entre partos;
- ➔ Matrimonio prematuro y embarazo en adolescentes;
- ➔ Carga de trabajo pesada;
- ➔ Confianza en medicina tradicional y curanderos;
- ➔ Deseo de bebés pequeños; y
- ➔ Abuso/violencia emocional.

Necesidad no satisfecha de servicios de planificación familiar debido a:

- ➔ Creencias / prácticas tradicionales;
- ➔ Falta de conocimientos; y
- ➔ Servicios inaccesibles o de mala calidad.

Atraso en reconocer el problema debido a:

- ➔ Creencias tradicionales;
- ➔ Riesgo poco percibido;
- ➔ Pocos conocimientos de las causas de muerte, signos de peligro de complicaciones; y
- ➔ Programas de diagnóstico inadecuados.

Atraso en decidir sobre la búsqueda de atención debido a:

- ➔ Baja condición social de la mujer / participación en la toma de decisiones;
- ➔ Falta de planeación para el parto / preparación;
- ➔ Altas tasas de partos en el hogar sin atención y ayudantes no capacitados; y
- ➔ Servicios de salud de mala calidad (percibidos o reales).

Atraso en llegar al servicio publico de salud debido a:

- ➔ Distancia geográfica;
- ➔ Falta de recursos para pagar los servicios;
- ➔ Comunicación /Sistemas de transporte inadecuados; y
- ➔ Pocos conocimientos con respecto a dónde ir y cómo llegar allí.

Atraso en recibir tratamiento de calidad en el servicio de salud debido a:

- ➔ Falta de medicina, suministros, sangre y equipo para tratar las complicaciones;
- ➔ Procesos administrativos incómodos;
- ➔ Falta de personal competente, motivado;
- ➔ Falta de supervisión y sistemas de manejo de información adecuados; y
- ➔ Falta de mecanismos de alcance y seguimiento.

TABLA 1.16
RAZONES PARA LAS MUERTES NEONATALES

Combinación de factores socioculturales como:

- ➔ Embarazos frecuentes / Altas tasas de fertilidad / Intervalos cortos entre los partos;
- ➔ Embarazos de adolescentes;
- ➔ Deseo de bebés pequeños; y
- ➔ Discriminación de sexo, que empieza durante la infancia.

Atraso en reconocer el problema debido a:

- ➔ Creencias tradicionales;
- ➔ Pocos conocimientos con respecto a signos de peligro;
- ➔ Muerte materna; y
- ➔ Altas tasas de partos en el hogar sin atención con o sin ayudantes capacitados.

Atraso en decidir sobre la búsqueda de atención debido a:

- ➔ Creencias tradicionales; y
- ➔ Pocos conocimientos sobre condiciones/consecuencias médicas

Atraso en llegar al servicio público de salud debido a:

- ➔ Falta de recursos para pagar por los servicios;
- ➔ Comunicación /Sistemas de transporte inadecuados; y
- ➔ Pocos conocimientos con respecto a dónde ir y cómo llegar allí

Atraso en recibir tratamiento de calidad en el servicio de salud debido a:

- ➔ Falta de personal capacitado para tratar con bebés con BPN e infecciones neonatales;
- ➔ Falta de supervisión y sistema de información;
- ➔ Falta de sistemas de alcance y seguimiento; y
- ➔ Falta de medicinas y suplementos para tratar apropiadamente las complicaciones.

2

FACTORES PRE-EMBARAZO

I. BAJA CONDICIÓN SOCIAL DE LA MUJER 2.1
- A. Casamiento Prematuro 2.3
- B. Mutilación Genital Femenina 2.3

II. BAJA CONDICIÓN SOCIO-ECONÓMICA/POBREZA ENTRE MUJERES 2.5

III. NUTRICIÓN 2.6

IV. ALTA FERTILIDAD / EMBARAZO NO DESEADO 2.8
- A. Embarazos entre las Adolescentes 2.8
- B. Servicios Inadecuados de Planificación Familiar 2.9
- C. Aumento de Paridad y Edad 2.9

V. ABUSO Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES 2.10

VI. CONCLUSIÓN 2.11

I. BAJA CONDICIÓN SOCIAL DE LA MUJER

Muchos factores afectan a las niñas y mujeres antes de que queden embarazadas, incluyendo la baja condición social de las mujeres que abarca las condiciones socioculturales, las prácticas y creencias tradicionales (ej. el aborto selectivo e infanticidio femenino), la mala nutrición, la alta fertilidad y el abuso y la violencia.

Como indica el proverbio bengalí, a pesar del importante rol de la mujer en el manejo del hogar y en la contribución de sus ingresos, como se ha mencionado anteriormente, muchas culturas valoran a la mujer menos que al hombre. Esto puede ser manifestado a través del menor acceso a alimentos, oportunidades educativas y acceso a servicios de salud limitados, movilidad restringida, falta de participación en la toma de decisiones, expectativa de grandes familias y preferencia por el hijo, prostitución, mutilación genital femenina, carga de trabajo pesada, abuso físico y emocional y matrimonios prematuros. (Nota: Estos valores y prácticas varían según el contexto y cultura.)

"El hombre desafortunado es quien pierde sus vacas;
El afortunado pierde a su esposa."
(Proverbio bengalí)

Muchas de estas prácticas comienzan en el nacimiento y continúan a través de la vida de la mujer. Las niñas frecuentemente tienen menor acceso a los alimentos que sus hermanos. Se han realizado unas investigaciones en Bangladesh que mostraron que a los niños de 5 años se les daba el 16 por ciento más de alimentos que a niñas de la misma edad[6]. Un estudio en la India mostró que los niños tenían mayor probabilidad de comer alimentos con grasa y productos lácteos que las niñas. Por lo tanto, las niñas tenían una probabilidad 4 veces más grande que la de los niños de padecer de la desnutrición. Este estudio también mostró que las niñas tenían 40 veces menos probabilidad que los niños de ser llevadas a un hospital[6]. (Nota: estas prácticas son más comunes en Asia del Sur y, en menor grado, en África.)

La condición social de la mujer permanece baja debido a que las oportunidades educativas le son negadas o limitadas. ***De los 130 millones de niños que no van a la escuela primaria, el 60 por ciento son niñas.*** A pesar de que más niñas ingresan a la escuela primaria, el porcentaje de deserción permanece alto en muchos países[17]. ***De los aproximadamente 960 millones de personas que son analfabetas, el 66 por ciento son mujeres.*** Esto limita su ingreso potencial e involucramiento en la toma de decisiones sobre los recursos de la familia.

Source: Feuerstein, 1993

Existen evidencias bien documentadas que muestran una correlación positiva entre la mayor educación de la mujer y la menor mortalidad infantil. Esta asociación también se muestra entre los altos niveles de educación femenina y las menores tasas de morbilidad y mortalidad materna, así como el uso incrementado de la planificación familiar.

La religión, cultura, supersticiones, experiencias pasadas y educación influyen en las percepciones. Estos factores influyen fuertemente en las creencias, comprensión y aceptación de las prácticas médicas tradicionales y occidentales. En muchas partes del mundo, la salud – física, emocional y espiritual – se considera un estado de balance. Esta actitud afecta y frecuentemente manda en las interacciones normales y el uso de los tratamientos médicos[29].

FIGURA 2.1: BAJA CONDICIÓN DE LA MUJER

Algunas conexiones entre la condición social de la mujer y la mortalidad materna

Sociedad/Cultural/Comunidad

- la mujer fértil provee condición social al varón
- la descendencia provee a la familia de una fuerza de trabajo
- la condición social de la mujer puede ser más baja que la del ganado
- la mujer infértil se puede divorciar
- usualmente tiene poco voto/poder politico

Económico

- no puede pagar el transporte para una emergencia obstétrica
- no puede comprar sangre paara una transfusión, ni antibióticos en caso de infección

Trabajo

- trabajo físico pesado durante la edad reproductiva y embarazo
- caso omiso a enfermedades hasta que está demasiada enferma para trabajar, ej. migrañas, piernas hinchadas

Educación

- las niñas tienen menor probabilidad de ir a la escuela
- dejan pronto la escuela para ayudar a la familia
- dificultad de alfabetizar y educar cuando son adultos, debido a la condición social y carga de trabajo

Morbilidad

- no pueden viajar sin permiso del esposo/familia
- no tienen la capacidad de pagar el pasaje

Familia/Matrimonio

- un matrimonio "prematuro" conlleva a un embarazo en la adolescencia
- el concurrir para recibir cuidado prenatal puede depender de la suegra
- en caso de emergencia, solamente el esposo puede permitir el viaje
- la maja condicion social significa depender de otros para tener atención en salud

Fertilidad

- la alta fertilidad incrementa la condición social - y el riesgo de muerte
- los embarazos son muchos, frecuentes, muy seguido y tardíos
- las decisiones de PF son tomadas más por hombres
- falta de PF incrementa embarazos no deseados y abortos

Salud

- las niñas reciben menos cuidados de salud que los niños
- tardío o ningún cuidado prenatal previene la temprana detección de factores de riesgo

Nutrición

- las niñas reciben menos alimentos que los niños
- la mala nutrición puede resultar en contracciones pélvicas y parto obstruido
- anemia puede causar hemorragia
- agotamiento del cuerpo debido a embarazos frecuentes y a la lactancia

Fuente: Feuerstein, 1993

A. Casamiento Prematuro

En muchos países, las jóvenes se casan un poco después o antes del principio de la menstruación, para asegurar que los bebés no nazcan fuera del matrimonio, lo cual avergonzaría a su familia.

> **"La sociedad nos condenará si nuestras hijas no se han casado al llegar a los 15 años", dicen las mujeres en una población hindú. A miles de millas de distancia, en Burkina Faso, las madres coinciden. "Ella debe casarse lo más pronto posible, ya que de lo contrario, dará a luz a un niño ilegítimo."**
>
> **(FNUAP1992)**

El matrimonio temprano o prematuro limita las oportunidades educativas y económicas y frecuentemente da lugar a un embarazo prematuro. Una evaluación de los países seleccionados realizada en 1995 por el Instituto Alan Guttmacher (IAG) encontró que el 50-70 por ciento de todos los primeros partos en las mujeres casadas ocurren dentro de los primeros dos años de matrimonio[18].

B. Mutilación Genital Femenina

En varias culturas, la mutilación genital femenina (MGF) es una práctica aceptada. **Se estima que 130 millones de mujeres y niñas han experimentado alguna forma de MGF y que por lo menos dos millones de niñas corren el riesgo de la mutilación cada año, mayormente en 28 países de África. El 75 por ciento de todos los casos de MGF ocurren en Egipto, Etiopía, Kenia, Nigeria, Somalia y Sudán.** La edad en la que se hace la MGF varía, pero es más común entre los 4 y 10 años de edad. Normalmente unas mujeres mayores sin capacitación efectuan el procedimiento en la comunidad, con varios instrumentos (tijeras, cuchillos, razuradoras) y frecuentemente son tratadas con pastas de hierbas[30]. La mutilación genital femenina abarca una gama de procedimientos (Ver Tabla 2.1).

TABLA 2.1
CLASIFICACIÓN DE LA OMS PARA LA MGF

TIPO I	Excisión de un prepucio con o sin excisión de una parte del o de todo el clítoris.
TIPO II	Excisión del prepucio y clítoris juntos, con una excisión parcial o total de los labios menores.
TIPO III	Excisión de una parte de o de toda la genitalia externa y coser/reducir la abertura vaginal (infibulación).
TIPO IV	No clasificado, incluyendo: ■ Punzada, perforación o incisión del clítoris y/o labia prepucio; ■ Ensanchar el clítoris o los labios; ■ Cauterización al quemar el clítoris y los tejidos que lo rodean; ■ Rasgar (cortar) la vagina y/o; ■ Introducción de substancias corrosivas dentro de la vagina para causar sangrado o hierbas para ajustar la vía vaginal.

Fuente: OMS, 1995

Muchas mujeres (el 80%) se someten a una excisión del clítoris o del clítoris y labios. La infibulación, en su forma más extrema, involucra la extirpación completa del clítoris, labios menores, superficie interior de los labios mayores, y luego los dos lados de la vulva se cosen (o se suturan) juntos, principalmente en Somalia, Djibouti, Sudán y Etiopía[30]. El daño hecho a los genitales femeninos y sus funciones es extenso e irreversible. Debido a que una mujer infibulada es suturada, la relación sexual es muy dolorosa. En el parto, la mujer debe ser cortada para permitir el paso del bebé y se vuelve a suturar luego de dar a luz.

Las mujeres que han sido sometidas a la MGF sufren complicaciones serias, como infecciones de las vías urinarias y de la pelvis, dificultades al orinar y con la menstruación, tétanos, fístulas, sépsis, infertilidad y parto prolongado, que lleva a la muerte de la madre y frecuentemente también del niño. Mientras puede que hayar una mortalidad y morbilidad materna significativa asociada con la MGF, no existen ningunos estudios que demuestren concretamente la relación.

II. BAJA CONDICIÓN SOCIO-ECONÓMICA / POBREZA ENTRE MUJERES

Las mujeres son responsables de hasta un 75 por ciento de la producción de los alimentos en los países subdesarrollados. Ellas constituyen una tercera parte del producto de la mano de obra asalariada y un 25 por ciento de la mano de obra industrial[6]. Sin embargo, la pobreza se da cada vez más entre las mujeres, como resultado de una crisis económica mundial, conflictos civiles, degradación del medio ambiente y cambios en los valores tradicionales. Esto se refleja en la migración masculina, deserción y erosión de los sistemas de familias extensas y madres solteras. Se estima que del 20 al 30 por ciento de los hogares en los países subdesarrollados la mujer es la encargada de la familia. En la India, los hogares en los que la mujer es la encargada del hogar (MEH) comprenden el 30 por ciento de las familias debajo de la línea de pobreza[16]. Estos hogares no son pobres porque trabajen menos, sino que estas mujeres trabajan más duro para cumplir con sus roles domésticos y económicos. Ellas poseen menos tierra, menos animales y otros bienes, también tienen menos educación y menos acceso a créditos. Un estudio en América Latina demostró que las mujeres frecuentemente escogen trabajar menos horas para poder cuidar a sus hijos y realizar otros quehaceres domésticos[28]. Desafortunadamente, las responsabilidades domésticas de las mujeres frecuentemente son menospreciadas. Se estima que si el trabajo doméstico fuera "valorizado" en términos económicos, el producto bruto doméstico (PBD) en muchos países necesitaría ser incrementado en un 25 por ciento[6].

Las mujeres constituyen una tercera parte de la mano de obra asalariada en el mundo y un 25% de la mano de obra industrial; sin embargo la pobreza se incrementa cada vez más entre las mujeres.

Aunque las familias en las que la mujer es la encargada del hogar (MEH) están asociadas con la pobreza, los niños de estos hogares frecuentemente prosperan más que en los en que el hombre es el encargado del hogar (HEH). En Brasil, la tasa de supervivencia infantil en los hogares en que la mujer es la encargada fue el 20 por ciento mayor que en los en que el hombre es el encargado; mientras que en Chile y Kenia, los niños de familias MEH mostraron más desarrollo y crecimiento que en HEH. Parece ser que las mujeres pobres, más que los hombres, pueden utilizar sus recursos con mayor sabiduría para invertir en el bienestar de sus hijos, pero no necesariamente en su propia salud y bienestar[31, 32].

Los embarazos frecuentes y la mala salud no solamente desgastan la energía productiva de la mujeres, sino también contribuyen a su pobreza. Un estudio de la India mostró que las morbilidades maternas, medidas por los Años Vida Ajustados por Incapacidad (AVAI), redujeron la mano de obra femenina por un 22 por ciento, y la enfermedad fue la segunda causa mayor de deudas[6]. El reducir la fertilidad y mejorar la salud de la mujer pueden mejorar la productividad individual y el bienestar de la familia, particularmente cuando se combinan con la educación y el acceso a trabajo. El mejorar la salud de la mujer y su condición nutricional también puede acelerar el desarrollo económico de una nación.

III. NUTRICIÓN

Los embarazos saludables y la lactancia requieren una dieta de consumo adecuado de calorías, así como una diversidad de alimentos para asegurar el consumo nutricional apropiado. Si una mujer embarazada está agotada y mal alimentada, tiene mayor probabilidad de tener un bebé con bajo peso al nacer (BPN), quien es a su vez más propensa a las enfermedades y la muerte. Adicionalmente, el ciclo repetitivo de embarazos en los países subdesarrollados toma un gran número de víctimas mujeres. Se estima que las mujeres en los países subdesarrollados pasan el 60 por ciento de sus vidas embarazadas o dando lactancia[6].

El Banco Mundial define la seguridad alimenticia como el acceso de todas las personas, a toda hora, a suficientes alimentos para una vida activa y saludable. ***En África, un 40 por ciento de la población tiene inseguridad alimenticia, seguido por un 25 por ciento en Asia del Sur y América Latina[6].*** La inseguridad alimenticia da por resultado la pérdida de grasa almacenada, deficiencias micronutrientes, desnutrición crónica y capacidad de trabajo disminuida[23]. El sistema de la seguridad de los medios de vida del hogar (SMVH) de CARE amplia la definición del Banco Mundial para incorporar los conceptos de adaptabilidad/flexibilidad. Para estar realmente seguros, los hogares deben de ser capaces de tener acceso a los alimentos y ajustarse a las amenazas existentes para con sus medios de vida, tales como las enfermedades y las sequías. Existen cuatro factores claves que afectan la seguridad alimenticia y ponen a la mujer, particularmente a la mujer embarazada, en un riesgo mayor de nutrición inadecuada.

- ➔ **Oportunidades económicas limitadas:** Para asegurar una dieta adecuada, el hogar debe de ser capaz de producir su propio alimento o tener acceso a recursos para comprar alimentos en el mercado.
- ➔ **Fluctuaciones de temporada en la disponibilidad de alimentos:** Una variedad de alimentos debe estar disponible en el mercado durante el año para una dieta adecuada. Por ejemplo, si los vegetales con hojas verdes solamente crecen durante ciertas temporadas, puede que las mujeres embarazadas no tomen los nutrientes críticos cuando los necesitan. El costo de los alimentos también incrementa durante ciertas temporadas, lo que influye en su disponibilidad.
- ➔ **Distribución de alimentos dentro del hogar:** En muchas culturas, las mujeres comen menos y de última, a pesar de su pesada carga de trabajo.
- ➔ **Creencias y costumbres culturales:** Existen muchos tabúes en cuanto a la alimentación durante el embarazo y la lactancia. Algunos alimentos que son altos en proteínas solamente se comen durante los festivales o no se les permite a las mujeres comerlos durante el embarazo. En muchas sociedades, se aconseja a las mujeres embarazadas a comer menos para que el bebé permanezca pequeño y se asegure un parto fácil.

La desnutrición de las mujeres y niñas está enlazada con la baja condición social de la mujer y las normas de la sociedad. Estas prácticas se arraigan de los comportamientos originados en la infancia y continuados durante la vida de la mujer. **Aproximadamente a 450 millones de las mujeres adultas en los países subdesarrollados se les impide su crecimiento o desarrollo corporal,** quedando pequeñas (bajas) para su edad, como resultado de una desnutrición crónica de energía-proteína durante sus vidas. Los niveles más altos de desnutrición entre las mujeres de la edad reproductiva se encuentran en Asia del Sur, en donde el 60 por ciento son de bajo peso, el 60 por ciento son anémicas y el 15 por ciento retardadas en el crecimiento[5].

Como se mencionó anteriormente, **la combinación de bajo peso en el embarazo y aumento de peso en el embarazo tiene efectos nocivos en el infante,** pero esta relación es menos clara en términos de los resultados de la madre. Las mujeres con bajo peso antes del embarazo necesitan mayor incremento de peso durante el embarazo para disminuir efectivamente su riesgo a un resultado desfavorable. Sin embargo, estos incrementos de peso (hasta 18 kgs) pueden no ser realistas para que los alcancen las mujeres en los países subdesarrollados.

Se debe dar el mismo énfasis en mejorar el peso pre-embarazo para que las mujeres no lleguen al embarazo en un estado nutricional desventajoso[31].

Deficiencias de micronutrientes: Las deficiencias de micronutrientes están relacionadas directamente con una dieta de mala calidad y cantidad. Las deficiencias más comunes son del hierro, ácido fólico, vitamina A y yodo.

La deficiencia de **hierro** disminuye la habilidad de contrarrestar las infecciones y causa las anemias. La anemia materna afecta aproximadamente a 500 millones de las mujeres en edad reproductiva (MER) mundialmente. La anemia frecuentemente tiene varias causas, pero la principal causa es una dieta inadecuada, poca absorción de hierro o pérdida de hierro. Otras deficiencias de nutrientes como el ácido fólico, vitamina A y C también contribuyen a la anemia. Si estos nutrientes están disponibles en cantidades adecuadas, se mejorará la absorción del hierro. Aquellas enfermedades como la malaria y la anquilostoma también contribuyen significativamente a la anemia. La suplementación de dietas para niñas adolescentes antes de que estén embarazadas puede incrementar bastante su reserva de hierro (Ver Capítulo 5, Tabla 5.8).

Se debe dar énfasis en mejorar el peso pre-embarazo para que las mujeres no lleguen al embarazo en un estado nutricional desventajoso.

La **Vitamina A** es necesaria para un sistema inmunológico fuerte y para la prevención de la ceguera nocturna. Varios estudios en el Sur de Asia han encontrado que las mujeres que padecen de la ceguera nocturna en general consumen una dieta mala y tienen mayor probabilidad de sufrir de una desnutrición de proteína energética, ser anémicas y tener infecciones. Esto vuelve a indicar la importancia de trabajar con mujeres para que tengan una fuente adecuada de Vitamina A en sus dietas antes de que estén embarazadas. (Ver Capítulo 5, Tabla 5.8)

El **yodo** es necesario para un desarrollo físico y mental adecuado del feto. Los niños nacidos de madres con deficiencia de yodo tienen mayor retardo mental y una pérdida del coeficiente intelectual (CI), incluso en los casos leves. (Ver Capítulo 5, Tabla 5.8)

IV. ALTA FERTILIDAD / EMBARAZO NO DESEADO

Básicamente con una fertilidad más alta se expone a la oportunidad de que surjan las complicaciones obstétricas. Las mujeres en los países subdesarrollados sufren de mayores riesgos de vida. A pesar de que las tasas de fertilidad han bajado significativamente durante las últimas décadas, permanecen altas en muchos países. África Sub-Sahara tiene las mayores tasas de fertilidad (TFT), variando de 4.8 a 7.3, seguido por Asia, con 3.7 a 5.1 y América Latina con 3.1 a 4.6 [16]. Tradicionalmente se han considerado como deseadas las familias grandes, debido a que proveen la mano de obra para la agricultura y una red de seguridad social para los padres cuando sean mayores, debido a la falta de pensiones.

A. *Embarazos entre las Adolescentes*

La fertilidad se mantiene alta por los matrimonios prematuros y por la falta de acceso a la PF. Si una mujer puede atrasar su embarazo hasta que tenga la madurez física o si puede espaciar sus embarazos por lo menos dos años o más, entonces ella tendrá menos probabilidad de tener una complicación.

Se estima que, mundialmente, a más de 120 millones de mujeres les gustaría espaciar sus embarazos por lo menos cada dos años o limitar el tamaño de su familia, pero no lo pueden hacer.

Las mujeres son fértiles años antes de que sus cuerpos estén listos para darse a basto con el embarazo y el parto. Con el comienzo del menses, a las niñas les queda todavía para el futuro aproximadamente un 4 por ciento más de su crecimiento de altura y un 12-18 por ciento más de su crecimiento pélvico[20]. **El embarazo en las adolescentes amenaza la salud y el estado nutricional de la madre y el feto, ya que ambos compiten para alcanzar sus propias necesidades de crecimiento.** Adicionalmente, los bebés de las jóvenes sufren mayores porcentajes de nacimientos prematuros, nacimientos de niños muertos y BPN. Un estudio de Nigeria muestra que la TMM en niñas menores de 15 años fue siete veces mayor que la de 20-24 años[20].

Mundialmente, se estima que 15 millones de infantes nacen de madres adolescentes cada año, que abarca el 10 por ciento de todos los nacimientos. Las adolescentes dan razón del 21 por ciento de todas las muertes maternas[17].

B. Servicios Inadecuados de Planificación Familiar

Se estima que, mundialmente, a más de 120 millones de mujeres les gustaría espaciar sus embarazos por lo menos cada dos años o limitar el tamaño de su familia, pero no lo pueden hacer. Estas parejas expresan su deseo de utilizar la PF, pero aún no están utilizando ningún método, lo que indica una necesidad no satisfecha. La India tiene la mayor cantidad, con 31 millones, de mujeres con una necesidad no satisfecha de los servicios de la PF, seguida por Pakistán con 5.7 millones, Vietnam con 5.2 millones, Indonesia y Bangladesh con 4.4 millones cada una, Nigeria con 3.9 millones, México con 3.1millones, Brasil con 3 millones, las Filipinas con 2.5 millones y Egipto con 1.8 millones de mujeres[33].

Las razones de no usar la PF varían según el contexto, pero pueden incluir:

- ➔ dificultad de accesar servicios de planificación familiar de calidad;
- ➔ preocupación acerca de los efectos secundarios de los métodos de PF;
- ➔ falta de información o información errónea;
- ➔ oposición por parte del esposo, familia o comunidad; y
- ➔ insuficiente comprensión de los riesgos asociados con el embarazo

Se estima que aproximadamente un tercio de las muertes maternas, o 175,000 anualmente, pueden ser evitadas al mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar[1, 3].

C. Aumento de Paridad y Edad

Muchos estudios muestran que los segundos y terceros embarazos son los que tienen menos problemas, mientras que las complicaciones y muertes maternas aumentan significativamente después del tercer niño. En Jamaica, una mujer que dé a luz a su quinto (o mayor) hijo tiene una probabilidad del 43 por ciento más de morir que una mujer que dé a luz a su segundo hijo[34].

El riesgo también aumenta con el incremento de la edad. Las mujeres mayores de 35 años de edad son una porción considerable de todas las mujeres que dan a luz. Por ejemplo, en Bangladesh estas mujeres constituyen el 25 por ciento de todos los embarazos, en Nigeria, el 15 por ciento y en los Estados Unidos, el 21 por ciento[20]. En los países subdesarrollados, las mujeres de 35 años o más tienen mayor probabilidad de desarrollar complicaciones debido a que han tenido más embarazos y muchas no han espaciado los embarazos de forma adecuada.

Un estudio de Honduras muestra que las mujeres con intervalos de parto menores de un año tuvieron una doble probabilidad de morir, comparadas con las mujeres con mayores intervalos[35]. La mortalidad también es mucho mayor entre los infantes/niños con intervalos de nacimiento menores de dos años. Varias encuestas demográficas y de salud muestran que si el intervalo de nacimiento puede ser incrementado a 36 ó 48 meses, existen beneficios significativos para la madre (ej., menor anemia), como también para el infante/niño.

V. ABUSO Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La violencia basada en el sexo, la cual atraviesa las líneas étnicas, culturales y económicas, está enlazada con la baja condición social de las mujeres y afecta a millones de mujeres mundialmente. En muchos países, se hace caso omiso a los actos de violencia contra las mujeres, y se toleran e incluso se permiten bajo la ley o por costumbre.

UNICEF estima que actualmente debería haber 60 millones más mujeres en el mundo, pero que han sido asesinadas o han muerto a través de la violencia dirigida contra ellas por su sexo.

(UNICEF 1996)

La Declaración de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la ONU incluye esta definición de la violencia contra la mujer: "cualquier violencia basada en el sexo, que resulte o probablemente resulte en daño o sufrimiento físico, sexual o mental para las mujeres", lo que incluye:

- ➔ feticidio e infanticidio femenino;
- ➔ mutilación genital femenina;
- ➔ violencia física, incluyendo golpes, quemaduras o tirar ácidos a la esposa;
- ➔ abuso emocional, tal como poner atención a otra mujer, usar un lenguaje ofensivo, prohibirle su movilidad, arrebatarle sus pertenencias, regañarla, coerción o rehusar a hablarle; y
- ➔ abuso sexual, incluyendo violación por miembros de la familia[36].

Los estudios divulgan que mundialmente del 20 al 50 por ciento de las mujeres son golpeadas alguna vez en sus vidas por su pareja. Estos estudios también muestran que del 50 al 60 por ciento de las mujeres que han sido abusadas por sus parejas también son violadas[36]. Se estima que 13.5 millones de refugiados son mujeres que han vivido en condiciones que las hacen vulnerables a la violencia y el abuso.

Las principales razones de la violencia doméstica, las cuales varían según el contexto, pueden incluir: sospecha de infidelidad, fracaso de obedecer órdenes, disputas matrimoniales y problemas económicos. **Las personas conocidas por las mujeres – padres, esposos, miembros de la familia y amigos (varones) - cometen la mayoría de los actos violentos.** Es común que la violencia empiece en la juventud y continúe durante el transcurso de la vida de una mujer[37]. El abuso y el miedo que engendra afecta la vida de las mujeres de muchas formas, incluyendo el auto-daño, depresión, angustia mental, ansiedad, síndrome de conmoción post traumática, homicidio y suicidio[37].

Las consecuencias reproductivas de la violencia son:

- ➔ abuso/violación sexual desde muy joven;
- ➔ daños al órgano genital;
- ➔ altas tasas de embarazos no deseados, frecuentemente resultando en aborto;
- ➔ infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA;
- ➔ golpes durante el embarazo, lo que conlleva a un bebé con bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y abortos[37].

VI. CONCLUSIÓN

Las intervenciones que pueden prevenir o atrasar un embarazo hasta el momento en el que una niña/mujer tenga menos probabilidad de sufrir daños o muerte (ej., la educación, PF) son efectivos debido a que reducen el número total de los embarazos y aquellos que puedan ocurrir en un período de alto riesgo (ej. intervalo de nacimiento menor de dos años). Estas intervenciones abordan el tema de la tasa de mortalidad materna, pero no el porcentaje, debido a que no influyen en el número de nacimientos vivos.

En este capítulo se ha tratado de identificar los factores importantes con que se tiene que lidiar en el período pre-embarazo. Las intervenciones durante este período pueden causar la diferencia en la vida de una mujer, al mejorar su capacidad de gozar de un embarazo saludable desde el inicio–antes de que quede en estado.

3

FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

I. PERÍODO PRENATAL 3.1
- A. Creencias y Prácticas Durante el Embarazo 3.1
- B. Nutrición Durante el Embarazo 3.2
- C. Planificación del Parto / Preparación para el Embarazo 3.3
- D. Servicios de Atención Prenatal 3.4

II. PARTO 3.8
- A. Creencias y Prácticas Durante el Parto 3.8
- B. Partos en el Hogar no Atendidos 3.9
- C. Atrasos en Reconocer el Problema 3.10
- D. Atrasos en la Toma de Decisiones 3.12
- E. Atrasos en Llegar al Servicio de Salud 3.13
- F. Atrasos en Recibir Servicios de Calidad de Atención Materna y del Recién Nacido 3.13

III. ATENCIÓN POST-PARTO 3.17
- A. Creencias y Prácticas durante el Período Postparto 3.17
- B. Atención Postparto 3.17
- C. Atención Post-aborto 3.18

IV. RECIÉN NACIDO 3.18
- A. Infecciones 3.19
- B. Bajo Peso al Nacer 3.21

V. CONCLUSIÓN 3.22

I. PERÍODO PRENATAL

El embarazo es un tiempo especial. Existen muchos factores que serán discutidos en esta sección, los cuales describen la importancia de un período prenatal saludable y los factores que influyen en resultados no favorables para la mujer y el recién nacido. Estas áreas incluyen: creencias y prácticas, nutrición durante el embarazo, planeación del parto y servicios neonatales efectivos.

A. *Creencias y Prácticas Durante el Embarazo*

En muchas partes del mundo, la buena salud depende de mantener un balance entre "caliente y frío"[29]. El embarazo está considerado como un estado "caliente", como la maduración de un fruto. El recalentamiento es peligroso; sin embargo, la hinchazón de las manos y los pies se considera normal. Se cree que la medicina occidental es "calor para el cuerpo" y por lo tanto, peligrosa. Por ello, si surge cualquier tipo de condición durante el embarazo, éstas son tratadas con medicinas (tradicionales) de hierbas para enfriar el cuerpo, en lugar de que con medicina occidental[24]. Muchas mujeres no asisten a exámenes médicos (prenatales) regulares, ya que el embarazo es considerado un estado normal. Otras no admiten que están embarazadas por miedo de atraer a los espíritus malos[29].

Muchas culturas no comprenden la reproducción, anatomía o el proceso del nacimiento. También existe confusión acerca de la duración del período de gestación. La tribu Wan en la Costa Marfil cree que los infantes nacen a los 10 meses, 12 meses o aun 18 meses[29]. Estas creencias afectan significativamente cualquier discusión acerca de las fechas de parto anticipadas y tienen un impacto sustancial en la provisión de atención prenatal, especialmente durante el primer trimestre.

En muchas sociedades, se aconsejan a las mujeres embarazadas a que modifiquen sus dietas, reduciendo su consumo total, usualmente para asegurar un parto más fácil. En un estudio Hindú, la mayoría de mujeres expresaron su preferencia por un bebé pequeño (menor de 2.6 Kg.) porque pensaban que sería más sano[29]. En otras culturas, se les dice a las mujeres que no coman cierta clase de alimentos y que consuman otros. Si estos tabúes restringen nutrientes vitales, puede afectar negativamente tanto a la madre como al bebé.

Algunas normas culturales dictan que las mujeres deben ser aisladas de sus hogares o que se limita su movilidad durante ciertas épocas, tales como la menstruación, embarazo ó 40 días después de dar a luz. Esto limita severamente a las mujeres al acceso a servicios de atención de salud, debido a que deben tener permiso del esposo y deben ir acompañadas.

B. Nutrición Durante el Embarazo

Se estima que del 20 al 45 por ciento de las mujeres en edad reproductiva no toman las 50/Kcal/Kg al día recomendadas por la OMS, a parte de las 300 calorías adicionales requeridas durante el embarazo. Tanto las creencias culturales como los recursos económicos influyen en esta idea de un consumo limitado. Un estudio en la India encontró que las mujeres con mayores ingresos consumían cerca de 2,500 calorías al día durante el embarazo y aumentaban un promedio de 12.5 Kg. Las mujeres pobres solamente consumían 1,400 calorías al día y aumentaban solamente 1.5 Kg. aproximadamente[21].

El consumo de calorías está vinculado al consumo de energía. En un estudio, las mujeres embarazadas que continuaban realizando actividades pesadas aumentaban aproximadamente 6.5 Kg y sus infantes pesaban un promedio de 3,068 gramos, mientras que aquellas con bajos niveles de actividad física aumentaban 9.2 Kg. y sus infantes pesaban un promedio de 3,270 gramos[21]. Otro estudio en el Oeste de África muestra que las mujeres que recibieron suplementos alimenticios durante la época de lluvia cuando el consumo de energía es bajo, tenían bebés con mayor peso al nacer, mientras que entre las mujeres que recibieron suplementos en la época seca cuando el consumo de energía es alto, no hubo incremento en el peso al nacer. **La combinación de reducir el consumo de energía e incrementar el consumo de calorías es la estrategia más efectiva para incrementar el peso al nacer[21].**

La combinación de reducir el consumo de energía e incrementar el consumo de calorías es la estrategia más efectiva para incrementar el peso al nacer.

Deficiencias de Micronutrientes. Las deficiencias de micronutrientes están directamente relacionadas con una dieta de mala calidad y cantidad. Las deficiencias más comunes son de hierro, ácido fólico, Vitamina A y yodo.

La deficiencia de **hierro** disminuye la habilidad de contrarrestar las infecciones y causa la anemia. ***La anemia materna (Hg menor de 11g/dl) afecta a casi 500 millones de mujeres en edad reproductiva mundialmente.*** La anemia frecuentemente tiene varias causas, pero la causa principal es una dieta inadecuada, poca absorción de hierro o pérdida de hierro. Otras deficiencias de nutrientes de ácido fólico y las Vitaminas A y C también contribuyen a la anemia. Si estos nutrientes están disponibles en cantidades adecuadas, aumentan la absorción de hierro. Las enfermedades como la malaria y la anquilostoma también contribuyen significativamente a la anemia[38]. La suplementación de niñas adolescentes antes de que estén embarazadas puede incrementar grandemente sus reservas de hierro (Ver Capítulo 5, Sección IV, para protocolos de tratamiento).

La **Vitamina A** es necesaria para un sistema inmunológico resistente y para prevenir la ceguera nocturna. Varios estudios del Sur de Asia han encontrado que las mujeres con ceguera nocturna generalmente consumen una dieta mala y tienen mayor probabilidad de ser anémicas, tener infecciones y sufrir de una desnutrición de energía-proteína. Esto hace ver la importancia de trabajar con las mujeres para que tengan fuentes adecuadas de Vitamina A en sus dietas antes de que estén embarazadas (Ver capítulo 5, Tabla 5.6, para protocolos de tratamientos).

El **yodo** es necesario para el desarrollo físico y mental adecuado del feto. La deficiencia de yodo incrementa las probabilidades de aborto, nacimiento de niño muerto y nacimiento prematuro. Los niños nacidos de madres con deficiencia de yodo tienen mayor probabilidad de padecer de retraso mental, cretinismo y mala coordinación muscular. **Aproximadamente 250 millones de mujeres sufren deficiencia de yodo y cerca de un tercio de mujeres africanas (181 millones) viven en áreas con deficiencia de yodo[20, 40].**

C. *Planificación del Parto / Preparación para el Embarazo*

La planeación para el parto no es un concepto común en la mayoría de los países subdesarrollados. Los embarazos frecuentemente no son reconocidos hasta que hayan signos físicos visibles (6 - 7 meses). Esta falta de planeación induce a los "cuatro atrasos" discutidos anteriormente, los cuales contribuyen a las enfermedades y la muerte. Es importante animar a las mujeres y sus familias a pensar en los aspectos prácticos de la búsqueda de cuidado obstétrico antes de una emergencia. Las adolescentes más jóvenes, especialmente las primagrávidas, frecuentemente están vulnerables por su fisiología inmadura, falta de acceso a información correcta y servicios prenatales y habilidades de toma de decisiones. Los servicios necesitan ser diseñados para satisfacer las necesidades especiales de la población.

TABLA 3.1
ELEMENTOS CLAVE DE PLANIFICACIÓN DEL PARTO / PREPARACIÓN PARA EL EMBARAZO

- ✔ Informar a la mujer sobre lo que debe esperar durante el embarazo, incluyendo la fecha probable del parto y auto-cuidado durante el embarazo (ej. nutrición y reducción de la carga de trabajo)
- ✔ Saber de y reconocer los signos de peligro para la madre durante el embarazo, parto y período postparto
- ✔ Promover la importancia de tener a un proveedor capacitado para atender su parto
- ✔ Saber a qué servicio de salud ir si surgen complicaciones
- ✔ Saber cómo llegar a dicho servicio
- ✔ Fomentar el desarrollo de un plan para pagar (ahorros/préstamo) por los servicios
- ✔ Comprender la importancia de la lactancia materna inmediata y exclusiva
- ✔ Educar a la mujer y su familia a reconocer los signos de peligro para el recién nacido
- ✔ Educar a la mujer sobre su regreso a la fertilidad y opciones de PF disponibles para ellas

D. Servicios de Atención Prenatal

La literatura debate cuán efectiva es la atención prenatal en reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. Parece ser que la atención prenatal puede hacer la mayor contribución, a través de la planeación del parto, al proveer las vitaminas de hierro y sulfato-ferroso (VHS) a mujeres con anemia de nivel leve a moderado, detectar complicaciones relacionadas con el embarazo y hacer referencias a tiempo, así como tratar las enfermedades comunes como la malaria, anquilostoma, hepatitis viral y las ITS.

1. ¿Funcionan los Exámenes de Diagnóstico?

Las complicaciones relacionadas con el embarazo no se pueden predecir o prevenir, pero pueden ser tratadas.

En el pasado, se diagnosticaba a las mujeres para determinar quién tenía un **alto riesgo** de complicaciones desarrolladas. Los criterios, denominados los "cuatro demasiados", presentados a continuación, fueron utilizados para diagnosticar a las mujeres para este propósito. La mujer que estaba:

- ➔ Demasiado joven (menor de 15 años)
- ➔ Demasiado grande (mayor de 35 años)
- ➔ Demasiado frecuente (intervalos de parto menores de 24 meses)
- ➔ Demasiados (más de cinco embarazos)

En muchos países, del 50 al 60 por ciento de los embarazos son considerados de **"alto riesgo"** al usar estos parámetros de diagnóstico. Sin embargo, sabemos que los estudios han mostrado que el 15 por ciento de las mujeres embarazadas desarrollarán complicaciones que requieren atención obstétrica de emergencia.

El clasificar a la mayoría de la población como de "alto riesgo" no ayuda a identificar a aquellas mujeres que requieran atención obstétrica. Si todas estas mujeres actualmente buscan servicios, los hospitales estarían saturados. Además, algunas mujeres de "bajo riesgo" necesitarán estos servicios, pero en muchos países no se les da información adecuada debido a que no son consideradas "en riesgo".

Los estudios han mostrado que la mayoría de los programas de diagnóstico no son lo suficientemente sensibles para identificar exitosamente a la mayoría de mujeres quienes necesitarán servicios obstétricos especializados.

Un programa de atención prenatal en Kasongo (Zaire) utilizó el historial previo para identificar cuáles mujeres desarrollarían un parto obstruido. Las mujeres con una historia de parto obstruido fueron consideradas de "alto riesgo" y las mujeres sin tal historia se clasificaron de "bajo riesgo". El programa identificó a 156 mujeres de "alto riesgo" para el desarrollo de un parto obstruido, de un total de 3,614 (41) (Ver Tabla 3.2).

TABLA 3.2
PROGRAMA PRENATAL EN KASONGO (ZAIRE)

	HISTORIAL MALO (ALTO RIESGO)	HISTORIAL BUENO (BAJO RIESGO)	TOTAL
Todas las mujeres	156	3,458	3,614
Parto Obstruido	15	36	51
Ninguna complicación	141	3,422	3,563

Fuente: Maine 1993

Muchas condiciones definidas como "factores de riesgo" son complicaciones que requieren tratamiento (ej., la anemia, las ITS o la presión sanguínea alta). Por lo tanto, un enfoque de riesgo no debe ser utilizado para determinar si una mujer necesita atención materna. Todas las mujeres necesitan tener acceso a buenos servicios de salud materna.

Al dar a luz, 51 mujeres desarrollaron parto obstruido. Aunque éste es un pequeño porcentaje del número total de partos (el 1.4%), ésta es solamente una de las complicaciones obstétricas que puede surgir. De aquellas mujeres que han desarrollado un parto obstruido, 36 tuvieron historiales buenos y las otras 15 habían sido identificadas como de alto riesgo. **Esto significa que la mayoría de las mujeres quienes desarrollaron una complicación se consideraban de bajo riesgo. Además, la mayoría de las mujeres (el 90%), quienes se consideraban de "alto riesgo", tuvieron su parto sin dificultad alguna.** Por lo tanto, este programa de diagnóstico identificó correctamente a menos de un tercio de las mujeres (el 29%) quienes al final necesitaron servicios obstétricos[41].

A pesar de que el porcentaje total de mujeres que desarrollaron complicaciones en este estudio es bastante bajo (el 1.4%), de aquellas que sí desarrollaron complicaciones, una gran proporción eran de las identificadas como de "bajo riesgo".

Las complicaciones relacionadas con el embarazo no pueden predecirse. TODAS las mujeres embarazadas necesitan información adecuada acerca de los signos de peligro y acciones requeridas si surge una complicación.

Este ejemplo destaca el hecho de que las complicaciones relacionadas con el embarazo no pueden predecirse. También muestra la importancia de proveer a TODAS las mujeres embarazadas con información adecuada sobre los signos de peligro y acciones requeridas si surge alguna complicación, sin importar su nivel de riesgo.

Aunque existe acuerdo con respecto a los factores de riesgo, tales como la edad, paridad, historial de embarazos previos e intervalos de parto, hay menos acuerdo con respecto a los puntos límite de estos factores. Por ejemplo, el estándar reconocido internacionalmente para la baja estatura es de 145 cms., pero esto puede no ser apropiado en algunos lugares. Es necesario continuar la investigación para identificar mejores parámetros de diagnóstico para determinar exactamente cuáles mujeres pueden desarrollar complicaciones (Ver Capítulo 5).

La literatura sugiere firmemente que el diagnóstico de riesgos se cambie para enfocar la educación de las mujeres, hombres y miembros de la familia en los signos de peligro y acciones requeridas para el acceso a servicios de salud materna, si surgen complicaciones.

2. Procedimientos Prenatales

Los historiales de embarazo son importantes debido a que (si se hacen correctamente) pueden identificar complicaciones previas relacionadas con el embarazo que pueden incrementar el riesgo de la mujer de desarrollar otra complicación. Sin embargo, los estudios muestran que por lo menos un 25 por ciento de los historiales de complicaciones obstétricas significativas se han pasado por alto. En un estudio, la placenta retenida solamente se notó en un 68 por ciento de todas las mujeres que experimentaban esta complicación[21].

Millones de mujeres en los países subdesarrollados están desnutridas y/o sufren de deficiencias de micronutrientes[17]. Existe un pequeño debate en la literatura en lo que concierne a la correlación del peso aumentado de la madre en relación con el peso al nacer del recién nacido. Frecuentemente, el peso de las mujeres embarazadas es un indicio de un estado de mala nutrición y reciben consejería si no se aumentó la cantidad requerida. **Los factores que afectan más el peso al nacer son los niveles de nutrición de la mujer (incluyendo reservas de hierro), cantidad y calidad de calorías consumidas y gasto de energía (carga de trabajo)** (Ver Capítulo 5 para mayor información).

La presión sanguínea usualmente se toma para monitorear el principio de la pre-eclampsia o eclampsia, aunque las mujeres con hipertensión deberían ser monitoreadas contínuamente. La pre-eclampsia y eclampsia no son condiciones comprendidas, pero son asociadas con un aumento en la presión sanguínea, hinchazón generalizada (edema) y proteína en la orina. Aunque las investigaciones han mostrado que la presión sanguínea y edema solamente identifican cerca de la mitad de las mujeres con estas condiciones, aún son suficientemente sensibles para ser monitoreados[4, 20] (Ver Capítulo 5).

Las ITS, incluyendo el VIH/SIDA, son la segunda causa más prevalente de morbilidad entre mujeres en los países subdesarrollados, según lo medido por las AVAI[5].

3. Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual

Los conocimientos limitados de la salud sexual, malas prácticas de búsqueda de salud, programas inadecuados para el tratamiento de parejas identificadas y falta de servicios de salud reproductiva de calidad para el manejo de las ITS conllevan muchas complicaciones. El impacto de estas infecciones en la salud y fertilidad de las mujeres puede ser severo debido a las infecciones que ascienden del cérvix y al mayor riesgo del cáncer cervical y el VIH.

Las ITS afectan a casi el 10 por ciento de las personas en edad reproductiva. Las ITS, incluyendo el VIH/SIDA, son la segunda causa más prevalente de morbilidad para las mujeres en los países subdesarrollados, según lo medido por las AVAI (5). Mientras que el VIH/SIDA ha recibido la mayor atención (5.85 millones de casos en 1997), sabemos que las consecuencias de las ITS pueden ser devastadoras al ser la causa de la ceguera en los recién nacidos, aborto espontáneo en mujeres embarazadas e infertilidad tanto en hombres como en mujeres.

En muchas regiones, las actitudes y normas prevalecientes del poder de género obstaculizan a las mujeres su habilidad de demanda por sexo seguro, o para protegerse de relaciones sexuales no deseadas o de riesgo. Más del 80% de las mujeres son infectadas por su pareja (hombre) y el riesgo de la mujer de adquirir una infección durante el sexo no protegido es de dos a cuatro veces mayor que del hombre. Adicionalmente, la

fisiología de las mujeres jóvenes las pone en mayor riesgo de contraer una infección del VIH. En muchos países subdesarrollados, particularmente en África Sub-Sahara, las infecciones de las adolescentes mujeres es mayor que la de los adolescentes varones, por una tasa de 2 a 1. Se estima que entre el 50 y el 80 por ciento de las ITS en mujeres no se reconocen y no se tratan[98].

De todos los que son VIH positivo, el 45 por ciento de las mujeres y la mitad de todas las nuevas infecciones se dan en personas entre 15-24 años[19]. Las investigaciones indican que cuando alguien de la pareja padece de una ITS, existe una alza dramática en la transmisibilidad de VIH/SIDA (Ver Sección IV del Recién Nacido para una discusión sobre la transmisión vertical).

Pocos programas han tenido éxito en implementar programas de gran escala para diagnosticar y tratar las ITS entre las mujeres embarazadas y sus parejas. Algunos programas han trabajado en poca escala, lo que ha mejorado significativamente la salud de las mujeres y los resultados del parto .

II. PARTO

A. *Creencias y Prácticas Durante el Parto*

Típicamente las mujeres no están obligadas a permanecer en cama durante el parto. Ellas caminan, usan una silla o amarran un lazo a una viga en el techo para apoyo. Una encuesta de 76 sociedades no-occidentales divulgó que las mujeres en 62 países asumieron una posición sentada o de cuclillas durante el parto. En muchos lugares se considera beneficioso el uso de hierbas medicinales y el masaje abdominal para relajar a la mujer durante el parto[29].

Algunas culturas piensan que los órganos se desplazan, particularmente que la placenta puede levantarse y asfixiar a la mujer. Otros creen que el útero se moverá, por lo que se usa una faja para estabilizar el útero[24]. Darle a la mujer aceite o ponerle su pelo o dedos en su boca para que sienta náuseas o vómitos parece ser una práctica relativamente común, especialmente durante un parto prolongado o si la placenta no ha salido[24]. En muchas culturas tradicionales, se cree que el parto prolongado es la causa de las fuerzas externas o espíritus malignos. Por ejemplo, en el Oeste de África se piensa que el parto prolongado ocurre debido a una aventura amorosa de la mujer[20].

Por otro lado, el sangrado fuerte se considera un proceso de limpieza y no se ve como un problema. Muchas comadronas lubrifican la vagina con mantequilla o aceite de coco para hacerlo más resbaloso[29].

La placenta es muy importante en muchas culturas y se cree que tiene una relación especial con el infante. Algunos creen que no se debe cortar el cordón sino hasta después de sacar la placenta. Una vez que el cordón se corte, sin embargo, puede que se considere contaminados a la madre y el niño y que deban ser aislados.

B. Partos en el Hogar no Atendidos

Como se indicó en el Capítulo Uno, **la mayoría de los partos (el 63%) en los países subdesarrollados ocurren en el hogar, con una gran porción (el 47%) asistidos por personal no capacitado.** Altas tasas de partos en el hogar con proveedores no capacitados son más pronunciadas en África, seguido por Asia[6] (Ver Tabla 3). Esto significa que 60 millones de mujeres anualmente dan a luz con una persona no capacitada, miembro de la familia o a solas. En el área rural de Nepal, el auto-parto es preferido debido a que las mujeres evitan deudas rituales o la vergüenza[11].

TABLA 3.3
PARTOS EN EL HOGAR Y PERSONAL CAPACITADO POR REGIÓN

REGIÓN	PARTOS ANUALES EN MILLONES	EN EL HOGAR	POR PERSONAL CAPACITADO
Desarrolladas	17 (12%)	05%	99%
Subdesarrolladas	125 (88%)	63%	55%
África	28 (20%)	66%	42%
Asia	85 (60%)	67%	56%
Amér. Lat.	12 (08%)	34%	76%

Fuente: OMS Factbook

Aunque el dar a luz en el hogar no es un factor de riesgo por sí mismo, todos los siguientes factores contribuyen a los atrasos en: 1) reconocer el problema, 2) decidir buscar servicios y 3) llegar al servicio de salud.

- Muchas de las CAT y mujeres en países subdesarrollados no pueden reconocer signos de peligro que indican complicaciones.
- Muchas mujeres no saben a dónde ir si surgen complicaciones.
- Muchas mujeres viven lejos de los servicios y no tienen transporte.
- Muchas mujeres tienen recursos insuficientes para tener acceso a los servicios.
- Muchas mujeres perciben los servicios como inhumanos o inútiles.

Frecuentemente hay desconfianza y recelo entre las enfermeras, obstetrices, CAT y las comunidades, lo que impide el establecimiento de un sistema de referencia efectivo. Además, en la mayoría de las países subdesarrollados hay escasez de enfermeras/obstetrices para proveer atención de calidad para todas las mujeres en un área en particular que puedan necesitar esos servicios (Ver Tabla 3.4).

TABLA 3.4
AYUDANTES CAPACITADOS EN EL PARTO POR PAÍS

20% O MENOS PARTOS CON AYUDANTES CAPACITADOS		36%-21% PARTOS CON AYUDANTES CAPACITADOS	
Somalia	(02%)	Cambodia	(21%)
Chad	(15%)	Mali	(24%)
Guinea Ecuatorial	(05%)	Burundi	(24%)
Eritrea	(06%)	Sierra Leona	(25%)
Etiopía	(08%)	Rwanda	(26%)
Nepal	(08%)	Mozambique	(30%)
Bhután	(12%)	Laos	(30%)
Bangladesh	(14%)	Nigeria	(31%)
Guinea Bissau	(16%)	Guinea	(31%)
Niger	(16%)	La India	(35%)
Yemen	(16%)	Guatemala	(35%)
Angola	(17%)	Indonesia	(36%)
Pakistán	(18%)		
Haití	(20%)		

"Capacitados" significa atendido por enfermera, obstetriz o doctor capacitados en habilidades de salvamento.
Fuente: OMS Material Health Around the World, 1997

C. *Atrasos en Reconocer el Problema*

En general, millones de mujeres en los países subdesarrollados son analfabetas. Tampoco han sido educadas sobre los signos de peligro, las causas de mortalidad materna y/o los riesgos asociados con el parto. Esta falta de conocimientos contribuye significativamente al atraso en reconocer los signos de peligro que indican el problema.

TABLA 3.5
SIGNOS DE PELGIRO PARA LAS MUJERES

BUSCAR ATENCIÓN INMEDIATA		
EMBARAZO	**PARTO**	**POST-PARTO**
Sangrado	Sangrado fuerte	Sangrado fuerte
Convulsiones	Convulsiones	Convulsiones
Palidez, Respiración forzada	Fiebres, Escalofríos, Secreción	Fiebres, Escalofríos, Secreción
Dolor de cabeza	Trabajo de parto por más de 12 horas	
Manos / Cara hinchadas	Presentación anormal	
Fiebre alta	Placenta no sale en 30 minutos	
Dolor abdominal severo		

Fuente: OMS, 1994

Los recién nacidos tienen una mínima oportunidad de recibir cuidado, lo que se agrava por la falta de conocimientos, distancia de los servicios, tabúes culturales y proveedores de salud inadecuadamente capacitados y equipados.

Las mujeres, sus familias y algunos promotores comunitarios tampoco conocen los signos que indican que los recién nacidos están en peligro. Varias encuestas demográficas y de salud han mostrado que muchas mujeres no conocen los signos y síntomas de neumonía, deshidratación u otras infecciones de sus hijos mayores, por lo que no es probable que sepan qué hacer por sus recién nacidos. Los recién nacidos tienen una mínima oportunidad de recibir cuidado, lo que se agrava por la falta de conocimientos, distancia de los servicios, tabúes culturales y proveedores de salud inadecuadamente capacitados y equipados.

TABLA 3.6
SIGNOS DE PELIGRO PARA EL RECIÉN NACIDO

BUSCAR ATENCIÓN INMEDIATA	
AL NACER	**PRIMEROS SIETE DIAS**
No Respira	Hipotermia /Fiebre/Escalofríos
Color de la piel amarillo (ictericia)	Ictericia
Color de la piel, palmas y plantas de los pies	Respiración forzada (mayor de 60)
Está azul (Hipotermia)	Convulsiones
No puede mamar	No puede / poco mamar / inactivo
	Rigidez
	Diarrea / Constipado
	Ojos rojos hinchados con secreción
	Rojez y secreción alrededor del cordón

Fuente: OMS, 1996

Las familias frecuentemente no están dispuestas a sacar al bebé fuera de la casa. En algunas sociedades, si el bebé está enfermo, se debe a espíritus malignos y no a condiciones que pueden ser tratadas con medicina occidental. En los países musulmanes, la madre y el bebé son aislados durante los primeros cuarenta días después del parto, mientras que en otras culturas no apartan al bebé hasta después de la ceremonia en donde lo nombran, en la segunda o tercera semana de vida. Por último, el recién nacido frecuentemente no tiene contacto con un proveedor de salud hasta su primera inmunización, que puede ser a los dos ó tres meses de edad, por lo que no son monitoreados durante la primera semana crucial de vida[9, 29].

D. Atrasos en la Toma de Decisiones

En muchas culturas, las mujeres tienen una habilidad acaso limitada de influir en la toma de decisiones en el hogar. Esto está asociado con su baja condición social en la familia y en la sociedad. Varios estudios han mostrado que las mujeres usualmente son sometidas a o influenciadas por las creencias de sus madres, suegras u otras parientes. Además, usualmente necesitan el permiso de su esposo, o el de algún varón de la familia, antes de que puedan obtener atención.

TOMA DE DECISIONES

Fátima, 27, quien vivía en una aldea remota de Yemen, tuvo a su sexto hijo, pero su placenta no salió. Una hora después, ella estaba sangrando mucho. Su esposo estaba fuera y ella no pudo ir al hospital sin el permiso de un pariente varón. Ya cuando por fin se encontró a su tío y se llevó a Fátima en camilla los 15 kms. a la carretera más cercana, estaba muerta.

Family Health International Network, 1995.

La percepción de la comunidad sobre el sistema de salud, tanto de la infraestructura como los proveedores, está basada en las experiencias anteriores. Si se atiende a algunas mujeres a tiempo y si se les da privacidad y se les trata bien, y si los suministros están disponibles y los pueden pagar, otras mujeres también llegarán al servicio. Sin embargo, si algunas mujeres son tratadas mal y las medicinas no están disponibles, otras mujeres esperarán hasta que estén a punto de morir antes de ir a un servicio de salud. Otras razones por las que las mujeres esperan para usar los servicios de salud son:

- servicios de salud están lejos y significa dejar a su familia;
- las mujeres no quieren ser examinadas por doctores (hombres) y no hay promotores de salud que sean mujeres;
- se percibe a los hospitales como un lugar en donde se muere;
- existe menos privacidad; y
- los costos son mayores.

E. Atrasos en Llegar al Servicio de Salud

El llevar a las mujeres al lugar de referencia apropiado más cercano es una tarea difícil en muchos países. Un estudio de la India mostró que una de cada 10 mujeres que muere a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo murió en camino al hospital[43]. Algunas veces las familias no saben cómo contactar a un transportista, no hay transporte disponible, es caro o puede ser peligroso (ej. viajar de noche).

Frecuentemente, las mujeres necesitan ir en varios tipos de transporte para llegar al servicio de salud. Por ejemplo, en algunas comunidades en Bangladesh, las mujeres deben ser llevadas al río en camillas hechas en casa, luego van en una lancha a la otra orilla del río, y después buscan un vehículo que las lleve al hospital. Los atrasos pueden ocurrir en cualquiera de estas conexiones o todas.

En muchos países, se supone que los servicios de salud son gratis. Sin embargo, cuando no hay medicinas disponibles en el servicio público de salud, las familias deben comprar las medicinas y suministros del sector privado, muchas veces a precios muy altos. Existen además los costos adicionales de tener a un miembro de la familia para que acompañe a la mujer al servicio público y el transporte de regreso y los alimentos e incidentes que tienen que ser pagados por la familia. La mayoría de las familias no tienen dinero ahorrado para emergencias, por lo que deben vender ganado, joyas y otros objetos de valor. Si esto no es posible, las familias tienen que obtener préstamos a tasas altas de interés, lo que causa otro atraso en el acceso a los servicios. Para poder reducir el atraso, las familias necesitan planear, antes del parto, cómo tratarán las complicaciones que puedan surgir.

Fuente: Feuerstein, 1993

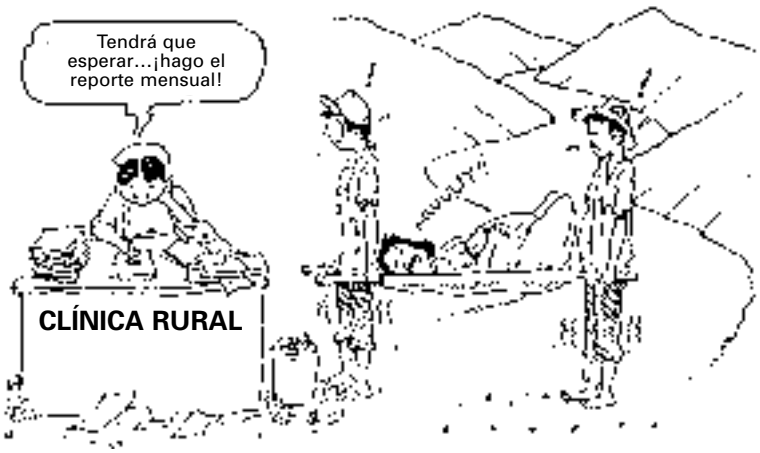
F. Atrasos en Recibir Servicios de Calidad de Atención Materna y del Recién Nacido

En la mayoría de los países subdesarrollados, los servicios públicos de salud no están debidamente equipados para proveer servicios de calidad. Las instituciones no pueden proveer cuidados obstétricos si no tienen a disposición constante el personal capacitado, medicinas de emergencia, suministros (fluidos IV, jeringas y antisépticos), sangre, anestesia, así como electricidad y agua.

No existen suficientes comadronas capacitadas para alcanzar la meta de reducir la mortalidad materna por un 50 por ciento para el año 2000, establecida en la Cumbre Mundial de 1990.

La Confederación Internacional de Obstetrices, la OMS y UNICEF han determinado que no hay suficientes obstetrices capacitadas para alcanzar la meta de reducir la mortalidad materna en un 50 por ciento para el año 2000, establecida en la Cumbre Mundial de 1990 (44) (Ver Tabla 3.4). En muchas partes de África y Asia puede que haya solamente una comadrona por cada 300,000 personas, lo que significa que existe solamente una comadrona por cada 15,000 partos. De acuerdo a los estándares internacionales, la tasa recomendada es una comadrona por cada 5,000 personas.

Mucho del personal de salud, incluso doctores, no han recibido educación adecuada o experiencia práctica supervisada para permitirles tratar competentemente las emergencias obstétricas que ponen en peligro la vida. Para empeorar la situación, los promotores de salud frecuentemente son transferidos y muchos tienen que trabajar en unos medios en donde las medicinas y equipos básicos no existen o no funcionan.



Fuente: Feuerstein, 1993

ANÁLISIS SITUACIONAL

En Bangladesh, las Universidades Médicas (las UM) y los Hospitales Distritales (los HD) supuestamente están equipados para proveer servicios obstétricos amplios, mientras que los Thana Health Complexes (los THC) proveen servicios obstétricos básicos. En 1995 BIRPHERT realizó un estudio de línea basal y encontró lo siguiente:

Personal: Una persona apropiada estuvo encargada del departamento OB/GIN en (100%) de los UM: (50%) de los HD y (25%) de los THC.

Medicinas: Las UM tienen medicinas para satisfacer el 5% de las necesidades de los pacientes.

Extracción Manual de la Placenta: Puede ser realizada en (100%) de las UM, (90%) de los HD y (16%) de los THC.

Se disponía de la anestesia en (100 %) de las UM y (45%) de los HDs.

Se disponía de los Bancos de Sangre en (100 %) de las UM y (65 %) de los HD.

Se disiponía de Salas de parto separadas en (100 %) de las UM, (90 %) de los HD y (62%) de los THC.

Se disponía de Balanzas para bebés (100 %) de las UM, (56 %) de los HD y (48%) de los THC.

La Tasa de Letalidad fue del 2.1 por ciento para las UM, el 3.3 por ciento para los HD y el 1.7 por ciento para los THC.

Fuente: BIRPHERT 1995

Los resultados del estudio del Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential and Reproductive Health and Technologies (BIRPHERT) indica que aunque las UM tienen personal adecuado que puede llevar a cabo los procedimientos, existe una gran escasez de medicamentos. Los HD tienen escasez de personal, de algunos suministros y aun de equipo simple, como balanzas para pesar a los bebés. Los THC tienen escasez tanto de personal capacitado como de equipo sencillo.

El estudio de BIRPHERT muestra que la falta de proveedores de salud capacitados, especialmente médicos (mujeres) en áreas rurales, continua siendo como uno de las principales restricciones para la provisión de servicios obstétricos, a pesar del gran programa de capacitación del gobierno y UNICEF[43].

Cuando los proveedores de salud no son bien capacitados en el diagnóstico y tratamiento de complicaciones obstétricas, los servicios pueden atrasarse aun más o pueden ser manejados mal. **Un estudio en México mostró que el mal manejo de casos por los médicos fue la causa principal del 83 por ciento de todas las muertes maternas.** Un mal diagnóstico fue la causa del 20 por ciento de las muertes y otro 25 por ciento fue debido a un mal manejo quirúrgico[45].

Muchos estudios han encontrado que no es suficiente el capacitar al personal y proveer medicinas y equipo. El mantenimiento y seguimiento contínuo, tal como la revision de estudios de casos, es necesario en las instituciones y comunidades para asegurar que los sistemas esenciales que apoyan los servicios obstétricos, como el manejo de la información, control de inventario y servicios de consejería, sean operacionales.

La **Tasa de Letalidad (TL)** es un indicador útil de la calidad de atención, debido a que compara el número de mujeres ingresadas por complicaciones a un hospital con el número de mujeres que mueren. La TL refleja los factores siguientes:

- ➔ la severidad de la condición de la mujer al ingreso;
- ➔ tiempo de espera;
- ➔ carga de trabajo y capacidad de los proveedores;
- ➔ disponibilidad de medicinas, equipos y suministros; y
- ➔ sistemas administrativos.

En el estudio del BIRPHERT, las tasas de letalidad indican que las THC probablemente están refiriendo la mayoría de sus complicaciones, lo que mantiene su TL baja. Las altas TL en las UM y los HD se deben probablemente a que la mujer llega tarde, lo que hace más difícil el manejo de las complicaciones.

Un nivel aceptable de TL es el uno por ciento de mujeres ingresadas por complicaciones que mueren. Si la cifra es más del uno por ciento, entonces surge el cuestionamiento sobre la calidad de atención. Frecuentemente, las referencias o los hospitales distritales tienen mayores porcentajes debido a que las referencias se atrasan y tienen mayores casos de complicaciones, que son más difíciles de tratar. La Red de Prevención de Mortalidad Materna (PMM) encontró que la tasa de letalidad está entre el 1.2 por ciento en Ghana y el 14 por ciento en Nigeria[46].

DISMINUCIÓN DE LA TASA DE LETALIDAD, ZARIA (NIGERIA)

En Zaria, se renovó un quirófano, los médicos fueron capacitados en habilidades de salvamento y se instituyó el paquete de medicinas de emergencia y los sistemas de donación de sangre en la comunidad. Como resultado, el tiempo anterior al tratamiento bajó de 3.7 hrs en 1990 a 1.6 hrs en 1995 y la TL bajó del 14 a 11 por ciento en el mismo período de tiempo.

Red PMM

III. ATENCIÓN POST-PARTO

A. *Creencias y Prácticas Durante el Período de Postparto*

Muchas veces las mujeres reciben mayor atención, más apoyo familiar y pueden comer más en el período postparto que durante el embarazo, especialmente si el infante es varón[24]. Las mujeres son consideradas como "frías" después del parto y durante la lactancia, por lo que se les debe dar "calor". En México y Guatemala, las nuevas madres toman baños de sudor, mientras que en muchas partes del sudeste de Asia, la práctica de "madre asándose" es común, donde las mujeres tienen un pequeño fuego bajo su cama durante los primeros días luego del parto[29].

En los lugares en que se considera que las nuevas madres están contaminadas, especialmente en las culturas musulmanes, usualmente ellas son aisladas durante los primeros 40 días después del parto. Esto también se ve como un tiempo en el que la mujer está especialmente vulnerable a las fuerzas físicas y espirituales. Las medidas de protección incluyen rezos, amuletos y baños de hierbas. También se les dice que eviten interacción con personas, el frío y el agua. La lactancia materna inmediatamente después del parto y por los primeros días se evita normalmente debido a las creencias que el calostro no es apropiado para el bebé[29].

Las creencias tradicionales guían y dictan las prácticas durante el embarazo y la lactancia. Si los proveedores de salud hacen caso omiso a las creencias y prácticas tradicionales, pueden perder su credibilidad y los clientes pueden usar los servicios de salud solamente en extremas emergencias. Los servicios de atención de salud deben ser provistos de una forma culturalmente apropiada.

B. *Atención Postparto*

Como se indicó anteriormente, la mayoría de las muertes maternas ocurren en el período postparto; sin embargo, pocos programas tienen como objetivo a las mujeres durante este tiempo. Si surge alguna complicación durante este tiempo, los "cuatro atrasos" pueden limitar las prácticas de búsqueda de salud. Los programas tienen que hacer un mejor trabajo al tratar de alcanzar a las mujeres en este tiempo crítico. Las mujeres, los miembros de la familia y las comunidades necesitan comprender la importancia de monitorear a la mujer en el período postparto y deben saber cuáles signos de peligro se debe monitorear. Los hogares y las comunidades pueden jugar un rol clave, especialmente donde los partos en el hogar son comunes, debido a que tienen acceso a las mujeres y pueden animarlas a buscar ayuda, si es necesario. Las mujeres deben estar informadas sobre su regreso a la fertilidad y qué métodos contraceptivos están disponibles que les permite espaciar sus embarazos de una forma segura.

C. *Atención Post-Aborto*

La mayoría de las muertes maternas ocurren en el período post-parto, pero ningún programa se enfoca en las mujeres durante este período.

Se estima que más de 100 millones de mujeres mundialmente quisieran espaciar para tener a sus hijos por lo menos cada 2 años o limitar el tamaño de la familia, pero no lo pueden hacer[33]. Estas parejas indican un deseo de usar la planificación familiar, pero no están usando ningún método, lo que indica una necesidad no satisfecha. Como resultado, muchos de estos embarazos son no deseados y resultan en abortos (Ver Tabla 3.7).

TABLA 3.7
RESULTADOS DE EMBARAZOS POR REGIÓN

REGIÓN	DESEADO	IMPREVISTO	NO DESEADO	ABORTO
África	76%	3%	11%	10%
Asia	63%	10%	9%	18%
LAC	38%	15%	19%	28%
EE.UU.	43%	19%	9%	29%

Fuente: Instituto Alan Guttmacher 1995

De acuerdo con la ONU, se realizan 20 millones de abortos peligrosos anualmente, resultando en 100,000 a 200,000 muertes de mujeres [1]. El aborto es ilegal en muchos países, pero aun en donde es legal, esto no asegura el acceso a servicios de calidad. Potencialmente, los riesgos de vida no impiden que las mujeres busquen o incluso se auto-induzcan el aborto. Muchas mujeres solamente tienen éxito en terminar sus embarazos luego de varios intentos. Un estudio de las Filipinas encontró que como promedio, las mujeres tratan 3 métodos diferentes antes de abortar – autoinducción, "hilots" usando fuerte masaje abdominal y un practicante que puede o no ser capacitado. Los abortos peligrosos frecuentemente resultan en la hemorragia y sepsia, lo que lleva a la muerte (Ver Capítulo 5 para más información en Atención Post-Aborto).

IV. RECIÉN NACIDO

Como se indicó anteriormente, en el Capítulo Uno, cada año casi 8 millones de fetos/recién nacidos mueren en la última etapa del embarazo, al nacer o un poco después del parto, como resultado de una mala atención materna y/o manejo no adecuado de complicaciones relacionadas con el embarazo. La mortalidad neonatal está aumentando como una proporción de todas las muertes infantiles. La OMS estima que un 85 por ciento de las muertes de recién nacidos se debe a las infecciones, asfixia y lesiones al nacer (Tabla 1.14). Las infecciones maternas durante el embarazo, tales como la malaria y las ITS, especialmente la sífilis y VIH, tienen un efecto negativo en los recién nacidos[12].

Muchas infecciones, tales como la malaria, anemia y las ITS durante el embarazo, resultan en un bebé con PBN. Además, muchos estudios han encontrado que los niños no se llevan oportunamente a recibir atención en salud. Los "cuatro atrasos" descritos en el Capítulo 1 también aplican al cuidado del recién nacido. En varios estudios, los trabajadores de salud han identificado a los recién nacidos enfermos (ej. neumonía), pero la familia se rehusa a llevarlos al servicio de salud debido a creencias tradicionales[9].

La mortalidad neonatal está en aumento como una proporción de todas las muertes entre infantes.

A. *Infecciones*

Los organismos asociados con las infecciones neonatales varían según la región geográfica. Aunque Beta-Strep es el principal organismo que causa la sepsia neonatal en los países desarrollados, este no es el caso en los países subdesarrollados. La mayoría de los estudios muestra que la bacteria gram-negativa (ej., Kebisella y Staphilococal) son las causas más prominentes en los países subdesarrollados. Este hallazgo tiene implicaciones de tratamiento significativas. Muchas infecciones son prevenibles con vacunas, mientras otras pueden minimizarse al identificarlas a tiempo y manejarlas adecuadamente[12].

TABLA 3.8
PROBLEMA GLOBAL ESTIMADO DE ENFERMEDAD: MUERTES NEONATALES

CAUSA	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE MUERTES	TL
Asfixia al nacer		840000	
Traumas al nacer		420,000	
Tétanos Neonato	600,000	560,000	85
Sepsia	750,000	300,000	40
Meningitis	126,000	50,400	40
Neumonía	2,500,000	750,000	30
Diarrea	25,000,000	150,000	
Nacimiento prematuro		410,000	
Anomalías congénitas		440,000	
Otros		205,000	

Fuente: Stoll, 1996

Como figura en la Tabla 3.8, la TL es bastante alta por el tétanos, lo que significa que de todos los casos identificados, el 85 por ciento murieron debido al tétanos. Mientras que la sepsia neonatal tiene mayores casos que el tétanos, el factor de letalidad no parece ser tan malo. Para todos aquellos casos de sepsia identificados, el 40 por ciento murieron. Las Infecciones Respiratorias Agudas (las IRA), o neumonía, son la mayoría de los casos y muertes; sin embargo, su tasa de letalidad (40%) no es tan alta como la del tétanos.

Por lo tanto, mientras que es más probable que el recién nacido contraiga la neumonía, su probabilidad de supervivencia es mayor. Si el recién nacido contrae tétanos, su probabilidad de morir es mucho mayor. Aunque es útil analizar los datos de esta forma, debemos recordar que estas cantidades bajas probablemente no son realistas, debido a que **la mayoría de las muertes de recién nacidos ocurren en el hogar y nunca se reportan.**

El recién nacido está en riesgo de que se presenten complicaciones, si los servicios de calidad no están disponibles oportunamente. En muchos lugares, el personal de salud frecuentemente no está preparado para lidiar con el recién nacido enfermo que se les lleve. En la India, Pakistán, Malasia y Tailandia, la TL para niños llevados al hospital con sepsis neonatal estaba entre el 27 por ciento y el 69 por ciento, lo cual es bastante alto. (NOTA: la TL normal es del uno por ciento). Esto significa que murieron entre un tercio y la mitad de los recién nacidos ingresados a instituciones. Estos altos porcentajes indican que la capacitación en la identificación y un manejo apropiado, a tiempo podrían hacer progresos significativos para salvar las vidas de recién nacidos[12].

Existen aproximadamente 500,000 casos de tétanos neonatal anualmente, los que ocurren en su mayoría en 12 países.

Bangladesh	**China**
Etiopía	**Ghana**
La India	**Indonesia**
Nepal	**Nigeria**
Pakistán	**Somalia**
Sudan	**Zaire**

Fuente: Stolls, 1996

Los estudios muestran que hay un incremento de **4 a 10 veces en el riesgo de transmisión del VIH si está presente la sífilis,** chancro y herpes; y un incremento de 2 a 4 veces con la gonorrea e infecciones venéreas[28]. La sífilis materna tiene efectos devastadores en el recién nacido, como se presenta en la Tabla 3.9.

TABLA 3.9
RESULTADOS DE SÍFILIS EN EL RECIÉN NACIDO

Los efectos en los recién nacidos para 40,000 mujeres embarazadas con una tasa de sero-prevalencia de sífilis del 5% se presentan a continuación.

2,000 mujeres embarazadas serán infectadas de sífilis

RESULTANDO EN

→ **400** abortos espontáneos
→ **600** nacimientos de niños muertos
→ **500** sífilis congénita
→ **250** recién nacidos prematuros
→ **250** recién nacidos saludables

Fuente: Van Dam, 1996

El infante puede ser infectado con el VIH durante el embarazo o en el parto (un 20%) y existe un 14 por ciento que puede ser infectado a través de la lactancia materna[39] (Ver Capítulo 5 para mayor discusión). Parece ser que las mujeres VIH positivas con deficiencias de Vitamina A tienen mayor probabilidad de transmitir el VIH a sus hijos (TMaN)[22].

B. Bajo Peso al Nacer (BPN)

Cada año, 22 millones de bebés con BPN nacen, quienes se dividen en dos categorías: aquellos que son prematuros - nacen antes de las 37 semanas - y aquellos con Atraso en el Crecimiento Intrauterino (ACI) - bebés que nacieron en el tiempo previsto pero que son pequeños para la edad de gestación. La mayoría de los bebés con BPN de los países subdesarrollados se debe a ACI, que resulta de mujeres con una mala condición nutricional, anemia, malaria e ITS, antes de la concepción o durante el embarazo. El peso al nacer es crucial para la supervivencia del infante. Los estudios indican que los infantes normales en los países desarrollados tienen una tasa de mortalidad de 2/1000, mientras que los bebés con BPN tienen una tasa de mortalidad de 86/1000. Si los bebés con BPN sobreviven, tienen mayores tasas de enfermedad, que pueden conllevar a la muerte y desarrollo neurológico atrasado (mala vista, logros educativos disminuidos)[9].

Se calcula que de las 10 millones de mujeres infectadas con el VIH/SIDA por todo el mundo, dos millones de ellas quedan en estado–la mayoría de estas mujeres no saben de su condición de VIH, y el embarazo puede agravar la infección y disminuir las fuerzas y las energías de estas mujeres, además de disminuir el sistema inmunológico de ellas, con lo que son más sensibles a la posibilidad de padecer de una anemia y de contraer múltiples infecciones.

Cada año, el VIH/SIDA se transmite (TmaN) a aproximadamente medio millón de infantes – **1,400 cada día** – en los países subdesarrollados por parte de mujeres infectadas con VIH. **El sesenta y siete por ciento de estos infantes nacen en África y el 30 por ciento en el Este de Asia y la India.** Se espera que la TMI y TMN se dupliquen o tripliquen en algunos países del Sur y Este de África (Zimbabwe, Botswana, Zambia y Malawi) debido a la TmaN entre ahora y el año 2010[98].

V. CONCLUSIÓN

Este capítulo ha tratado de describir los diversos factores que influyen en la mortalidad y morbilidad materna y neonatal durante el embarazo, parto y período postparto. En el período prenatal, esto abarca la comprensión de creencias y prácticas de la cultura local, nutrición adecuada, promoción de la planeación del parto y una revisión de los procedimientos prenatales y su efectividad. Los factores que desempeñan un papel en el parto incluyen las prácticas del parto, la proporción de partos en el hogar e instituciones, tipos de proveedores que atienden el parto y los atrasos en reconocer el problema, toma de decisiones, obtener servicios y recibir servicios. El período postparto tiene dos componentes principales: atención postparto y post-aborto. En el Capítulo 3 también se expusieron los factores más importantes que afectan los resultados del recién nacido, infecciones primarias y bajo peso al nacer. En resumen, es claro que existen varios factores que influyen en los resultados maternos y neonatales.

4

Diseño, Monitoreo y Evaluación del Programa

I. ANTECEDENTES 4.1

II. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD MATERNA 4.5
- A. Diagnóstico del Entorno 4.5
- B. Recolección de Datos 4.7
- C. Análisis de Datos 4.12

III. CONSIDERACIONES EN EL DISEÑO DEL PROGRAMA 4.16
- A. Ámbito de Salud Materna Muy Deficiente 4.17
- B. Ámbito de Salud Materna Deficiente 4.20
- C. Ámbito de Salud Materna Moderada 4.20
- D. Ámbito de Salud Materna Adecuada 4.24
- E. Ámbito de Salud Materna Muy Adecuada 4.24

IV. MONITOREO 4.28

V. EVALUACIÓN 4.35

VI. CONCLUSIÓN 4.35

I. ANTECEDENTES

Hace menos de cien años, la profesión médica podía hacer muy poco para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con el embarazo. Si se mira atrás en Inglaterra en los años 30, se podía encontrar tasas de mortalidad materna tan altas como las de los países subdesarrollados de ahora.

Muchos países tienen políticas o normas de Maternidad Segura, pero no son muy amplias ni implementadas por completo. Éstas incluyen la edad de matrimonio, disponibilidad de resultados médicos del embarazo, acceso a servicios de planificación familiar, divorcio y leyes de herencias, educación a mujeres y circuncisión femenina. En el pasado, la mayoría de los programas de salud materna-infantil (SMI) se han enfocado más en la salud de los niños y en menor grado, en el componente materno. La Tabla 4.1 muestra la diferencia entre el enfoque tradicional de SMI y el nuevo enfoque de Maternidad Segura, que asegura un enfoque en la salud materna y también en la salud del niño.

TABLA 4.1
DIFERENTES ENFOQUES DE SALUD MATERNA

EL ENFOQUE ANTIGUO	EL NUEVO ENFOQUE DE MATERNIDAD SEGURA
✔ Descuido de la "M" en SMI. ✔ Más énfasis en la salud infantil. ✔ Perspectiva limitada de salud materna. ✔ Se percibía la salud materna como cuidado prenatal, parto, capacitación de las CAT y PF. ✔ Con base técnica, se mejoran las prácticas del proveedor de salud. ✔ SMI forma parte del cuidado preventivo. ✔ SMI frecuentemente separado de PF. ✔ Mala definición de los mecanismos de referencia, especialmente la emergencia obstétrica. ✔ Contexto social de salud materna descuidada. ✔ No suficientes comadronas / supervisores. ✔ Gran lista de factores e indicadores de alto riesgo (enfoque "en riesgo"). ✔ Tendencia de "sentar y esperar" para madres / mujeres al llegar a los servicios de salud. ✔ Problemas de aborto descuidados. ✔ Morbilidad materna descuidada. ✔ Se usaba el enfoque didáctico de "arriba-abajo" .	✔ Prácticas/perspectiva más balanceadas para la salud materna e infantil. ✔ Perspectiva más amplia de salud materna. ✔ Enfatiza la idea de "salud reproductiva", incluyendo intra-parto, postparto, post-aborto y las ITS. ✔ Lado técnico también está vinculado con la educación / involucramiento de la mujer. ✔ Atención materna mejor vinculada con cuidado obstétrico, PF vista como parte íntegra de los servicios de atención materna. ✔ Mecanismos de referencia de bajo costo establecidos. ✔ Enfatiza el contexto social (pobreza). ✔ Capacita a más comadronas a ser practicantes y supervisores. ✔ Selecciona una lista de factores de riesgo manejables (enfoque en "signos de peligro"). ✔ Afronta el hecho de que el aborto peligroso cause mortalidad/morbilidad materna. ✔ Enfoques participativos usados para capacitar al personal de salud, madres y comunidades.

Fuente: Feuerstein, 1996

Se ha comprobado que los programas que "escuchan a las mujeres" antes de diseñar las intervenciones de servicio son más efectivos al descubrir sus opiniones y preferencias. Frecuentemente, existe una falta de comprensión acerca de las realidades diarias a que se enfrentan las mujeres. Existe una gran diferencia entre las percepciones occidentales de salud y las creencias tradicionales de las mujeres.

Source: Feuerstein, 1993

Necesitamos comprender que las decisiones médicas de las personas frecuentemente se basan en fundamentos no-médicos; las personas no piensan en lo médico sino en lo culturalmente apropiado. La comunidad médica necesita comprender que sus servicios están compitiendo con los servicios de salud alternos. El comprender y diseñar unos programas que reflejan las realidades expresadas por las mujeres es crítico para asegurar que los servicios sean utilizados.

Incrementar el acceso a servicios de salud materna no debe ser costoso. La Red PMM encontró que la mayoría de las intervenciones tuvieron un costo bajo, por ejemplo, reparando un interruptor para que trabaje el generador para mejorar los servicios. La mayoría de los proyectos del PMM fueron co-financiados por el gobierno de los Estados Unidos y costaron menos de US $25,000, que incluía las renovaciones y equipo menor[45].

Un enfoque balanceado de reducir la distancia entre las mujeres y los servicios de salud requiere dos estrategias complementarias – llevar la atención más cerca de las mujeres y llevar a las mujeres más cerca de la atención.

Hoy día se acepta aun menos el número de víctimas en salud materna porque los métodos costo-efectivos y eficaces para prevenirlos son conocidos y usados en el mundo industrializado. **Una inversión de US$3 por persona al año puede prevenir la abrumante mayoría de muertes maternas, la mitad de todas las muertes de infantes y frecuentes incapacidades que afectan a millones de mujeres en los países subdesarrollados[6, 7].** Estos US$3 incluyen el costo de la atención básica prenatal y nutrición, la ayuda en el parto con un proveedor capacitado, la atención neonatal, la promoción de la planificación familiar durante el período postnatal y el cuidado especial por las complicaciones[98]. La OMS ha desarrollado una herramienta para estimar el costo de implementar un Paquete Madre-Bebé.

Un enfoque balanceado de reducir la distancia entre las mujeres y los servicios de salud requiere dos estrategias complementarias – llevar la atención más cerca de las mujeres y llevar a las mujeres más cerca de la atención.

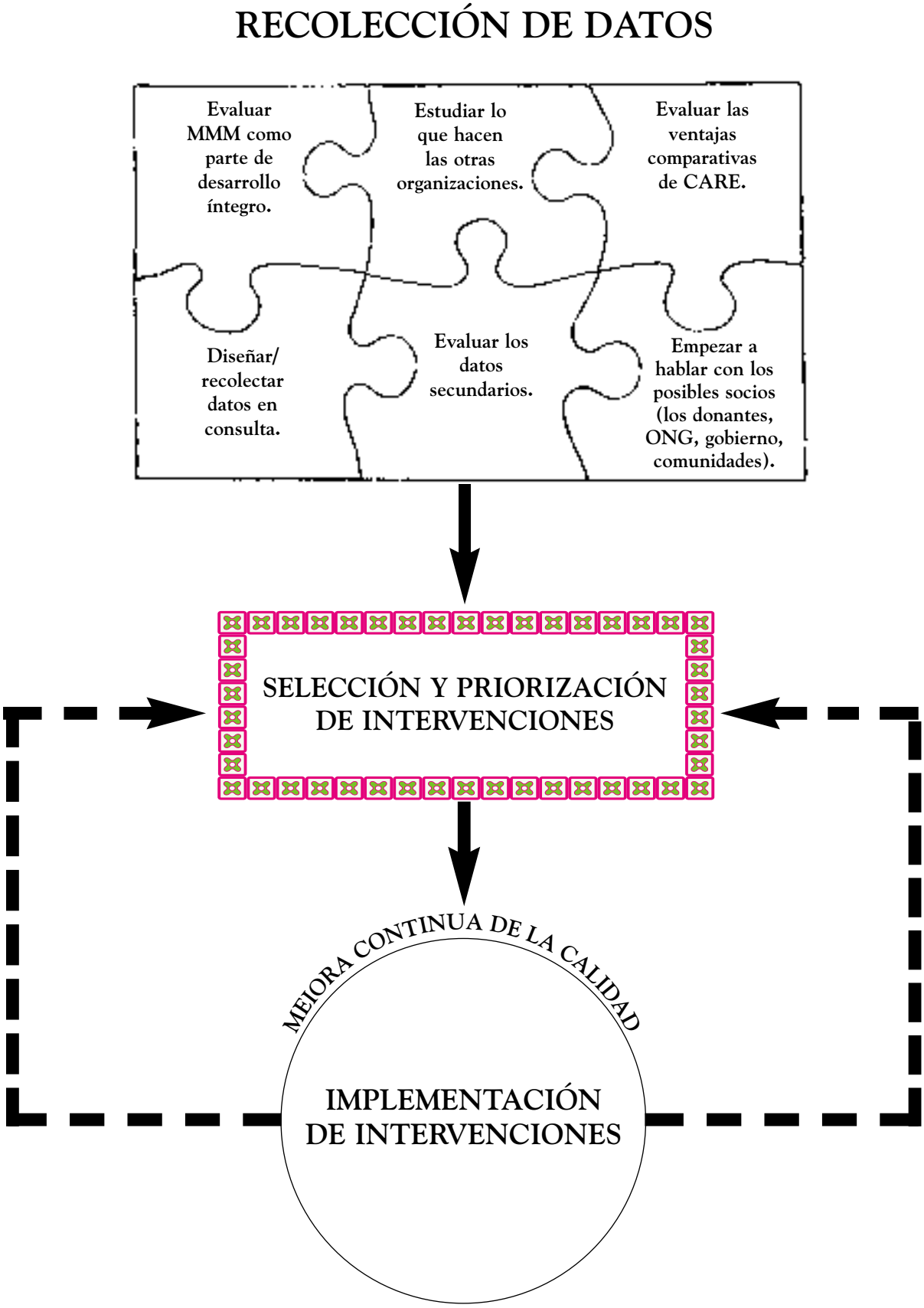
Un enfoque balanceado de reducción de la distancia entre los servicios de salud y las mujeres, requiere dos estrategias complementarias – llevar la atención más cerca de las mujeres y llevar a las mujeres más cerca de la atención[8, 13]. La experiencia muestra que hay necesidad de un balance entre mejorar los servicios y movilizar a la comunidad. **Si uno se hace sin el otro o si las actividades son a deshora, los esfuerzos no serán exitosos.** Es vital que las intervenciones del programa traten las facetas más importantes de estos temas.

RETOS PARA LA SIGUIENTE DÉCADA

- ➔ **Mejorar la participación de las mujeres en la toma de decisiones,** incluyendo el número y tiempo de espaciamiento de los niños, acceso a los servicios de atención de salud y control de recursos.
- ➔ **Empoderar a las mujeres y sus familias para adoptar comportamientos saludables,** planear los partos y complicaciones, si surgen (incluyendo los conocimientos de los signos de peligro), ofreciendo información sobre la ubicación de los servicios obstétricos, cómo llegar a ellos y los recursos para pagar por los servicios.
- ➔ **Animar a los hombres** para apoyar y promover el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva.
- ➔ Continuar el apoyo a la planificación familiar y programas de salud materna y **ampliar pequeños proyectos pilotos al nivel nacional.**
- ➔ Trabajar para asegurar que todos los **enlaces esenciales necesarios para un sistema de referencia efectivo** estén en lugar, incluyendo los sistemas de transporte adecuados, recursos para pagar por los servicios y servicios obstétricos.
- ➔ Comunicar mensajes específicos para promover y sostener el **cambio de comportamiento** de una forma culturalmente aceptable. Los mensajes deben empoderar a las mujeres y sus familias para exigir que los servicios estén disponibles y que reflejen las necesidades de las comunidades.
- ➔ **Asegurar el acceso a servicios obstétricos "amigables" las 24 horas al día** con medicinas, suministros, equipo y personal capacitado adecuados, que proveerán servicios de calidad de una forma cultural y sensible hacia las mujeres.
- ➔ Trabajar para asegurar que los servicios satisfagan las necesidades especiales de las **adolescentes** y las mujeres que sufren de abuso y violencia, y que existan las medidas para las complicaciones de los abortos peligrosos.
- ➔ Desarrollar **mejores indicadores** y sistemas de medición para documentar el progreso en la reducción de las muertes maternas, morbilidades y muertes de recién nacidos.
- ➔ Incrementar/sostener el **apoyo y recursos políticos y gubernamentales** para los programas de salud materna.

Los retos para la próxima década son diversos y complejos. Para asegurar que tenemos programas de salud materna efectivos que puedan tener un impacto – la mortalidad y morbilidad materna y neonatal reducidas – es necesario un enfoque estratégico y amplio. En muchos lugares, no hemos sido lo suficientemente sistemáticos en la recolección o análisis de datos. Además, frecuentemente no seleccionamos intervenciones basadas en nuestro diagnóstico analítico. Por lo tanto, las siguientes secciones describen los enfoques que pueden utilizarse para la recolección, análisis y selección de datos de intervenciones efectivas con la comprensión explícita que estos pasos necesitan ser creados a través de un proceso iterativo, como se muestra en la figura 4.1.

FIGURA 4.1
MARCO LÓGICO PROGRAMÁTICO



II. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD MATERNA

Cuando se diseña un programa de salud materna, se necesita examinar la magnitud y las causas de las muertes maternas, el nivel de la infraestructura, la accesibilidad y el uso de los servicios de salud y otros esfuerzos para tratar este problema. Además, debe realizarse un análisis del entorno para comprender el rol del gobierno, proveedores privados y las ONG en el área y que los donantes estén apoyando el asocio efectivo. A continuación se presentan algunas preguntas a utilizar cuando se evalúa la situación de la salud materna en un país específico.

A. *Diagnóstico del Ámbito*

Un diagnóstico del ámbito, una amplia revisión del ámbito operante, puede realizarse como parte de la recolección de datos o puede hacerse inicialmente para obtener un sentido de la situación y luego realizarlo más a fondo durante la fase de la recolección de datos. Esto dependerá de alguna forma, en la comprensión de la situación y en los datos secundarios disponibles. Por ejemplo, fue fácil para CARE en Bangladesh realizar un diagnóstico del ámbito debido a que tenemos una larga historia en Bangladesh y existe datos amplios. Independientemente de cuándo se decide realizar un diagnóstico, es importante y puede dar un entendimiento valioso en cuanto a que su organización puede ser la más efectiva.

El primer paso del diagnóstico es comprender las fortalezas y debilidades de su propia organización.

CARE ha entablado un amplio esfuerzo para reducir la pobreza a través de los programas en agricultura, manejo de recursos naturales, generación de ingresos, educación, salud y ayuda en emergencias. Estos esfuerzos diversos están unificados a través del Marco Lógico de seguridad de Medios de Vida del Hogar, que es la construcción organizativa para la programación de CARE. Este enfoque holístico ayuda a CARE a unificar los programas a nivel de hogar y contrarrestar la pobreza.

Un aspecto fundamental de la programación actual y futura de salud en CARE es el principio provisto por el Marco Lógico de Seguridad en Salud, que se define a continuación:

> **La seguridad en salud se alcanza cuando los hogares identifican, previenen y manejan riegos significativos para la salud de sus miembros a través de comportamientos más saludables, comunidades empoderadas, instituciones capaces, tecnologías óptimas de salud y políticas públicas apropiadas.**

El segundo paso del diagnóstico es comprender los componentes esenciales necesarios para una programación efectiva.

La seguridad en salud es un marco lógico muy útil cuando se ven qué componentes esenciales son necesarios para asegurar una buena programación materna y neonatal. En términos de la salud materna y neonatal, esto significa el diagnóstico del riesgo materno para madres y recién nacidos que utilizan métodos cualitativos y cuantitativos. Estos datos necesitan ser revisados en términos de los siguientes componentes, que creemos impresciendibles para tratar los problemas complejos de las muertes maternas y neonatales.

- ➔ **Intervenciones óptimas en salud:** La experiencia y la investigación nos indican cuáles son las intervenciones óptimas en salud, las que pueden ser preventivas o curativas para cada una de las causas principales de la mortalidad/morbilidad. Por ejemplo, han habido grandes avances en nuestra comprensión del rol de la atención obstétrica de emergencia en la salud materna. Donde existen paquetes técnicos efectivos, la tarea es promover el uso de las tecnologías óptimas de salud. CARE enfoca mucho de su esfuerzo en producir tecnologías simples y efectivas; sin embargo, las soluciones técnicas no siempre son aparentes, por lo que CARE puede desempeñar un rol útil en alternativas de prueba.
- ➔ **Comportamientos saludables dentro del hogar:** Muchos de los riesgos experimentados por los hogares pobres pueden ser mitigados a bajo costo a través del cambio de comportamiento a nivel de individuos y de hogar. Los resultados de la salud materna pueden ser mejorados drásticamente a través del uso incrementado de la planificación familiar, y de la preparación para la posibilidad de las complicaciones durante el parto.
- ➔ **Empoderamiento Comunitario:** Los enfoques convencionales para mejorar la condición de salud se han enfocado mayormente en la parte de abastecimiento (ej., incrementar la capacidad de los proveedores de salud para entregar los servicios). El empoderamiento comunitario puede desempeñar un papel clave en el cambio de comportamiento y generación de demanda. Es de importancia particular el fortalecer la influencia de las organizaciones de salud comunitarias controladas por las mujeres y enfocadas en las prioridades de salud de las mujeres.
- ➔ **Capacidad Institucional:** El manejo del riesgo de salud también requiere que las instituciones de salud tengan la capacidad necesaria. El término "instituciones" debe comprenderse con una amplitud que cubre toda la gama de los abastecedores de servicios de salud, incluyendo los proveedores públicos, privados sin fines de lucro, tradicionales y los con fines de lucro. Las instituciones capaces poseen las siguientes habilidades: facilitan el acceso a los servicios y artículos necesarios para tratar los riesgos principales de salud, aseguran la calidad de servicios consistente de la competencia técnica de los proveedores, consejería al cliente, respeto por la dignidad y confidencialidad del cliente, seguimiento del cliente y ambiente físico de atención, sistemas efectivos de manejo como planificación, manejo de recursos humanos, monitoreo y evaluación, abastecimiento de medicinas y suministros, manejo de equipo y servicios y manejo financiero.

➔ **Políticas apropiadas de salud pública:** La política pública puede o no apoyar la aplicación de tecnologías apropiadas de salud y/o la promoción de comportamientos apropiados de salud relativos a los riesgos de salud mayores. Donde la política local aumenta la aplicación de tecnologías, sistemas y comportamientos apropiados, el diálogo entre las partes interesadas debe promover la ayuda a encaminar la política pública hacia el apoyo de tecnologías y comportamientos óptimos y sostenibles.

El tercer paso es saber lo que otras organizaciones hacen en el contexto local.

Como se indicó anteriormente, ninguna organización puede tratar adecuadamente el problema de las muertes maternas y neonatales. Por lo tanto, es clave el asocio para tratar este problema complejo. Un ejercicio de "mapeo", tanto geográfico como técnico, puede ser útil para determinar diferencias e identificar los posibles socios para entablar las alianzas estratégicas. El "mapeo técnico" puede ser realizado al estudiar el ámbito operativo, al realizar un análisis SWOT y aprender acerca de lo que otras organizaciones hacen y comprender las prioridades del donante.

EJEMPLO DE UN DIAGNÓSTICO DEL ÁMBITO

Luego de un repaso y análisis de los datos en Bangladesh, un ejercicio técnico de mapeo, CARE/Bangladesh encontró que:

1. USAID tiene un proyecto de $300 millones para la PF.
2. SIDA tiene un proyecto grande para dar atención de aborto y post-aborto.
3. UNICEF está trabajando en 11 distritos en el hospital distrital y algunos THC para mejorar los servicios de AOE.
4. ICDDR,B ha realizado algunos proyectos piloto pequeños, pero no ha llegado a mayor escala.
5. El Gobierno de Bangladesh da mucho apoyo a todas las iniciativas.
6. Varios donantes, como CIDA, están interesados en apoyar las intervenciones comunitarias.
7. Pocas organizaciones están trabajando a nivel comunitario para movilizar el uso de los servicios.

Como resultado de este proceso, elaboramos el programa descrito en la Figura 4.3.

B. Recolección de Datos

Debido a que las muertes maternas y neonatales no son solamente un problema médico, es importante recolectar datos de las diferentes perspectivas para poder identificar las barreras a los servicios de salud materna (Ver Figura 4.1). Aun cuando los datos cuantitativos pueden ser útiles en identificar la magnitud del problema, son menos efectivos para el percatar las actitudes y prácticas. Por lo tanto, es necesario recolectar datos tanto cualitativos como cuantitativos para comprender la situación íntegramente y seleccionar las intervenciones más efectivas para dicho

contexto. Los datos cuantitativos y cualitativos pueden ser recolectados en la comunidad, así como en las instituciones de salud. **Debido a que la mayoría de las mujeres y los recién nacidos mueren en el hogar, es esencial recolectar datos de la comunidad.** Las encuestas en los hospitales desestiman significativamente el problema y no son capaces de percatar muchas de las barreras a la atención que ocurre fuera de la institución de salud.

Recolección de datos cuantitativos: Esto puede ser datos primarios o secundarios. Usualmente incluye indicadores brutos de la condición de salud (ej., TMM, TMI, TL, TPC, tasas de cobertura) y un reflejo de la disponibilidad y accesibilidad de la infraestructura de salud (ej., equipo disponible, servicios de salud por población, uso de servicios).

Las herramientas de recolección de datos cuantitativos en las instituciones de salud pueden incluir: repasos estructurados de registros, entrevistas estructuradas con clientes y diagnósticos de servicios de salud. Los instrumentos a ser utilizados en las comunidades normalmente consisten en entrevistas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) o alguna adaptación de las mismas. Están disponibles muchas encuestas (ej., módulo DHS en mortalidad materna, Diagnóstico de Servicios de Salud de OMS, Diagnóstico de ACNM), las cuales han sido ensayadas y pueden ser adaptadas. Estas herramientas son caracterizadas por preguntas cerradas.

Recolección de datos cualitativos: En muchos países existen menos datos cualitativos disponibles, por lo que los datos secundarios no son una opción. Debido a que los datos cuantitativos dan una idea general de la magnitud del problema, los datos cualitativos ayudan a comprender los "porqué". La información cualitativa puede incluir:

- Creencias y prácticas del parto;
- Percepción de las mujeres sobre servicios y personal de salud;
- Razones del porqué las mujeres no quieren ir a los servicios de salud;
- Procesos de toma de decisiones; y
- Sistemas de creencias médicas.

Los instrumentos para recolectar datos cualitativos abarcan grupos focales, enfoques participativos (ej., APA, EPR) y autopsias verbales.

Grupos focales, grupos de discusión guiada, pueden proveer más información de fondo en muchos temas, particularmente en lo que son creencias, percepciones y temas que afectan la calidad de la atención. Son útiles para explorar más ampliamente las tendencias vistas en los datos cuantitativos para comprender mejor las razones detrás de dichas tendencias.

Enfoques participativos, tales como las evaluaciones participativas rurales (EPR) o el aprendizaje participativo en acción (APA), son otras alternativas para recolectar datos cualitativos para tener una perspectiva de los "porqué" de los problemas que pueden ser identificados. Estas metodologías consideran lo que es la transformación de actividades existentes para tratar de mejorar las condiciones de las personas. Estos enfoques involucran a la comunidad más que las discusiones de grupos

focales, a través del análisis e interacción de los grupos comunitarios. Por lo tanto, estos enfoques usualmente pueden recolectar mejores datos. Típicamente, existe la participación de varios sectores de la comunidad (ej., hombres, mujeres, ancianos, proveedores) para recolectar una diversidad de información. Debido a que los datos son recolectados de varias fuentes, es importante triangular estos datos (referencia cruzada a través del uso de diferentes herramientas que recolectan los mismos datos en diferentes formas) para asegurar su validez. Varias herramientas (ej., mapeo de aldeas, ciclo de vida reproductiva) pueden ser utilizados para ayudar a la comunidad a describir su situación y creencias. La meta de estos enfoques es aumentar el aprendizaje de todos los participantes.

Autopsias verbales, algunas veces denominadas repasos de caso pueden ser realizadas en las instituciones, y en la comunidad y éstas permiten recolectar más datos para recabar el porqué murieron las mujeres o recién nacidos. En muchos países la mayoría de las muertes maternas y de recién nacidos ocurre en el hogar, por lo que este tipo de enfoque es importante porque explora cuáles atrasos de roles en el identificar el problema, el decidir buscar ayuda y el conseguir transporte contribuyen a la muerte. Si la autopsia verbal se hace solamente en el hospital, se pasará por alto este tipo de información.

PREGUNTAS A USAR CUANDO SE REALIZA UN DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD MATERNA

Fuente: Campbell, et al. Off to a Rapid Start. International Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol.48

CONDICIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

¿Qué aspectos de la condición económica y social de las mujeres afectan adversamente la maternidad segura? ¿Cuáles son las consecuencias económicas y sociales de las enfermedades o la muerte de la madre? ¿Qué les pasa a sus hijos?

POBLACIÓN Y FERTILIDAD

¿Qué población está en riesgo? ¿Contribuye el patrón de fertilidad a la maternidad segura? Si se hace algo, ¿qué se hace para reducir la fertilidad y prevenir el embarazo no deseado?

POLÍTICAS DE SALUD

¿Cuál es el compromiso para la Maternidad Segura? ¿Cuáles recursos están disponibles para reducir la mortalidad materna y las morbilidades relacionadas? ¿Qué se necesita para un marco lógico de referencia? ¿Cuáles recursos están disponibles para llevar un mensaje de salud materna a las mujeres y sus familias? ¿Qué leyes, cuáles políticas del sector de salud y cuáles costumbres afectan la salud materna (aborto, delegación de responsabilidad, edad de matrimonio y movilidad de las mujeres)?

PREGUNTAS A USAR CUANDO SE REALIZA UN DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD MATERNA

Fuente: Campbell, et al. Off to a Rapid Start. International Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol.48

MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA

¿Cuán alta es la mortalidad materna? ¿Cuál es la causa principal de las muertes maternas? ¿Se incluyen las causas indirectas? Si no existen indicadores representativos de la mortalidad materna, ¿cómo se pueden obtener? ¿Qué grado de cobertura y de integridad tiene el registro demográfico? ¿Cuántas muertes femeninas han habido en el grupo de edad de 15 a 49 años? ¿Cuántas muertes maternas han habido? ¿Qué es el porcentaje de los partos registrados? ¿Qué es el porcentaje de partos que se llevan a acabo en los hospitales? ¿Cuáles son las causas principales de la morbilidad materna? ¿Cuál es el nivel de desnutrición materna? ¿Cuáles son los otros indicadores posibles de la salud materna?

MORTALIDAD PRENATAL/NEONATAL

¿Cuán alta es la mortalidad neonatal? ¿Cuáles son las principales causas de la muerte neonatal? ¿Incluyen causas indirectas? Si no existen indicadores representativos de la mortalidad neonatal, ¿cómo se pueden obtener?

ALCANCE, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE LA COMUNIDAD

¿Qué percepciones, creencias y prácticas afectan la condición de salud y el uso de los servicios? ¿Se dispone de cuáles vías para llevar los mensajes acerca de la salud materna y atención a las mujeres y sus familias?

- ➔ ¿Tipo de comunidad (agricultura, peri-urbana)? ¿Ubicación de la comunidad, acceso (distancia) a servicios públicos de salud, barreras temporales, como inundaciones, disponibilidad de transporte? ¿Percepciones de los líderes comunitarios con respecto a los servicios de salud? ¿Cuáles son los principales problemas de salud (desnutrición, anemia, malaria, anquilostoma, las ITS)?

- ➔ ¿Rol de las mujeres en la comunidad? ¿Tienen estudios? ¿Tienen movilidad o tienen que estar acompañadas? ¿Cuál es su medio de vida? ¿Cuántos hijos tienen las mujeres?

- ➔ ¿Quiénes toman las decisiones en el hogar? ¿En la comunidad? ¿Cuáles son las creencias tradicionales? ¿Y prácticas? ¿Qué piensan las mujeres acerca del sistema de atención de salud (atención prenatal, parto, cuidado del recién nacido)? ¿Usan las mujeres los servicios de salud? ¿Por qué/por qué no? ¿Cuáles?

- ➔ ¿Quiénes son los proveedores de salud en la comunidad (las CAT, doctores de la comunidad, proveedores privados)? ¿Ellos han dejado que muera alguna mujer? ¿Las refieren a los servicios públicos de salud? ¿Por qué? ¿Por qué no?

PREGUNTAS A USAR CUANDO SE REALIZA UN DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD MATERNA

Fuente: Campbell, et al. Off to a Rapid Start. International Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol.48

- ➔ ¿Dónde se llevan a cabo los partos (en la casa del esposo, en la casa de la madre, en un establo)? ¿Quién los atiende? ¿Los atiende durante todo el parto o solamente cortan el cordón? ¿Cuánto tiempo se queda esta persona con la mujer? ¿Qué se usa para cortar el cordón? ¿Cuándo se inicia la lactancia materna?

- ➔ øQué prácticas usan las personas si a la mujer se le presenta una complicación? ¿Quién toma las decisiones sobre la búsqueda de servicios? ¿Reconocen la mujer y su familia los signos de peligro? ¿Cuáles son las principales barreras para accesar y recibir atención[50]?

CARACTERÍSTICAS DE ORGANIZACIONES DE SERVICIO Y SU USO

¿Quién atiende el parto y dónde se lleva a cabo? ¿Quién puede tratar las complicaciones obstétricas, especialmente las de emergencia, y dónde las pueden atender? ¿Qué enlaces formales existen entre el proveedor que atiende el parto y estos servicios para la atención de las complicaciones obstétricas? ¿Cuáles son las barreras para el uso de estos servicios?

- ➔ ¿Tipo de institución (área de captación y servicios a ser provistos)? ¿Número actual de partos? ¿Cuál es el porcentaje de complicaciones? ¿Número estimado de complicaciones relacionadas con el parto?

- ➔ ¿Relación entre la institución y la comunidad? ¿Los proveedores de salud conocen a los promotores de salud comunitarios? ¿Qué trato reciben si se refiere una mujer a la institución?

- ➔ ¿Existe personal adecuado para proveer estos servicios? ¿Están capacitados adecuadamente para atender las complicaciones de vida o muerte? ¿Pueden proveer servicios las 24 horas del día? ¿Se disponen normalmente de los medicamentos adecuados (incluyendo los antibióticos, oxitócicos, anticonvulsivos), suministros médicos, sangre, anestesia y equipo para proveer servicio las 24 horas del día?

- ➔ ¿Facilitan los procedimientos administrativos (como el ingreso, tipo de sangre) el que las mujeres reciban el tratamiento oportuno? ¿El sistema de registros enumera a las mujeres ingresadas con complicaciones? ¿Se envian los registros, con la mujer, si ella es referida? ¿Cuánto tiempo permanecen las mujeres en el servicio público, si tienen complicaciones? ¿Existen mecanismos de seguimiento en la comunidad? ¿Se llevan a cabo periódicamente las visitas de supervisión? ¿Existe un mecanismo para revisar los casos con el personal[50]?

C. *Análisis de Datos*

Una vez se reunan los datos, las preguntas son: ¿Cómo los analiza? ¿Qué significan? Algunas intervenciones pueden tener mayores niveles de impacto en ciertos ámbitos. El Banco Mundial ha clasificado a los países de acuerdo a tres categorías generales. CARE ha definido este marco lógico al utilizar los indicadores específicos para clasificar –ámbitos basados en características similares[6, 48, 49, 51]. Estos ámbitos pueden ser a nivel nacional o de un área (ej., región, estado, distrito) con estas condiciones en común.

La Tabla 4.2 intenta proveer un marco lógico para ayudar a los gerentes de programa en el análisis de los datos secundarios, mayormente de las encuestas demográficas y de salud nacional. Creemos que esto puede ser útil como filtro para analizar los datos secundarios disponibles. Puede ayudar a los gerentes a identificar: 1) si existe un problema de la salud materna; 2) la magnitud del problema; 3) áreas claves de debilidad; y 4) dónde se tiene que recolectar más datos para comprender mejor el problema y diseñar las intervenciones efectivas. Esta herramienta es mucho mejor para la identificación de los problemas con respecto al acceso a los servicios de salud materna, que se debe al hecho de que muchos aspectos de calidad de atención sean difíciles de medir por los métodos cuantitativos.

Sabemos que muchos países pueden no tener todos estos datos. Otros indicadores pueden ser substituidos como indicadores-sustitutos para los indicadores presentados en la Tabla 4.2. Por ejemplo, en muchos países la prevalencia de sífilis entre las mujeres antenatales puede ser difícil de obtener, pero la prevalencia de las ITS puede ser utilizada como indicador-sustituto.

TABLA 4.2
HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO DE RIESGO PARA SALUD MATERNA Y NEONATAL

PROBLEMA NECESIDAD	DATOS	ÁMBITO MUY DEFICIENTE	ÁMBITO DEFICIENTE	ÁMBITO MODERADO	ÁMBITO ADECUADO	ÁMBITO ADECUADO
	Medio Ambiente					
Políticas Inadecuadas / Sin apoyo	Política	Política SM aprobada en el año pasado	Política SM aprobada en los últimos 2 años	Política SM aprobada en los útimos 3 años	Política SM aprobada en los últimos 4 años	Política SM aprobada en los últimos 5 años
Baja Condición de la Mujer Educación Limitada	(% de alfabetismo en mujeres)	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65
Acceso limitado a recursos, lo que reduce el acceso a atención	Acceso a recursos	Ningún acceso a los recursos	Acceso limitado a los recursos	Algo de acceso a los recursos		Acceso a los recursos
Participación limitada en toma de decisiones, lo que inhibe la búsqueda y obtención de atención	Participación de la mujer en toma de decisiones	Ninguna participación en la toma de decisiones	Participación limitada en la toma de decisiones	Algo de participación en la toma de decisiones	Algo de independencia en en la toma de decisiones	Independencia en la toma de decisiones
Movilidad limitada	Movilidad	Aislada	Movilidad solamente con parientes varones	Movilidad con otros	Movilidad con permiso	Movilidad sola
	Infraestructura					
Poco Acceso	Distancia/tiempo promedio a la fuente de salud	Más de 12 kms.	11 - 8 kms.	7 - 5 kms.	4 - 2 kms.	Menos de 1 km.
Poco Acceso	Doctores por población de 10,000 (todos)	1 - 5	6 - 15	16 - 30	31 - 45	Más de 45
Poco Acceso	Número de servicios de salud por 500,000 que proveen B-AOE/C-AOE	1 Ninguna	2 1	3 1	4 1 - 2	5 ó más Más de 2
	Estado de salud					
Poca calidad y poco acceso a servicios de Salud Materna	Tasa de Mortalidad Materna	Más de 650	649 - 500	499 - 350	349 - 200	Menos de 200
Poca calidad y poco acceso a servicios de SM, atención al recién nacido	Tasa de Mortalidad Infantil	Más de 100	99 - 80	79 - 65	64 - 50	Menos de 50
Poco acceso a servicios de PF de calidad	Tasa de fertilidad total	Más de 6	5.9 - 5.0	4.9 - 4.0	3.9 - 3.0	Menos de 3

Fuente: adaptado del Banco Mundial, Tinker, 1993; Preparado por Susan Rae Ross, RTA de CARE, nov. 1998
Nota: Esta tabla aún está en formato de borrador y continuará siendo examinada el próximo año.

TABLA 4.2 (continuación)
HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO DE RIESGO PARA SALUD MATERNA Y NEONATAL

PROBLEMA NECESIDAD	DATOS	ÁMBITO MUY DEFICIENTE	ÁMBITO DEFICIENTE	ÁMBITO MODERADO	ÁMBITO ADECUADO	ÁMBITO ADECUADO
	Infraestructura de Salud					
Poco acceso a servicios de SM	% de mujeres que llegan a por lo menos 3 visitas de atención prenatal	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65%
Preferencia, mal percepción o poco accesso a SM	% partos en el hogar	Más del 60%	60% - 45%	44% - 30%	29% - 15%	Menos del 15%
Número inadecuado de personal capacitado, distribución de personal y acceso a proveedor capacitados competentemente	% de mujeres que tienen proveedor capacitado para atender su parto	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65%
Poco acceso	% de partos totales en institución	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65%
Creencias, acceso a servicios SM de calidad	% mujeres con complica-ciones que tienen su parto en una institución (satisfacen su necesidad obstétrica)	Menos del 3%	4% - 6%	7% - 10%	11% - 13%	Más de 13%
Poco Accesso	% de mujeres que reciben una visita postparto en las primeras 24 horas	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65%
Poco acceso y distribución	% de mujeres que reciben PP de suplementación de Vitamina A	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65%
Información errónea, poca calidad y poco acceso a servicios de PF	Tasa de prevalencia de contraceptivos de métodos modemos	Menos del 10%	15% - 25%	26% - 35%	36% - 45%	Más del 45%
Poca calidad y poco acceso a servicios de PF	Necesidad no satisfecha de PF, tanto limitando/espaciando	Más del 30%	30% - 25%	24% - 20%	19% - 15%	Menos del 15%
Nutrición inadecuada, poco acceso a servicios de salud y sistemas de distribución	% mujeres embarazadas anémicas	Más del 60%	60% - 45%	44% - 30%	29% - 15%	Menos del 15%
Poco acceso a servicios de identificación y tratamiento	Prevalencia de sífilis entre mujeres prenatales	Más del 9%	Entre 9% y 7%	Entre 6% y 4%	Entre 3% y 1%	Menos del 1%

Fuente: adaptado del Banco Mundial, Tinker, 1993; Preparado por Susan Rae Ross, RTA de CARE, nov. 1998
Nota: Esta tabla aún está en formato de borrador y continuará siendo examinada el próximo año.

TABLA 4.2 (continuación)
HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO DE RIESGO PARA SALUD MATERNA Y NEONATAL

PROBLEMA NECESIDAD	DATOS	ÁMBITO MUY DEFICIENTE	ÁMBITO DEFICIENTE	ÁMBITO MODERADO	ÁMBITO ADECUADO	ÁMBITO ADECUADO
	Condición de Salud Neonatal					
Poco acceso y distribución	% de cobertura TT	Menos del l25%	25% - 40%	41% - 55%	56% - 70%	Más del 70%
Poco acceso a servicios maternos y del recién nacido de calidad	Muertes neonatales como una proporción de TMI	Más del l50%	49% - 40%	39% - 30%	29% - 20%	Menos de l20%
Mala nutrición materna	% de BPN	Más del 40%	39% - 30%	29% - 20%	19% - 10%	Menos de l10%
	IEC					
Bajos niveles de educación, educación en salud y consejería	% de mujeres que saben de una fuente de PF	Menos del l20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Más del 75%
Bajos niveles de educación, educación en salud y consejería	% de parejas con planes de parto	Menos del l5%	6% - 15%	16% - 25%	26% - 40%	Más del 40$
Bajos niveles de educación, educación en salud y consejería	% de mujeres que conocen los signos de peligro	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Más del 75%
Bajos niveles de educación, educación en salud y consejería	% de proveedores de atención que saben de una fuente de atención al recién nacido	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Más del 75%

Fuente: adaptado del Banco Mundial, Tinker, 1993; Preparado por Susan Rae Ross, RTA de CARE, nov. 1998
Nota: Esta tabla aún está en formato de borrador y continuará siendo examinada el próximo año.

III. CONSIDERACIONES EN EL DISEÑO DEL PROGRAMA

Una vez que los datos hayan sido recolectados y analizados, los gerentes pueden comenzar el proceso de diseñar sus propios programas, que incluye la selección de las intervenciones, formulación de un plan de monitoreo y evaluación y estrategias de implementación.

La evaluación de logros en los países de bajos ingresos, tales como Sri Lanka, el Estado de Kerala en la India, Malasia, Cuba y China, ha demostrado que las intervenciones implementadas para reducir la mortalidad materna fueron:

- Acceso mejorado para servicios básicos de salud y nutrición antes, durante y después del parto (incluye la planificación familiar);
- Asistencia en el parto por parte de los proveedores profesionales capacitados (obstetrices, enfermeras, doctores);
- Acceso a la atención obstétrica esencial cuando surgen complicaciones; y
- Políticas que mejoran la condición social y económica de las mujeres y su acceso a propiedad y otros recursos [98].

En estos países, el número de víctimas de mortalidad y morbilidad materna fue reducido a través del efecto sinergético de una combinación de las intervenciones. En 1990, la TMM en Sri Lanka fue de 30 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en la Costa Marfil fue de 830 por 100,000 nacidos vivos, pero ambos países tenían un producto nacional bruto (PNB) de aproximadamente US$700[98].

Tenemos como hipótesis que a la vez que evolucionen los países (ej., comunicaciones, infraestructura, capacidad de instituciones de salud, educación de mujeres, movilidad de mujeres y condición de salud) también lo hacen los tipos de intervenciones que los mismos pueden implementar. Esta sección intenta establecer los enlaces entre los ámbitos de salud materna descritos en la Tabla 4.2 y las intervenciones más efectivas. **El proceso descrito a continuación tiene como meta el ayudar a los gerentes de programa en la prioritización de las intervenciones claves que puedan llevarse a cabo y la identificación de las áreas claves en que sean necesarias las alianzas estratégicas.**

Nota: Debido a que aún estamos aprendiendo, creemos que el nivel de infraestructura general y de salud, que normalmente se refleja también en la condición de salud, influye en las intervenciones y programas de salud materna que pueden realizarse. Aunque esto ha sido discutido en la literatura, aún está a nivel de hipótesis. Fomentamos y apoyamos enormemente la experimentación y adaptación de este enfoque.

En este documento estamos promoviendo el concepto de los servicios obstétricos esenciales, que incluye la atención prenatal completa, manejo de complicaciones y atención postparto, como contrarios al cuidado obstétrico de emergencia, el cual normalmente se refiere únicamente al manejo apropiado de las complicaciones. También en este documento los "proveedores capacitados" se refieren al personal profesional de salud (médicos, enfermeras y comadronas) capacitados adecuadamente. Esto no incluye a las CAT capacitadas; sin embargo, esto no significa que las CAT no puedan desempeñar un papel en la promoción de la salud materna y del recién nacido.

A. *Ámbito de Salud Materna Muy Deficiente*

En las áreas en donde el ámbito de salud materna es muy malo, la condición de la mujer es muy baja con altos porcentajes de analfabetismo, movilidad limitada, participación limitada o ninguna por parte de las mujeres en el proceso de la toma de decisiones en el hogar o en el acceso a los recursos. Estas áreas tienen alta fertilidad, con tasas mayores de 6, baja prevalencia de contraceptivos (TPC: menos del 10%), muchas muertes maternas, con TMM de 650 o más; y menos del 20 por ciento de los partos atendidos por un proveedor capacitado.

Debido a que estos ámbitos tienen una mala infraestructura general y de salud, personal capacitado, sistemas de salud en funcionamiento y políticas de apoyo en salud, los mismos necesitan un enfoque de **AMPLIAR EL ACCESO** a todos los servicios de salud, que incluye la planificación familiar, salud materna y salud infantil. Esto no significa que la calidad no sea importante, pero en muchos de estos lugares los servicios no están disponibles debido a la distancia, falta de persona, medicinas y equipo. Las principales intervenciones son la capacitación básica en los servicios de salud y el comienzo del manejo de los sistemas de información y logística.

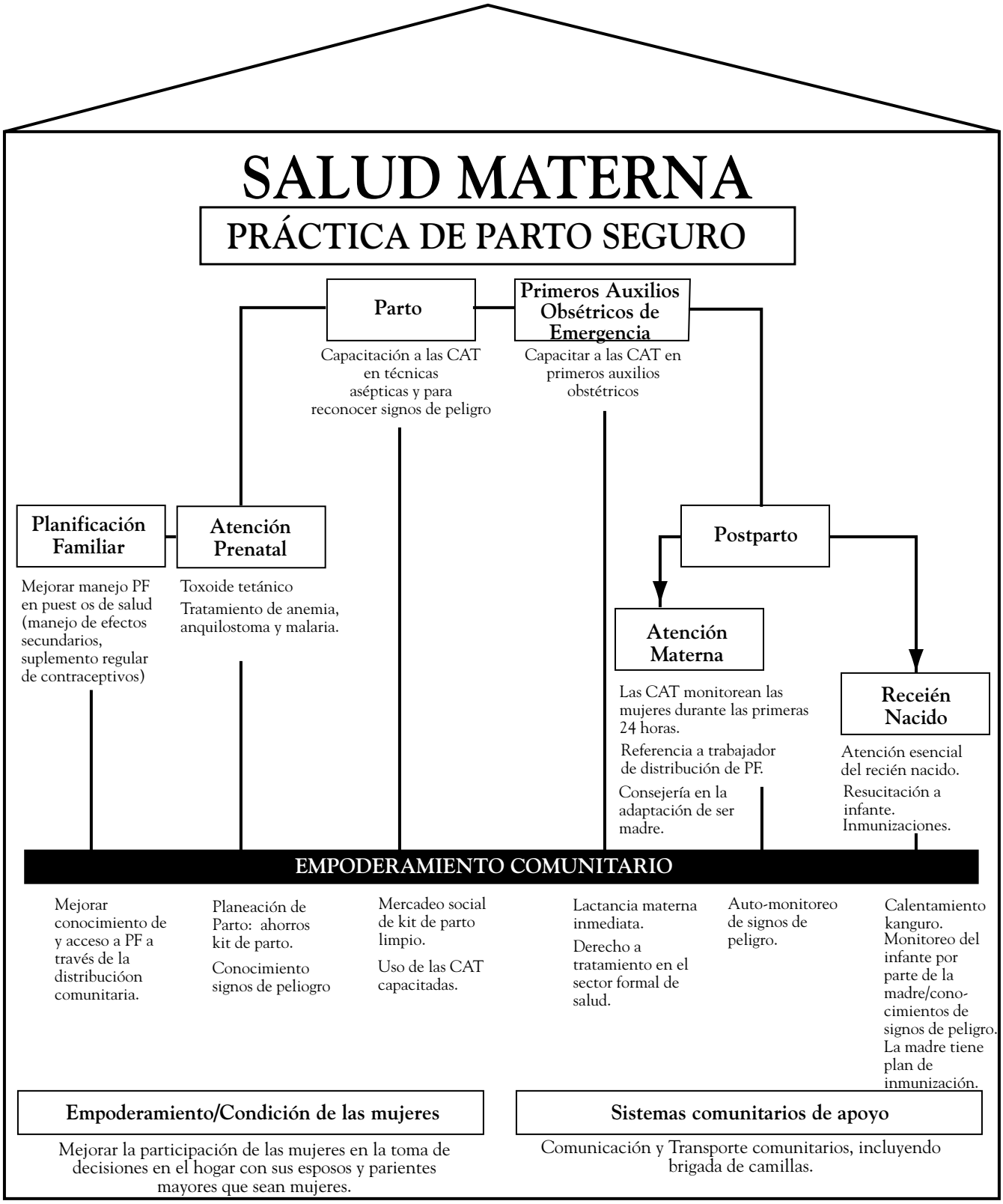
Algunas intervenciones que han tenido un impacto significativo en la reducción de las muertes maternas y neonatales en estos ámbitos, incluyen el:

- Incremento del acceso a las vacunas contra TT, tratamiento de anemia y malaria a través de la atención prenatal;
- Incremento del acceso a los servicios de la PF de calidad, especialmente el alcance de la distribución de servicios/comunidad y consejería en qué es la PF y cuáles métodos están disponibles;
- Apoyo a las intervenciones de supervivencia infantil (lactancia materna, inmunización) para reducir la mortalidad infantil y fomentar el espaciamiento de los embarazos;
- Capacitación de las CAT y obstetrices, en particular con las "seis limpiezas" Fomentar la atención esencial para el recién nacido;
- Fomentar el uso de los materiales (o compra de un kit de parto limpio) para un parto limpio; y
- Proveer o facilitar la educación en salud y estrategias de comunicación para educar a las mujeres y sus familias sobre los temas anteriores

La figura 4.2 muestra el Programa de Salud Materna de CARE Mozambique. Éste fue desarrollado después de un diagnóstico minucioso de las necesidades locales y los puntos fuertes de CARE. Se ha dibujado de forma lineal para reflejar el principal acometido del programa.

El enfoque primario del proyecto es mejorar las prácticas del parto seguro con las CAT profesionales. (Nota: son de mayor prioridad el parto y primeros auxilios obstétricos de emergencia). La segunda prioridad es aumentar el acceso a los servicios de PF (que también son complementados por otro proyecto reproductivo de CARE en el área), así como fortalecer la atención prenatal y los servicios postparto. Un principio fundamental del proyecto es la movilización comunitaria, en particular el empoderamiento de las mujeres a través de las actividades enumeradas debajo de la línea gruesa.

FIGURA 4.2
MARCO LÓGICO PROGRAMÁTICO DE CARE MOZAMBIQUE



B. Ámbito de Salud Materna Deficiente

En áreas donde la situación de la salud materna es mala, la condición de la mujer es baja, pero puede que haya habido algún progreso. A pesar de esto, muchas mujeres son analfabetas, se les restringe la movilidad, se les limita o no tienen participación en el proceso de toma de decisiones en el hogar ni acceso a recursos. Estas áreas tienen mayor fertilidad, con tasas entre 5 y 6, baja prevalencia contraceptiva (TPC: menos del 25%), muchas muertes maternas con TMM de 500 a 650, y menos de 35 por ciento de partos asistidos por un proveedor capacitado.

Debido a algunos avances en la infraestructura, estos lugares necesitan enfocarse en continuar **AMPLIANDO EL ACCESO mientras comienzan a tratar la CALIDAD de SERVICIOS.** Los servicios básicos que han sido establecidos aún necesitan ampliar su alcance, mientras consolidan la calidad de los servicios provistos. Las intervenciones pueden incluir el fortalecimiento de las habilidades de consejería, expansión del número de personal capacitado y aumento de todas las intervenciones mencionados anteriormente bajo el ámbito de muy mala salud materna. Las intervenciones que han tenido impacto significativo en la reducción de las muertes maternas y neonatales en estos lugares incluyen:

- Aumento del acceso a la atención prenatal, incluyendo información sobre complicaciones, si servicios están disponibles y planeación del parto;
- Incremento del acceso a los servicios de PF de calidad, incluyendo la capacitación en métodos clínicos, consejería en elección de métodos, efectos secundarios y rumores;
- Desarrollo del currículo apropiado para capacitación en habilidades de salvamento;
- Apoyo a las intervenciones de supervivencia infantil (manejo de las IRA y diarrea) servicios de alcance para reducir la mortalidad infantil, introducción de IMCI y fomento de espaciamiento de embarazos;
- Capacitación de las CAT y obstetrices, particularmente en medidas apropiadas de primeros auxilios obstétricos; y
- Provisión o facilitación de las educación en salud y estrategias de comunicación para educar a las mujeres y sus familias en todos los temas anteriores.

C. Ámbito de Salud Materna Moderada

En estos lugares, la condición de las mujeres es un poco mejor con el analfabetismo aproximadamente del 50 por ciento, ellas tienen poca movilidad, participan un poco en la toma de decisiones del hogar y tienen poco acceso a los recursos. Las mujeres comienzan a controlar su fertilidad con TFT entre cuatro y cinco y usan métodos modernos de PF entre el 26 – 35 por ciento (TPC). Sin embargo, aún existe una necesidad significativa no satisfecha por servicios de PF (el 25%). Estas áreas tienen bajas TMM, entre 500 – 300 y las TMI entre 80 – 65.

En estos lugares, existen factores subyacentes que posiblemente tengan que ser tratados para continuar la reducción de mortalidad materna. Estos pueden ser condiciones socio-económicas y culturales más difíciles, tales como casamiento prematuro, educación a mujer/niña, nutrición, prácticas dañinas como MGF, abortos peligrosos o temas sistemáticos, tales como la falta de medicinas y personal capacitado. Si estos factores críticos no son tratados, no es probable que se logre el progreso.

Debido a los avances en la infraestructura general e inversiones en el sector de salud, lo que resulta en una mayor disponibilidad de los servicios de salud, estos lugares necesitan enfocarse en **MEJORAR LA CALIDAD** de todos los servicios de salud. Aún habrá poblaciones sin servicios y/o que sean difíciles de alcanzar donde el acceso será un problema, pero para la mayoría de la población, el tema principal es la calidad. Las intervenciones para enfatizar incluyen mejorar las habilidades de consejería, enfocarse en la satisfacción del cliente, fortalecer el sistema SIG, usar los datos para fínes de toma de decisiones y mejorar la atención básica y obstétrica. Los servicios nuevos pueden ser descentralizados, lo que incluye: el diagnóstico de sífilis en las mujeres embarazadas y el tratamiento de los recién nacidos enfermos. Otro aspecto importante para este ámbito es el costo de los servicios y las formas de generar o recuperar algunos fondos. Las intervenciones a considerar pueden incluir:

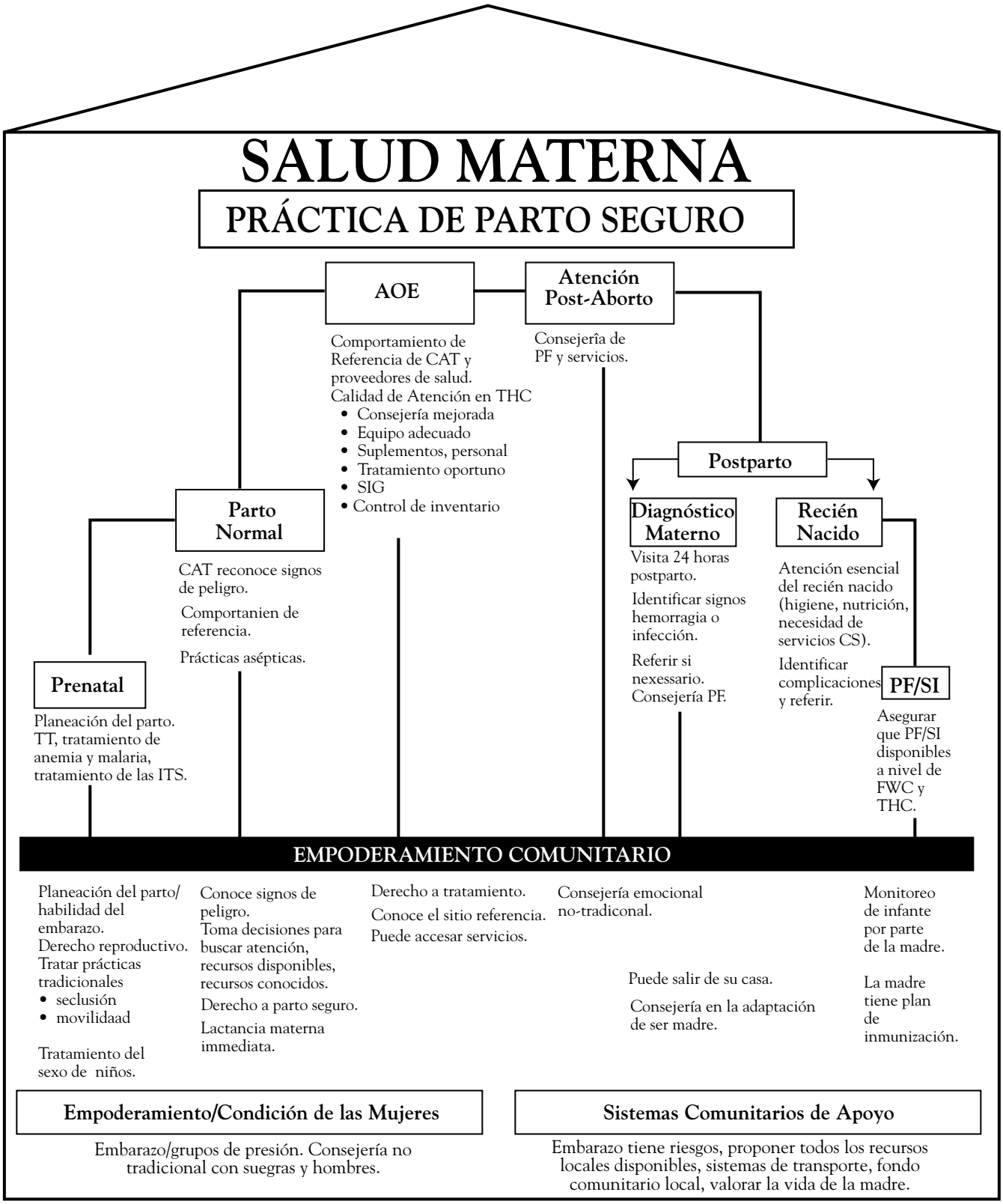
- Establecimiento y fortalecimiento de servicios (medicinas, equipo y personal) para proveer de forma común los servicios obstétricos básicos y amplios de calidad;
- Tratar temas claves de condición/empoderamiento de la mujer;
- Trabajar con comunidades para tratar las barreras de transporte y finanzas para accesar los servicios;
- Mejorar el acceso a la atención postparto y del recién nacido;
- Mejorar el manejo de los recién nacidos enfermos en la comunidad e instituciones;
- Mejorar los sistemas de manejo de información, logística e inventario;
- Creación y promoción de los enfoques costo-recuperación; y
- Capacitar a las obstetrices y doctores, en particular con las habilidades de salvamento, y proveer educación en salud y estrategias de comunicación para educar a las mujeres y sus familias en todas las áreas anteriores.

La Figura 4.3 muestra el programa de la salud materna de CARE/Bangladesh. El programa fue desarrollado luego de:

1. **Un diagnóstico del ámbito;**
2. **Un repaso amplio de los datos secundarios cualitativos y cuantitativos disponibles en Bangladesh; y**
3. **Realizada y analizada una evaluación participativa rural en el área del proyecto.**

Como resultado de este proceso, CARE/Bangladesh decidió enfocarse en la habilidad del fortalecimiento del THC para proveer los servicios básicos de AOE de calidad, en particular mejorando el sistema de referencia. Al mismo tiempo, el proyecto está dirigido hacia el trabajo con la comunidad (toma de decisiones en el hogar, mujeres, comunidades) para desarrollar los sistemas que mejoren el acceso a dichos servicios, así como comprender la magnitud del problema. Por lo tanto, AOE y la atención postparto son los enfoques principales del proyecto, reflejados por la altura de la barra en la figura 4.3, y seguidos por prioridad en orden descendente por la atención post-aborto, parto normal, atención prenatal y PF postparto y supervivencia infantil.

FIGURA 4.3
MARCO LÓGICO PROGRAMÁTICO DE CARE BANGLADESH



D. Ámbito de Salud Materna Adecuada

En lugares de buena salud materna, existen mejores en la condición de la mujer como lo demuestran las bajas tasas de analfabetismo (el 40% o menos), movilidad no restringida, participación de las mujeres en la toma de decisiones y acceso a los recursos. Con las tasas de fertilidad en cuatro o menos, y las tasas de TPC mayor del 35 por ciento, las mujeres generalmente son capaces de determinar el número de niños que tendrán y cuando. Puede haber aún una demanda no satisfecha por los servicios de la PF (menor del 20%) pero en general los servicios son accesibles. Estos países tienen las TMM menores de 300 y las TMI menores de 65.

Debido a que estas áreas tienen una infraestructura bien desarrollada, es más una cuestión de mantener los programas exitosos e identificar los elementos críticos que aún necesitan ser tratados para reducir la mortalidad materna, tales como el aborto peligroso o los embarazos en adolescentes. Estos programas necesitan enfocarse en la **SOSTENIBILIDAD programática, técnica, institucional y financiera** de los servicios de salud.

- tener como meta grupos sin servicios;
- servicios descentralizados a menores niveles de los servicios de atención;
  - → Consejería y prueba del VIH en los centros de salud;
  - → Diagnóstico de sífilis entre las mujeres embarazadas en los puestos de salud de los centros de salud; y
  - → Diagnóstico de anemia con hemócrito a nivel del centro de salud.
- Trabajar con las comunidades para tratar las barreras financieras a través de los planes de seguros.

E. Ámbito de Salud Materna Muy Adecuada

En estos lugares, han habido grandes avances en la condición de las mujeres y su atención en salud es vista como un derecho. Con las tasas de fertilidad en el tres por ciento o menos, y TPC mayores del 45 por ciento, las mujeres generalmente pueden determinar el número de hijos que tendrán y cuándo. Puede haber una demanda no satisfecha por los servicios de PF (menos del 15%) pero en general los servicios son accesibles. Estos países tienen las TMM menores de 200 y las TMI menores de 50.

El reto para este tipo de ámbito es asegurar que: 1) las mujeres y sus familias sean educadas sobre las intervenciones descritas anteriormente; y 2) los servicios de calidad sean accesibles y a precio razonable para promover y sostener el cambio de comportamiento.

La Tabla 4.3 presenta un resumen de las intervenciones que podrían llevarse a cabo en los distintos ámbitos de la salud materna. Esta tabla BORRADOR solamente se incluye para dar a los gerentes de programa algunas ideas de qué intervenciones pueden funcionar bien en sus ámbitos. Cada intervención es diferente y puede requerir mayores infraestructuras y suplementos a llevarse a cabo que otros, por lo que puede ser difícil implementarlo inicialmente. Es necesario realizar mucho más trabajo en este concepto antes de que sean finalizadas las Tablas 4.2 y 4.3.

TABLA 4.3
EJEMPLOS PRELIMINARES DE INTERVENCIONES POR ÁMBITO

	MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	MODERADO	ADECUADO	MUY ADECUADO
PRECONCEPCIÓN	Planificación familiar comunitaria	Planificación familiar clinica (DIU, Depo-Provera	Enfocar la caliad de métodos clinicos y distribución	Aumenter el número de trabajadores de salud que pueden proveer servicios de PF	
	Consejería en diferentes métodos de PF	Consejería en efectos secundarios y superar rumores	Involucrar otros provee-dores (ej. farmaceuta)	Establecimiento de sistma de recuperación de costo	
			Involucramiento de varones	Comenzar esquemas de seguro	
			Comenzar programas para suplir nutrición de niñas adolescentes donde sea un problema		
		Comenzar discusiones sobre edad de casamiento	Comenzar discusiones sobre derechos legales y herencia		
			Introducir otros métodos de PF (Norplant)		
ATENCIÓN PRENATAL A NIVEL DE PUESTO DE SALUD	TT, TSF, Malaria	Información en signos de peligro si los servicios están disponibles	Diagnóstico y tratamiento de las ITS. Enfoque sindrómico	Diagnóstico de las ITS y tratamiento (RPR). Prueba de laboratorio	Colnsejería en VIH
		Planification del parto	Fomentar la presencia de un proveedor capacitado en el parto		Tratamiento de AZT para mujeres embarazadas infectadas con VIH
		Involucrar a otros miembros de la familia en las estrategias de comunicación			
PARTO EN LA COMUNIDAD	Capacitar a las CAT y miembros de la comun-idad en las "seis limpiezas"	Capacitar en primeros auxilios obstétricos	Forjar armonií entre las CAT y estructura formal de salud	Forjar armonía entre las CAT y estructura formal de salud	
	Fomentar el desarrollo de kits de parto	Mercadeo social de kits parto			
		Sistemas de transporte	Programas de préstamos de emergencia		

Nota: Esta NO es una lista amplia, pero la intención de su uso es de guía para los gerentes de programas.

TABLA 4.3 (continuación)
EJEMPLOS PRELIMINARES DE INTERVENCIONES POR ÁMBITO

	MUY DEFICIENTE	DEFICIENTE	MODERADO	ADECUADO	MUY ADECUADO
PARTO INSTITUCIONAL		Desarrollar políticas y protocolos apropiados	Expandir los grupos de salud que pueden proveer habilidades de salvamento	Mejorar el currículum para que las habilidades de salvamento sean incluidas en la capacitación pre-servicio	
		Mejorar los servicios de salud para proveer AOE a nivel de hospitales distritales	Mejorar los servicios de salud para proveer AOE a nivel de centros de salud		
POSTPARTO	Importancia de monitoreo a las mujeres durante el período postparto	Capacitar a obstetrices y doctores en habilidades de salvamento si está disponible la infraestructura	Trabajar con la comunidad para referir mujeres postparto a servicios de salud	Asegurar la suplementación de Vitamina A Postparto	
		Capacitar a proveedores de salud en servicios postparto	Asegurar una estancia adecuada (24 horas) en la institución	Promover la estancia en la institución	
		Capacitar a trabajadores comunitarios en signos de peligro	Capacitar a las familias en signos de peligro		
RECIÉN NACIDO	Incrementar la cobertura de TT y uso de una cuchilla limpia	Ampliar la práctica de las seis limpiezas y atención esencial del recién nacido	Capacitar a trabajadores de salud en manejo apropiado de recién nacidos enfermos	Registro de bebés con BPN. Introducción de IMCI para recién nacidos	

Nota: Esta NO es una lista amplia, pero la intención de su uso es de guía para los gerentes de programas.

IV. MONITOREO

Es más difícil medir la mortalidad materna debido a que el número de muertes maternas en un año es relativamente bajo, haciendo difícil la determinación de si las fluctuaciones en la mortalidad se deben a intervenciones del programa o a la casualidad. Además, las muestras de gran tamaño son necesarias para detectar estos cambios. Por ello, para la mayoría de los programas, la medición de la mortalidad o morbilidad materna (indicadores de impacto) no es factible ni deseable.

Los indicadores de "proceso" (actividades del programa) y de "resultado" (resultados de dichas actividades) pueden medir los cambios en los pasos que conducen al resultado anual. Los indicadores de nivel de resultados del programa tienen una firme asociación con los indicadores de impacto y pueden ser medidos cada dos ó tres años. Los indicadores de impacto proveen información al final del resultado, pero no proveen una idea de cómo se logró el resultado, lo que sí que se refleja por los indicadores de resultado. Si esta información no está disponible, los programadores pueden continuar apoyando las intervenciones menos efectivas[8, 53].

TABLA 4.4
CARACTERÍSITICAS CLAVES
DEL DISEÑO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

- ➔ Usar datos existentes para la evaluación y líneas basales (cuando factible)
- ➔ Integración de diseño y evaluación del programa (otras intervenciones de salud reproductiva)
- ➔ Usar indicadores de proceso y resultado para monitorear el progreso, basado en el uso de los servicios
- ➔ Recolección de datos de costo
- ➔ Uso de métodos cualitativos y cuantitativos
- ➔ Repaso regular del programa

Fuente: Maine 1998

Por ello, para la mayoría de los programas, la medición de la mortalidad o morbilidad materna (indicadores de impacto) no es factible ni deseable.

Para poder evaluar los programas, necesitamos comprender la "cadena causal" que enlaza las actividades del programa con las muertes maternas. Varias condiciones deben existir antes de que una muerte materna pueda ocurrir:

1. la mujer debe estar embarazada;
2. se le tiene que presentar una complicación obstétrica
3. debe haber un tratamiento inadecuado de las complicaciones, lo que puede deberse a una combinación de los atrasos en la decisión de búsqueda de atención, llegar al servicio, recibir atención en el servicio de salud o manejo no apropiado en el servicio de salud[51].

CARE usa el Marco Lógico de Monitoreo y Evaluación presentado en la Tabla 4.5. Como se indicó anteriormente, no es realista el esperar que la tasa de mortalidad materna sirva como indicador factible para la mayoría de los programas. Sin embargo, muchos programas pueden monitorear los cambios a nivel de resultado o de cambio de comportamiento sobre varios años y todos los programas deberían monitorear los cambios a nivel de resultado y proceso.

TABLA 4.5
MARCO LÓGICO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

NIVELES DE EVALUACIÓN	INDICADORES ILUSTRATIVOS
Impacto (Cambio funcional)	Tasa de Mortalidad Materna
Capacidades de Efecto (cambio del comportamiento o sistemas)	% mujeres con complicaciones que tienen su parto en un servicio de salud % proveedores técnicamente competentes para proveer habilidades de salvamento
Resultado (Cambio de Conocimiento)	% mujeres que reconocen por lo menos un signo de peligro % proveedores que tienen conocimientos de los principlos básicos de consejería
Proceso (actividades del proyecto)	# mujeres a quienes se les dió consejería # proveedores capacitados
Insumos	Fondos, Personal, Suministros, Materiales

Como se indicó anteriormente, la fijación del tiempo de las actividades también es importante y debe haber un balance entre la movilización de la comunidad (la generación de demanda) y el fortalecimiento de los servicios de salud y el personal para asegurar que estén disponibles los servicios de calidad. El monitoreo del programa puede usar una combinación de los factores de proceso y resultado para efectuar un registro del progreso de las intervenciones seleccionadas mensual o trimestralmente. Las mejores referencias para el monitoreo y la evaluación de los programas de salud materna se presentan a continuación.

MEJORES REFERENCIAS

UNICEF/OMS (1996) Mortalidad Materna: **Guías para el progreso de Monitoreo.** Publicado por UNICEF

Maine, D. et al (1998) **El Diseño y Evaluación de Programas de Salud Materna.** Publicado por PNUD

FORMAS DE OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD MATERNA

Autopsia Verbal (materna y neonatal), se emplea para obtener información sobre las muertes maternas y/o neonatales que ocurren en el hogar. Puede ser utilizado para ayudar en la determinación de los aspectos médicos y no médicos de las muertes maternas y/o de recién nacidos. También puede ser realizada a nivel de hospital para evaluar los sistemas administrativos y el manejo de complicaciones.

Registros Prenatales, pueden cubrir todos los embarazos de una mujer y es un instrumento valioso para mejorar la información de salud. Puede proveer información del historial de una mujer, las complicaciones que le pueden haber presentado y el tratamiento provisto. También puede ser utilizado para registrar los resultados del embarazo y las complicaciones maternas.

Libro del pabellón, del trabajo de parto/parto es un documento importante para evaluar la calidad de la atención obstétrica Puede proveer una evaluación amplia del manejo médico de todas las mujeres embarazadas, lo cual es la clave para evaluar la calidad de la atención. El libro del pabellón puede ser utilizado para calcular la tasa de la mortalidad prenatal en la institución de salud.

Las evaluaciones de caso, proveen un foro para estudiar todos los aspectos de las muertes maternas y de recién nacidos. Los casos son seleccionados y evaluados para determinar cualesquiera atrasos en la atención o mal manejo de las complicaciones que contribuyeron a la muerte. Para que esto sea efectivo, la evaluación necesita ser realizada en un ambiente imparcial, donde un equipo de proveedores esté deseoso de aprender de sus experiencias e incorporar nuevos comportamientos a su práctica. Es útil examinar las "casi muertes", que son mujeres / recién nacidos que han sobrevivido, pero estuvieron a punto de morirse, así como las mortalidades[98].

La Tabla 4.6 muestra una lista ilustrativa de los indicadores que pueden ser seleccionados a base de las intervenciones elegidas[8, 53].

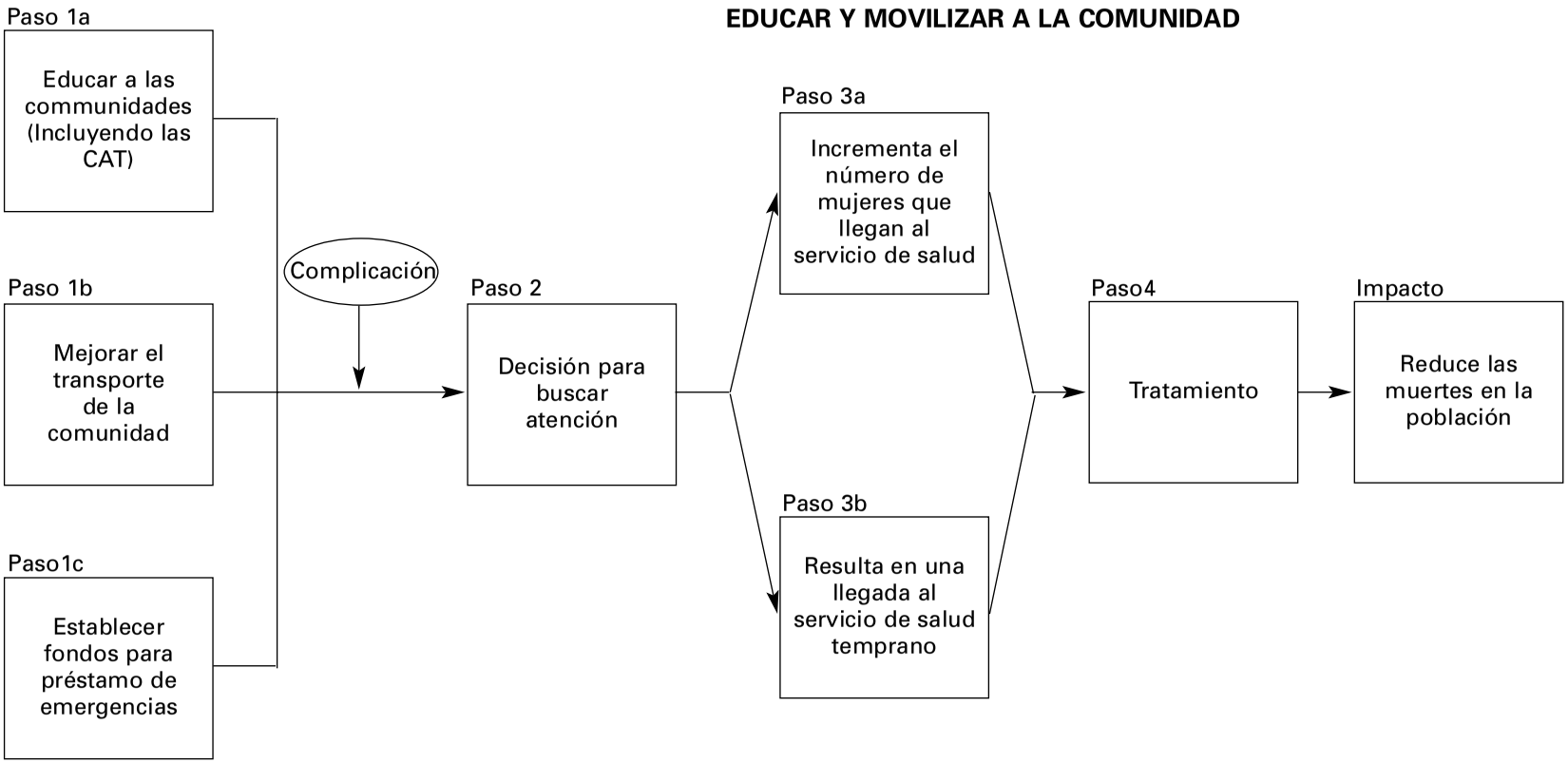
Las Tablas 4.7, 4.8 y 4.9 proveen ejemplos ilustrativos de las intervenciones que pueden ser seleccionadas y sus indicadores correspondientes. Los planes de monitoreo deben ser lo más fáciles posibles. **Los programas deben decidir cuáles piezas de información son necesarias y recolectar solamente los datos que serán útiles para evaluar el progreso y planeación del programa.** El objetivo ompleto de la recolección de datos es usarlos, a un nivel bajo, para la toma de decisiones para así mejorar el programa[8, 53].

TABLA 4.6
LISTA ILUSTRATIVA DE INDICADORES

INDICADOR	FUENTE DE DATOS	NIVEL DE INDICADOR
% de mujeres embarazadas que reciben (1, 2, 3 visitas) atención prenatal	Registro del Servicio	Efecto
% de mujeres embarazadas que reciben 2 vacunas contra el Tétanos	Registro del Servicio	Efecto
% de mujeres que reciben tabletas de sulfato-ferroso	Registro del Servicio	Efecto
% de mujeres embarazadas que reciben consejería en PF durante visitas prenatales	Registro del Servicio / Encuesta	Efecto
% mujeres embarazadas que tienen un plan de parto	Encuesta	Efecto
% de mujeres embarazadas que reconocen por lo menos 2 signos de peligro	Encuesta / FGD	Resultado
% de esposos o parientes políticos que reconocen por lo menos 2 signos de peligro	Encuesta / FGD	Resultado
% de las CAT que reconocen por lo menos 5 signos de peligro	Post-test	Resultado
% de mujeres embarazadas y familias que saben cómo llegar al servicio de salud más cercano si surge una complicación	Encuesta	Resultado
% de mujeres embarazadas que tienen el parto en el hogar con una persona capacitada	Registro del Servicio / Encuesta	Resultado
% de mujeres embarazadas que tienen el parto en el hogar, utilizando un kit de parto / materiales limpios	Registro del Servicio / Encuesta	Resultado
% de mujeres que tienen complicaciones y tienen el parto en un servicio	Registro del Servicio	Efecto
% de proveedores que tienen un conocimiento adecuado de cómo manejar las complicaciones	Resultados de post-test	Resultado
# servicios que están equipados para proveer la atención obstétrica básica	Registro del Servicio	Resultado
# servicios que están equipados para proveer la atención obstétrica completa	Registro del Servicio	Resultado
# de servicios que tienen suplementos por lo menos para un mes para poder tratar las complicaciones obstétricas normalmente	Registro de Inventario	Dato de entrada
Tasas de letalidad (% mujeres embarazadas con complicaciones, quienes mueren, comparada con el número total de casos)	Registro del Servicio / Revisiones de caso	Efecto
% de las CAT que saben de los 5 elementos de una buena atención al recién nacido	Post-test	Resultado
% de mujeres que comienzan a dar de mamar durante la primera hora	Registro del Servicio / Encuesta	Efecto
% de mujeres embarazadas y sus familias que reconocen por lo menos 2 signos de peligro para el recién nacido	Encuesta	Resultado
% de mujeres que son visitadas por una persona capacitada en las primeras 48 horas	Encuesta	Efecto
% de mujeres que reciben servicios de PF postparto	Encuesta	Efecto

Fuente: Maine, El Diseño y Evaluación de Programas de Salud Materna, 1998; Guías de Mortalidad Materna – UNICEF, 1996

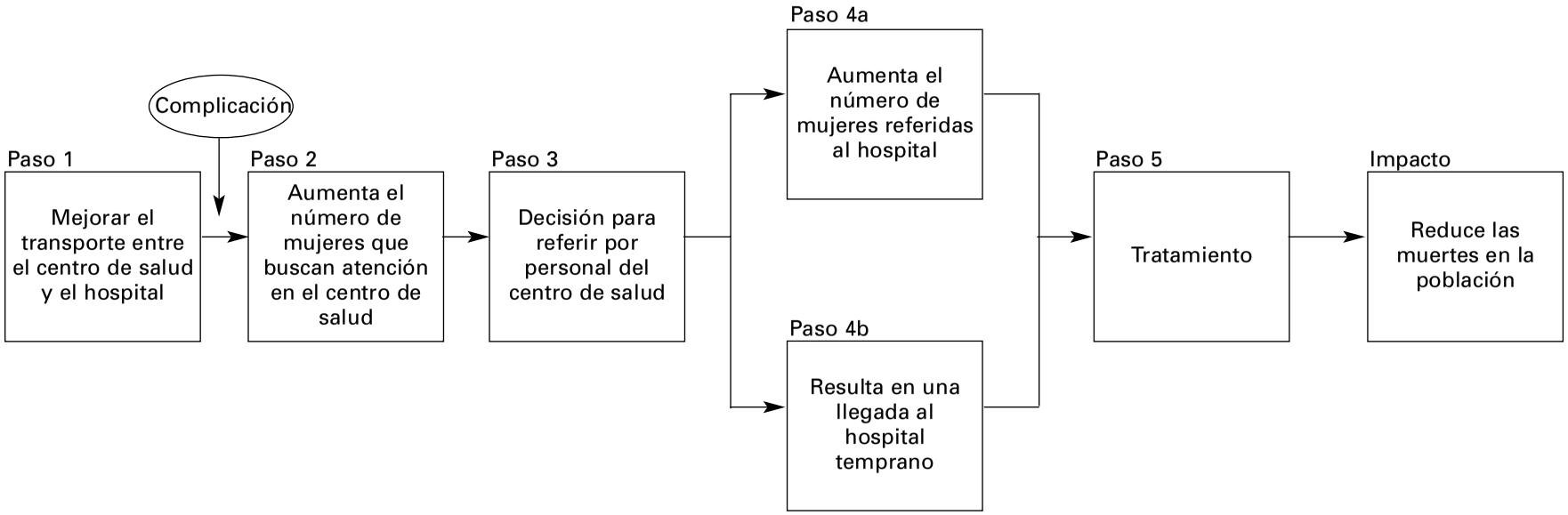
TABLA 4.7
EDUCAR Y MOVILIZAR A LA COMUNIDAD



PASO	INDICADORES DE PROCESO/RESULTADO	FUENTES DE INFORMACIÓN
1a	Número de sesiones llevadas a cabo; número de personas	Reportes del personal de Proyecto; Listas de asistencia
	Conocimientos de signos de complicaciones	Pre-y Post-Evaluaciones / Mini-encuestas
1b	Disponibilidad de transporte en la comunidad	Entrevistas con líderes de aldea; Reportes del personal del proyecto
	Utilización del transporte en la comunidad	Entrevistas con pacientes; Registros de Transporte
1c	Disponibilidad de préstamos de emergencie	Entrevistas con líderes de aldea; Reportes del personal del proyecto
	Utilización de préstamos de emergencia	Entrevistas con líderes de aldea; Registros de fondos
2	Decisión de búsqueda de atención	Grupos focales de la comunidad: mini-encuestas
3a	Número de mujeres con complicaciones, llegando al servicio institucional de salud	Datos del servicio de salud
3b	Condición al llegar	Datos del servicio de salud
4	Tasa de letalidad	Datos del Hospital

Fuente: Maine, 1997

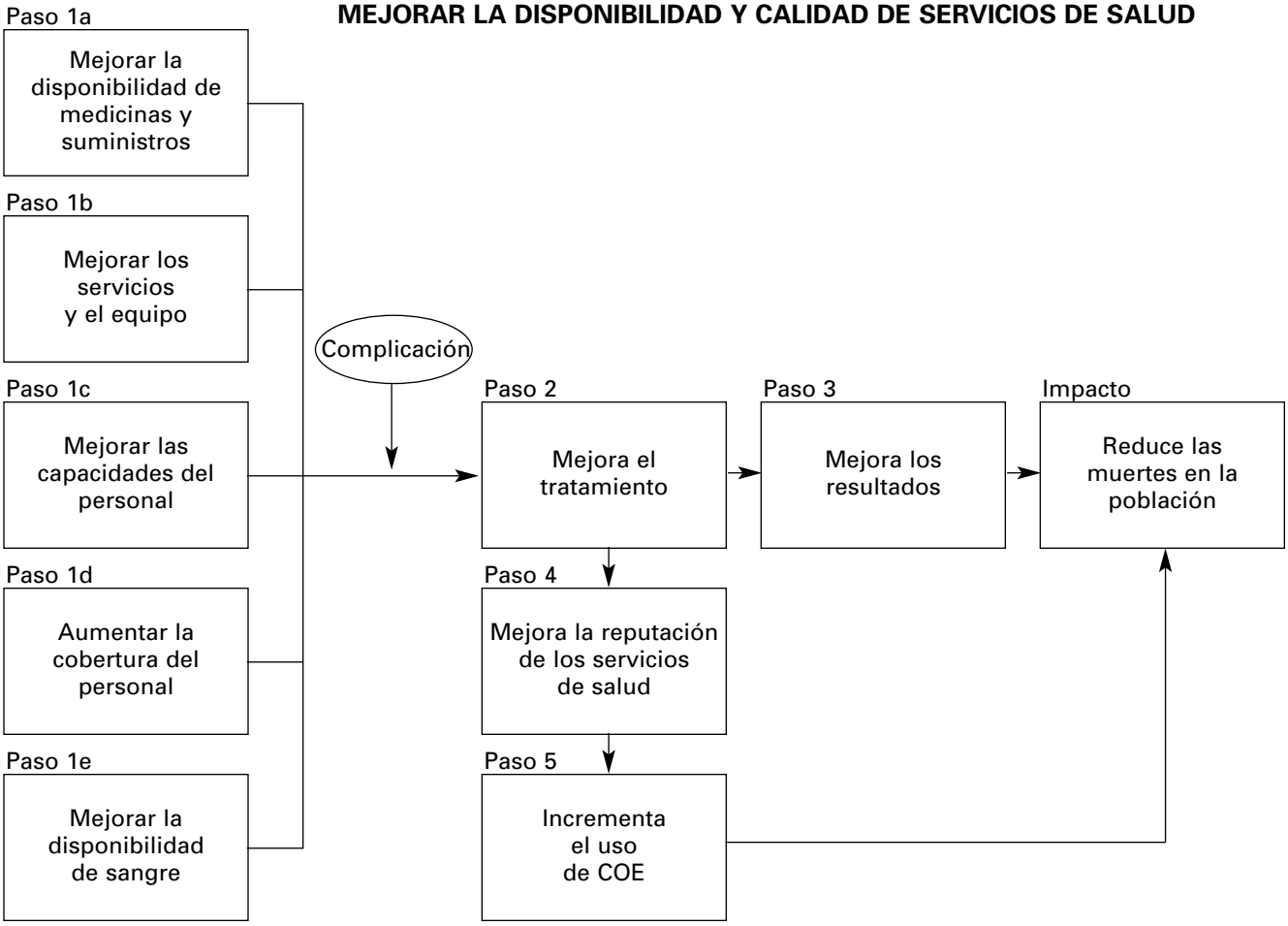
TABLA 4.8
MEJORAR EL TRANSPORTE ENTRE EL CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL



PASO	INDICADORES DE PROCESO/RESULTADO	FUENTES DE INFORMACIÓN
1a	Disponibilidad de transporte Utilización del transporte	Datos de la lista de verificacióon; reportes del personal del proyecto Registro de transporte de vehiculo; entrevistas con comunidades y líderes
2	Número de mujeres con complicaciones, llegando al Centro de Salud	Datos del Centro de Salud
3	Decisión de referir	Entrevistas con personal de Centro de Salud; Datos del Centro de Salud
4a	Número de referencias realizadas	Datos del Centro de Salud y del Hospital
4b	Condición al llegar Tiempo desde la referencia hasta la llegada al hospital	Evaluaciones de caso; datos del Centro de Salud y del Hospital; Registros y datos del Hospital
5	Tasa de letalidad	Datos del Hospital

Fuente: Maine, 1997

TABLA 4.9
MEJORAR LA DISPONIBILIDAD Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD



PASO	INDICADORES DE PROCESO/RESULTADO	FUENTES DE INFORMACIÓN
1a	Disponibilidad de medicinas y suministros Utilización de medicinas y suministros	Datos de lista de verificación Datos del servicio de salud
1b	Disponibilidad de servicios/equipo de COE mejorar Utilización de servicios/equipo de COE mejorados	Reportes del personal de proyectos; entrevista con personal Datos de servicio de salud
1c	Número de personal capacitado Destrezas mejoradas del personal	Reportes del personal de proyectos Pre y Post Evaluaciones; Evaluaciones de casos
1d	Proporción de horas a la semana con una persona experta de turno Proporción de horas a la semana con una persona experta permanente	Horario del personal; reportes del personal del proyecto Horario del personal; reportes del personal del proyecto
1e	Disponibilidad de sangre Utilización de sangre	Datos de lista de veriticación Registros del banco de sangre
2	Tiempo desde la llegada hasta el tratamient definitivo Número de cesáreas (u otros procedimientos) realizadas	Evaluaciones de casos; Estudios de tiempo Registro del quirófano
3	Tasa de letalidad	Datos del servicio de salud
4	Reputación del sistema de salud en la comunidad	Pre- y Post Mini-encuestas
5	Número de mujeres con complicaciones ingresadas al servicio	Datos del servicio de salud

Fuente: Main,e 1997

V. EVALUACIÓN

¿Cómo se reconoce el éxito cuando se ve? Los programas pueden medir los indicadores de nivel de resultado a través de las líneas basales, evaluaciones de medio término y evaluaciones finales. Aunque el marco lógico estratégico presentado en la Tabla 4.10 no es cuantitativo, será útil al guiar las estrategias del diseño e implementación de nuestro programa. Para cada proyecto, se pueden agregar indicadores cuantitativos a las intervenciones seleccionadas para cada lugar.

Nuestra meta es:

1. Seleccionar intervenciones apropiadas, reflexivas a las necesidades locales;
2. Construir sobre las lecciones aprendidas de otros países;
3. Implementarlas de acuerdo a las mejores prácticas actuales; y
4. Monitorear su progreso

Estamos esforzándonos a influir en los cambios en comportamientos de las mujeres, en las personas que toman las decisiones en el hogar, comunidades, trabajadores de salud y sistemas con los que trabajamos. Esperamos que al realizar las actividades presentadas anteriormente, veremos unoscambios significativos en nuestro marco lógico estratégico presentado en la Tabla 4.10.

VI. CONCLUSIÓN

Este Capítulo ha tratado de proveer un marco lógico para realizar una mejora del ámbito local de la salud materna, para que el enfoque estratégico pueda ser utilizado en la recolección y análisis de datos y selección de intervenciones efectivas. También se habló de la influencia que los diferentes ámbitos pueden tener en la selección de las intervenciones.

Como se indicó en la introducción, el diseño, monitoreo y evaluación fueron incluidos en el mismos capítulo para fomentar el desarrollo de los planes de monitoreo y evaluación durante la fase de análisis. Existe poco acuerdo sobre los mejores indicadores a usar para el monitoreo de los programas de salud materna y algunas opciones fueron provistas, las cuales pueden adaptarse a las necesidades locales de un ámbito específico. Por último, CARE ha compartido su marco lógico para la programación de la salud materna. Aunque no es cuantitativo, creemos que puede ser utilizado para guiar nuestra programación durante los años venideros y nos ayudará a alcanzar nuestra meta de mejorar las vidas de las mujeres.

TABLA 4.10
MARCO LÓGICO ESTRATÉGICO DE SALUD MATERNA PARA 1997-2003

MUJERES INDIVIDUALES *Quienes pueden tomar decisiones informadas y oportunas, independientemente o. tienen igualdad de expresión en el proceso de toma de decisiones acerca de su salud.*			
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA	**PRENATAL**	**PARTO**	**POSTPARTO**
LA NIÑA Nutrición adecuada Oportunidades de educación. **MER** Maximizar el uso de prácticas beneficiosas y superar las prácticas dañinas para tener vidas reproductivas saludables. Hombres y mujeres tienen conocimientos de menstruación, concepción, contraceptivos, maneras de prevenir/identificar/tratar las ITS, nutrición adecuada e higiene. Pueden accesar servicios de salud reproductiva para PF, tratamiento de las ITS y cuidado materno. Participación en el proceso de la toma de decisiones en el hogar.	Planear embarazo saludable, reconocer signos de peligro, fecha anticipada de parto, saber por qué deben buscar atención, dónde encontrar atención, cómo llegar allí y cómo movilizar los recursos para pagar por la atención. Ir a los servicios de atención prenatal, cumplir con las prácticas recomendadas (ej., tratamiento), asegurar la nutrición adecuada y reducir la carga de trabajo. Escoger proveedor capacitado para atender el parto y organizar/comprar materiales para un parto limpio. Usar registros de maternidad en el hogar. Tener conocimientos de elementos esenciales de atención al recién nacido, poder identificar signos de peligro de un recién nacido enfermo y saber dónde buscar atención.	Acceso a proveedor capacitado/adiestrado para atender el parto. Fomentar a los ayudantes capacitados a usar materiales para un parto limpio. Reconocer signos de peligro y poder tomar decisión para accesar servicios, transporte y recursos, como sea necesario. Empezar lactancia materna inmediatamente. Tener conocimientos de elementos esenciales de atención del recién nacido, poder identificar signos de peligro y dónde buscar atención.	**MADRE** Hacer auto-monitoreo de complicaciones, especialmente las primeras 24 horas y buscar servicios, si necesario. Usar prácticas higiénicas/de limpieza luego del parto (ej., toallas sanitarias limpias). Ser receptiva a una visita en el hogar por un promotor de salud o persona de recurso comunitario durante las primeras 24 horas después del parto. Recibir suplemento de Vitamina A postparto en la primera semana. Asegurar nutrición adecuada lactancia exclusiva por 6 meses. Saber acerca de su regreso a la fertilidad, saber de los diferentes métodos de PF disponibles, buscar contraceptivos cuando lo desea **RECIÉN NACIDOS** Poder identificar signos de peligro y saber dónde buscar atención. Las inmunizaciones tan pronto como es posible.

TABLA 4.10 (continuación)
MARCO LÓGICO ESTRATÉGICO DE SALUD MATERNA PARA 1997-2003

HOGARES *toman decisiones los esposos o suegras, animan a la mujer a buscar servicios para proteger su bienestar, asi como la salud de sus hijos.*			
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA	**PRENATAL**	**PARTO**	**MER**
LA NIÑA Nutrición adecuada Oportunidades de educación **MER** Maximizar el uso de prácticas beneficiosas y superar las prácticas dañinas para tener vidas reproductivas saludables. Parejas discuten la elección del numero/espaciamiento de los niños, y uso de PF. Apoyar el acceso de hombres y mujeres a los servicios de salud reproductiva durante toda su vida. Incrementar el acceso a recursos para los servicios de atención en salud. Apoyar actividades para la generación de fondos para las mujeres.	Fomentar a la mujer a asistir a los servicios prenatales, cumplir con prácticas recomendadas (tratamiento de malaria), reducir la carga de trabajo y asegurar una nutrición adecuada. Desempeñar un rol activo y positivo en la planeación del parto, incluyendo conocimientos de las complicaciones, identificar a proveedor capacitado y organizar/comprar materiales para un parto limpio, saber a dónde ir, cómo llegar allí y cuánto pagar por los servicios. Ahorrar de forma rutinaria para los servicios de salud.	Redistribuir los quehaceres del hogar, como cuidado de los niños, traer agua. Informar al ayudante capacitado elegido sobre el comienzo del parto y el uso de materiales/prácticas limpios. Saber de/identificar los signos de peligro, fomentar a la mujer a ser referida, saber a dónde ir y cómo movilizar transporte y recursos para referencia. Fomentar la lactancia materna inmediata. Hacer los arreglos para donante de sangre, si necesario. **RECIÉN NACIDO** Saber de y practicar elementos esenciales de atención al recién nacido. Poder identificar signos de peligro y apoyar referencia, si necesario.	Identificar a personas apropiadas para monitorear la mujer/bebé por complicaciones, durante la primera semana, especialmente durante las primeras 24 horas, y tomar acción. Fomentar el uso de prácticas sanitarias limpias luego del parto. Fomentar la nutrición adecuada, reducción de carga de trabajo y la lactancia materna exclusiva. Fomentar mujer/pareja a buscar servicios de PF postparto. Fomentar a las mujeres con complicaciones a quedarse en el hospital durante 48 horas. Ser receptiva a una visita al hogar por un trabajador de salud o persona de recursos comunitarios durante las primeras 24 horas después del parto. Fomentar suplementación PP de vitamina A en el primer mes. **RECIÉN NACIDO** Poder identificar signos de peligro y apoyar referencia si necesario. Apoyar inmunizaciones tan pronto como posible.

TABLA 4.10 (continuación)
MARCO LÓGICO ESTRATÉGICO DE SALUD MATERNA PARA 1997-2003

COMUNIDADES

apoyar a las mujeres a accesar servicios de salud reproductiva, al mantener sistemas esenciales como servicios comunitarios o mecanismos de transporte, mientras se adoptan comportamientos saludables.

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA	PRENATAL	PARTO	POSTPARTO
LA NIÑA Nutrición adecuada Oportunidades de educación **MER** Maximizar el uso de prácticas beneficiosas y superar prácticas dañinas. Fomentar a las parejas a planificar el espaciamiento y número de niños que desean y cuándo quieren usar PF. Servir como pareja activa en la planificación y manejo de servicio comunitario de salud reproductiva para asegurar la responsabilidad y calidad. Apoyar el acceso a los servicios comunitarios de salud reproductiva, tales como: ✔ atención prenatal ✔ planificación familiar ✔ salud infantil ✔ sistemas de transporte ✔ cabaña comunitaria de espera ✔ préstamos comunitarios ✔ atención postparto ✔ atención al recién nacido Fortalecer los mecanismos comunitarios para apoyar grupos vulnerables como adolescentes y madres solteras.	Proveer apoyo logístico y/o en especie para los trabajadores de salud que visiten a las comunidades. Fomentar a las mujeres prenatales a asistir a la atención prenatal, cumplir con regímenes, asegurar nutrición adecuada y reducir la carga de trabajo. Utilizar trabajadores comunitarios para identificar a mujeres embarazadas y referir para atención prenatal y proveer servicios a mujeres embarazadas en la comunidad. Diseminar información / fomentar la planeación de parto, usar ayudantes capacitados, seis limpiezas, saber de complicaciones, saber dónde buscar atención y cómo llegar a los sitios de salud.	Fomentar el uso de ayudante capacitado durante el parto, quien utilice practicas higiénicas. Utilizar a personas de recursos en la comunidad, quienes pueden identificar partos con complicaciones y pueden organizar rápidamente la referencia. Fomentar/apoyar a la mujer para ser referida fuera de la comunidad al servicio público apropiado más cercano. Mantener sistemas para facilitar el transporte y pago de costos médicos. Fomentar la lactancia materna inmediata. **PRIMEROS AUXILIOS OBSTÉTRICOS** Persona de recursos comunitarios es capaz de proveer primeros auxilios obstétricos. **RECIÉN NACIDO** Apoyar prácticas esenciales para recién nacidos. Tener una persona (recursos) comunitaria quien identifica signos de peligro para el recién nacido y puede facilitar la referencia. La comunidad apoya que un recién nacido enfermo sea referido a un servicio de salud	**MADRE** Apoyar las prácticas higiénicas (ej., baño, toallas sanitarias). Fomentar monitoreo durante las primeras 24 horas por parte de un trabajador comunitario que pueda identificar signos de peligro. Fomentar a las mujeres con complicaciones a quedarse en el hospital por lo menos de24 horas. Fomentar a las mujeres a asegurar nutrición adecuada y lactancia materna exclusiva por 6 meses. Apoyar a las mujeres a buscar servicios PF y atención postparto. Apoyar lactancia materna exclusiva. Fomentar la suplementación PP de Vitamina A en el primer mes. **RECIÉN NACIDO** Trabajador comunitario reconoce los signos de peligro de un recién nacido enfermo. Apoya inmunizaciones tan pronto como sea posible.

TABLA 4.10 (continuación)
MARCO LÓGICO ESTRATÉGICO DE SALUD MATERNA PARA 1997-2003

INSTITUCIONES

proveer servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres durante toda su vida, incluyendo puestos de salud, centros de slaud, hospitales distritales y de referencia.

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

Proveer servicios integrados de salud materna; proveer consejería/educación en salud a mujeres y hombres durante sus vidas, en higiene, menstruación, reproducción, embarazo saludable, nutrición, signos de peligro, cuidado del niño, contracepción, formas de prevenir/identificar/tratar las ITS y nutrición adecuada.

Proveer acceso para hombres y mujeres a servicios de salud reproductiva de calidad.

Tratar necesidades especiales de adolescentes niños y niñas y otros grupos vulnerables.

PRENATAL

Proveer atención prenatal (ej., TT, malaria, anemia, las ITS, diagnóstico pélvico) educar a las mujeres y sus familias sobre la importancia de tener un ayudante capacitado, la necesidad de un parto limpio, complicaciones posibles que pueden surgir durante el embarazo, signos de peligro, dónde ir para buscar servicios si surgen complicaciones, cómo llegar allí y cómo pagar por los servicios.

Proveer servicios de calidad de una manera fácil, incluyendo consejería (ej., PF, nutrición) tratamiento adecuado y oportuno con trabajadores femeninas.

Mantener registros adecuados del estado de salud de las mujeres, sus complicaciones, su tratamiento, referencias y resultados del parto.

AOE BÁSICA
Manejar complicaciones post-aborto moderadas, anemia moderada y malaria. Estabilizar/referir trastornos hipertensivos, hemorragia postparto y diabetes.

AOE COMPLETO
Manejar anemia severa, complicaciones severas post-aborto, hemorragia antes del parto, pre-eclampsia/eclampsia, sepsia, trastornos reumáticos del corazón.

PARTO

Proveer asistencia en partos normales al usar técnicas asépticas, promover lactancia materna inmediata y buena atención a recién nacidos.

AEO BÁSICA
Proveer antibióticos, fluidos, oxitócicos o sedantes (IM/IV), extracción manual de placenta retenida y manejo de complicaciones neonatales mínimas.

AOE COMPLETOS
Proveer servicios de AOE básicos, más presentaciones anormales, parto asistido, anestesia, operación quirúrgica, transfusión de sangre, así como la habilidad de resucitar a recién nacidos con medicina de emergencia, ventilación e incubadoras.

Establecer/apoyar sistema de referencia y enlaces.

Fomentar la lactancia materna inmediata, si es posible.

Mantener registros adecuados para las mujeres con complicaciones, su tratamiento y referencia.

RECIÉN NACIDO
Práctica de atención esencial para el recién nacido.

Pesar, registrar y dar inmunizaciones.

Resucitación de recién nacidos, si es necesario.

Manejar complicaciones de recién nacido (ej., asfixia) y BPN.

POSTPARTO

MADRE
Monitorear contínuamente a las madres por la menos durante las primeras 24 horas y hacer visitas de seguimiento por medio de los trabajadores locales de salud.

Proveer servicios de PF postparto (DIU, AGV durante las primeras 48 horas o DIU, Depo, minipíldora, Norplant en las seis semanas) si deseado.

Fomentar la estadía en la institución y lactancia exclusiva por los primeros 6 meses.

Proveer suplemento de Vitamina A postparto.

RECIÉN NACIDO
Pesar, registrar y dar inmunizaciones.

Educar a la madre en el buen cuidado del niño, lactancia materna y agenda de inmunización.

Monitorear el progreso de bebés con BPN (ej., mamar, peso).

Manejar infecciones de recién nacidos (ej., neumonía, tétanos).

5

INTERVENCIONES Y MEJORES PRÁCTICAS ACTUALES

I. ANTECEDENTES 5.1

II. ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES "TRANSVERSALES" 5.5

- A. Asocios 5.5
- B. Política 5.8
- C. Mejora de los Servicios 5.11
- D. Desarrollo del Recurso Humano 5.16
- E. Educación en Salud Para Cambio de Comportamiento 5.24
- F. Movilización Comunitaria 5.25

III. MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA 5.27

IV. PRENATAL 5.30

V. PARTO 5.55

VI. POSTPARTO MATERNO 5.70

VII. RECIÉN NACIDO 5.78

VIII. CONCLUSIÓN 5.89

I. ANTECEDENTES

Los Capítulos 2 y 3 presentaron los factores sociales y médicos que influyen en la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. El Capítulo 4 describió varios métodos para evaluar la situación local de salud materna, seleccionar las intervenciones más apropiadas y conceptualizar 'qué' se puede hacer. Este Capítulo ofrece enfoques para tratar los "cuatro atrasos" descritos en el Capítulo Uno y presentados a continuación, que inhiben a las mujeres y recién nacidos a accesar y recibir servicios de salud materna de calidad.

- ➔ ***Atraso #1:*** ***Atraso en reconocer el problema;***
- ➔ ***Atraso #2:*** ***Atraso en decidir la búsqueda de atención;***
- ➔ ***Atraso #3:*** ***Atraso en llegar al servicio de salud y***
- ➔ ***Atraso #4:*** ***Atraso en recibir tratamiento en el servicio de salud*** [14]***.***

Este Capítulo describe algunos principios, que no son exhaustivos, de 'cómo' las intervenciones seleccionadas pueden ser implementadas efectivamente, en varios lugares, para tratar este problema tan complejo. Las intervenciones necesitan reflejar las principales barreras, identificadas para el medio local, que impiden el acceso al servicio de salud materna. **Las estrategias e intervenciones variarán según el contexto específico** en términos de niveles y causas de mortalidad y morbilidad, infraestructura general y de salud, condición económica, prácticas sociales y tradicionales, creencias y prácticas en salud y la disponibilidad y calidad de servicios.

El Capítulo 5 está organizado por:

1. estrategias "transversales" (Sección II);
2. las fases del ciclo de vida de una mujer (mujer en edad reproductiva, prenatal, parto y postparto), (Sección II, IV, V); y
3. los primeros siete días del recién nacido (Sección VI).

Cada sección tiene un componente de "Mejores Prácticas Actuales", el cual está basado en un repaso de la literatura actual y las lecciones aprendidas de los diversos programas exitosos de diferentes países. Estas prácticas reflejan la mejor comprensión, en la actualidad, de las intervenciones más efectivas, si son aplicadas apropiadamente a las necesidades locales, para contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad materna y del recién nacido. **Las "mejores prácticas actuales" tendrán que ponerse al día una vez que estén disponibles los descubrimientos de las investigaciones y los resultados de los programa.**

Existen dos enfoques para mejorar la salud materna y del recién nacido. Un enfoque se concentra más en la **"reducción de mortalidad"** y tiene un subconjunto de intervenciones que están dirigidas más hacia la reducción de la mortalidad. Las intervenciones para la reducción de la mortalidad pueden incluir la mejora de los servicios de salud para manejar mejor las complicaciones obstétricas, enseñar habilidades para la resucitación de los recién nacidos y el manejo de un recién nacido enfermo.

La atención obstétrica de emergencia se enfoque en el manejo de las complicaciones relacionadas con el embarazo, por lo que trata la mortalidad materna

Otro enfoque puede concentrarse en la "promoción de salud". Existe un conjunto más grande de las intervenciones que puede no reducir directamente la mortalidad, pero a través de sus efectos de promoción de salud puede reducir indirectamente las enfermedades y muertes. Las intervenciones para la promoción de salud pueden afectar a la madre, al recién nacido o a ambos. Las actividades que fomentan la promoción de salud pueden incluir: la nutrición apropiada, suplemento de micronutrientes, vacuna contra el tétanos, diagnóstico de y tratamiento de enfermedades infecciosas, fortalecer la reducción de la carga de trabajo y tratamiento de morbilidades, tales como fístula vesico-vaginal y desprendimiento uterino.

Estos enfoques ilustran las diferencias entre la **Atención Obstétrica de Emergencia (AOEm)** y la **Atención Obstétrica Esencial (AOE).** Los servicios de atención obstétrica de emergencia enfocan el manejo de las complicaciones relacionadas con el embarazo, por lo que tratan la mortalidad materna. En contraste, la atención obstétrica esencial incluye las intervenciones como atención prenatal y postparto, así como el manejo apropiado de las complicaciones, por lo que trata tanto la **"promoción de salud"** como la **"reducción de mortalidad".** Estos enfoques no tienen que ser mutuamente exclusivos, pero es necesario comprender que la selección de intervenciones puede diferir, según el objetivo general. Los planificadores del programa necesitan tener metas claras, para que las intervenciones apropiadas puedan ser seleccionadas para alcanzar sus objetivos [4,6,8,20]. **Creemos que ambos objetivos deben ser abordados, por lo que este documento apoya el enfoque de la atención obstétrica esencial. Sin embargo, sabemos que el peso relativo de cada meta puede variar según el contexto.**

La mortalidad y morbilidad materna puede ser disminuida por medidas que:

La atención obstétrica esencial incluye intervenciones como la atención prenatal y postparto, así como manejo apropiado de las complicaciones, por lo que trata la "promoción de salud" y "reducción de mortalidad".

- ➔ reduzcan la incidencia de alto riesgo y embarazos no deseados a través de la mejora al acceso a servicios de calidad de planificación familiar y aborto seguro (inducido);
- ➔ reduzcan el número y severidad de las complicaciones obstétricas, a través de la atención pre-embarazo, atención prenatal (para prevenir, identificar y tratar oportunamente las complicaciones), partos limpios y seguros con proveedores capacitados y atención postparto de calidad;
- ➔ reduzcan la tasa de letalidad a través de la mejora en el acceso a los servicios de calidad de la atención obstétrica y post-aborto [8,31,43,48,53].

La mortalidad del recién nacido puede ser disminuida por medidas que:

- ➔ mejoran el estado de salud y nutrición de las mujeres, a través de la promoción de la buena nutrición, retraso en el primer embarazo y/o espaciamiento de embarazos por lo menos por dos ó tres años, preferiblemente, y prevención y tratamiento de las infecciones;
- ➔ reducen la mortalidad prenatal a través de la mejora de atención materna, como nutrición general, tratamiento de deficiencias de micronutrientes (ej., anemia), vacuna Toxoide Tetánico, tratamiento de malaria, anquilostoma y las ITS y parto limpio y seguro con un proveedor capacitado;
- ➔ reducen las muertes prenatales y neonatales a través de la atención obstétrica esencial (ej., inicio de respiración, cuidado del cordón, temperatura adecuada y mantener seco al bebé y cuidado de los ojos), lactancia materna inmediata y exclusiva, inmunizaciones (ej., BCG, OPV y hepatitis B), identificación y tratamiento oportuno de la neumonía y diarrea y otras infecciones (ej., tétanos, sepsia) en la primera semana de vida [4,9,10].

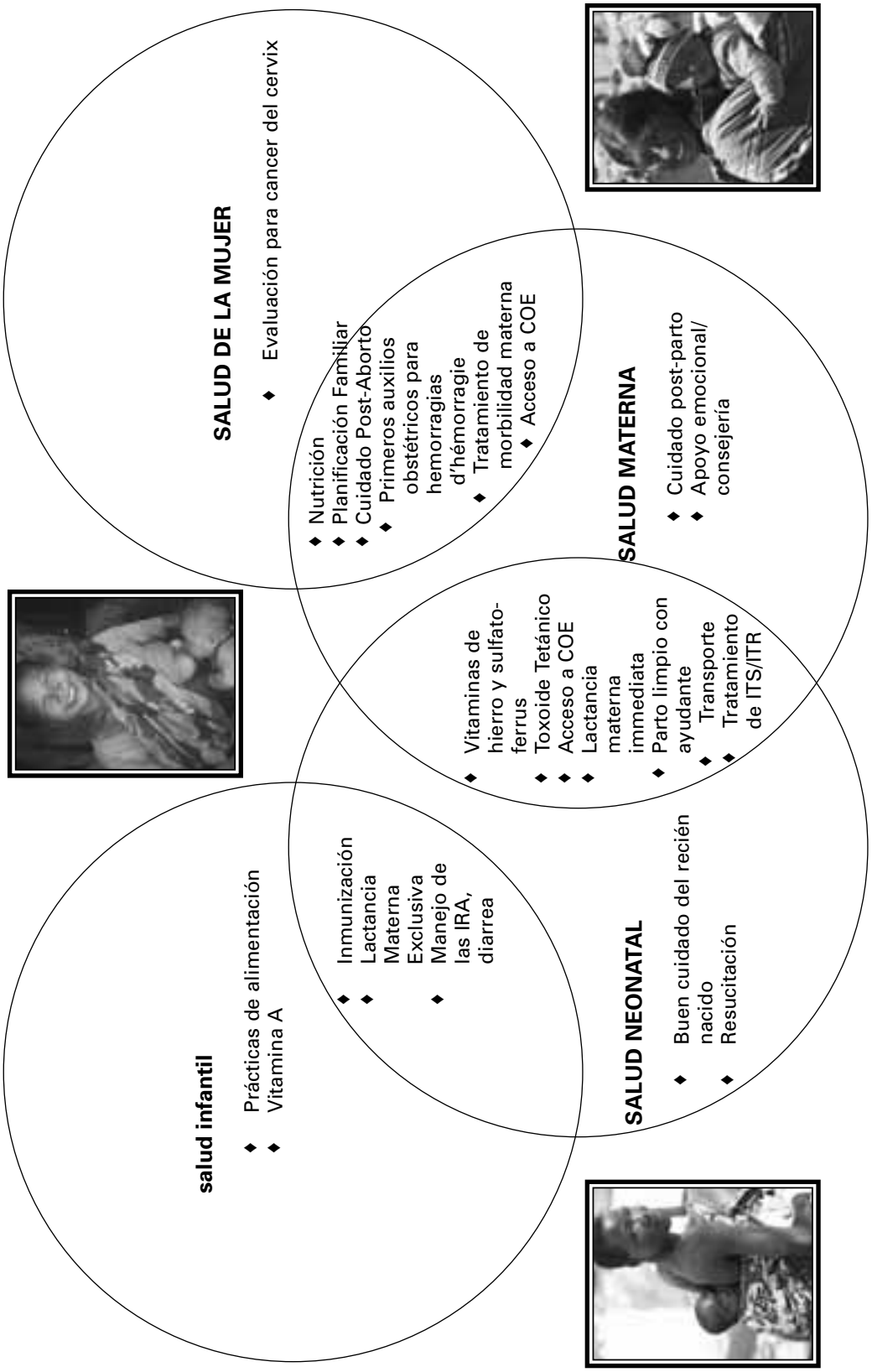
Los estudios han encontrado que un enfoque balanceado para reducir la distancia entre las mujeres y los servicios de salud requieren dos estrategias complementarias: llevar la atención más cerca de las mujeres y llevar a las mujeres más cerca de la atención[39]. El llevar la atención más cerca de las mujeres incluye los servicios de mayor alcance, especialmente para la atención prenatal, la colocación de personal de salud calificado en el menor nivel de la infraestructura de salud (ej., obstetrices comunitarias) y la atención postparto. El llevar a las mujeres más cerca de la atención incluye asegurar transporte disponible y recursos para pagar estos servicios. En algunos lugares, se utilizan hogares de espera para reducir la distancia que tienen que recorrer las mujeres durante el trabajo de parto.

La experiencia ha demostrado que debe haber un balance entre la mejora de los servicios y movilizar a la comunidad. Si uno se lleva a cabo sin el otro o si las actividades no son realizadas en la secuencia apropiada, los esfuerzos no serán exitosos.

La salud de la madre y del feto están entrelazadas. Muchas de las intervenciones maternas tienen efectos positivos en la salud de la madre, así como en la mejora de los resultados del recién nacido. Muchas intervenciones comprobadas a beneficiar a los recién nacidos han tenido poca prioridad o han sido desanimadas bajo la Iniciativa de Maternidad Segura, ya que ellos no predicen una emergencia obstétrica y reducen la mortalidad materna (ej., atención prenatal). Los esfuerzos que han mejorado la salud materna, tales como la provisión de VHS, TT, tratamiento de malaria, anquilostoma y las ITS y parto limpio, deberían ser promovidos para la salud de la madre y recién nacido (Ver Figura 5.1).

Una intervención clave – la presencia de un proveedor calificado (ej., médico u obstetriz) durante el parto – puede reducir dramáticamente la asfixia y trauma al nacer, si surge alguna complicación (ver Figura 5.1).

FIGURA 5.1: INTERRELACIÓN DE INTERVENCIONES QUE AFECTAN LAS MUERTES MATERNAS Y DE RECIÉN NACIDOS



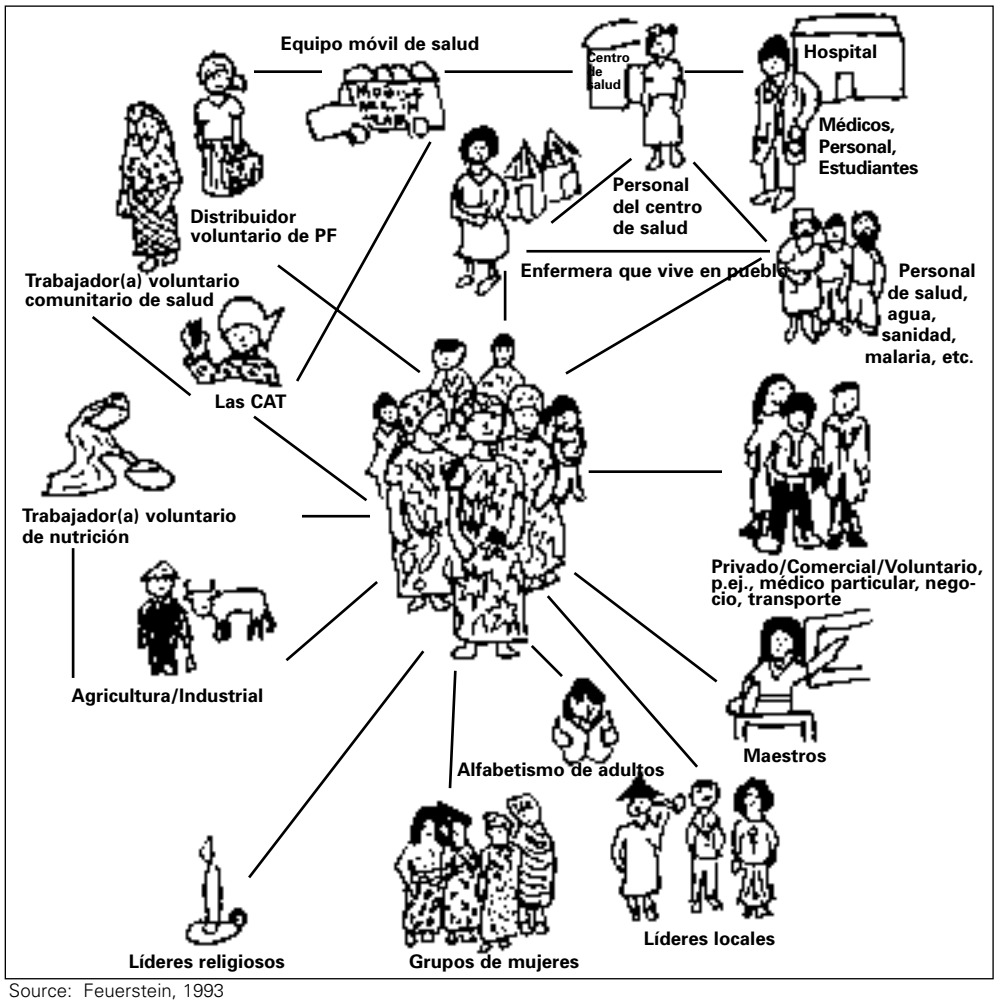
II. ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES "TRANSVERSALES"

A. *Asocios*

Para poder desarrollar unas estrategias efectivas para tratar las causas de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, el asocio y esfuerzos coordinados entre los gobiernos, las ONG indígenas e internacionales, las comunidades, los hogares, el sector privado y las agencias donantes bilaterales y multilaterales son esenciales. No es probable que una organización sea capaz de proveer todos los elementos claves para el diseño e implementación de los programas multifacéticos que traten varios factores que contribuyan a la muerte materna.

Reconocemos que la responsabilidad para resolver este problema recae en los proveedores de salud, comunidades, hogares y en las mujeres mismas. Nuestro rol es proveer apoyo a estas personas para que fortalezcan su potencial para implementar programas específicos al contexto que traten sus necesidades específicas.

FIGURA 5.2
ILUSTRACIÓN DE TIPOS DE ASOCIOS A NIVEL COMUNITARIO



Source: Feuerstein, 1993

CHAPTER 5

> ***"… la reducción de la mortalidad materna requiere un compromiso a largo plazo por parte de una gama de socios en la comunidad… después de que la comunidad, gobiernos, agencias voluntarias y líderes locales unan sus fuerzas y recursos para elaborar las estrategias de atención en salud que promuevan la maternidad segura."***
>
> Hillary Rodham Clinton, Primera Dama EE.UU.
> Día Mundial de la Salud, 1998

El gobierno, las ONG y el sector privado ya están proveyendo algunos de estos servicios (ej., personal, medicinas y equipo médico). Los donantes como UNICEF, FNUAP, el Banco Mundial y el Gobierno Japonés frecuentemente están deseosos de proveer equipo, renovaciones y medicamentos para servicios obstétricos y así apoyar los servicios gubernamentales y el sector privado. USAID y DFID han llevado a cabo proyectos de investigación; y USAID ha desarrollado modelos demostrativos y ha provisto asistencia técnica a muchos países, así como la adquisición de contraceptivos. Muchos donantes, incluyendo UNICEF, FNUAP, USAID y CIDA proveen asistencia técnica para mejorar los servicios de planificación familiar en el gobierno y en el sector privado. Las organizaciones no gubernamentales tienen un rol clave en la movilización comunitaria y en facilitar los sistemas de apoyo comunitario para alcanzar el acceso de las mujeres a los servicios obstétricos.

ASOCIOS EXITOSOS

En Bangladesh, UNICEF asiste al Gobierno de Bangladesh (BDG) en 11 distritos para mejorar sus servicios de atención obstétrica en el hospital distrital y seleccionar complejos de salud thana (centros de salud). El BDG provee la infraestructura y personal, algún equipo y medicamentos, así como sistemas de apoyo (ej., supervisión y MIS). UNICEF provee equipo, medicamentos y apoyo para la capacitación llevada a cabo por la Bangladesh Society of Obstetrics and Gynecologists (BSOG) para mejorar el manejo de las complicaciones obstétricas. Los consultores del BSOG también proveen visitas monitoreadas y apoyo de seguimiento para estas áreas. CARE, con el apoyo de los holandeses y australianos, trabaja solamente en áreas donde los servicios han sido mejorados para asegurar que los servicios de calidad estén disponibles una vez que los esfuerzos de movilización comunitaria (educación, transporte y sistemas de préstamos) se lleven a cabo[45,54].

En México, los investigadores, periodistas, legisladores, oficiales de salud, proveedores de salud y las ONG se reunieron para hablar acerca de los problemas de la salud materna en la Conferencia Nacional de Maternidad Segura en 1993. Como resultado, la Asociación de Maternidad Segura fue formada con una fuerza operante establecida para supervisar la implementación del plan de acción. Este proceso fue replicado en 10 estados, con conferencias de maternidad segura llevadas a cabo y planes de acción elaborados. Varias intervenciones innovadoras fueron desarrolladas a través de este proceso. Por ejemplo, en varios estados, fue ensayado un modelo de detección de riesgo durante el embarazo. Además, la iglesia lanzó una campaña en varios estados para reducir la violencia contra las mujeres embarazadas, un tema que nunca había sido tratado[55].

También se tiene que vincular los asocios con los sectores que no sean de salud. Estos pueden incluir los Ministerios de Educación, Comercio, Agricultura y las ONG que trabajen en estas áreas. La Tabla 5.1 muestra ejemplos ilustrativos de cómo otros sectores pueden contribuir a mejorar el programa de Maternidad Segura.

TABLA 5.1
ACCIÓN INTERSECTORIAL NECESARIA PARA PROMOVER LA MATERNIDAD SEGURA

SECTORES/AGENCIAS/PERSONAL	EJEMPLOS DE ACCIÓN INTERSECTORIAL
1. **Autoridades Distritales** Oficiales gubernamentales locales Oficial de Información Líderes políticos	• Participar en y proveer un lugar para los Talleres de Maternidad Segura. • Proveer materiales para construir/renovar salas de maternidad. • Proveer pagos para enfermeras-obstetrices comunitarias.
2. **Departamento Distrital de Agricultura** Nutricionistas Economistas del hogar Trabajadores de campo de Agricultura	• Proveer semillas y experiencia a grupos de mujeres que cultivan vegetales ricos en vitaminas (ej., hierro, Vitamina A y C). • Educar a las familias en las necesidades nutricionales de las mujeres embarazadas y lactantes.
3. **Cooperativas agrícolas/comerciales**	• Proveer alimento adicional a las mujeres embarazadas/lactantes a través de las cooperativas. • Usar vehículos para transportar a las mujeres durante una emergencia obstétrica. • Establecer y mantener un fondo anual para el bienestar social para tener acceso al transporte y pagar por los servicios.
4. **Sindicatos de agricultores y trabajadores**	• Proveer subsidio de alimentos a trabajadores locales de salud (ej., enfermera-obstetriz comunitaria). • Participar en el esquema para la venta a bajo costo de alimentos ricos en proteína para las mujeres embarazadas y lactantes más pobres (ej., huevos, pollos)
5. **Departamento de Desarrollo comunitario Distrital**	• Desarrollar actividades generadoras de ingresos con grupos de mujeres para financiar el transporte para referencias de emergencia. • Estimular la acción comunitaria para construir hogares de espera de maternidad.
6. **Sindicatos/Grupos de mujeres**	• Participar con personal local de salud y trabajadores voluntarios de salud, como parte de una red comunitaria para Maternidad Segura. • Proveer educación femenina en sexualidad humana, planificación familiar, embarazo, parto y atención postparto. • Animar a interpretación de roles con la comparación de las técnicas de parto seguras e inseguras.
7. **Sindicatos/Grupos de Jóvenes**	• Promover una edad mínima de matrimonio (ej., 18 años para mujeres). • Capacitar a los jóvenes sexualmente activos a usar contraceptivos para evitar los embarazos no deseados, las ITS y el VIH/SIDA.
8. **Educación Distrital** Escuelas de secundaria Escuelas de primaria Universidades para capacitación a maestros	• Dentro de la educación de vida familiar, promover la comprensión de la sexualidad humana, concepción, PF, embarazo y parto. • Fomentar y capacitar a las niñas a asistir a la escuela primaria. • Capacitar a maestros en contenido apropiado de métodos de enseñanza para Maternidad Segura.

TABLA 5.1 (cont.)
ACCIÓN INTERSECTORIAL NECESARIA PARA PROMOVER LA MATERNIDAD SEGURA

SECTORES/AGENCIAS/PERSONAL	EJEMPLOS DE ACCIÓN INTERSECTORIAL
9. Departamento de Educación para adultos y alfabetización	• Involucrar a las suegras en sesiones de educación a mujeres para comunicar mensajes de Maternidad Segura. • Producir un manual de alfabetización en temas de Maternidad Segura. • Capacitar a las mujeres para hablar de temas sensibles y ocultos, como la morbilidad y aborto (inducido).
10. Industria Fabricantes farmacéuticos / otros	• Capacitar la compra al por mayor de las medicinas obstétricas para vender al por menor a mujeres pobres / servicios de salud. • Desarrollar y proveer vendajes y toallas sanitarias a bajo costo para mejorar la higiene genital durante y después del parto.
11. Comercio / Negocio	• Capacitar a distribuidores de venta al por menor a exponer y vender kits simples de parto a bajo costo, con suplementos de planificación familiar. • Donar equipo y transporte para actividades de Maternidad Segura en áreas remotas.
12. Sector Privado de Salud Médicos del oeste Médicos tradicionales	• Proveer información y servicios [ej., Atención prenatal, parto, postparto y aborto (inducido)]. • Participar en identificar prácticas buenas y dañinas de parto y aborto.
13. Transporte	• Usar vehículos para transporte en casos de emergencia obstétrica. • Participar con grupos de mujeres para establecer y mantener financiamiento para transporte de emergencia.
14. Las OVP/ONG	• Donar equipo (ej., máquinas de presión arterial) • Proveer información y servicios. • Promover la renovación de quirófanos o bicicletas para comadronas rurales.
15. Organización religiosa	• Líderes religiosos locales permiten/fomentan la discusión de contracepción / aborto /circuncisión femenina. • Fomentan el acceso a servicios de salud materna.

Fuente: Feuerstein, 1995

B. Política

A pesar de que muchos países tiene políticas de Maternidad Segura, pocos países tienen políticas amplias y completamente implementadas. Muchos hacedores de políticas no conocen o están mal informados, por lo que no ven la mortalidad y morbilidad materno-infantil como un problema o prioridad. Las políticas generales que perpetúan la baja condición de la mujer y que posiblemente deben abordarse incluyen: edad de matrimonio, disponibilidad de terminación médica de embarazo (aborto inducido), leyes de divorcio y herencia, pago igual y mutilación genital femenina (MGF).

En muchos países, los estándares de reglamentación y licenciamiento dictan la provisión de servicios de salud, y son mayores barreras que las políticas en sí. Estos protocolos usualmente articulan cuál: 1) conjunto o conjuntos de personal de salud pueden proveer qué servicios; 2) nivel de servicio puede ofrecer servicios específicos; 3) artículos aparecen en la lista de medicinas esenciales; y 4) protocolos son utilizados para el tratamiento de las condiciones específicas. Estas reglamentaciones, que pueden o no aparecer en la política, usualmente

- ➔ restringen el acceso a los servicios;
- ➔ iImponen pruebas o procedimientos innecesarios; y/o
- ➔ limitan los tipos de servicios ofrecidos por los proveedores.

Por ejemplo, en muchos países las obstetrices están restringidas por ley a no llevar a cabo ciertos procedimientos de salvamento, tales como la extracción manual de placenta. Ya que las mujeres frecuentemente llegan con las obstetrices cuando surge una emergencia, las obstetrices están forzadas a llevar a cabo procedimientos para tratar y salvar la vida de la mujer, aun cuando ella no ha sido capacitada en dicho procedimiento. Si las reglamentaciones permitieran a las obstetrices estar formalmente capacitadas en estos procedimientos de salvamento, los servicios podrían ser provistos más cerca de la casa de las mujeres y serían más seguros, lo que encaminaría a mejores resultados maternos y del recién nacido.

ESTRATEGIAS Cambio de políticas

Los políticos y oficiales toman decisiones claves en relación a la asignación del presupuesto, infraestructura y patrones de colocación del personal. La abogacía puede jugar un rol importante en la recolección del apoyo para la salud materna y neonatal. Los grupos meta claves pueden incluir a los líderes a niveles nacional, regional y local, líderes religiosos y asociaciones de profesionales (ej., médicos, enfermeras, obstetrices). Los líderes religiosos pueden ser agentes de cambio e influir en las actitudes de la comunidad, especialmente donde principalmente los hombres toman las decisiones acerca del uso de los servicios de salud. Estos líderes necesitan comprender: 1) la magnitud del problema, 2) las intervenciones que pueden tratar el problema, 3) las acciones que pueden llevarse a cabo por parte de la comunidad y familias para tener resultados maternos y neonatales favorables, 4) el impacto de una muerte materna en la comunidad y familia y 5) la importancia de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones acerca de las prácticas de la búsqueda de salud.

La abogacía es de mucha importancia; sin embargo, es difícil realizar argumentos persuasivos sin buena información. Las mejoras en los sistemas de información y uso de datos, en las manos de quienes toman decisiones, pueden incrementar los conocimientos de los hacedores de políticas y planificadores de programa en la importancia de este tema. Sin estos conocimientos y "compromiso político" subsiguiente a este tema, otros esfuerzos como un cambio de leyes o una asignación presupuestaria serán prácticamente imposibles.

Aunque una política de Maternidad Segura puede existir, puede no haber sido implementada a nivel local por varias razones. Las políticas no son útiles, a no ser que sean diseminadas, comprendidos sus contenidos e incorporadas a la práctica diaria. Los trabajadores de salud, a través de la capacitación en-servicio, necesitan ser educados en los protocolos y estándares que incluye la política. Ellos necesitan adoptar estas prácticas e incorporarlas a su práctica diaria. Los protocolos y prácticas tienen que ser reforzadas a través de la supervisión del apoyo y capacitación de repaso para realizar mejoras sostenibles en la calidad de los servicios de salud materna.

INTERVENCIÓN Cambio de políticas

La primera intervención a llevarse a cabo en cualquier país es un repaso amplio de las políticas, reglamentaciones, estándares de licenciamiento y protocolos actuales para los servicios de salud materna. Al repasarla se podría identificar las principales barreras para mejorar el acceso a y uso de los servicios de la salud materna. Pueden haber componentes faltantes en la política o la política puede ser muy restrictiva. Si la política no inhibe las prácticas apropiadas a nivel de entrega de servicio, puede no ser necesario cambiar ese aspecto de la política. El cambio de política puede conllevar un trabajo intensivo, para que las áreas a ser tratadas sean áreas meta y sean seleccionadas cuidadosamente con unas estrategias específicas para cambiar la política (o reglamentación) e implementar los cambios a través del sistema de atención de salud.

Los proveedores y gerentes de programa necesitan ser educados sobre el rol de abogacía y cómo pueden incorporar esto a su actual trabajo. También pueden desempeñar un papel vital en la recolección de datos, análisis y mecanismos de seguimiento. El personal de salud puede utilizar esta información para tomar decisiones para mejorar la entrega de servicio y abogar en su favor.

Debido a que en algunos países, especialmente en las áreas rurales, son escasos los médicos, puede ser apropiado alentar una demanda para incrementar el uso de obstetrices. Esta demanda debe ir a la par con las políticas apropiadas que incrementen el número de obstetrices, así como incrementar sus habilidades para proveer más servicios de los que puedan estar permitidos a ofrecer en la actualidad.

Los temas de las políticas pueden incluir: 1) estándares para ingresar a la educación de obstetricia, 2) formas de incrementar el número de obstetrices capacitadas (ej., programas para capacitar a las CAT para que sean obstetrices auxiliares) y 3) incrementar el acceso a la capacitación en obstetricia en las áreas rurales, donde existe mayor escasez de obstetrices.

C. *Mejora de los Servicios*

Todos los países tienen sistemas de salud con servicios y personal. Sin embargo, en muchos países los servicios para mejorar el acceso a la atención obstétrica no han sido de prioridad. El mejorar los servicios existentes y las habilidades del personal de salud--usualmente por un costo relativamente bajo--puede hacer mejoras significativas en la calidad de los servicios y, a la larga en los resultados maternos y de los recién nacidos.

Los servicios de la atención de salud para las mujeres embarazadas usualmente son organizados verticalmente, lo que requiere visitas repetidas a los servicios para el acceso a diferentes servicios. Los servicios no necesariamente tienen que estar completamente integrados, pero debe haber suficientes enlaces establecidos entre la comunidad y los servicios de salud, así como entre varios niveles del servicio de salud para alcanzar el acceso a todos los servicios. Existe una necesidad de diseminación de información a las mujeres, en relación a: 1) qué servicios están disponibles, 2) en qué servicio de salud, y 3) en qué día(s) están disponibles los servicios, para que las mujeres puedan tener mejor acceso al amplio conjunto de servicios.

Las mujeres en edad reproductiva necesitan tener acceso a la amplia gama de servicios presentados a continuación.

- ➔ **Planificación familiar**
- ➔ **Prevención y tratamiento de las ITS**
- ➔ **Atención prenatal**
- ➔ **Primeros auxilios obstétricos (en la comunidad)**
- ➔ **Servicios obstétricos**
- ➔ **Atención postparto y post-aborto**
- ➔ **Atención al recién nacido**

Cada servicio debe ser provisto por un proveedor competente y debe estar disponible regularmente, a un precio razonable. Los servicios de salud reproductiva de "alta calidad" deben incluir los siguientes componentes:

- ♦ Proveedores adecuadamente capacitados
- ♦ Cantidades suficientes de contraceptivos, suplementos médicos, medicinas, sangre y anestesia.
- ♦ Tecnología apropiada (ej., MVA, minilap, cesárea)
- ♦ Sistemas adecuados de apoyo (ej., MIS, registros, inventario de medicinas)
- ♦ Ambiente limpio, con apego a las prácticas de prevención de infecciones.
- ♦ Selección informada sobre todos los procedimientos y tratamientos.
- ♦ Privacidad durante el examen y lo ideal, que el proveedor sea una mujer.

- Tratamiento oportuno y apropiado.
- Estabilización de cliente y referencia apropiada de una forma oportuna.
- Referencia y seguimiento a las mujeres
- Involucramiento de la pareja (hombre) y participación de los miembros de la familia.
- Centros para Madres/Mujeres que proveen atención respetuosa, incluyendo información completa, en un ambiente de apoyo que anima a las mujeres y a sus familias a hacer preguntas, ofrecen comodidades que sean apropiadas culturalmente y permiten la incorporación de prácticas tradicionales no dañinas en la entrega de los servicios de salud materna en las instituciones.

A continuación se presentan algunos pasos hacia la provisión de los servicios de la salud materna de calidad.

PASOS ILUSTRATIVOS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS

Diagnóstico de necesidades, incluyendo la recolección de datos cualitativos y cuantitativos y metodologías participativas, como sea apropiado (Ver Capítulo 4).

Análisis y prioritización de necesidades (Ver Capítulo 4).

Mejora en las habilidades clínicas del personal: desarrollo de criterios para la selección de capacitadores, diagnóstico de habilidades y áreas de mejora, desarrollo de currículo culturalmente sensible, utilización de enfoque de capacitación basado en la competencia que es culturalmente apropiado y participativo, asegurar lugares de práctica y carga de casos de clientes adecuados, realización de supervisión de apoyo y desarrollo de sistema para seguimiento a capacitadores.

Mejora en las habilidades interpersonales del personal: desarrollo de criterios para la selección de capacitadores, diagnóstico de habilidades y áreas de mejora, desarrollo de currículo culturalmente sensible, convenir en comportamientos claves que promueven tratamiento respetuoso hacia las mujeres y diálogo entre las partes (ej., privacidad, ambiente no juicioso, permiso para preguntar), utilización de enfoque de capacitación participativo en habilidades interpersonales y cómo usar materiales de IEC, asegurar el tiempo adecuado para practicar nuevas habilidades y efectuar supervisión de apoyo para corregir errores y reforzar los comportamientos positivos.

Mejora en sistemas de información: identificar el tipo de información necesaria para la planificación del programa y recolectar solamente información que será utilizada, desarrollar tarjetas de salud y/o registros, proveer capacitación al personal sobre estas herramientas para recolectar datos, utilizar enfoque de capacitación "de intervención" en el análisis de los datos y uso de información para la toma de decisiones.

Mejora de medicinas y suplementos: articular roles claros del personal involucrado en el sistema, desarrollar sistemas apropiados (ej., halar, empujar) basados en situaciones locales, desarrollar un sistema de control de información e inventario para manejar apropiadamente las existencias, desarrollar un plan para asegurar existencias de amortiguación adecuados para superar represiones (ej., dificultades en épocas, mal transporte), proveer capacitación "de intervención" en funciones de ordenamiento, pronóstico, almacenamiento y control de inventario y formas del sistema, y facilitar el manejo general de suplementos para evitar agotamiento de existencias.

Mejora en manejo: desarrollar descripciones de trabajo, articular roles y responsabilidades claros, proveer capacitación práctica en presupuesto, incorporar el uso de aquellas herramientas que aseguren la calidad de forma rutinaria para identificar las áreas débiles y mejorarlas continuamente, desarrollar sistemas de información y supervisión y formular y repasar planes de trabajo anuales con sugerencias del personal.

TABLA 5.2

Mejores Prácticas Actuales

SERVICIOS DE SALUD MATERNA DE CALIDAD

1. **Promoción y protección de salud:** Mujeres y sus familias necesitan saber acerca del embarazo y parto, comprender signos de peligro, saber dónde pueden obtener servicios y cómo llegar al servicio.

2. **Accesibilidad y disponibilidad de servicios:** Las mujeres deberían tener acceso a una amplia gama de servicios puntuales de calidad.

3. **Aceptabilidad de servicios:** Las mujeres necesitan privacidad y muchas prefieren un proveedor que sea mujer. Ellas deben tener la confianza de poder disponer de la confidencialidad y tener el apoyo de los miembros de su familia. Los proveedores de salud deben respetar las creencias y prácticas culturales.

4. **Capacidad técnica de proveedores de atención en salud:** La capacidad técnica depende de la capacitación/recapacitación periódica y guías claras para el tratamiento clínico. La supervisión y repaso de casos son también esenciales para sostener la capacidad técnica.

5. **Suplementos y equipo esenciales:** Control de inventario y manejo de logística estándar debe ser establecido. Esto asegurará que los suplementos y equipo necesarios en cada nivel estarán disponibles de forma normal.

6. **Interacción con el proveedor:** Los proveedores deben ofrecer información exacta y apropiada, tratar clientes con respeto, ser sensibles a sus necesidades y evitar críticas.

7. **Información y consejería para el cliente:** Los clientes deben tener la oportunidad de hablar y preguntar a los proveedores de la atención en salud y se les debe ofrecer orientación en cualquier problema de salud que sea identificado.

8. **Involucramiento de clientes en toma de decisiones:** Los proveedores deben ver a los clientes como socios en la atención de salud y deben involucrarlos en la toma de decisiones como participantes activos en su propia atención en salud.

9. **Amplitud de atención y enlaces con otros servicios de salud reproductiva:** La atención en salud materna tiene una oportunidad singular de proveer a las mujeres con amplia atención de salud reproductiva y tratar otros temas, como nutrición y las ITS.

10. **Continuidad de atención y seguimiento:** Los servicios de salud materna deben ser parte de un programa amplio, que incluye la atención prenatal, parto y postparto. Las mujeres deben ser vistas como personas con necesidades de salud que continúan durante toda su vida.

11. **Apoyo a proveedores de atención en salud:** Los proveedores de atención en salud a todos los niveles necesitan el apoyo económico y social por parte del Estado y comunidades en donde trabajan.

Fuente: OMS, 1994

ESTRATEGIAS **Mejora de los servicios**

La mejora de los servicios tiene dos componentes: incrementar el acceso a los servicios y mejorar la calidad de los servicios. Se hablará del acceso en las secciones IV, V y VI de este Capítulo. A continuación se presenta la calidad de los servicios.

Como se mencionó anteriormente, la mejora de servicio requiere un enfoque multifacético. Todos los aspectos de la entrega de servicio (ej., personal capacitado en consejería y procedimientos clínicos, sistemas de apoyo como MIS y manejo logístico, y manejo en general) deben ser completamente funcionales para asegurar y sostener la calidad.

Primero, debe haber un compromiso general por parte del personal de salud para identificar problema(s) que afecten la calidad de la atención al paciente. Las áreas a mejorar pueden ser conocimientos, comportamiento, habilidades, sistemas o alguna combinación de éstos. Segundo, el personal necesita prioritizar las áreas débiles identificadas y seleccionar las soluciones factibles para fortalecerlas. Existen varias herramientas de diagnóstico para ayudar al personal a comenzar y sostener el proceso de auto-mejora.

- ➔ Evaluación del Proveedor Orientado al Cliente (EPOC) elaborada por la Asociación para Contracepción Segura y Voluntaria.
- ➔ Análisis Situacional desarrollado por el Consejo de Población.
- ➔ Diagnóstico de Necesidades desarrollado por la OMS.
- ➔ Diagnóstico de Necesidades desarrollado por ACNM.

Las estrategias para las áreas específicas que necesitan ser fortalecidas se presentan en las siguientes secciones.

En Angola, el Proyecto CAOL (Coordinación de Ayuda en el Parto en Luanda) trabaja para reducir la mortalidad materna al dirigir partos a un nivel apropiado de atención y mejorar los procedimientos de referencia. El modelo CAOL presenta tres niveles de atención:

- ➔ Unidades periféricas de maternidad para partos normales con complicaciones que no requieren intervenciones quirúrgicas (AOE básico) – estas unidades cuentan con ambulancias para transportar al segundo nivel;
- ➔ Hospital que ofrece capacidad quirúrgica;
- ➔ Un hospital de referencia afiliado a alguna universidad

Hubo un incremento en el número de partos a nivel periférico con intervención mínima, y un decremento en el número de partos – pero atención más especializada – a niveles más altos de referencia. En general, han disminuido las muertes.

UNICEF, 1998.

D. Desarrollo del Recurso Humano (DRH)

El desarrollo del recurso humano es un componente vital de la entrega de servicio, que aumenta la calidad e incrementa el uso de los servicios de salud materna. El desarrollo del recurso humano (DRH) es un concepto más amplio que el sólo capacitar. Enfoca el crecimiento de competencias centrales que permiten a un individuo expandir su potencial y contribuir a la misión general de una institución.

En esta situación DRH incluye: 1) redefinir los roles de varios trabajadores de atención de salud para maximizar el acceso y mejorar la calidad de atención. 2) proveer las oportunidades para los trabajadores de salud para aprender y practicar sus habilidades, hasta que sean competentes y seguros, para manejar apropiadamente las complicaciones obstétricas; y 3) promover un ambiente favorable para ofrecer servicios de calidad (con supervisión, medicinas y suplementos adecuados).

Los problemas más comunes que enfrentan muchos sistemas de salud en los países subdesarrollados son:

1. **insuficientes cantidades de personal capacitado;**
2. **frecuentes traslados de personal capacitado;**
3. **pocos reconocimientos del buen desempeño;**
4. **ambiente inadecuado para proveer servicios y**
5. **supervisión juiciosa, mala y/o no frecuente.**

Otro problema serio que debe ser mencionado en términos de DRH es la poca remuneración para los trabajadores de salud. La motivación de los trabajadores de salud frecuentemente es poca, en particular en el sector público. Esto se debe al hecho de que sus salarios usualmente son muy bajos y no se fijan a un sueldo con que se pueda ganar la vida. Además, sus ingresos pueden no llegar a tiempo, usualmente atrasados por muchos meses o parte de sus ingresos pueden quitárseles por un sistema corrupto. Como resultado de esto, en muchos países los trabajadores de salud son forzados a trabajar también en el sector privado para sostener su medio de vida. Mientras este problema no está dentro del alcance de este documento, los planificadores del programa deben estar conscientes de esta situación y su efecto sobre la disponibilidad y calidad de los servicios de salud. En muchos lugares esto puede ser una de las restricciones claves para mejorar la calidad de los servicios de salud materna.

ROLES

Los recursos humanos capacitados son escasos en la mayoría de los países en desarrollo, particularmente en las áreas rurales. Existe una gran variedad de trabajadores de salud del sector formal (ej., médicos, obstetrices) y sector informal (ej., las CAT, médicos comunitarios y curanderos tradicionales). Estos conjuntos tienen diversos antecedentes, roles, responsabilidades y reputaciones educativos dentro de la comunidad y con las mujeres a quienes sirven. Sin embargo, todos ellos están involu-

crados en la provisión de información y/o servicios para las mujeres y sus recién nacidos de una forma u otra. En muchos lugares, las mujeres van con los médicos tradicionales cuando ocurre un problema que necesita ser comprendido y aceptado por el sector formal de salud.

Las políticas, reglamentaciones de licenciamiento y normas culturales dictan los roles de los trabajadores de salud. Los protocolos de entrega de servicio usualmente son mejor definidos por los trabajadores profesionales de salud (ej., enfermeras). Los países necesitan tener roles y responsabilidades claramente definidos para los varios conjuntos de personas que apoyan sus objetivos sin reducir el acceso a los servicios y asegurando que se mantenga la calidad.

Si regresamos a las diferentes metas de la **"promoción de salud"** y **"reducción de mortalidad",** es más claro ver la delineación de roles. Los estudios han demostrado que las CAT no han sido efectivas en la reducción de mortalidad materna. Por lo tanto, si la "reducción de mortalidad" es la única meta, la intervención clave es asegurar que todas las mujeres tienen su parto con un proveedor calificado (ej., médico, enfermera u obstetriz). **Sin embargo, si la meta es una combinación de la "promoción de salud" y la "reducción de mortalidad" pueden haber algunos roles que puede realizar las CAT** mientras que se animan a las mujeres a tener su parto con un proveedor calificado. Debido a que este manual de referencia promueve la posición que ambas metas son importantes, a continuación se discuten los roles apropiados para las CAT, obstetrices y médicos.

El proveedor capacitado (preferiblemente médico, obstetriz o enfermera, con capacitación formal en obstetricia) tiene cuatro responsabilidades principales:

- Apoyar a la mujer, su pareja y familia durante el trabajo de parto, en el momento del parto y en el período postparto inmediato
- Observar a la mujer durante el trabajo de parto; monitorear la condición fetal y la condición del infante después del parto;
- Llevar a cabo las intervenciones esenciales, cuando sea necesario, incluyendo la amniotomía y episiotomía; y
- Evaluar factores de riesgo, detectar problemas oportunamente y referir a la mujer a un nivel mayor de atención, si necesario[98].

Un proveedor capacitado es un médico, obstetriz o enfermera que ha completado un conjunto de cursos de estudio. Ellos son capacitados para manejar trabajos de parto y partos normales, reconocer el comienzo de las complicaciones maternas y neonatales, llevar a cabo habilidades esenciales de salvamento, iniciar tratamiento y supervisar la referencia a un servicio de atención en salud mayor.

ROLES **Comadronas Adiestradas Tradicionales**

No debemos olvidar que casi la mitad de todas las mujeres en los países subdesarrollados actualmente tienen su parto con una persona capacitada, entre quienes se incluye a las CAT capacitadas, enfermeras, obstetrices y médicos. Un pequeño porcentaje tiene su parto con la asistencia de un proveedor capacitado (Ver Tablas 3.3 y 3.4). Casi 60 millones de mujeres tienen su parto con una persona no capacitada, un miembro de la familia o a solas. **Por lo tanto, mientras debemos buscar un incremento en el uso de los proveedores calificados (ej., mayormente obstetrices), esta transición necesita ser vista como un proceso progresivo, a largo plazo, que será realizada a través de una serie de pasos secuenciales.** La experiencia ha demostrado, en países como Malasia y Sri Lanka, que el aumento en la utilización de las CAT, como obstetrices, ha llevado casi 20 años para completarse.

Nos esforzamos a incrementar el número de mujeres que tengan el parto con un proveedor capacitado.

En muchos países, las CAT son un enlace importante entre la comunidad y las instituciones de salud. Mientras que las CAT por sí mismas no pueden prevenir una muerte cuando se ha presentado una complicación, ellas pueden contribuir a hacer más segura la maternidad. La provisión a las CAT de la capacitación en las prácticas de parto limpio y seguro, manejo apropiado del trabajo de parto, reconocimiento oportuno de signos de peligro y conocimientos sobre dónde están disponibles los servicios de atención obstétrica pueden contribuir a esta meta[13].

Cuando se fortalece la capacidad de las obstetrices, las CAT necesitan apoyo para asegurar que no hay ningún lapso en los servicios durante esta transición, particularmente en los países donde atienden a grandes porcentajes de partos. Los elementos a ser considerados en el desarrollo de un plan transitivo incluyen: proporción de partos en el hogar e instituciones, porcentaje de partos con las CAT y proveedores calificados, rol de las CAT y obstetrices en el lugar y disponibilidad de las obstetrices capacitadas. Una estrategia que desarrolla y fortalece la relación entre las CAT, comunidades y el sistema formal de salud ayudará en los roles definidos con mayor claridad y mejoras en el sistema de referencia.

Las CAT no son una "bala mágica" para reducir la mortalidad materna; ellas pueden ayudar en la **"promoción de salud"** a través de las actividades presentadas a continuación.

- Identificar a las mujeres embarazadas dentro de la comunidad.
- Asistir al personal médico en identificar a las mujeres.
- Educar a las mujeres dentro de la comunidad con respecto a la buena nutrición y la reducción de la carga de trabajo.
- Animar a las parejas a planificar el parto.
- Animar a las mujeres a asistir a la atención prenatal.
- Educar a las mujeres y miembros de la familia con respecto a los signos de peligro durante el embarazo y período postparto.
- Educar y motivar a los miembros de la familia a llevar a la mujer embarazada a un centro de referencia apropiado de una forma oportuna.

- Asistir partos normales
- Practicar técnicas
- Educar y motivar a los miembros de la familia a llevar a las mujeres a un centro de referencia apropiado oportunamente.
- Asistir los partos normales
- Practicar técnicas asépticas (ej., partos limpios) para reducir las infecciones.
- Reconocer complicaciones, tener conocimientos de lugares para referencia y escoltar a las mujeres a un centro de referencia apropiado.
- Visitar (al hogar) durante las primeras 24 horas para diagnosticar a la madre y al recién nacido.
- Proveer / distribuir / comercializar tabletas de hierro, Vitamina A, ORS, mosquiteros, kits de parto en el hogar y/o consejería y suplementos de planificación familiar.

ROLES Obstetrices

Los roles y tipos de obstetrices pueden variar mucho por país, así como por la cantidad de capacitación que reciban y los servicios que puedan proveer. En algunos países las obstetrices tienen una gran responsabilidad. Por ejemplo, pueden operar hogares privados de maternidad en muchas partes de África. Otros países, como la India, tienen obstetrices - enfermeras auxiliares quienes tienen menor capacitación y responsabilidad. En algunos países de América Latina, no existen obstetrices formales.

Una obstetriz puede servir como el primer punto de referencia para una CAT a nivel comunitario. **Los datos del estudio de Matlab divulgaron que al colocar a obstetrices en las comunidades hubo un incremento en el uso de los servicios clínicos y mejoró el manejo de complicaciones obstétricas[56].** Por supuesto, la efectividad del cuidado obstétrico que disminuya la mortalidad materna depende del nivel de capacidad, así como de las infraestructuras de salud y el sistema de referencia.

En general, las enfermeras y obstetrices son las personas de salud más accesibles a las mujeres, especialmente las mujeres rurales, ya que se encuentran en la periferia del sistema de salud. **Además, la mayoría de las obstetrices son mujeres, y en algunas culturas (ej., la musulmana) es muy importante tener a un proveedor de salud que sea mujer, quien ofrezca estos servicios.**

Muchas obstetrices han logrado roles extensos y el respeto. En algunos lugares, esta alza en su condición ha venido a través de un involucramiento activo en sus asociaciones profesionales (ej., Ghana y Uganda). Estas asociaciones proveen capacitación, suplementos y otros beneficios a sus miembros, así como abogacía en su favor. Existen varios ejemplos donde las obstetrices han sido capacitadas para proveer servicios de calidad que normalmente se proveen sólo por médicos.

- **En Mozambique,** donde solamente existen 12 clínicas de Gin/Obst, las enfermeras han sido capacitadas para llevar a cabo cesáreas para los partos complicados. Los resultados de las cesáreas han sido tan buenas como las llevadas a cabo por los especialistas obstétricos.
- **En Uganda,** las obstetrices recetaron antibióticos y llevaron a cabo extracciones con aspiradora para ayudar a las mujeres con partos difíciles[57].
- **En Ghana,** las obstetrices fueron capacitadas para proveer servicios de atención post-aborto, que incluye la extracción manual con aspiradora para el tratamiento de las complicaciones de aborto (inducido) y servicios de planificación familiar[58].

Las habilidades de salvamento incluyen: la prevención y manejo de la hemorragia, conmoción, sepsia y eclampsia; el monitoreo del progreso del trabajo de parto; la resucitación de los recién nacidos y manejo de las complicaciones del aborto.

ROLES Médicos

Los médicos usualmente están concentrados en las grandes áreas urbanas y en muchos países la mayoría son hombres. En algunos países solamente los obstetras y ginecólogos tienen habilidades de salvamento, lo cual limita severamente el acceso a los servicios de salud materna, especialmente en las áreas rurales. En muchos lugares es prescrito culturalmente que un proveedor femenino lleve a cabo los servicios de la salud materna, pero en muchos países hay muy pocas mujeres médicos. Los médicos pueden jugar varios roles, si lo eligen, que pueden aumentar el acceso a y la calidad de los servicios de la salud materna, como se presenta a continuación.

- Fomentar la descentralización de las habilidades de salvamento. Esto puede incluir expandir el rol y capacitación de los médicos generales y obstetrices quienes usualmente se encuentran en el área rural para proveer habilidades de salvamento.
- Incluir a los miembros de familia en el lugar donde la mujer va a dar a luz.
- Proveer supervisión de apoyo a los médicos generales y obstetrices.
- Establecer programas que fomenten que las mujeres entren a escuelas médicas.
- Desarrollar protocolos apropiados para proveer servicios de calidad en lugares con pocos recursos[57].

TABLA 5.3
DIFERENCIAS ENTRE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA (AOEm) Y HABILIDADES DE SALVAMENTO (HS)

AOEm	HS
1. Obstetricia quirúrgica	1. Extracción con aspiradora Referencia
2. Anestesia	2. Anestesia local Referencia
3. Tratamiento médico	3. Antibióticos IV Sedantes IV Referencia
4. Transfusión de sangre	4. Rehidratación IV Referencia
5. Procedimientos manuales	5. Extracción manual de placenta Compresión bimanual

Fuente: OMS, 1996 y ACNM, 1995

CAPACITACIÓN

Los médicos, incluyendo los obstetras, pediatras y médicos en general, enfermeras y obstetrices necesitan capacitación en todos los servicios de salud reproductiva, especialmente en las habilidades de salvamento. Las habilidades requeridas dependen del lugar y del conjunto de trabajadores de salud y el tipo de servicio que proveen. Las habilidades de salvamento incluyen: la prevención y manejo de la hemorragia (ej., parto asistido, extraccción manual de placenta), conmoción y sepsia (ej., antibióticos intravenosos); el monitoreo del progreso del trabajo de parto (ej., partograma); la resucitación de los recién nacidos y el manejo de complicaciones de aborto (ej., extracción con aspiradora). En la mayoría de los países, las obstetrices son capacitadas para proveer servicios obstétricos básicos y reemplazo de sangre mientras que se lleva a cabo la cesárea por los médicos, aunque esto puede ser adaptado al lugar.

Tanto la capacitación pre-servicio (dentro de las instituciones como las facultades de medicina y de obstetricia) como la de en-servicio (práctico) es necesaria para establecer, fortalecer y ampliar los servicios obstétricos de calidad. La capacitación pre-servicio es necesaria para asegurar que el sistema sea institucionalizado y asegurar que los proveedores nuevos adquieran las habilidades de requisito para manejar apropiadamente las complicaciones obstétricas que amenazan la vida, antes de terminar sus estudios.

La capacitación continua en servicio, con la supervisión de apoyo, es necesaria para asegurar que los actuales proveedores están capacitados en nuevas habilidades de salvamento y puedan incorporar estas habilidades a su trabajo actual. La capacitación de repaso también ayudará a mantener la calidad de los estándares de atención.

Ambos tipos de capacitación deberían ser basados en la competencia, lo que significa que el aprendiz haga prácticas hasta que él/ella pueda demostrar las habilidades de requisito para realizar competente y confiadamente el procedimiento. Los lugares adecuados de hacer prácticas son necesarios, y es necesario que sean equipados con preceptores de conocimientos y suficientes cargas de casos para asegurar que los aprendices tengan la oportunidad de observar varios tipos de complicaciones. El número de procedimientos necesarios variará según el aprendiz. Esto es en contraste a la capacitación de cuota, donde cada participante tiene que completar el mismo numero de procedimientos. El uso de técnicas creativas de enseñanza, tales como la enseñanza a distancia con profesores locales de obstetricia, puede ser apropiado en algunos lugares. La capacitación debería ser efectuada al nivel más bajo posible (ej., región o distrito para obstetrices y en pueblos o comunidades para las CAT) para animar a los proveedores a quedarse cerca del área de su hogar.

CAPACITACIÓN Comadronas Adiestradas Tradicionales (las CAT)

La capacitación a las CAT ha tenido más éxito al efectuarla en sesiones cortas, las cuales: se construyen sobre su experiencia, involucran al personal local de salud y se lleva a cabo en un ámbito imparcial. Esto facilita una mejor relación entre las CAT y el personal de salud en los servicios. La capacitación debería ser tan participativa como sea posible; el estilo de enseñanza por discurso no es el mejor método, especialmente ya que muchas CAT pueden ser analfabetas. Las actividades como mapeo del cuerpo, juego de roles, partos simulados, historias de casos, teatro, relato de historias, canciones y bailes son todos medios útiles para diseminar la información de una forma culturalmente apropiada y fácil de comprender.

La ACNM tiene un curriculo útil para capacitar a las CAT, el cual se enfoca en:

- ➔ prácticas de parto limpio
- ➔ minimizar las prácticas dañinas
- ➔ identificar signos de peligro con referencia oportuna
- ➔ primeros auxilios/referencia obstétrica
- ➔ buena atención al recién nacido
- ➔ lactancia materna inmediata
- ➔ monitoreo de signos de peligro, durante las primeras 24 horas luego del parto

Source: Feuerstein, 1993

CAPACITACIÓN Médicos, enfermeras y obstetrices

Un esfuerzo en equipo puede facilitar el compartir la información y el apoyo técnico entre los integrantes del equipo. También puede maximizar la efectividad del sistema de referencia al tener roles claramente definidos y criterios para transferir a una mujer a un nivel mayor del servicio. Tanto la OMS como la ACNM han desarrollado guías o protocolos para el tratamiento de complicaciones específicas.

MEJORES REFERENCIAS

Las series de la OMS de "guías prácticas" incluyen el: **Parto Normal en el Centro de Salud, Atención Obstétrica Esencial en el Primer Nivel de Referencia, Hemorragia Postparto, Pre-eclampsia, Complicaciones Clínicas del Aborto, Sepsia, Parto Obstruido y resucitación al Recién Nacido.**

El manual de ACNM en **Habilidades de Salvamento para Obstetrices.**

El manual de ACNM en **Madres Saludables, Recién Nacidos Saludables.**

El enfoque en las habilidades de salvamento de la ACNM va mas allá de la capacitación e involucra la participación de los contribuyentes claves en el sistema de salud y las comunidades. El currículo de capacitación basado en la competencia ha sido implementado en Ghana, Nigeria, Uganda, Indonesia y Zambia con alguna adaptación en cada lugar. Los principales temas de capacitación son:

- rol de la obstetriz;
- atención de diagnóstico de riesgo prenatal, incluyendo tratamiento de anemia, enfermedades infecciosas, consejería en signos de peligro, consumo de VHS, vacunación TT;
- identificación de signos de peligro y referencia oportuna;
- progreso de monitoreo, incluyendo historial, reconocimiento físico y uso de partograma para monitorear el progreso de la madre y recién nacido. (Nota: el partograma provee una lectura rápida y estándar del progreso del trabajo de parto, la cual puede ser compartida. También provee advertencia de complicaciones y monitorea la velocidad de palpitación del feto);
- episiotomías y reparo de laceraciones;
- prevención y tratamiento de hemorragia;
- resucitación del infante y madre;
- prevención y manejo de sepsia;
- hidratación y deshidratación;
- extracción con aspiradora; y
- sinfisiotomia[59].

E. Educación en Salud Para Cambio de ` Comportamiento

Las actividades de información, educación y comunicación (IEC) son importantes para ampliar los conocimientos. Sin embargo, éste sólo es el primer paso en el cambio de comportamiento. La educación en salud puede entregar mensajes a través de diversas vías de comunicación, tales como medios impresos, pósteres, rotafolios, radio, televisión, vídeo, representaciones, escenas satíricas, presentación de títeres, etc. Lo que se seleccione con respecto al mensajes y vías tiene que ser apropiado para el público objetivo. Es imprescindible hacer un ensayo por adelantado de los mensajes, con una muestra de la población objetivo, para diagnosticar si el material es culturalmente apropiado y si refleja las condiciones locales y percibidos por el público de la manera de la intención del mismo. Además los enfoques de comunicación necesitan ser comprobados para asegurar que la estrategia utilizada resulte en el cambio de comportamiento deseado (ej., uso incrementado de los servicios de la salud materna).

Las estrategias de educación en salud necesitan enfocarse en varios grupos objectivo con mensajes de refuerzo para fomentar un ambiente de capacidades para que las mujeres y los recién nacidos tengan acceso a la atención. Los grupos objetivo claves (determinados localmente) incluyen a: las personas claves que toman decisiones en el hogar (ej., madres, suegras, esposos), que varían según el lugar, lideres comunitarios y otras personas de influencia (ej., doctor comunitario), así como por mujeres. Los grupos objetivo de enfoque especial pueden incluir a: las adolescentes no embarazadas, recién casadas y primagrávidas (con primer embarazo). Las adolescentes, especialmente las primerizas, usualmente son vulnerables debido a su:

1. inmadurez fisiológica, lo que incide en una gran incidencia de trabajo de parto obstruido y enfermedades hipertensivas;
2. falta de acceso a información exacta y servicios prenatales; y
3. habilidad de toma de decisiones muy limitada.

Otro público importante es el personal de salud. Muchos proveedores no han recibido ninguna capacitación en la comunicación interpersonal, habilidades de consejería o uso apropiado de materiales de IEC. **Los estudios han mostrado que una proporción significativa de las mujeres no tienen acceso a los servicios de salud debido a que los miembros del personal o no las hacen caso o las tratan mal[21,22].** Las estrategias de cambio de comportamiento necesitan enfocarse en los cambios en las habilidades de los proveedores, así como en sus actitudes y comportamiento. La capacitación al proveedor de salud debe incluir la instrucción en la manera más efectiva de usar los materiales educativos para promover el cambio de comportamiento entre sus clientes. Estos esfuerzos necesitan enfocarse en la creación de ámbitos "Favorables para la Madre" que enfatizan los derechos, transparencia y confiabilidad del cliente.

LAS MUJERES NECESITAN DISPONER DE INFORMACIÓN EN:

- ➔ **SIGNOS DE PELIGRO PARA LA MADRE, DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO** (Ver Tabla 5.4)
- ➔ **SIGNOS DE PELIGRO PARA EL RECIÉN NACIDO** (Ver Tabla 5.18, 5.19 y 5.20)
- ➔ **PLANIFICACIÓN DEL PARTO** (Ver Tabla 5.9)
- ➔ **IMPORTANCIA DE UN PROVEEDOR CAPACITADO EN EL MOMENTO DEL PARTO**

F. Movilización Comunitaria

Reconocemos que la responsabilidad para resolver este problema recae en los proveedores de salud, comunidades, hogares y las mismas mujeres. Nuestro papel a desempeñarse es proveer el apoyo a estas personas para que reconozcan su potencial para implementar programas específicos según el contexto, los cuales abordan sus necesidades especificas.

Reconocemos que la responsabilidad para resolver este problema recae en los proveedores de salud, comunidades, hogares y las mismas mujeres.

Los hogares no existen aisladamente, pues, están en comunidades que usualmente están mal equipadas para que se comprometan a la acción colectiva requerida para mejorar sus necesidades de salud. Las normas comunitarias y estructuras sociales influyen en el comportamiento del hogar, pero muchos temas deben ser tratados a nivel comunitario ya que requieren acción colectiva (ej., transporte). El empoderamiento comunitario para la salud puede pensarse en seis dimensiones:

1. participación de hombres y mujeres;
2. habilidades organizacionales para la identificación de los problemas y la formulación de una estrategia bien definida;
3. desarrollo de las capacidades para implementar y coordinar actividades;
4. comunicación efectiva;
5. apoyo de liderazgo; e
6. identificación, coordinación y control de recursos.

Las comunidades no son entidades estáticas sino que constantemente evolucionan como reacción a los cambios en su ambiente. **La movilización comunitaria puede verse como un proceso por el cual las comunidades asumen mayor control para sus propias prácticas y servicios de salud.** Debe notarse que las comunidades pueden estar en distintas fases de desarrollo en cada tema. Por ejemplo, pueden estar más desarrollados en la cuestión de las actividades agrícolas que en los comportamientos en salud.

Este proceso evolutivo consiste en:

- ➔ Consultar a la comunidad sobre sus necesidades;
- ➔ Entablar a la comunidad para analizar el problema;
- ➔ Involucrar a la comunidad en la toma de decisiones en todas las etapas;
- ➔ Crear una demanda de los servicios en la comunidad rural;
- ➔ Facilitar el control comunitario de los servicios a través del monitoreo de la calidad de los servicios y/o supervisar al personal de salud; y
- ➔ Promover la auto-confianza[60].

El diseño de los programas en asocio con las comunidades debe tomar en cuenta los recursos comunitarios y la etapa de desarrollo cuando seleccionan las intervenciones y planifican la implementación. Las comunidades frecuentemente están colmados, debido a que reciben mucha asistencia sin el tiempo suficiente para absorber y sintetizar la información adecuadamente.

ESTRATEGIAS **Movilización comunitaria**

Las comunidades tienen varios papeles críticos a desempeñarse en la promoción de la salud materna y del recién nacido y específicamente en tratar algunos de los atrasos en el acceso a la atención obstétrica. Estos roles pueden incluir: la promoción de las normas comunitarias para adoptar los comportamientos saludables, mejorar el cumplimiento con los régimenes prescritos, tales como el consumo de hierro, apoyo de la identificación y registro de los embarazos prematuros, identificación de los donantes de sangre y articular el apoyo social que pueda ser provisto (ej., cuidado de menores).

Aunque es imprescindible que los servicios de atención obstétrica de calidad estén disponibles, si no se educa a la comunidad sobre la importancia del problema y los roles que pueden jugar, los resultados maternos y del recién nacido no mejorarán.

El compromiso político, a través del apoyo de los líderes comunitarios, oficiales locales y organizaciones no gubernamentales, puede iniciar y sostener el apoyo comunitario para los comportamientos positivos. Los líderes comunitarios y oficiales locales han donado su tiempo, trabajo y recursos (personal y oficial) para apoyar los esfuerzos de la salud materna en varios lugares. Muchas ONG tienen una buena comprensión de las comunidades a que atienden. Ellos pueden ser capaces de ayudar con prestamos a bajo costo o como intermediarios entre los oficiales de salud y la comunidad. Se habla sobre las estrategias especificas para los cuatro atrasos en las siguientes secciones.

INTERVENCIONES **Movilización comunitaria**

Los sistemas comunitarios que apoyan el acceso a los servicios de salud materna necesitan tener una ubicación específica y lidiar con los principales problemas que impiden el acceso a los servicios de salud en dicho lugar. Un diagnóstico de necesidades es el primer paso para entender las creencias y prácticas, así como para identificar los recursos comunitarios y las personas que toman decisiones en el hogar en un lugar en particular. Las metodologías participativas, tales como la Evaluación Participativa Rural (EPR), el aprendizaje participativo en acción (APA), o el enfoque WARMI, desarrollado por MotherCare/Save the Children en Bolivia, puede promover el involucramiento comunitario entre una variedad de líderes de opinión y personas de influencia desde el comienzo, en términos de identificación, prioritización, solución de problemas, implementación y evaluación de temas.

Las barreras identificadas pueden ser muy complejas y puede que se tengan que tratar de varias perspectivas. La implementación necesita reflejar todos los aspectos que inhiben el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, el transporte puede reconocerse como la barrera principal, pero pueden haber muchos errores como:

1. dificultades de la época (ej., monzón);
2. actitudes de los trabajadores del transporte;
3. varios tipos de transporte son necesarios para llegar a un sólo servicio de salud;
4. delictividad o seguridad;
5. falta de o mala condición de caminos; y/o
6. minas terrestres.

III. MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

Aunque los servicios de preconcepción son muy importantes, el propósito de este documento es enfocar en los servicios de salud materna una vez que esté embarazada la mujer, por lo que esta sección es limitada. Las principales intervenciones que deben estar disponibles para una mujer en edad reproductiva incluyen: educación y suplementación nutricional, planificación familiar para elegir el número y tiempo de sus niños, prevención y tratamiento de las ITS y servicios de salud en general para aumentar sus conocimientos y comprensión acerca de su cuerpo. La Tabla 5.3 identifica cuáles servicios han de estar disponibles para los hombres y mujeres en la edad reproductiva.

MEJORES REFERENCIAS

Association for Voluntary and Safe Contraception. (1995). **Talking with Clients about Family Planning** (El hablar con los clientes con respecto a la planificación familiar). New York: AVSC.

World Health Organization. (1996). **Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use** (Mejorar el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar--Criterios de admisibilidad médica para el uso de los contraceptivos). Geneva: WHO.

Hatcher, R.A., et al. (1997). **The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff** (Los puntos esenciales sobre la tecnología contraceptiva--un manual para el personal clínico). Baltimore, Maryland: Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health.

King, F.S. and Burgess, A. (1993). **Nutrition for Developing Countries (2nd ed)** (La nutrición en los países en desarrollo Número 2). Oxford: Oxford University Press.

AIDSCAP. (1995) **Controlling Sexually Transmitted Diseases** (El control de las enfermedades transmitidas sexualmente). Washington, DC:

Posibles intervenciones para reducir los factores pre-embarazo:

- Promover los derechos de las mujeres, en vez de sólo responder a sus necesidades a través de la educación a las niñas y mujeres, a la vez que amplie los conocimientos con respecto a los derechos legales, la democracia y las habilidades de negociación y empresa.

- Proveer educación y consejería en salud para minimizar las prácticas dañinas y maximizar los comportamientos beneficiosos.

- Mejorar la nutrición a través de la educación que promueva alimentos, huertos en los hogares, fortificación y suplementación donde necesario.

- Mejorar la condición, empoderamiento y toma de decisiones de la mujer a través de los programas de alfabetización, de actividades para generar ingresos (AGI) y de crédito.

- Trabajar para aplazar el matrimonio y el primer embarazo, a través de la educación, las AGI o las políticas o intervenciones legales.

- Abordar los temas de la violencia, abuso y MGF.

TABLA 5.4

Mejores Prácticas Actuales
PRECONCEPCIÓN

SERVICIOS RECOMENDADOS

1. Educación / Consejería en salud en reproducción
2. Acceso a servicios de PF (clínica, DC, mercadeo social)
3. Nutrición para mujeres adolescentes, que incluirá los micronutrientes (Vitaminas A & C, hierro, yodo)
4. Diagnóstico y tratamiento de las ITS/ITR
5. Movilización / apoyo comunitario
6. Calidad de atención
7. Sistemas de administración funcional para apoyar referencias

A LARGO PLAZO

10. Generación de ingresos
11. Educación a las niñas
12. Empoderamiento / toma de decisiones de las mujeres
13. Prácticas de cuidado, tales como tratar con MGF y mano de obra de niños

Intervenciones potenciales para mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva de calidad:

- Proveer educación y consejería en salud para tratar las creencias, pocos conocimientos, asegurar la elección informada y promover el cambio de comportamiento para los servicios de la PF y las ITS.

- Mejorar la disponibilidad y acceso a los servicios de la PF a través de la distribución comunitaria (CBD) y servicios clínicos en el sector público y privado.

- Mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva a través de la capacitación a los trabajadores en salud y otros distribuidores de los suplementos de PF en las habilidades de la consejería y supervisión.

- Mejorar la calidad a través de la capacitación a trabajadores en salud con respecto a la consejería, prevención y manejo sindrómico de las ITS.

IV. PRENATAL

La mayoría de los países proveen servicios de atención prenatal. Sin embargo, normalmente hay poco uso de esos servicios debido a que no son accesibles, los proveedores no están bien capacitados y/o las mujeres no comprenden la importancia de estos servicios. Muchas mujeres, especialmente las adolescentes y primagravidas, no reciben atención prenatal adecuada debido a su falta de información, a que no reconocen o admiten su embarazo hasta el segundo o tercer trimestre y generalmente a que son de una condición inferior en su familia.

La atención prenatal, sin embargo, no puede predecir las dificultades que ocurren durante el parto o período postparto.

La atención prenatal puede ser una excelente oportunidad para desarrollar una afinidad con el proveedor de salud. Es una buena oportunidad para proveer la información a las mujeres embarazadas acerca de: 1) la importancia de la nutrición adecuada, incluyendo el tratamiento de las deficiencias de micronutrientes, si existen, 2) vacunación TT, 3) signos de peligro y 4) desarrollo de un plan para el parto y así tratar con una complicación, si surge. Las mujeres también necesitan comprender que la atención prenatal es importante debido a que afecta también el resultado del recién nacido, primeramente en el bajo peso al nacer (BPN), anemia, malaria y tétanos. Las infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH y la sífilis, son asociados con resultados devastadores en los recién nacidos, incluyendo la pérdida del feto, aborto espontáneo, dar a luz a un niño muerto, premadurez, anomalías congénitas, sífilis congénita y VIH[4, 21, 22].

Sin embargo, la atención prenatal sola no es capaz de predecir las dificultades que ocurren en el parto o en el período postparto. Por lo tanto, se les debe aconsejar a las mujeres con respecto al posible riesgo y se debe establecer un sistema funcional de referencia para que las mujeres a quienes se les ha presentado alguna complicación puedan obtener servicios obstétricos apropiados.

ESTRATEGIAS Prenatal

En el pasado, la atención prenatal ha tenido como base el diagnóstico de las mujeres, utilizando los "cuatro demasiados" (demasiado joven, demasiado mayor, demasiado pronto, demasiados) previamente abordados en el Capítulo 3. Sin embargo, se ha encontrado que estos parámetros solamente identifican correctamente del 30 al 40 por ciento de todas las mujeres embarazadas quienes desarrollan las complicaciones obstétricas[38].

Los estudios han demostrado que TODAS las mujeres embarazadas corren el riesgo de la mortalidad y morbilidad materna. Las emergencias obstétricas NO pueden predecirse o prevenirse, pero pueden ser tratadas con un reconocimiento oportuno y manejo apropiado[4,6,8,20,31,43]. Por lo tanto, se les debe advertir a todas las mujeres embarazadas acerca del hecho de que ellas están en riesgo de que se les pueden presentar complicaciones. El diagnóstico, identificación y referencia de las mujeres embarazadas con "condiciones de riesgo" puede ocurrir solamente en aquellas áreas en que las infraestructuras de salud son capaces de tratar concretamente estas condiciones.

Un enfoque de dos vías es necesario para tratar de forma adecuada este problema. Primero, se debe dar énfasis en la educación de las mujeres, hombres y miembros de la familia sobre la importancia de planificar el parto, compromiso con las buenas prácticas prenatales (ej., VHS), reconocimiento de los signos de peligro para la madre y recién nacido y referencia oportuna. Segundo, es necesario realizar más investigaciones para desarrollar mejores-parámetros de diagnóstico y para comprender el rol del riesgo social en este proceso (Ver Tabla 1.1). Las condiciones que pueden ser utilizadas para monitorear el embarazo de una mujer están incluidas más adelante.

Mientras que la atención prenatal provista por una persona capacitada es importante, muchos de los componentes pueden ser provistos a través de otros mecanismos para alcanzar una gran proporción de mujeres. La "desmedicalizacion" en algunos componentes, tales como las vías de distribución para los micronutrientes, la educación nutricional y la planificación del parto, pueden incrementar la aceptabilidad, fomentar la propiedad comunitaria, reducir la carga de trabajo del proveedor y ser el camino hacia la sostenibilidad.

TABLA 5.5

Mejores Prácticas Actuales
EMBARAZO

Cada mujer debe saber que a ella se le puede presentar una complicación relacionada con el embarazo, cada vez que está embarazada.

PLANIFICACIÓN DEL PARTO: La planificación es necesaria para asegurar que las mujeres tengan un parto limpio con un proveedor capacitado (ej., obstetriz, doctor). También significa que las mujeres y sus familias pueden identificar los signos de peligro, saben a qué servicio ir, saben cómo llegar al servicio apropiado más cercano y pueden movilizar recursos (transporte, dinero o sangre) para accesar dichos servicios.

DIAGNÓSTICO: Diagnóstico por complicaciones – en lugar del enfoque "en riesgo" – es necesario para identificar rápidamente a las mujeres con complicaciones y hacer los arreglos necesarios para referirlas de una forma oportuna a un servicio apropiado. Además, los parámetros actuales de diagnóstico (los "cuatro demasiados") necesitan ser afinados para aumentar su exactitud en la identificación de mujeres quienes pueden desarrollar las complicaciones.

PARTOS LIMPIOS: Todas las mujeres tienen derecho a un parto limpio (6 limpiezas) en el hogar o en el hospital, por una persona capacitada. También incluye mantener al bebé limpio y a una temperatura adecuada y proveer lactancia materna inmediata.

ATENCIÓN POSTPARTO: Todas las mujeres deben ser educadas sobre los signos de peligro y deben ser monitoreadas constantemente durante las primeras 24 horas.

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO: Los recién nacidos deben ser monitoreados constantemente durante la primera semana, y poner atención a su respiración, lactancia materna inmediata, cordón y cuidado de los ojos, y mantener al bebé seco, limpio y a una temperatura adecuada.

SIGNOS DE PELIGRO MATERNO

BUSCAR ATENCÎON INMEDIATA

EMBARAZO	PARTO	POST-PARTO
Sangrado	Sangrado fuerte	Sangrado fuerte
Convulsiones	Convulsiones	Convulsiones
Palidez, Respiración forzada	Fiebres, Escalofrîos, secreción	Fiebres, Escalofríos, secreción
Dolor de cabeza	Trabajo de parto por más de 12 horas	
Manos/Cara hinchadas	Presentación anormal	
Fiebre alta	Placenta no sale en 30 minutos	

TABLA 5.6

Mejores Prácticas Actuales
EMBARAZO

1. ATENCIÓN PRENATAL (SERVICIOS ESENCIALES)

- Inmunización TT
- Tratamiento de anemia
- Tratamiento de infecciones en áreas endémicas (ej., malaria, anquilostoma)
- Diagnóstico y Tratamiento/Referencia (manejo sindrómico) para las ITS/ITR, especialmente la sífilis
- Cuatro visitas, si posible: Buen historial que identifica complicaciones relacionadas con los embarazos anteriores, información física (fondo, posición del feto) y peso, si posible
- Educación en salud (nutrición, reducir carga de trabajo, regreso a la fertilidad, PF, lactancia materna inmediata y exclusiva, síntomas de las ITS)
- Planificación del parto
  - Qué puede anticiparse durante el embarazo (fecha de parto)
  - Consejería en nutrición / Animar a la reducción de carga de trabajo
  - Saber de/identificar signos de peligro en los períodos de embarazo, parto y postparto
  - Seleccionar y usar proveedor capacitado / movilizar materiales para parto limpio
  - Saber/planificar a qué servicio de salud ir, cómo conseguir transporte, cómo movilizar recursos para pagar por transporte, suplementos y servicios, si surgen complicaciones
  - Tener conocimientos acerca de la importancia de la lactancia materna inmediata y exitosa
  - Saber de los signos de peligro en el recién nacido
  - Tener conocimientos acerca de los servicios de PF postparto (regreso a la fertilidad)
- Tarjeta de atención prenatal

2. ATENCIÓN PRENATAL (LO IDEAL, PERO PUEDE QUE NO SEA FACTIBLE)

- Análisis de orina (albúmina y diabetes)
- Hemoglobina/hemócrito
- Consejería y prueba del VIH

3. SISTEMAS DE APOYO COMUNITARIOS

- Apoyar servicios de alcance
- Desarrollar sistemas de transporte
- Desarrollar programas de ahorro y préstamos de salud en la comunidad
- Desarrollar sistema de donación de sangre en la comunidad
- Minimizar prácticas dañinas y fomentar prácticas beneficiosas

INTERVENCIONES Prenatal

MEJORES REFERENCIAS

McDonagh, M. (1996). **"Is Antenatal Care Effective in Reducing Maternal Morbidity and Mortality?"** (¿Es efectivo el cuidado prenatal para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna?). Health Policy and Planning 11(1):1-15.

Rooney, Cleone. (1994). **Antenatal Care and Maternal Health: How Effective Is It?** (El cuidado y la salud materna prenatal--¿Cuán efectivos son?). Génova: OMS.

American College of Nurse Midwives. (1996). **Healthy Mothers, Healthy Newborns. (**Las madres saludables, los recién nacidos saludables). Washington, DC: ACNM.

Serie de guías prácticas de OMS, que incluye: **Normal Delivery at the Health Center** (Parto Normal en el Centro de Salud), **Essential Obstetric Care at the First Referral Level** (Atención Obstétrica Esencial en el Primer Nivel de Referencia), **Post-Partum Hemorrhage** (Hemorragia Postparto), Pre-eclampsia (Pre-eclampsia), **Clinical Complications of Abortion** (Complicaciones Clínicas del Aborto), **Sepsis** (Sepsia), **Obstructed Labor** (Parto Obstruido), and **Newborn Resuscitation** (Resucitación al Recién Nacido).

Manual de ACNM en **Life Saving Skills for Midwives,**

Manual de ACNM en **Healthy Mothers, Healthy Newborns.**

Historiales

En muchos lugares, demasiada información es recolectada, lo que hace difíciles el análisis y la toma de decisiones. Los registros de salud necesitan recolectar solamente la información esencial que se necesita para la planificación, manejo y toma de decisiones del programa. Los mecanismos de seguimiento apropiados necesitan ser establecidos para asegurar que las personas que recolectan la información tienen acceso a la misma, comprenden los resultados y pueden utilizarlos para informar sus decisiones.

El historial del embarazo es muy importante. Sin embargo, esta práctica, de la forma en que se realiza actualmente en muchos países, se pasa por alto frecuentemente la información importante con respecto a lo sucedido en el pasado que podría ser esencial en el monitoreo de la mujer y feto/recién nacido. Los registros de maternidad en el hogar (RMH) es un enfoque para mejorar continuamente la atención en salud al enfocar la vida reproductiva de la mujer en una forma general, en lugar de solamente un resultado del embarazo. El registro recolecta información para todos los embarazos y sus resultados y otros eventos principales (ej., edad cuando comienza la menstruación, las ITS) durante el transcurso de la vida de la mujer. El RMH es mantenido por la mujer y todos los servicios que ella recibe de los diferentes proveedores o servicios de salud se constatan en un lugar. Si un país elige desarrollar RMH, debe ser en el idioma local y con el uso de dibujos, si es posible[61].

Diagnóstico

Aunque cada mujer necesita consejería sobre el posible riesgo que corre de que se le puede presentar una complicación, existen algunos factores que pueden indicar mayor riesgo. (Nota: existirá un porcentaje de estas mujeres quienes tendrán su parto sin problema alguno). Como se mencionó anteriormente, el uso de "cuatro demasiados" no es el más efectivo en el diagnóstico de las mujeres, debido a que clasifica una gran proporción de las mujeres embarazadas como "en riesgo" (ej., el 50% o más). Si todas estas mujeres buscaran servicios, el sistema de salud estaría colmado.

Los parámetros bien definidos, con contexto específico, para las condiciones que requieren referencias, necesitan ser establecidos a la vez que animar a las parejas a planificar los partos. Los proveedores necesitan la capacitación correspondiente para comprender por qué estos parámetros fueron seleccionados y para mejorar sus habilidades de diagnóstico y así ser capaces de reconocer y manejar estas complicaciones. Los parámetros de diagnóstico variarán según el lugar (ver Altura Materna, a continuación), pero la lista presentada a continuación probablemente es un buen comienzo en una mayoría de lugares[8,54].

1. Primer embarazo <15 años o >35 años.
2. Primer embarazo con malaria o hipertensión
3. Primer embarazo con baja estatura <145cms. (puede variar)
4. Estado de anemia (hemoglobina menor de 11 gm.)
5. Estado de vacunas TT
6. Presencia de enfermedades infecciosas (ej., malaria, las ITS)
7. Más de 5 embarazos
8. Mal historial obstétrico previo (ej., sangrado vaginal, infección, pre-eclampsia) o cesárea previa
9. Embarazo espaciado por < 2 años.
10. Más de dos abortos inducidos
11. Mala posición del feto (de nalgas, transversal)
12. Gestación múltiple (gemelos, etc.)
13. Vive a más de 10 kms. de distancia del centro de salud[62].

Otros factores de diagnóstico a tomar en consideración pueden incluir: el tamaño del pie, edad, ceguera nocturna, condición del VIH y madres solteras sin apoyo social.

La literatura sugiere que cualquier tipo de parámetro/criterio (ej., historial obstétrico previo) que puede ser utilizado para identificar a las mujeres de alto riesgo obstétrico, debe ser lo suficientemente amplio como para capturar varios aspectos "de riesgo" (ej., riesgo social y médico).

En Indonesia, una combinación de los indicadores en dos áreas extensas, "marcadores" de salud reproductiva y diagnóstico de la condición actual, fueron utilizados para definir a las mujeres que estaban en riesgo de desarrollar una complicación obstétrica. La primera área examinada fue los "marcadores" de salud reproductiva, incluyendo primagrávidas jóvenes (menores de 16 años), primagrávidas mayores (mayores de 35 años), más de 4 embarazos y mayores de 35 años, altura menor de 145 cms. y mal historial obstétrico. El segundo componente fue un diagnóstico de la condición actual / complicaciones que incluyen el sangrado, pre-eclampsia, inmunización TT, enfermedades médicas (ej., anemia) y posición anormal del feto.

TABLA 5.7
SISTEMA DE REGISTRO DE RIESGO PRENATAL: ESTE DE JAVA

	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO	MUY ALTO RIESGO
Resultado total	2-4	6-10	12+
Código de color	Verde	Amarillo	Rojo
ANC	Si	Si	Si
Referencia en embarazo	Ninguna referencia	Obstetriz, Centro de Salud	Hospital
Lugar	Hogar de la madre	Hogar, Centro de Salud	Hospital
Asistente del Parto	CAT u obstetriz	Obstetriz	Doctor

Fuente: Ministerio de Salud Indonesia y MotherCare 1995.

Aun con este enfoque general, no hubo incremento de referencias a las obstetrices. Se encontró que la sensibilidad y especificidad no fueron lo suficientemente buenas para recomendar que se adopte de forma generalizada este sistema de registros. Este ejemplo muestra la importancia de proveer la información a todas las mujeres sobre los signos de peligro y estudiar contínuamente qué parámetros de diagnóstico pueden ser los más efectivos[97].

Presión Sanguínea y Edema

¿Cuándo debe ser monitoreada la presión sanguínea? La presión sanguínea usualmente se utiliza para detectar el comienzo de la pre-eclampsia y eclampsia (algunas veces llamada toxemia). Las mujeres con cualquier historial de hipertensión deben ser monitoreadas contínuamente durante el embarazo. La pre-eclampsia y eclampsia son condiciones no comprendidas, pero parece que son más prevalentes en las primerizas.

Usualmente se asocia la pre-eclampsia con una subida de la presión sanguínea diastólica (número menor) mayor de 140/90 mm Hg, hinchazón generalizada (edema) en las manos y cara, proteína en la orina y reflejos demasiado activos. La pre-eclampsia puede llevar a la eclampsia, donde las mujeres tienen convulsiones. Sin embargo, algunas mujeres desarrollan la eclampsia sin que haya subido la presión sanguínea o edema. Se piensa que la pre-eclampsia ocurre raramente antes de la 28ª semana de gestación y algunas fuentes dicen que no es sino hasta la 32ª semana de embarazo[20,21,22].

En la investigación que examina una subida de la presión sanguínea diastólica se encontró que hubo una proporción positiva falsa de 1:3 para las mujeres a quienes se les presentaba la pre-eclampsia. Esto significa que si cuatro mujeres tuvieran una subida en la presión sanguínea, solamente una de ellas desarrollaría la pre-eclampsia, mientras las otras tres tendrían una alta en su presión sanguínea pero NO desarrollarían los otros síntomas de pre-eclampsia[21]. La presencia de una edema y la proteína (albúmina) generalizado en la orina fue comprobada y se encontró que también tienen un valor profético con una sensibilidad del 49 por ciento para detectar la PS diastólica elevada y del 35 por ciento para identificar la eclampsia[21]. Esto

significa que a la mitad de las mujeres que han tenido edema y proteína en su orina también se les subió la presión sanguínea, mientras que el 51 por ciento de mujeres que han tenido esos síntomas no experimentaron ningún incremento en la presión sanguínea. Unos descubrimientos similares ocurrieron con la eclampsia, de todas las mujeres que tuvieron un edema y proteinuria, sólo un tercio (el 33%) realmente desarrollaron la eclampsia, mientras que la mayoría de las mujeres (el 65%) que tenían estos síntomas no desarrollaron la eclampsia.

La planificación del parto es importante, ya que la oportunidad de tratar a las mujeres y recién nacidos es poca.

Aunque estos parámetros de diagnóstico (incremento en la PS, edema generalizado, proteinuria, hiperreflexia) no siempre son capaces de detectar la pre-eclampsia o eclampsia, deben ser tomados seriamente y se debe actuar oportunamente. **Si alguno de estos síntomas está presente, las mujeres deben ser animadas a tener el parto en una institución de salud con un proveedor capacitado.**

RECOMENDACIÓN

La OMS recomienda que se tome mensualmente la presión sanguínea en el segundo y tercer trimestre. Las mujeres necesitan ser evaluadas contínuamente para ver si tienen los brazos y cara hinchados (NO los tobillos) y donde las condiciones lo permiten, ver si la orina tiene proteína y reflejos rotulares. El tratamiento incluye el descanso en un ambiente calmado y el suministro de anticonvulsivos (ej., Sulfato de Magnesio o Valium) y anti-hipertensivos si necesario[20,21,22].

Planificación del Parto / Preparación para el Embarazo

La planificación del parto es importante ya que, como se discutió anteriormente, la oportunidad de tratar a las mujeres y recién nacidos es poca. La reducción de los cuatro atrasos para accesar y recibir los servicios puede causar la diferencia entre la vida, la enfermedad y la muerte.

La reducción de los cuatro atrasos para accesar y recibir los servicios puede causar la diferencia entre la vida, la enfermedad y la muerte.

Es importante animar a las mujeres y a sus familias a pensar en los aspectos prácticos de buscar la atención obstétrica antes de una emergencia. Muchas mujeres y sus familias no:

1. perciben los riesgos asociados con el parto;
2. tienen conocimientos de los signos de peligro;
3. saben a dónde ir si surge un problema y
4. saben cómo llegar al servicio de salud.

Esta combinación de creencias mal informadas (ej., la hinchazón es normal), malas percepciones acerca de la severidad y falta de información exacta contribuyen de forma importante al atraso en reconocer el problema. Éstos son los temas que se deberían incluir en la planificación para el parto (Ver Tabla 5.8).

TABLA 5.8
ELEMENTOS CLAVES DE PLANIFICACIÓN DEL PARTO / PREPARACIÓN PARA EL EMBARAZO

- ✔ Informar a la mujer sobre qué debe anticipar durante el embarazo, incluyendo la fecha anticipada de su parto y el auto-cuidado durante el embarazo (ej., nutrición y reducción de carga de trabajo
- ✔ Conocer y reconocer los signos de peligro para la madre durante el embarazo, parto y período postparto
- ✔ Promover la importancia de tener un proveedor capacitado que atienda su parto
- ✔ Saber a qué servicio de salud ir si surgen complicaciones.
- ✔ Saber cómo llegar al servicio
- ✔ Fomentar el desarrollo de un plan de pago (ahorros/préstamo) para dichos servicios
- ✔ Comprender la importancia de la lactancia materna exclusiva e inmediata
- ✔ Educar a las mujeres y sus familias a reconocer los signos de peligro para los recién nacidos
- ✔ Educar a las mujeres acerca de su regreso a la fertilidad y las opciones de PF disponibles

Aunque la planificación del parto puede ser realizada durante las visitas prenatales, el hecho de que muchas mujeres no reciban la atención prenatal adecuada limita su efectividad. Esta información también puede ser compartida a través de los grupos comunitarios formales e informales que tienen mejor acceso a la población objetivo y pueden comprender de una forma mejor sus necesidades. Otras personas comunitarias como los maestros de la escuela primaria, peluqueros y líderes religiosos pueden ser capacitados para apoyar a las parejas en la planificación del parto y complicaciones potenciales. El sistema formal de la atención en salud puede proveer mensajes de refuerzo (no conflictivos) para promover la mejor utilización de servicios. Las comunidades y hogares necesitan tomar la responsabilidad de asegurar que las parejas se preparen para el parto, mientras que esta práctica es reforzada como una norma comunitaria, a través de los esfuerzos de movilización y abogacía.

Nutrición

Se estima que del 20 al 45 por ciento de las MER no reciben los 50/kcal/kg al día recomendados por la OMS, dejando a un lado las 300 calorías adicionales requeridas durante el embarazo[6]. Normalmente se pesan a las mujeres como un indicador de la baja condición nutricional y luego se les da consejería. La consejería nutricional debería ser provista a cada mujer embarazada, sin tomar en cuenta su peso.

La administración nutricional adecuada frecuentemente es imposible para la mujer , debido a las normas sociales, tabúes culturales y falta de alimentos o recursos. Sin embargo, la mujer usualmente se describe como "no obediente" si no puede seguir el consejo del trabajador en salud. Si la mujer no puede pagar para comer una dieta adecuada, los esfuerzos deberían enfocarse en trabajar con la familia para reducir su carga de trabajo, los que disminuye entonces su gasto de energías.

El aumento apropiado del peso en el embarazo es crítico para el recién nacido y, en menor grado, para los resultados maternos. Las mujeres que tienen bajo aumento de peso antes del embarazo y aumento insuficiente de peso durante el embarazo tienen el mayor riesgo de tener a un bebé con BPN. La combinación de reducir el gasto de energía e incrementar el consumo de calorías es la estrategia más efectiva para incrementar el peso al nacer[21,26].

Los micronutrientes, tales como el hierro, ácido fólico, Vitamina A y yodo son especialmente importantes para un embarazo saludable. **Se debe alentar a todas las mujeres a comer una dieta tan balanceada como sea posible para que puedan mantener adecuadas reservas nutricionales antes de estar embarazadas.** La Tabla 5.9 muestra las dosis de suplemento de micronutrientes recomendadas si existen deficiencias.

MEJORES REFERENCIAS

King, F.S. and Burgess, A. (1993). **Nutrition for Developing Countries (2nd ed)** (La nutrición para los países en desarrollo). Oxford: Oxford University Press.

Baker, J. et al. (1996). **The Time to Act: Women's Nutrition and Its Consequences for Child Survival and Reproductive Health in Africa** (El momento para tomar acción: La nutrición de las mujeres y sus consecuencias con respecto a la sobrevivencia infantil y la salud reproductiva en África). Washington, DC: Academy for Educational Development.

Organización Mundial para la Salud. (1998). **Safe Vitamin A Dosage During Pregnancy and Lactation** (La dosis segura de la Vitamina A durante el embarazo y la lactancia). Génova: Organización Mundial para la Salud

En aquellos lugares donde la prevalencia de la anemia es alta (al 40% o más), es más costo-efectivo tratar a todas las mujeres, en lugar de tratar de diagnosticarlas, debido a que el costo del hierro es muy bajo y el diagnóstico usualmente no es muy efectivo.

Hierro: ***Anemia Materna (Hg menos de 11g/dl) afecta a casi 500 millones de mujeres.*** La deficiencia de hierro disminuye la habilidad de contrarrestar las infecciones y causa la anemia. La anemia frecuentemente tiene varias causas, pero las principales son una dieta inadecuada, poca absorción de hierro y pérdida de hierro. Otras deficiencias de nutrientes, como el ácido fólico, Vitaminas A y C, también contribuyen a la anemia. Si estos nutrientes estuvieran disponibles en cantidades adecuadas, mejorarían la absorción del hierro. En muchas áreas, la malaria y anquilostoma son una de las causas principales de la anemia. Los programas de tratamiento también deberían ser implementados para tratar estas causas de anemia[20,24,25].

En aquellos lugares donde la prevalencia de la anemia es alta (al 40% o más), es más costo-efectivo tratar a todas las mujeres, en lugar de tratar de diagnosticar mujeres, debido a que el costo del hierro es muy bajo y el diagnóstico frecuentemente no es efectivo. Por ejemplo, el diagnóstico de palidez, que examina la parte inferior de los párpados internos, conjuntivitis, palmas y uñas, buscando si están pálidos, es útil para detectar una anemia severa (hemoglobina menor de 7 gms.). Sin embargo, los estudios han encontrado que no es muy efectivo en la identificación de una anemia leve o moderada. Esto es importante debido a que los regímenes de tratamiento se basan en la severidad de la anemia[24].

TABLA 5.9
SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

MICRONUTRIENTE	MER	PRENATAL	POSTPARTO
Hierro – Anemia Leve[1] (Hg menos que 11 gm)	60 mg	60 mg (90-100 tabs)	60 mg
Hierro – Moderada / Alta[1] (Hg 7-10)	120 mg	120 mg	120 mg
Hierro - Severa [1] (Hg menos que 7)	120 mg	180mg por 4 semanas y luego 120 mg	120 mg
Ácido Fólico Anemia Leve [1]	250 mcg	250mcg	250 mcg
Ácido Fólico Anemia Moderada / Alta[1]	500 mcg	500 mcg	500 mcg
Ácido Fólico Anemia Severa[1]	500 mcg	750 mcg por 4 semanas y luego 500 mcg	500 mcg
Deficiencia de Vitamina A[2]	Suplemento a mujeres con DVA No exceder 10,000 UI diario	Suplemento a mujeres con DVA No exceder 10,000 UI	200,000 UI única dosis primer mes
Calcio[3]	1,200 mg	1,200 mg	1,200 mg
Deficiencia de Zinc[3]	12 mg	15 mg	19mg
Deficiencia de Yodo[4]	400-960 po	100-300 mg po	100-300mg po

Fuente: (1) OMS, 1995; (2), OMS, 1998 (3) MotherCare, 1997, (4) OMS, 1996 (PO): por la boca ; (IM): intramuscular; (IU): unidades internacionales, (MU): unidades de millón, (mcg) microgramos; (mg) miligramos; DVA Deficiencia de Vitamina A

En muchos países subdesarrollados, el diagnóstico de palidez puede ser la única herramienta disponible, pero sus limitaciones deben entenderse. Es esencial identificar a las mujeres con una anemia severa para asegurar que sean referidas y tratadas apropiadamente, pero puede que no sea tan vital para aquellas mujeres que padecen de una anemia leve.

En la literatura ha habido un debate acerca de dar a la mujer una dosis semanal de hierro, en lugar de una dosis diaria para corregir la anemia. Basados en un resumen de la literatura, parecería prematuro cambiar las prácticas existentes para dar una dosis semanal de hierro hasta que se completen más investigaciones[29].

RECOMENDACIÓN PARA HIERRO

Se recomienda a todas las mujeres que coman adecuadas cantidades de alimentos ricos en hierro. Existe el hierro en dos clases de alimentos: recursos heme (pigmento) y no-heme. Las fuentes heme proveen más hierro que se digiere fácilmente: algunas fuentes de esto son la carne roja y la carne de las vísceras. Las fuentes no-heme no tienen tanto hierro como las fuentes heme, pero si se combinan de forma apropiada, pueden proveer suficiente hierro. Las fuentes de no-heme incluyen: vegetales con hojas de color verde obscuro, melaza, yema de huevo, frutas secas y legumbres. La fortificación de los granos con hierro (ej., cereales, panes) también puede ser una estrategia en algunos lugares.

La OMS recomienda que todas las mujeres embarazadas reciban 60 mg de hierro elemental con 250 microgramos de ácido fólico durante el segundo y tercer trimestre. Si una mujer es anémica, o vive en un área endémica, entonces debería ingerir 120 mg al día con ácido fólico para el mismo período[8,29].

La **Vitamina A** es esencial para el mantenimiento y funcionamiento normal de los tejidos del cuerpo y para el crecimiento y desarrollo y un fuerte sistema inmunológico. Durante el embarazo, el feto exige las reservas de Vitamina A de la madre para recibir suficiente Vitamina A para su propio crecimiento. Aunque el requisito aumentado de la Vitamina A durante el embarazo es muy pequeño, en algunos países donde la deficiencia de Vitamina A (DVA) es endémica, las mujeres necesitan la suplementación[60]. **Si el uno por ciento de los niños menores de 5 años son diagnosticados con DVA, la prevalencia se considera alta e indica un problema significativo[60].**

La DVA en las mujeres embarazadas parece ser más prevalente en el tercer trimestre, y se relaciona con una dieta generalmente baja, desnutrición de energía proteínica (DEP), anemia y altas tasas de enfermedades infecciosas. Estas mujeres se presentan frecuentemente con niveles variados de ceguera nocturna (ej., no es capaz de ver con poca luz), que es fácil de tratar con la suplementación de Vitamina A.

Existen pruebas entre las mujeres embarazadas en África infectadas con el VIH que sugieren un malestado de Vitamina A. En Malawi, el mal estado de Vitamina A estaba asociado con un incremento en la transmisión vertical de VIH a sus recién nacidos, así como la mortalidad infantil mayor, BPN y mortalidad materna incrementada. En Kenia, los investigadores encontraron que las mujeres lactantes VIH positivas con DVA severa tenían mayores probabilidades de tener células infectadas con el VIH en su leche materna[60].

Estos descubrimientos no son adecuados para establecer un enlace causal entre la DVA y la transmisión del VIH. Aunque parece probable, los resultados recientes no han indicado que el tratamiento con la suplementación de Vitamina A reduciría la transmisión vertical del VIH a los recién nacidos. Un estudio reciente en Tanzania, donde un grupo de madres VIH positivas recibieron Vitamina A y otros recibieron un compuesto del complejo de Vitamina B, no hubo diferencia en la TMN en el grupo de Vitamina A. sin embargo, hubo una reducción en el grupo de la Vitamina B[63]. **Es necesario realizar más investigación para comprender las asociaciones entre la DVA, transmisión del VIH y mortalidad. Estos descubrimientos indican que la presencia de DVA incrementa la posibilidad de malos resultados maternos y del recién nacido.**

Existen dos razones potenciales para dar la suplementación de Vitamina A durante el embarazo: 1) tratar DVA y 2) reducir la mortalidad materna y neonatal. Primero y más importante es tratar la DVA y sus síntomas relacionados, tales como la ceguera nocturna, que se apoya en diferentes literaturas. Segundo, pocos estudios preliminares sugieren que la Vitamina A puede reducir significativamente la mortalidad materna y neonatal. La suplementación de Vitamina A a las mujeres no-embarazadas ha llevado a incrementos en la hemoglobina y a una reducción de las infecciones, lo cual también se encontró en unos estudios en Nepal e Indonesia, donde se dio suplementos de Vitamina A a mujeres embarazadas.

La suplementación de Vitamina A durante el embarazo ha aumentado las preocupaciones debido a su tetraogenocidad potencial (la habilidad de causar defectos de nacimiento). Tanto la DVA severa como la toxicidad de Vitamina A pueden causar los defectos de nacimiento en los animales y se asocia con los resultados reproductivos adversos. Sin embargo, los

descubrimientos similares no han sido bien documentados en los seres humanos. Un estudio en los Estados Unidos encontró que las mujeres con un consumo de dieta total de 15,000 UI o mujeres con un consumo de suplementos mayor de 10,000 UI tuvo un riesgo incrementado de defectos de nacimiento. Esto solamente parece ser el caso cuando las mujeres fértiles consumen regularmente cantidades adecuadas de Vitamina A[36].

En junio de 1996, la OMS convocó una reunión sobre la "Dosis Segura de Vitamina A durante el Embarazo y los Primeros Seis Meses Después del Nacimiento". En base a los datos disponibles, los expertos determinaron que no hay riesgo tetraogénico de suplementación de Vitamina A realizada a 10,000 UI diarios dados a mujeres que sufren de la DVA. Mientras que un suplemento de 25,000 UI dadas a las mujeres que regularmente no consumen mucha Vitamina A es algo seguro, los expertos creen que no es lo suficiente para construir reservas maternas necesarias durante el embarazo las 10,000 UI diarias recomendadas. Luego de evaluar la información, el grupo concluyó que la producción de metabólicos de ácido retoínico necesarios para producir la tetraogenocidad no ocurre en niveles de dosis de Vitamina A de 10,000-15,000 UI. Algunos defectos de nacimiento se notaron en las dosis diarias a niveles de 30,000 UI diarias o más, especialmente si la suplementación se dio en el primer trimestre[36].

En base a los datos disponibles, los expertos determinaron que no hay riesgo tetraogénico de suplementación de Vitamina A realizada a 10,000UI diarios dados a mujeres que sufren de la DVA.

El grupo concluyó que:

- ➔ En lugares con DVA, se recomienda proveer 10,000 UI de suplementación de Vitamina A en el segundo o tercer trimestre;
- ➔ En lugares donde el consumo en mujeres llega a la cantidad RDA (80,000UI), no existe justificación para un suplemento mayor de 8,000 UI; y
- ➔ En lugares donde las mujeres consumen habitualmente más de RDA (8,000 UIs), no existe justificación para el suplemento. De hecho, los suplementos pueden ser peligrosos para esta población.

Por último, el grupo apoyó la recomendación de la OMS que las mujeres en el período postparto reciban una sola dosis alta de 200,000 UI en el primer mes después del parto para incrementar las reservas maternas y del recién nacido[4,36].

Como se mencionó anteriormente, una razón para suplementar a las mujeres durante el embarazo es reducir la mortalidad materna y neonatal. Existen pocos estudios con datos preliminares que indiquen una reducción significativa de la mortalidad materna e infantil (la mayoría debidos a la reducción en anemia e infecciones, así como un peso al nacer incrementado) cuando las dosis bajas de Vitamina A son dadas a las mujeres embarazadas en aquellas áreas de mayor DVA[71,72]. **Los resultados de la investigación actual se ven prometedoras para este tipo de suplementación, pero es necesario realizar más investigación antes de que los programas procedan a base de escala amplia.**

RECOMENDACIONES PARA LA VITAMINA A

Se recomienda a todas las mujeres comer cantidades adecuadas de alimentos ricos en Vitamina A y hierro, ni demasiado ni muy poco. Las fuentes de Vitamina A incluyen: vegetales con hojas de color verde oscuro, frutas y vegetales de color amarillo oscuro como mangos, papaya, calabaza, zanahorias, papas dulces, albaricoques y melón, así como mantequilla, huevos y otros productos lácteos.

En lugares DVA, la OMS recomienda 10,000 UI de suplemento de Vitamina A en el segundo o tercer trimestre. En lugares no-DVA, se ha demostrado que no existe beneficio de la suplementación. **LAS MUJERES EMBARAZADAS NUNCA DEBERÍAN RECIBIR NINGÚN SUPLEMENTO DE VITAMINA MAYOR DE LAS 10,000 UI AL DÍA[36].**

La OMS también recomienda que las mujeres en período postparto reciban una sola dosis de 200,000 UI para que se alimenten las reservas maternas y de recién nacidos[4,36].

El **yodo** es necesario para un desarrollo físico y mental apropiado del feto. La deficiencia de yodo incrementa las posibilidades de un aborto, nacimiento de un niño muerto o un parto prematuro. Un niño nacido de una madre con deficiencia de yodo tiene mayor probabilidad de ser retrasado mental, tener cretinismo y mala coordinación muscular. **Aproximadamente 250 millones de mujeres sufren de efectos por deficiencia de yodo y casi un tercio de las mujeres africanas (181 millones) viven en áreas con deficiencia de yodo[4].**

El incluir el yodo en la sal es la forma óptima de corregir la deficiencia de yodo y debería ser el enfoque primario para prevenir y controlar los trastornos por deficiencia de yodo (TDY). El consumo de dieta recomendado para las mujeres embarazadas y lactantes es de 200 mcg/día. En 1996 la OMS fue el anfitrión de una reunión de un grupo de expertos para estudiar si era peligroso o no dar aceite de yodo a las mujeres embarazadas que padecían de TDY. Este grupo llegó a la conclusión de que no era peligroso en ningún momento del embarazo dar el aceite de yodo para prevenir y controlar los TDY severos y moderados[39]. (Ver Tabla 5.8 para dosis).

RECOMENDACIÓN PARA YODO

Se recomienda a todas las mujeres comer cantidades adecuadas de yodo, lo cual ocurre naturalmente con el consumo de pescados. Muchos productos (ej., sal y agua) tienen yodo agregado en cantidades adecuadas para evitar las deficiencias. Si la deficiencia de yodo ocurre, las mujeres embarazadas pueden ser tratadas con aceite de yodo[8,73].

Programas Generales de Micronutrientes

En lugares donde la suplementación es necesaria, los principales problemas usualmente ocurren en dos áreas: distribución y cumplimiento. Para mejorar los programas de micronutrientes, es necesario un enfoque de doble vía – mejorar la distribución y acceso a los suplementos a través de los sistemas del sector de salud o del sector privado, e incrementar la demanda y motivación para el cumplimiento. Las actividades pueden incluir:

1. elaborar un sistema logístico para el proceso de pedido, almacenaje, distribución y control de inventario a través del gobierno y/o sector privado;
2. ampliar el acceso a los suplementos e información a través de la distribución comunitaria (ej., tenedores de depósitos, mercadeo social) y distribución del sector privado (ej., farmacias, peluqueros, sastres);
3. mejorar las actitudes y creencias de los proveedores acerca de la importancia de la suplementación de micronutrientes para que puedan empoderar a las mujeres a buscar los beneficios tanto para ellas como para sus hijos; y
4. mejorar los conocimientos de las mujeres para que comprendan la importancia de los régimenes y puedan tomar acciones concretas.

Algunos alimentos pueden ser fortificados con los micronutrientes (ej., hierro y yodo), lo que puede ser realizado a nivel local, pero usualmente es más económico realizarlo donde existe algún proceso central de un producto de alimento básico (ej., molino de harina, planta de petróleo, mina de sal). Los programas de fortificación incluyen:

1. incluir el micronutriente en el producto alimenticio;
2. monitorear la calidad al asegurar que es una cantidad suficiente y consistente de un micronutriente para mantener los niveles necesarios de sangre;
3. promulgar la legislación para apoyar el producto fortificado; y
4. implementar una campaña de educación en salud para aumentar los conocimientos del público y la demanda del producto.

Es recomendable que la mujer aumente por lo menos un kg por mes en los últimos dos trimestres del embarazo.

Indicadores Antropométricos

Los indicadores antropométricos (peso, estatura, circunferencia del brazo, alto por peso e índice de la masa corporal) identifican a aquellas mujeres que padecen de los problemas nutricionales. Sin embargo ,puede que no divulguen las causas, que podrían incluir: el consumo de energía no adecuado, deficiencias de nutrientes específicos, alto gasto de energía y enfermedades endémicas, tales como la malaria o anquilostoma. En la Tabla 5.10, se presentan los indicadores y sus parámetros.

Peso Materno: probablemente es el indicador que más fácil y confiablemente se puede monitorear durante el embarazo. El aumento apropiado de peso en el embarazo es crítico para un recién nacido y, a menor grado, para la madre. El aumento de peso es probablemente el indicador que se puede monitorear con más confianza durante el embarazo. Las mujeres con un bajo aumento de peso antes del embarazo y con un aumento insuficiente de peso durante el embarazo tienen mayor riesgo de tener un bebé con BPN.

Se recomienda que las mujeres aumenten por lo menos un kg. al mes en los últimos dos trimestres del embarazo. Sin embargo, el aumento de peso óptimo varía según el nivel nutricional al inicio de su embarazo. Las mujeres con bajo peso antes del embarazo necesitarán engordarse a mayor peso durante el embarazo (a veces hasta 18 kg.) para contrarrestar el riesgo de tener un bebé con BPN[4,22,26,66].

TABLA 5.10
INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

INDICADOR	MONITOREO[1]	PARÁMETRO DE LÍMITE[2]	COMENTARIOS
Peso Materno	1 kg. por mes	N/A	Fácil
Peso Materno	N/A	150-140cm	Relativamente fácil, pero no cambia
Peso por Altura	N/A	150 cm y 40 kg	Más difícil de medir
Circunferencia del Brazo	N/A	22.5 cm	Fácil, pero hay error de medición y cambia lentamente
Índice de masa corporal	N/A	18.5	Difícil

Fuente: Boletín OMS, 1996
(1) **Monitoreo:** Indicadores recolectados periódicamente debido a que fluctúan sobre un período corto.
(2) **Parámetros:** no cambian tan rápidamente, pero pueden ser útiles para determinar el estado y actual riesgo nutricional.

Donde sea factible, el aumento de peso debería monitorearse mensualmente. Sin embargo, en muchas partes de los países subdesarrollados es difícil. Donde hay poca asistencia a la atención prenatal, pero hay mucha asistencia a los servicios infantiles, los programas pueden ser capaces de obtener los pesos de las mujeres antes del embarazo cuando traen a los niños para la inmunización. Aunque esto es una perspectiva a más largo plazo y tendrá implicaciones en la forma en que se proporcionan los servicios infantiles, puede haber un enfoque para identificar a las mujeres que tienen riesgo nutricional. Por lo tanto, las intervenciones deberían ser diseñadas e implementadas antes de que las mujeres queden embarazadas. **Otro enfoque es tomar dos medidas, con un mes de separación, en el segundo o tercer trimestre. Los estudios han encontrado que esto tiene valor profético positivo en el resultado del embarazo y puede ser más factible que pesar mensualmente a la mujer[66].**

Si una mujer viene en el quinto, sexto o séptimo mes, ella debería ser pesada aun si no existe ningún peso antes del embarazo. Se le debería dar información para incrementar su consumo y disminuir su carga de trabajo. Si la mujer no llega hasta el octavo o noveno mes, debería pesarle y medirle la circunferencia del brazo. Ella debería ser animada a incrementar su consumo y reducir su carga de trabajo, pero las intervenciones nutricionales probablemente no causarán mucha diferencia en esta etapa.

RECOMENDACIÓN PARA AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO

La OMS recomienda que el aumento de peso para las mujeres en los países subdesarrollados sea entre **5 a 9 kg,** o un kg cada mes para el segundo y tercer trimestre. Los factores más importantes que afectan los resultados del parto son: 1) peso de la mujer antes del embarazo; 2) aumento de peso durante el embarazo; y 3) carga de trabajo o gasto de energía[4,22,26].

Estatura materna: se usa comúnmente como un indicador para el trabajo del parto obstruido o prolongado, pero no es buen indicador para el peso al nacer. Los puntos límites de altura materna específicos de cada país necesitan ser establecidos para el riesgo de CPD (Nota: los límites probablemente oscilarán entre 150-140 cms.), pero la estatura materna no puede ser utilizada como una herramienta de monitoreo durante el embarazo[66].

Circunferencia de los brazos: es una pequeña medición y no cambia rápidamente. Por ejemplo, las mujeres pueden aumentar varios kilogramos antes de que haya un cambio en la circunferencia de los brazos. Los errores de medición son muy comunes y pueden sesgar los datos. La circunferencia de los brazos puede ser útil para identificar a las mujeres desnutridas **(menos de 22.5 cms.)** quienes necesitan atención especial, pero no es un buen indicador de monitoreo[66]. **Se les debería considerar a estas mujeres como mujeres que corren el riesgo de tener un bebé con BPN y el seguimiento apropiado necesita llevarse a cabo.**

Peso por altura materna: es un indicador más específico y usualmente es difícil de medir en los países subdesarrollados. Puede ser útil como un parámetro límite para identificar a las mujeres que están desnutridas, pero probablemente no es práctico su uso en muchos lugares, a no ser que ya existan parámetros. Por ejemplo, **en el Sur de Asia se recomienda que si una mujer mide de 140 a150 cms. y pesa menos de 40 kilos, corre un riesgo mayor de tener un bebé con BPN[66].**

Índice de masa corporal: (peso en kgs./altura en metros cuadrados) está asociado con el peso por altura. No es práctico para los trabajadores del campo en los programas de entrega de servicios el recolectar datos, debido a la naturaleza complicada matemáticamente hablando del indicador. Generalmente es aceptado que un **IMC de 18.5 o menos indica una deficiencia crónica de energía en la madre.** Sin embargo, es necesario confirmar esto al estudiar los resultados del recién nacido. Puede ser útil para identificar a las mujeres desnutridas[66].

Diagnóstico de Enfermedades Especiales

MEJORES REFERENCIAS

AIDSCAP (1996): **Control of Sexually Transmitted Infections** ("El control de las infecciones de transmisión sexual"). Washington DC: Family Health International.

Infecciones de Transmisión Sexual (las ITS)

Cada año, 333 millones de personas, hombres y mujeres en la edad reproductiva contraen una infección de transmisión sexual (ITS)[27]. El diagnóstico de las ITS es importante tanto para mejorar la salud de la mujer como para prevenir los efectos devastadores en el recién nacido, incluyendo el BPN, nacimiento de un niño muerto, sífilis congénita, prematurez, enfermedades del ojo, VIH y muerte.

Los servicios para diagnosticar y tratar las ITS para las mujeres durante el embarazo son débiles en la mayoría de los lugares. Muchos de los servicios para las ITS se ofrecen en un servicio de salud diferente y el personal prenatal puede que no esté capacitado para proveer este servicio. Además, las mujeres frecuentemente son asintomáticas, lo que hace difícil el diagnóstico, en particular porque los países subdesarrollados carecen de servicios de laboratorio.

La prueba de **Reactive Plasma Regies (RPR)** ha estado disponible durante muchos años, pero su uso en las clínicas prenatales no es muy amplio. En las áreas en que hay poca asistencia, es un servicio difícil de introducir. Esto es una realidad en aquellos lugares donde la mayoría de los servicios de atención prenatal (ej., clínicas satélite) se proporcionan a través de los servicios especiales de asistencia pública o a nivel de los puestos de salud. Donde es posible, RPR debe incluirse en el conjunto de los servicios prenatales, así como el diagnóstico de otras ITS. La gonor-

rea y la clamidia también son prevalentes en muchos países subdesarrollados, por lo que debería llevarse a cabo los diagnósticos correspondientes. Sin embargo, es más difícil detectar estas infecciones ya que no existen las pruebas buenas (rápidas) para diagnosticar su presencia[67].

Donde no se dispone de los servicios de laboratorio, puede emplearse el enfoque sindrómico para el manejo de los casos de ITS. Este enfoque involucra la detección de un síndrome – signos y síntomas asociados con los agentes etiológicos bien definidos. Depende del diagrama de flujo clínico (algoritmo) para guiar el diagnóstico paso a paso y el tratamiento de varias enfermedades. La principal desventaja para este enfoque es que está basado en síntomas, y muchas personas, especialmente las mujeres, son asintomáticas, lo que dificulta el diagnóstico. Además escasean los servicios de laboratorio en muchos países. Sin embargo, en muchos países subdesarrollados este enfoque puede ser la mejor opción[67].

Las mujeres necesitan información acerca del uso del condón, especialmente en las áreas de una prevalencia alta de las ITS, para reducir las tasas de re-infección. El personal de salud necesita estar capacitado adecuadamente para identificar los síntomas y proveer el manejo apropiado de casos. Los servicios necesitan tener suficientes existencias de antibióticos para tratar a los clientes. Los sistemas de seguimiento y notificación a parejas también necesitan ser funcionales para tratar apropiadamente a las parejas, por lo que se reducen las tasas de re-infección.

En muchos lugares, los enlaces entre los servicios prenatales y los otros servicios que pueden proveer el diagnóstico y tratamiento de las ITS tienen que fortalecerse. Los servicios a nivel de puesto de salud frecuentemente incluyen la educación con respecto a los modos de transmisión y las ITS, formas para protegerse, identificación de síntomas y referencias y los efectos de las ITS en los recién nacidos. En el centro de salud se complementarán estos servicios con pruebas de sífilis, gonorrea y enfermedades venéreas, notificación y tratamiento de parejas.

La selección de régimenes de medicamentos (Ver Tabla 5.11) varía por lugar y necesita estar basada en:

1. patrones y prevalencia de las ITS;
2. disponibilidad y capacidad de infraestructura de salud;
3. nivel de competencia del personal de salud; y
4. condición socioeconómica.

TABLA 5.11
PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO PREFERIDOS PARA MUJERES EMBARAZADAS Y RECIÉN NACIDOS

ENFERMEDAD	CIPROFLOXACINA	CEFTRIAXZONA	PENICILINA	TETRACICILINA	DOXICICLINA
Sífilis materna	N A	N A	2.4 UM IM	N A	N A
Gonorrea					N A
Enfermed venére					mg pb lía por días
Oftalmia					N A
Sífilis co					N A
			de procaína IM		

Table 5.11 is no longer used.

Fuente: Family Health International, 1996
MU= unidades de millón; IU= Unidades Internacionales; PB= por boca; mg. miligramo; IM= Intramuscular; NA= No Aplica

VIH

A finales de 1997, había casi 30 millones de personas infectadas con el VIH mundialmente. De estas personas, el 45 por ciento son mujeres y el porcentaje más grande de nuevos casos está ocurriendo entre los jóvenes, entre 15 y 24 años. Además, la mayoría de estas personas no saben de su estado de VIH[21]. Existen aproximadamente 500,000 de infantes que son VIH positivos, que ha sido transmitido perinatalmente o a través de la leche materna. Los estudios indican que casi el 30 por ciento de los infantes que nacen de una mujer VIH positiva se volverán VIH positivos luego de 6 meses. **La mayoría de estos infantes (el 20%) son infectados durante el embarazo o parto, mientras que casi el 14 por ciento de los infantes se infectan a través de la lactancia materna[27,68].**

Existen aproximadamente 500,000 infantes que son VIH positivos, debido a la transmisión perinatal o a través de la leche materna.

Mientras que la consejería y pruebas del VIH sean importantes, especialmente en los países con alta prevalencia, frecuentemente no es factible. El sistema de salud puede no estar equipado para proveer estos servicios y las mujeres puede que no quieran saber de su condición. En un país donde la prevalencia es alta, tal como Uganda, ellas pueden querer la consejería y pruebas. Mientras que ésta sería la meta, tiene muchas complicaciones en las necesidades del programa, incluyendo: el número de personal requerido para proveer los servicios de consejería y pruebas, los sistemas necesitaban asegurar las cantidades adecuadas de suplementos, la demanda de sistemas de información exacta para darle seguimiento a estas mujeres y sus parejas, así como el costo total.

RECOMENDACIÓN PARA DIAGNÓSTICO DEL VIH DURANTE EL EMBARAZO

La OMS recomienda que a las mujeres embarazadas con las características presentadas a continuación se les deba ofrecer los servicios de consejería y prueba.

- Los síntomas que sugieren la infección del VIH (pérdida de peso inexplicada, diarrea crónica, fiebre intermitente o persistente, tos persistente, glándulas hinchadas, infección oral candida, sudor nocturno, fatiga y dermatitis generalizada).
- Historial de uso de medicamentos intravenosos.
- Pareja o niño con síntomas relacionados al VIH o SIDA.
- Historial o presencia de las ITS.
- Historial de intercambio de sexo por dinero, productos, medicinas u otros.
- Historial de sexo sin protección con parejas múltiples.
- Historial de sexo bisexual.
- Historial de transfusión de sangre.

Fuente: OMS, 1994

Una vez que la mujer embarazada sepa que es VIH positiva, la consejería adecuada debería ser provista para que ella pueda tomar decisiones informadas en relación a la continuación de su embarazo y formas para prevenir la transmisión a otras personas. Las referencias necesarias deberían hacerse para que ella tenga el apoyo social también. Ella debería comprender totalmente el riesgo para su hijo y debería recibir información sobre los riesgos de transmisión del VIH a través de la lactancia materna y el riesgo potencial de otras morbilidades infantiles si no se selecciona la lactancia materna[4].

La política de UNAIDS, UNICEF y la OMS declara que "si una mujer es VIH positiva, ella debería ser aconsejada que no dé de mamar debido al riesgo para su hijo"[68]. Sin embargo, en muchos países subdesarrollados las mujeres no saben de su condición del VIH y no reciben servicios de consejería y pruebas, por lo que es difícil dar consejos contra de la lactancia materna. Además, las alternativas seguras de lactancia materna pueden no estar disponibles en muchos lugares.

Anteriormente, si una mujer embarazada era VIH positiva no había intervenciones disponibles para reducir la transmisión vertical (TMN) del VIH a su hijo. Los juicios clínicos en Tailandia y Tanzania han encontrado que Zidovudina (ZDV) dado desde la 36-40 semana de embarazo y durante el parto ha reducido TMN en un 50 por ciento[69]. **Sin embargo, pueden haber complicaciones que necesitan ser consideradas antes de implementarlo a gran escala y se necesita mayor investigación. Cada país tendrá que determinar su política en vista de los contextos locales y los descubrimientos nuevos.**

Primero, el régimen requiere que las mujeres asistan a la atención prenatal en los primeros meses del embarazo para que puedan ser aconsejadas y hacerles pruebas apropiadas antes de la 36ª semana de gestación, que es el momento en que ellas empiezan el protocolo de tratamiento. Segundo, el régimen es bastante rígido con dos dosis (300 mg. cada una) al día, por cuatro semanas (36-40 semanas de gestación) y chequeos semanales. Se suministra la ZDV cada tres horas desde el comienzo del trabajo de parto hasta el parto en sí. Una de las razones por las que ha funcionado bien en Tailandia es debido a las altas tasas de asistencia prenatal y partos institucionales con proveedores capacitados. Aunque los descubrimientos son importantes, estas condiciones no están presentes en muchos países subdesarrollados y pueden dificultar la implementación[69].

Tercero, existen preocupaciones éticas con respecto a esta práctica. ¿Son sólo las mujeres embarazadas las que recibirán ZDV, cuando las mujeres no embarazadas u hombres también se pueden beneficiar de este régimen? No se le dará nada a la mujer una vez que complete su función reproductiva Puede plantearse el argumento de que una mujer debería recibir ZDV durante el embarazo y después, si esto incrementa su expectativa de vida y así estar más capacitada para cuidar a su bebé.

Cuatro, es aún bastante alto el costo (cerca de $100 por curso), aun con las reducciones ofrecidas por las compañías farmacéuticas. Un estudio reciente de costo-efectividad comparó el costo de un curso de ZDV para reducir la TMN al costo de un caso desviado de VIH. Los hallazgos indican que en los lugares de alta prevalencia del VIH (mayor del 7%), la ZDV sería más costo-efectiva que otras estrategias de prevención. Sin embargo, no se encontró que fuera costo-efectiva en aquellos lugares de baja prevalencia[70].

RECOMENDACIÓN

Donde sea posible, **las mujeres VIH positivas deberían ser animadas para tener el parto en una institución de salud, con un proveedor capacitado.** Puede ser apropiado que la mujer traiga guantes a la institución para asegurar que el bebé y el trabajador de salud estén protegidos, si no los hubiera en la institución.

Si el parto se lleva a cabo en el hogar, la mujer y el proveedor deben estar educados con respecto a cómo minimizar el contacto con la sangre de la madre. Los proveedores de salud deberían utilizar guantes, cubrir cualquier llaga, lavar sus manos inmediatamente antes y después de tener contacto con la sangre o fluidos corporales y la succión mecánica debería reemplazar la succión de boca a boca[8].

La ropa de cama con sangre y otros fluidos corporales tiene que lavarse con agua caliente y jabón. Los deshechos sólidos, tales como los vendajes empapados de sangre y placenta, deben ser quemados o enterrados[8].

Malaria

La malaria debilita el estado nutricional de las mujeres y destruye los glóbulos rojos, lo que resulta en la anemia severa. La resistencia a la malaria, desarrollada durante la infancia, comienza a desintegrarse en la mujer durante la 14ª semana de embarazo y es más pronunciada en el primer y, en menor grado, en los segundo embarazos[4,20].

En África, aproximadamente 22 millones de mujeres embarazadas viven en áreas donde la malaria es endémica y la mayoría de estas áreas son resistentes a la coloroquina. Se cree que la malaria contribuye al 5-10% de muertes infantiles asociadas con el BPN. En el este de África, los estudios han encontrado que la **Sulfadoxine-pyrimethamine (SP)** es efectiva en el tratamiento de las mujeres embarazadas con aumentos en los niveles de hemoglobina materna y peso de nacimiento[71].

Una dosis en el segundo trimestre y otra en el tercer trimestre incrementaron significativamente la hemoglobina, así como el peso al nacer. Sin embargo, las mujeres VIH positivas necesitan por lo menos tres dosis para que la medicina sea efectiva. También se encontró que este régimen (SP) es bastante costo-efectivo[71].

Por razones programáticas, varios MSPS (ej., Malawi y Kenya) han cambiado sus políticas para declarar que todas las mujeres embarazadas deben recibir una dosis al mes, para asegurar que ellas tengan una dosis efectiva que ataque la malaria placental que es la causa principal de BPN. Algunos Ministerios han tenido dificultades con la elaboración de aquellas políticas que estipulan que el tratamiento de la malaria debería ser solamente para los primeros y segundos embarazos porque no quieren tratar a las mujeres de diferente forma, basado en su paridad.

CONSEJO

Parece haber el acuerdo acerca de que las mujeres embarazadas, en las áreas endémicas, de que deberían recibir tratamiento por la malaria. En las áreas resistentes a la cloroquina, los estudios han demostrado que la SP es seguro y efectivo cuando se da en las dosis apropiadas a las mujeres embarazadas. Sin embargo, cada lugar es singular y **el régimen específico de malaria para las mujeres embarazadas debería basarse en el tipo de malaria, los niveles de resistencia, la política del gobierno y la sensibilidad a y disponibilidad de los medicamentos[71].**

Hepatitis viral

Ésta es una causa seria de las muertes entre las mujeres embarazadas en Nigeria, Malawi, Senegal, Etiopía y la India, y debería evaluarse contínuamente en estos países. Frecuentemente ocurre más entre las mujeres desnutridas. Desafortunadamente no existe ningún tratamiento real para las mujeres, pero **se les debería vacunar a los recién nacidos con la vacuna contra la Hepatitis B, tan pronto como sea posible luego de nacer.**

Anquilostomas

Estos gusanos cavan a través de la piel, principalmente en los pies, o pueden ser ingeridos por las aguas contaminadas. Se adhieren a las paredes del intestino y causan mucho sangrado, lo que da como resultado la anemia severa. Las infecciones por anquilostoma ocurren predominantemente en las áreas rurales, donde la agricultura es el principal medio de vida. Aunque sólo la sanidad controlará las infecciones por anquilostomas, toma bastante tiempo ver los resultados de esta intervención. Un brote de anquilostoma puede controlarse rápidamente por tratamiento masivo de personas en un área bastante afectada [20,72].

Los cambios sistemáticos asociados con las mejoras en las condiciones de vida parecen tener el mayor efecto positivo, tales como la sanidad mejorada, uso de letrinas, suplemento de agua por tuberías y drenaje efectivo. El diseño de las casas puede ser muy importante, en términos de la ubicación de la fuente de agua en relación a las letrinas y albergues de animales. La mayor prosperidad también está asociada con un decremento de estiércol natural y un incremento en el uso de los fertilizantes químicos.

RECOMENDACIÓN

La OMS recomienda que las mujeres embarazadas sean tratadas por anquilostomas con una dosis oral de antihelmíntico (ej., mebendazole o pyrantel) en aquellas áreas endémicas de estas infecciones (prevalencia de un 20-30%). Los antihelmínticos pueden suministrarse a las mujeres embarazadas DESPUÉS del primer trimestre. El mejor enfoque para reducir la infección por anquilostoma en una comunidad es tener una combinación del tratamiento periódico, prácticas de sanidad mejoradas y educación en salud [20,72].

V. PARTO

Como se dijo anteriormente en este Capítulo, una vez que la mujer esté embarazada y se desarrolla una complicación, existen cuatro atrasos que contribuyen a y/o causan la mortalidad materna y neonatal, lo que frecuentemente incrementa la severidad de la morbilidad.

- ➔ ***Atraso #1: Atraso en reconocer el problema;***
- ➔ ***Atraso #2: Atraso en decidirse a buscar atención;***
- ➔ ***Atraso #3: Atraso en llegar al servicio de salud, y;***
- ➔ ***Atraso #4: Atraso en recibir tratamiento en el servicio de salud [14].***

ESTRATEGIAS Partos normales

Las personas que planifican los programas y quienes los implementan necesitan adoptar un balance entre la mejora de servicios para los partos normales y los partos complicados. El fortalecimiento de la capacidad de aquéllos que tradicionalmente asisten los partos normales pueden ayudarlos a identificar los signos de peligro y referencia[13].

Partos normales

El embarazo es un tiempo especial, a pesar de si la mujer tiene un parto normal o complicado. Los miembros de la familia y el personal de salud deberían apoyar a la mujer en este proceso y solamente intervenir cuando sea necesario. Todas las mujeres tienen el derecho de tener un parto limpio, sin importar si se da en el hogar o en una institución, y de tener el apoyo de su familia y ayuda de un proveedor capacitado. Los estudios muestran que mejorar las prácticas asépticas de los proveedores reduce significativamente las infecciones de las madres y del recién nacido. En el hogar, el enfoque debería ser en las seis limpiezas, mientras que en las instituciones, tiene que hacer hincapié en la prevención adecuada de las prácticas de prevención de infecciones adecuadas, así como la atención

al recién nacido, lo cual se abordará más adelante. Las estrategias variarán según el lugar del parto y tipo de asistencia disponible durante el parto (Ver Tabla 5.12 para signos de peligro).

Partos complicados

Atraso #1: Reconocimiento del problema

Mientras que la información de los signos de peligro es importante, el principal objetivo es promover la adopción de los comportamientos saludables por parte de las mujeres, hogares, comunidades, personal de salud e instituciones. El cambio de comportamiento es un proceso complejo y evolutivo. Las estrategias de comunicación necesitan proveer información a mujeres en el reconocimiento de los signos de peligro, donde las mujeres pueden recibir servicios y cómo pueden llegar al servicio de salud a tiempo para tener un resultado favorable.

Todas las mujeres tienen derecho de tener un parto limpio; si se da en el hogar o en una institución, y al apoyo de su familia y ayuda de un proveedor capacitado.

Los mensajes de refuerzo necesitan tener como meta las personas que toman decisiones en el hogar, la comunidad en general y proveedores de salud, para que puedan apoyar a las mujeres a adoptar estas prácticas saludables y buscar servicios de una forma oportuna (Ver Sección de Educación en Salud).

Atraso #2: Toma de decisiones

La toma de decisiónes involucra un conjunto de procesos complejos con varias aprobaciones requeridas por varias personas antes de poder tomar alguna acción. En muchas culturas, las mujeres tienen la habilidad limitada, si es que tienen ésa, de influir en los procesos que influencian los comportamientos de búsqueda de salud. Las estrategias para incrementar el involucramiento en la toma de decisiones incluye: promover la comunicación en la pareja, promover la educación de las niñas y mujeres y capacitar en las habilidades de negociación.

Atraso #3: Llegar al Servicio de Salud

Los sistemas comunitarios que apoyan el acceso a los servicios de salud materna necesitan tener una ubicación específica y tratar con los problemas que reducen el acceso a los servicios de la atención de salud en la localidad. Existen tres barreras principales al acceso de servicios de salud:

1. mala comunicación;
2. mala infraestructura y falta de transporte; y
3. falta de recursos

La solución para estas barreras variará según el lugar. Por ejemplo, en un lugar la comunicación puede ser la solución para la falta de transporte, o los recursos pueden ser la forma para tener acceso al transporte. Es claro que si la comunidad no está involucrada en la definición de los problemas y soluciones, no habrá ningún éxito con los sistemas.

Atraso #4: Recibir tratamiento de calidad

Como se indicó anteriormente, el mejoramiento al acceso de los servicios de salud materna de calidad necesita ser un esfuerzo general. Existen muchos componentes interdependientes que necesitan funcionar, simultáneamente, para proveer los servicios de calidad. El sistema de salud puede:

1. tener un número no adecuado de servicios de salud para proveer los servicios, de acuerdo a las recomendaciones internacionales;
2. tener un número adecuado de servicios y personal, pero son mal distribuidos, lo que deja a ciertos segmentos de la población sin servir; o
3. tener un número adecuado de servicios pero con personal o equipo no suficientes para proveer los servicios de calidad (Ver Tabla 5.11 para servicios recomendados y número de servicios)

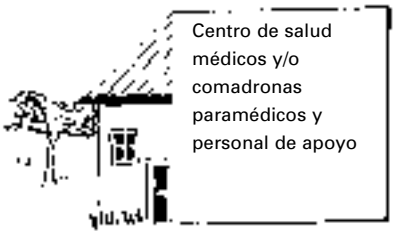
Las estrategias para mejorar la calidad de los servicios de atención obstétrica incluyen:

1. mejorar las habilidades clínicas e interpersonales del personal;
2. sistemas de manejo e información;
3. consejería y mejoras en los sistemas logísticos; y
4. actualizar la infraestructura física de las instituciones de salud (Ver la Sección de Mejorar los Servicios).

TABLA 5.12

SERVICIOS AMPLIOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA UN SERVICIO POR 500,000 PERSONAS

- Realizar operación quirúrgica bajo anestesia general
- Realizar extracción con ayuda (ej., legrado) de pedazos de placenta retenida
- Llevar a cabo extracción manual de pedazos de placenta retenida
- Realizar parto vaginal con ayuda (ej., extracción con aspiradora o parto con fórceps)
- Proveer sangre
- Administrar antibióticos parentéricamente (IV o IM)
- Administrar sedantes parentéricamente (IV o IM)
- Administrar oxitócicos parentéricamente (IV o IM)



SERVICIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA CUATRO SERVICIOS POR 500,000 PERSONAS

- Realizar extracción manual de pedazos/placenta retenida
- Realizar parto vaginal con ayuda (ej., extracción con aspiradora)
- Administrar antibióticos, sedantes (valium, sulfato de magnesio) y oxitócicos (ergometrina, pitocina) IM o IV y fluidos IV

PRIMEROS AUXILIOS OBSTÉTRICOS EN LA COMUNIDAD

- Masaje uterino / puntos de presión
- Puede ser capaz de administrar oxitócicos (ergometrina) sub-lingual /nasal/IM
- Proveer sales de rehidratación oral

Fuente: Feuerstein, 1993

Uno de los enfoques es un repaso periódico de los casos de muertes maternas, los caso "asi yerra" (mujeres que casi mueren) y muertes de recién nacidos. (Nota: para cada muerte materna existen casi cuarenta casos "casi yerra"). El uso de las auditorías médicas, o repaso de casos, puede ser una estrategia efectiva para evaluar su realización y asegurar el mejoramiento de las complicaciones obstétricas. Sin embargo, para que sean efectivos, es necesario realizarlos en un "espíritu de aprendizaje para mejorar la atención" y no en un ambiente de culpa o juicio.

TABLA 5.13

Mejores Prácticas Actuales
PARTO / MANEJO DEL RESULTADO DEL EMBARAZO

PARTO NORMAL EN EL HOGAR

- ➔ Uso de personal capacitado/prácticas limpias de parto (6 limpiezas)
- ➔ Minimizar prácticas dañinas y fomentar prácticas beneficiosas
- ➔ Lactancia materna inmediata
- ➔ Atención adecuada para el recién nacido (respiración, temperatura adecuada, seco, cuidado del cordón y ojos).

PARTOS COMPLICADOS

- ➔ Minimizar prácticas dañinas y fomentar prácticas beneficiosas
- ➔ Identificar oportunamente las complicaciones (sangrado, fiebre, trabajo de parto por más de 8 horas, hinchazón generalizada, fiebre) y pronta búsqueda de atención
- ➔ Movilización pronta de recursos (ej., dinero, transporte y donación de sangre)
- ➔ Primeros auxilios obstétricos en la comunidad (ej., compresión bimanual, sales de rehidratación oral, oxitócicos nasales, sub-linguales)
- ➔ Existencia de servicios funcionales de AOE (ej., medicinas adecuadas, suplementos médicos, equipo, personal capacitado, sistema SIG y supervisión)

  Servicios obstétricos básicos (centros de salud)
  - ✔ Fluidos, antibióticos, anticonvulsivos, oxitócicos IV
  - ✔ Extracción manual de pedazos/placenta retenida
  - ✔ Partos vaginales con ayuda (ej., fórceps)

  Servicios obstétricos amplios (incluye hospitales básicos)
  - ✔ Transfusión de sangre
  - ✔ Operaciones quirúrgicas/anestesia (dilatación y legrado o cesárea)

- ➔ Acceso a servicios de AOE
  - ✔ Elección informada sobre todos los procedimientos/tratamientos
  - ✔ Privacidad durante el examen, lo ideal, que sea por un proveedor que sea mujer
  - ✔ Tratada durante por lo menos una hora a partir del ingreso
  - ✔ Centros "Amigables" para la Mujer con servicios disponibles las 24 horas al día
  - ✔ Referencia y seguimiento de mujeres con complicaciones después de secreción

- ➔ Lactancia materna inmediata

- ➔ Atención adecuada a recién nacidos (ej., respiración, temperatura adecuada, seco, cuidado del cordón y ojo)

** Las mujeres que saben que son VIH positivas deben tener consejería con respecto al riesgo potencial de transmisión a través de la lactancia, y decidir si quieren dar lactancia y buscar por alternativas apropiadas, si necesario.

INTERVENCIONES Parto

Esta sección se divide en dos partes: partos normales y partos complicados. La Tabla 5.12 describe las Mejores Prácticas para las intervenciones en ambas áreas durante el parto.

Parto Normal

El parto abarca tres etapas del trabajo de parto y salida de la placenta.

Primera Etapa Signos de comienzo del trabajo de parto son contracciones periódicas, y/o dilatación del cérvix, derrame del fluido amniótico y secreción de sangre. La ruptura de las membranas es usualmente un signo de que el proceso de parto ha comenzado. Un partograma puede ayudar a la obtetriz a diagnosticar el progreso e identificar el momento en que sean necesarias las intervenciones.

Segunda Etapa Esta etapa usualmente dura una hora, pero no tiene un tiempo límite. El comienzo de esta etapa no es fácil identificarlo siempre, pero usualmente está marcado por lo siguiente: la mujer siente la urgencia de dar a luz, usualmente existe una dilatación completa del cérvix.

Tercera Etapa Esta etapa es el momento en que se separa la placenta. Los riesgos claves son una atonía uterina (suave, no contracción) y placenta retenida, que conlleva a la hemorragia postparto o pérdida de sangre (más de 500 ml). El manejo "activo" de esta etapa de parto incluye la administración de los oxitócicos, corte prematuro del cordón y tracción del cordón controlada. La OMS actualmente está coordinando la evaluación de las ventajas de las inyecciones oxitócicas en comparación con la administración oral de la prostaglandina. Ésta última puede realizarse por los trabajadores de salud de los niveles más bajos[98].

Durante el parto, la mujer debe tener a sus familiares presentes, quienes pueden proveer el apoyo psicológico y físico. Preferiblemente, la mujer debe tener un proveedor capacitado para ayudar durante el parto, pero en muchos países subdesarrollados esto aún no es factible. Las prácticas que agilizan el progreso del trabajo de parto sólo deberían realizarse por parte de una persona capacitada, con el monitoreo apropiado. En algunos lugares, se da tés que tienen oxitócicos naturales que podrían poner en riesgo los resultados del parto. En muchos países, las prácticas peligrosas, tales como el masaje abdominal, halar o voltear al bebé vigorosamente, animar a la mujer a empujar antes de que esté completamente dilatada, ponen en peligro a la mujer y también al recién nacido.

Los partos limpios afectan tanto los resultados maternos como los del recién nacido. Todas las mujeres tienen derecho a un parto limpio, sin importar si se da en el hogar o en una institución (Ver Tabla 5.13). Las prácticas tradicionales que introducen cualquier substancia en la vagina deben desanimarse. El lavado de manos apropiado, uso de guantes y esterilización apropiada de instrumentos y equipo es necesario en todas las instituciones de salud. La distribución de kits de parto seguro puede realizarse en los centros de salud, grupos comunitarios o mercadeo social. La parte más importante de este proceso es edificar estas prácticas para que las mujeres tengan su parto en un ambiente limpio y que, a la larga, sean las responsables de obtener estos materiales para asegurar el parto limpio.

TABLA 5.14
ELEMENTOS DE UN PARTO LIMPIO: LAS SEIS LIMPIEZAS

✔	Superficie limpia
✔	Hilo limpio para amarrar el cordón
✔	Persona que atiende el parto con manos limpias
✔	Cuchilla limpia para cortar el cordón
✔	Ropa limpia para envolver al bebé
✔	Ropa limpia para la madre

Fuente: OMS, 1996

Todas las mujeres deberían ser animadas a tener su parto con un proveedor capacitado (ej., enfermera, obstetriz o doctor) en su hogar o en un servicio de salud.

Todas las mujeres deberían ser animadas a tener su parto con un proveedor capacitado (ej., enfermera, obstetriz o doctor) en su hogar o en un servicio de salud. Se abordan los temas de la lactancia materna y la atención a los recién nacidos en la siguiente sección.

Partos complicados

Los cuatro atrasos mencionados anteriormente ocurren si surge alguna complicación durante el parto o período postparto y las intervenciones serían similares (ver Tabla 5.12). Para evitar el repetir lo dicho, se abordará el tema de los atrasos en esta sección. Los atrasos también tienen un impacto en los comportamientos de la búsqueda de salud para el recién nacido, y de los cuales se hablará en la sección del recién nacido.

Atraso #1: Identificación del problema: Posibles intervenciones para reducir los atrasos en reconocer el problema.

Muchos hombres y mujeres consideran que los resultados del embarazo, así como también la morbilidad y mortalidad debido a las complicaciones relacionadas con el parto, son normales o la voluntad de Dios. Se tiene que hablar de estas creencias con los hombres y las mujeres para poder comprender sus orígenes. En este proceso, los miembros de la comunidad pueden hablar de sus creencias, mientras que los trabajadores de salud comparten con ellos acciones que pueden tomar para que sobrevivan sus mujeres, hijas y recién nacidos.

Como se describió en la Sección de Educación en Salud, para influenciar el cambio de comportamiento, las estrategias de la comunicación necesitan comprender y reflejar las creencias, actitudes y prácticas del público objetivo. Una muestra representativa de las mujeres, personas clave que toman decisiones (ej., esposos, madres), líderes comunitarios y otras personas de influencia (ej., las CAT) específicas del contexto local necesitan estar involucrados y ser el blanco de los mensajes apropiados para crear un ambiente de apoyo para que la mujer tenga acceso a la atención.

Atraso #2: Toma de decisiones: Posibles intervenciones para tratar atrasos en la decisión de la búsqueda de atención.

Existen muchas razones de por qué las personas se atrasan en tomar decisiones para buscar atención. Algunas son sociales y otras tradicionales, tales como el valor de la mujer dentro de la sociedad o creencias en la medicina tradicional. Otras razones son económicas, tales como la falta de recursos para pagar el transporte o los servicios. Por último, en muchos lugares, aun cuando la CAT o un proveedor de salud sugiere que la mujer sea referida, la familia se rehusa debido a que no se fían de que se vaya a prestar buenos servicios en los servicios de salud o por parte del personal.

Las intervenciones para tratar los atrasos en la toma de decisiones necesitan ser de doble vía para 1) aumentar la capacidad de las mujeres para participar en los procesos de la toma de decisiones y 2) crear un ambiente de apoyo para decidir buscar atención por parte de las personas que actualmente toman las decisiones.

Debido a que otros miembros del hogar son personas clave en el proceso de la toma de decisiones, el cual varía según el área, es esencial que estos mismos sean el blanco a que se provee la información. Los mensajes necesitan enfocarse en el reconocimiento de los signos de peligro, comprensión de la importancia de actuar rápidamente y saber cómo llegar al servicio de salud y tener recursos para pagar por los servicios. Los conocimientos son importantes, pero no suficientes; los pasos a tomar tienen que expresarse para asegurarse de que se pueda actuar con rapidez, si es necesario.

Las intervenciones directas para empoderar a las mujeres pueden incluir la capacitación de la comunicación en la pareja, habilidades de negociación, abogacía y liderazgo y fortalecimiento de grupos de mujeres.

La importancia de los hombres en la comunidad tiene que ser reconocida. El esfuerzo de utilizar a los grupos masculinos ya existentes en la comunidad puede ser una estrategia efectiva para diseminar la información. Sin embargo, los programas necesitan asegurar que esto no sea un enfoque vertical. Los hombres necesitan estar completamente involucrados en el "proceso educativo y de empoderamiento" íntegro de la comunidad, y según el contexto, los temas a hablarse con los hombres pueden incluir:

1. quién acompañará a la mujer;
2. quién cuidará a los niños;
3. qué pasa si solamente hay proveedores hombres, y
4. permiso del esposo para viajar.

Las intervenciones que apoyan el establecimiento o fortalecimiento de una red de salud existente son beneficiosas porque proveen un foro de temas de discusión, abogan por el cambio y aumentan la efectividad del sistema de referencia entre la comunidad y los servicios. El mejorar los enlaces entre los trabajadores de salud, líderes comunitarios, las CAT, doctores de la comunidad y sector privado puede fomentar las prácticas de búsqueda de salud. Esto puede ser facilitado a través de: 1) Reuniones periódicas de un comité de salud; 2) Uso de personal de salud en capacitación a las CAT y trabajadores comunitarios de salud; 3) Las CAT, miembros de la familia y/o mujeres embarazadas que hacen la visita al hospital antes del parto; y 4) Desarrollo de un plan de acción que articula roles y contribuciones de varias partes. Además, muchas de las prácticas comunitarias no son dañinas (ej., posición de cuclillas para el parto) y pueden ser apoyadas por instituciones de salud, lo que aumenta la confianza y posiblemente promueva el uso de dichos servicios.

VIDA EN LA COMUNIDAD

Uno de los líderes comunitarios tenía una bella hija. Durante el parto, la hija tuvo dolores del trabajo de parto durante casi un día, pero nadie estaba preocupado porque pensaban que era normal. Después de varias horas, llamaron al doctor, pero él no podía aliviar su dolor. Finalmente, el padre decidió llevar a su hija al hospital. Le costó encontrar a un transportista que la pudiera llevar. Luego de un largo viaje, llegaron al hospital, pero el bebé nació muerto. El útero de la hija estaba roto y tenía que hacerle una histerectomía. Ahora su esposo tiene otra esposa y ella es degradada por ser infertil. Este hombre, con la ayuda de CARE, ha encabezado un fondo para el transporte comunitario – todos los líderes comunitarios han donado de su propio dinero – y un comité para acompañar a las mujeres al hospital. Esta comunidad ha decidido tomar acción para asegurar que esto no le pase a ninguna otra mujer en la comunidad. El hombre dice que si hubiera sabido, él la habría llevado al hospital enseguida.

CARE Bangladesh, Proyecto de Maternidad Segura

Atraso #3: Acceso: Posibles intervenciones para reducir el atraso en llegar al servicio de salud.

Llevar a las mujeres al lugar de referencia más cercano y apropiado es una tarea difícil en muchos países. Las mujeres frecuentemente necesitan tomar diferentes medios de transporte para llegar al servicio de salud. Muchas comunidades no tienen sistemas adecuados para obtener el transporte, pagar por estos servicios o informar al personal de salud que existe un problema. Los trabajadores de salud frecuentemente se rehusan a llevar a la mujer, y si acceden, cobran unas tarifas demasiado altas. Los atrasos ocurren en cualquiera de estas circunstancias o todas. A continuación se presentan algunas intervenciones potenciales para tratar estos atrasos.

- ➔ Mejorar las comunicaciones y relaciones entre las familias, comunidad y trabajadores de salud.
- ➔ Mejorar la habilidad de las familias para pagar por los servicios, a través de los ahorros individuales y préstamos comunitarios a bajo costo
- ➔ Mejorar los sistemas de transporte al trabajar con las comunidades locales. El transporte necesita estar a un precio razonable y disponible las 24 horas del día. Los trabajadores de transporte necesitan saber la ubicación de un servicio de atención de salud apropiado.
- ➔ Capacitar a las CAT y miembros de la comunidad en los primeros auxilios para poder estabilizar a la mujer hasta que pueda obtener la atención médica.
- ➔ Reducir la necesidad de los sistemas de transporte de emergencia al establecer los hogares de espera de maternidad.
- ➔ Ampliar los conocimientos de la comunidad en relación a los servicios de salud apropiados más cercanos y cómo accesar sus servicios.

LECCIONES APRENDIDAS CON RESPECTO A SISTEMAS DE COMUNICACIÓN/TRANSPORTE

Mientras que se trata de mejorar las comunicaciones en Sierra Leona, la Red PMM utilizó inicialmente motocicletas para reemplazar la ambulancia, pero esta práctica se descontinuó debido a las altas tasas de accidentes y costos de mantenimiento. Un sistema de radio resultó de mayor confiabilidad, eficiencia y menos costo[54]*. En Gambia, las ambulancias estaban disponibles en ciertas comunidades claves y se utilizaron carretillas haladas por animales o botes para retirar a las mujeres de esas comunidades a un lugar donde podían obtener transporte motorizado*[74]*.*

Elementos del Sistema de Comunicación/Transporte En cada lugar, variarán las necesidades de comunicación y transporte. Sin embargo, algunos principios comunes que deben existir para asegurar el acceso a los servicios de atención obstétrica se presentan a continuación.

1. Deben ser de fácil acceso (ej., la comunidad sabe dónde encontrarlos) a la comunidad que planea utilizarlos
2. Deben estar al alcance de pagarlos, en términos locales, para asegurar su uso.
3. Deben estar seguros (ej., puede que el transporte público en la noche no sea una buena opción)
4. Deben ser confiables (ej., los carros necesitan tener mantenimiento para que funcionen bien).
5. Deben ser adaptables para tratar con variaciones climatológicas (monzón).
6. Deben ser eficientes (ej., saber a cuál servicio ir).
7. Deben ser apropiados, culturalmente (ej., las mujeres desean ir en cierto medio de transporte).
8. Deben ser tecnológicamente apropiados (ej., las ambulancias no son necesarias en todos los lugares) para poder mantenerlos apropiadamente
9. Deben ser respaldados por la comunidad y por los transportistas
10. Deben estar disponibles las 24 horas del día.

Hogares de Espera de Maternidad

El concepto de llevar a las mujeres de alto riesgo a esperar cerca del servicio de salud para asegurar el acceso oportuno a los servicios apropiados comenzó como una forma de reducir la necesidad de un sistema de transporte de emergencia. Los hogares de espera de maternidad, típicamente cabañas, han sido implementados por varios países con grados variados de éxito. Un problema es que la selección de mujeres se basa en el riesgo y, como hemos indicado anteriormente, las complicaciones no pueden predecirse. Otro tema a tomar en cuenta incluye: involucramiento y apoyo comunitario, relación con el servicio de salud, costo (monetario y oportunidad) para la mujer y la familia, costo de mantener el servicio, relación con la familia y servicios apropiados para la mujer, tales como cocinar, lavar y un cuarto para que se queden los miembros de la familia.

LECCIONES EN HOGARES DE ESPERA DE MATERNIDAD

En Etiopía, un grupo de mujeres se involucró en planificar y apoyar al hogar, mientras que la comunidad donó materiales de construcción. Hubo un uso substancial de este servicio, con que se mejoraron los resultados maternos[75].

Estos hogares de espera gozan de más exito cuando se mantienen por la comunidad, satisfacen las necesidades de las mujeres y disponen de un enlace estrecho con las instituciones de salud. Una idea puede ser la de utilizar estos hogares de maternidad para la atención antes del parto y postparto. Los hospitales frecuentemente están colmados, por lo que sacan a las mujeres muy pronto. Sin embargo, si existe un servicio disponible cerca del hospital, ellas podrían ser evaluadas contínuamente, lo cual puede ser una alternativa factible.

El principio de los primeros auxilios obstétricos es proveer las medidas inmediatas que puedan estabilizar a la mujer y no hacer daño.

Limitaciones de recursos: En muchos países, los servicios de salud se supone que son gratis, pero existen muchos costos asociados (ej., transporte, medicinas, suplementos, alimentos, etc.) para obtener estos servicios. El costo, sumado con el hecho de que la mayoría de las familias no tienen pertenencias líquidas o dinero ahorrado para las emergencias, contribuye directamente, a los atrasos en decidir buscar atención y obtener los servicios. En muchos lugares, las familias deben vender su ganado, joyas y otros objetos de valor o adquirir préstamos con tasas de interés altísimas para obtener los fondos necesarios para pagar por los servicios obstétricos. La planificación del parto es una forma de tratar esta falta de recursos disponibles al tiempo del parto. Otro enfoque puede ser el de desarrollar un fondo comunitario, que hace disponible una donación o préstamo para la comunidad, específicamente para este propósito.

Primeros auxilios obstétricos: Los atrasos significativos ocurren a partir del momento en que se reconoce un problema, se toma una decisión de buscar servicios, se obtiene transporte hasta que se recibe atención. Durante este período la mujer puede deteriorarse seriamente si no se emplean algunas medidas fáciles. **El principio de primeros auxilios obstétricos es proveer las medidas inmediatas que puedan estabilizar a la mujer y no hacer daño[77].** La tabla 5.15 describe las acciones en las que un miembro de familia o una CAT puede capacitarse para realizarse en la comunidad y estabilizar a la mujer mientras se moviliza y se lleva a cabo la referencia.

Las medidas de emergencia (Ver Tabla 5.15) pueden ayudar a salvar la vida de las mujeres si, **al mismo tiempo,** se llevan a cabo las acciones necesarias para pedir ayuda y arreglar transporte a un servicio de salud que pueda manejar complicaciones obstétricas. En general, las mujeres necesitan: 1) mantenerse a una temperatura adecuada; 2) proveer rehidratación oral si está consciente y 3) animarlas a que tengan la vejiga vacía. Los Primeros Auxilios Obstétricos incluyen:

1. **reducir o parar el sangrado** al aplicar el masaje uterino (no fuerte) o compresión bi-manual;
2. **en caso de convulsiones,** tomar las medidas necesarias para impedir que la mujer se golpee antes de que se administren los anticonvulsivos; y
3. **en caso de fiebre o ruptura de membranas,** administrar antibióticos y antipiréticos oralmente, como medida temporal, antes de que sean transferidas[98].

LECCIONES APRENDIDAS ACERCA DE FONDOS DE EMERGENCIA EN LA COMUNIDAD

En Ekpoma, Nigeria, *pagar por servicios obstétricos era un problema serio. A través de la negociación con las comunidades, se iniciaron 13 fondos de préstamos. La contribución inicial vino de unos miembros de los PMM y luego miembros del clan donaron fondos. El fondo de préstamo estaba bajo el control del tesorero del clan. Cualquier mujer que necesitaba ayuda para los problemas del embarazo o parto podían aplicar a un préstamo. Se esperaba que la familia pagara la cantidad prestada con un dos por ciento de interés. La cantidad total del fondo prestado, luego de un año (para todos los 13 clanes) era de $793 y el préstamo típicamente requerido era de $7-$15. En un año, 456 personas aplicaron. De éstas, 380 fueron aprobados y el 96% pagaron*[76].

En Burundi, *el proyecto de Ayuda de Partos Seguros en el Hogar anima a las familias con mujeres embarazadas a comprar kits de parto en el hogar a un precio que es un tercio del valor de mercado. Los centros de salud solamente venden los kits de parto a mujeres que asisten a la atención prenatal o a aquellas con pocos factores de riesgo. Los centros de salud emplean los ingresos de las ventas para enviar a las mujeres con complicaciones al centro de referencia. La asistencia prenatal ha incrementado en un 50 por ciento y los partos institucionales incrementaron en un 10 por ciento.*

El Fondo Salvar a las Madres, *La Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos, en asocio con FNUAP, con el posible apoyo de Pharmacia y Upjohn, Inc., ha lanzado el proyecto del Fondo Salvar a las Madres. Unos equipos de obstetras/ginecólogos de los países desarrollados trabajarán con sus contrapartes en los países subdesarrollados para lanzar unos proyectos de demostración en Uganda, Pakistán y Nepal. Este asocio provee un foro para una fuerza poderosa y estratégica para ampliar el acceso de las mujeres a los servicios obstétricos.*

TABLA 5.15
¡¡¡EMERGENCIA!!! ¿QUÉ PUEDE HACER UNA CAT CAPACITADA?

DURANTE EL EMBARAZO	
Sangrado vaginal	✔ Animar a la mujer a consultar al doctor ✔ Explicar a la familia por qué la mujer debería evitar un trabajo manual pesado
Hinchazón de cara y manos	✔ Animar a la mujer a consultar a un doctor ✔ Explicar al esposo por qué la mujer debe descansar
No hay atención prenatal y el bebé tiene posición podálica o transversal entre la semana 34 - 40	✔ Instar a la mujer a tener el parto en el hospital ✔ Explicar al esposo por qué debe tener el parto en el hospital ✔ Explicar al esposo por qué debe tener el parto en el hospital
DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO	
Trabajo de parto por más de 12 horas	✔ Ayudar a la familia a arreglar rápidamente la referencia ✔ Mantener a la mujer a temperatura adecuada, tomando líquidos claros
El cordón está ajustado alrededor del cuello del bebé	✔ Deslizar suavemente el cordón sobre la cabeza del bebé para evitar la compresión del cordón, pero no con fuerza
Laceración vaginal	✔ Para una herida pequeña, usar vendas limpias para aplicar presión y parar el sangrado ✔ Para una herida profunda o cuando no para de sangrar, aplicar presión con vendas limpias y acompañar a la familia al servicio de salud
DESPUÉS DEL PARTO	
Bebé deprimido	✔ Mantener al bebé seco y a temperatura adecuada ✔ Quitar secreciones de la boca ✔ Estimular al bebé ✔ Resucitación de boca a boca, si necesario
La placenta no sale en 30 minutos	✔ Instar a la mujer a orinar ✔ Verificar la contracción (firmeza) del útero ✔ Poner al bebé en el pecho para que mame ✔ Si sigue el sangrado, ayudar a la familia a referir a la mujer al hospital
Mucho sangrado vaginal después de contraerse	✔ Frotar el abdomen de la mujer para ayudar al útero (NO FUERTE) ✔ Ayudar a la familia a referir a la mujer inmediatamente ✔ Mantener a la mujer a temperatura adecuada y tomando líquidos claros (SRO) ✔ Dar oxitócicos si está capacitada y si están disponibles
Fiebre, secreción vaginal con sangre	✔ Dar antibióticos a la mujer ✔ Explicar la limpieza del área genital ✔ Explicar el peligro de que una infección se propague a la corriente sanguínea sin tratamiento

Fuente: Feuerstein, 1995

Atraso #4: Recibir atención de calidad: Posibles intervenciones para reducir atrasos al recibir tratamiento de calidad en servicios de salud

- ➔ Capacitar a las obstetrices y doctores, especialmente a las doctoras, en las habilidades de salvamento.
- ➔ Mejorar los sistemas de apoyo para monitorear la calidad y reducir los procesos administrativos molestos que prolongan el tiempo de espera, especialmente para el reemplazo de sangre.
- ➔ Establecer / fortalecer un sistema de monitoreo continuo que puede estudiar los casos en términos de un manejo medico apropiado.
- ➔ Establecer un pabellón en el hospital que esté bien abastecido, donde las familias pueden comprar materiales necesarios (todo en un paquete) a un precio razonable.
- ➔ Trabajar para asegurar que el equipo sea funcional, que las prácticas apropiadas de control de infección sean utilizadas y que un sistema de control de inventario esté en marcha para mantener de forma regular suficientes reservas de medicinas y suplementos médicos.
- ➔ Trabajar para asegurar que los servicios se provean las 24 horas del día.
- ➔ Promover ambientes para las madres
- ➔ Trabajar para asegurar que los sistemas clave de apoyo sean útiles y operativos, tales como sistemas de manejo de información para referencias y seguimiento.
- ➔ Monitorear factores clave, tales como el tiempo de espera, la tasa de letalidad y las percepciones de las mujeres ingresadas a las instituciones, como los indicadores de la calidad.
- ➔ Involucrar a los guardias y recepcionistas para que las personas no queden fuera de los hospitales, sobre todo por la noche.

Un repaso de los casos, que permita un ambiente seguro para hablar de todos los factores que están relacionados con la muerte o "casi yerra" (mujeres que sobrevivieron, pero que estuvieron a punto de morir) puede ser un proceso útil. Puede que estos repasos también identifiquen un área en particular de donde son la mayoría de las mujeres y se puede realizar mayor investigación. Puede indicar que las mujeres están llegando muy tarde para ser tratadas y se puede hablar con la comunidad para averiguar cuáles son las barreras que impiden que las mujeres lleguen antes. Estos repasos también pueden identificar el manejo inapropiado de las complicaciones, que se tiene que corregir por medio de la capacitación y/o supervisión (Ver Secciones Mejora de los Servicios y Desarrollo del Recurso Humano).

Los servicios también pueden querer monitorear la tasa de letalidad debido a que es un indicador útil de la atención de calidad y refleja aquellos factores como:

- ➔ la severidad de la condición de la mujer a su ingreso,
- ➔ tiempo de espera
- ➔ carga de trabajo y competencia de los proveedores
- ➔ disponibilidad de medicinas, equipo y suplementos
- ➔ sistemas administrativos

La tasa de letalidad y la evaluación de los casos ayudan a identificar las áreas débiles en el sistema que necesitan ser abordadas. Una vez que se identifiquen estas áreas, las intervenciones apropiadas pueden seleccionarse e implementarse para abordar el tema de estas áreas.

VI. POSTPARTO MATERNO

Como se indicó anteriormente, se aplican muy bien los atrasos a este periodo, pero debido a que ya han sido mencionados, ya no serán repetidos en esta sección. Esta sección está organizada en tres componentes: atención normal postparto, atención post-aborto y complicación postparto. Las tablas 5.14, 5.15 y 5.16 muestran las mejores prácticas e intervenciones que pueden utilizarse para cada uno de estos componentes.

Refiriéndonos al Capitulo 1, se recordará que la mayoría de las muertes ocurren durante el periodo postparto. Desafortunadamente, muy poco se ha hecho en el periodo inmediato postparto (primeras 24 horas). **Deberían desarrollarse programas postparto para evaluar a las mujeres y recién nacidos durante las primeras 24 horas después del parto. Las mujeres que han tenido complicaciones y que han tenido el parto en un servicio de salud deberían quedarse por lo menos 24 horas para asegurar la salud adecuada de la madre y del recién nacido.**

ESTRATEGIAS Postparto Materno

Aún estamos aprendiendo cómo implementar los programas postparto, los cuales han sido negados tradicionalmente. Como resultado, esta sección de intervención no es tan detallada como la autora quisiera, debido a la escasez de programas.

Las estrategias para llegar a las mujeres durante las primeras 24 horas después del parto variarán según el lugar en que se llevó a cabo el parto. Sería mucho más fácil evaluar a la mujer y al recién nacido si ella tuviera su parto en una institución. Sin embargo, en muchos lugares estos servicios necesitan mucha mejoría. En un lugar donde la mayoría de los partos ocurren en el hogar, existe mayor confianza en la habilidad de la comunidad para detectar los signos de peligro y referir a un servicio de salud. Esto es especialmente importante en aquellas sociedades que mantienen a la mujer apartada durante los primeros 40 días del periodo postparto.

Esto puede hacerse a través del sistema formal de salud o al utilizar recursos comunitarios, tales como los trabajadores de salud comunitarios o los maestros de la primaria. Estas personas tienen acceso a las mujeres y recién nacidos y deben ser capaces de identificar los signos de peligro articulados en este documento (Ver Tabla 5.16).

Las estrategias para mejorar la atención post-aborto incluyen ampliar la referencia a los servicios apropiados que puedan proveer los servicios de aborto de calidad o manejo de complicaciones. Además, los servicios e información de planificación familiar son necesarios para prevenir los embarazos repetitivos, ya que la fertilidad de la mujer vuelve luego del aborto.

INTERVENCIONES Postparto Materno

Postparto Normal

La atención postparto debería incluir un diagnóstico de la madre y del recién nacido. (La atención al recién nacido se presenta en la siguiente sección). La atención materna debería incluir: el diagnóstico de nivel de fondo, patrones de sangrado y tipo y cantidad de secreción, identificación de complicaciones maternas y/o del recién nacido, consejería en nutrición, información acerca del retorno a la fertilidad y las opciones de planificación familiar, ayuda con la atención del recién nacido, cuidado del cordón, importancia de la lactancia materna frecuente y exclusiva y la necesidad de y la provisión potencial de las inmunizaciones.

Cada lugar necesitará determinar quiénes son las personas mas apropiadas (p.ej., los trabajadores de salud, los maestros de educación primaria, las CAT o el curandero tradicional) para llegar a estas mujeres. Las intervenciones deben fomentar la colaboración entre la persona seleccionada en la comunidad y los trabajadores de salud para así facilitar un sistema de referencia efectivo.

La lactancia materna frecuente y exclusiva puede resultar en la ausencia de la menstruación durante el período de lactancia, que es una forma de regular la fertilidad para muchas mujeres. Esto puede ser un método efectivo de PF si las mujeres son aconsejadas adecuadamente acerca de su ovulación y retorno a la fertilidad.

La agenda recomendada para las visitas postparto como descrita en "Madre Saludable, Recién Nacido Saludable" de la ACNM es:

1. Primera visita seis horas después del parto.
2. Segunda visita 3 días después del parto.
3. Tercera visita 14 días después del parto.
4. Cuarta visita 40 días después del parto[62].

Sin embargo, puede que no sea factible. Es importante que la mujer reciba servicios en las primeras 24 horas para tratar la hemorragia postparto y de tres a cinco días después del parto para identificar cualesquier infecciones y sepsia.

TABLA 5.16

Mejores Prácticas Actuales
POSTPARTO MATERNO

Materno Normal

➔ Monitorear a la madre y al recién nacido:

IDEAL		RECOMENDADO	
Primera visita	**Primeras 6 horas**	**Primera visita**	**En las primeras 24 horas**
Segunda visita	**3 días después del parto**	**Segunda visita**	**De 3 a 5 días después del parto**
Tercera Visita	**14 días después del parto**	**Tercera Visita**	**De 3 a 5 días después del parto**
Cuarta Visita	**40 días después del parto**		

➔ Minimizar prácticas dañinas y fomentar prácticas beneficiosas.
➔ Suplementación postparto de Vitamina A (200,000UI) en el primer mes.
➔ PF postparto (mini-píldora, DIU, AQV inmediatamente, otras después de 6 semanas).
➔ Cuidado de los senos.

SIGNOS DE PELIGRO A MONITOREAR

➔ **Hemorragia postparto**
- ✔ Mucho sangrado (ej., empapa una toalla/venda cada hora en las primeras 8 horas, empapa una toalla/venda cada 2 horas en las 8 horas siguientes
- ✔ Conmoción (ej., sudor, fríos, frío y humedad, desmayos, pulso rápido y débil)
- ✔ Útero atónico (suave)
- ✔ Rotura/laceración

➔ **Placenta retenida**
- ✔ No hay signo de separación de placenta (alargamiento del cordón, brote de sangre) dentro de los 15 minutos después del parto
- ✔ Placenta no sale dentro de los primeros 30 minutos después del parto
- ✔ Útero atónico / mucho sangrado

➔ **Asepsia**
- ✔ Fiebre con o sin escalofríos (usualmente 3-5 días)
- ✔ Mal olor / cambio en la secreción
- ✔ Útero blando/útero atónico
- ✔ Convulsiones / rigidez

➔ **Eclampsia**
- ✔ Edema facial y/o en manos (no hinchazón de tobillos)
- ✔ Presión arterial elevada
- ✔ Dolor de cabeza, alteración visual, convulsiones de delirio
- ✔ Menor orina

Materno Complicado

➔ Acceso a los servicios de AOE (tratamiento de complicaciones e infecciones, morbilidades como fístula, prolapso uterino y laceraciones).
➔ Minimizar prácticas dañinas y fomentar prácticas beneficiosas.

Atención Postparto

Como se indicó anteriormente, casi 20 millones de mujeres tienen abortos peligrosos (inducidos) cada año y por lo menos el 20 por ciento de ellas necesita la atención médica para tratar las complicaciones[1]. Las mujeres necesitan tener acceso a los servicios de emergencia de calidad, información y servicios de planificación familiar para prevenir los embarazos repetitivos. Varios donantes proveen la capacitación en servicios de aborto (ej., FNUAP, SIDA). Otros donantes tales como USAID **NO** proveen el apoyo para servicios de aborto. Ellos apoyan los servicios para tratar las complicaciones de aborto (atención post-aborto). CARE tampoco apoya los servicios de aborto. **Sin embargo, comprendemos la seriedad del problema de los abortos peligrosos y la magnitud de sus consecuencias que resultan en millones de muertes y lesiones a mujeres alrededor del mundo cada año. Por lo tanto, apoyamos los servicios de atención post-aborto que proveen el tratamiento de las complicaciones de aborto y promueven la información y servicios de planificación familiar post-aborto.**

Las mujeres no reciben tratamiento médico oportunamente para las complicaciones de abortos y estos atrasos ponen sus vidas en riesgo.

Los servicios de atención post-aborto (PAC, por sus siglas en inglés) incluyen tres componentes:

Atención de emergencia rápida para tratar las complicacione;s

Atención apropiada para tratar complicaciones; y

Servicios generales, que incluyen el acceso a otros servicios de salud reproductiva, especialmente la planificación familiar[19,78].

Debido a que el aborto es un tema sensible en muchos lugares, los programas necesitan comenzar donde se presentan las oportunidades de éxito dentro de dicho contexto. Los servicios PAC no tienen que ser provistos en el orden en el que se presentan a continuación.

Atención de Emergencia Rápida: Frecuentemente las mujeres no reciben pronto el tratamiento medico y estos atrasos ponen en peligro la vida de ellas. El descentralizar la atención de emergencia puede reducir los atrasos al ofrecer servicios PAC más cerca de donde viven las mujeres. Al mismo tiempo, el sistema formal de referencia necesita ser fortalecido en muchos lugares para ayudar a la mujer a obtener rápidamente los servicios requeridos para prevenir la mortalidad y morbilidad.

Atención apropiada: La mayoría de las mujeres que buscan atención de emergencia sufren de un aborto incompleto, el cual si se deja sin tratamiento, puede conllevar a una hemorragia, infección y muerte. En muchos países, el procedimiento más común es curetaje afilado, conocido más como la dilatación y legrado, que requiere un medico, quirófano y anestesia general. La aspiracion manual **(MVA) es el procedimiento preferido porque es de menor riesgo, menor dolor y menos costoso.** Se puede hacer con la anestesia local y algunos países han capacitado con éxito a unas obstetrices a llevar a cabo este procedimiento[19, 78].

LAS OBSTETRICES PROVEEN LOS SERVICIOS PAC

En Ghana, *las obstetrices han sido capacitadas en MVA con resultados muy positivos. Esto ha causado una gran diferencia en la calidad de atención que pueden proveer. Anteriormente, debido a que las complicaciones de los abortos usualmente son emergencias, las obstetrices trataban de hacer algo para ayudar a la mujer, pero no tenían las habilidades ni el equipo para proveer los servicios. Después de la capacitación, las obstetrices se han sentido más seguras al proveer los servicios, debido a sus nuevas habilidades. También ha aumentado el acceso ya que hay mas obstetrices que doctores y el procedimiento puede hacerse a un nivel bajo del sistema de salud. Por último, el apoyo de un buen sistema de referencia aseguró que cualesquiera complicaciones que surjan pueden ser tratadas apropiadamente y de forma oportuna*[58].

Servicios amplios: Muchas mujeres tratadas por complicaciones de aborto (inducido) desean evitar el embarazo, pero menos de un tercio de las mujeres que reciben atención por aborto han usado contraceptivos[17]. Aunque un aborto (inducido) y sus complicaciones ponen en tensión a la mujer, es importante proveerla con la información acerca de su retorno a la fertilidad, diferentes opciones y servicios disponibles de PF, si ella decide usar un método contraceptivo. En muchos lugares, la atención de emergencia para las mujeres con complicaciones de aborto son provistas por pabellones de maternidad y se proveen servicios de PF en el departamento para las pacientes no hospitalizados. Estos servicios son provistos por diferente personal y están separados geográficamente. En muchos lugares, los servicios de PF no son provistos diariamente. Los estudios han encontrado que la forma más efectiva para proveer los servicios generales es si el personal del pabellón de maternidad está capacitado para proveer la información y el servicio de PF en el pabellón. Un enfoque alterno es proveer un mecanismo para el personal de PF para realizar visitas de forma regular a los pabellones de maternidad y proveer estos servicios[19,78].

Postparto Complicado

Como se indicó anteriormente, si se identifican algunas complicaciones durante el periodo postparto, los atrasos de que se habló anteriormente durante el parto influyen de forma similar en el acceso o recibo de servicios de calidad (Ver Tabla 5.14). Lo ideal es que deberían ser desarrollados los programas para evaluar a las mujeres y recién nacidos en las primeras 24 horas después del parto, y si surge una complicación, referir rápidamente a las mujeres. Las mujeres que dan a luz en una institución y que experimentan complicaciones deberían quedarse por lo menos 24 horas después del parto, con evaluaciones continuas y seguimiento planificado. Un sistema de retroalimentación debería realizarse para informar al personal del centro y puesto de salud que una mujer o recién nacido ha tenido un problema y debería ser evaluado continuamente.

La Tabla 5.16 trata de ilustrar quién puede ser el responsable de monitorear los signos de peligro. Esto variara por el contexto, según los varios papeles de la mujer, miembros del hogar involucrados en la toma de decisiones y su atención, personas disponibles en la comunidad y el sistema de salud. Los países, distritos y/o comunidades deberían adaptar esta Tabla para reflejar su situación local. La Tabla 5.17 presenta los servicios postparto imprescindibles y requeridos por las mujeres.

TABLA 5.17

Mejores Prácticas Actuales
ATENCIÓN MATERNA POSTPARTO

SIGNOS DE PELIGRO: 24 HORAS POSTPARTO

Signo de Peligro	Individuo Parto en el Hogar	Hogar Parto en el Hogar	Persona de la comunidad con recursos Parto en el Hogar	Parto en una Institución
Mucho sangrado	♦	*	*	♦
Útero atónico	*	*	♦	♦
Placenta (retenida)		*	♦	♦
Placenta (salida parcial)			♦	♦
Commoción (desmayo, frío, frío y húmedo)		*	♦	♦
Convulsiones		*	♦	♦
Dolor de cabeza/ alteración visual	♦	*		*
Desgarre/ laceraciones		*	♦	♦
Menor orina	♦	*		♦
Menor presión arterial		*		♦

SIGNOS DE PELIGRO: PRIMERA SEMANA POSTPARTO

Signo de Peligro	Individuo Parto en el Hogar	Hogar Parto en el Hogar	Persona de la comunidad con recursos Parto en el Hogar	Parto en una Institución
Fiebre/escalofríos	♦	♦	*	♦
Mal olor	♦	*		♦
Cambio en dilatación y letargo	♦	*	*	♦
Sensibilidad Abdominal	♦	*		♦

♦ Responsabilidad principal *Rol de apoyo

Los hogares incluyen a aquellos miembros del hogar que pueden ayudar o estar presentes en el parto (ej.,. madres, hermanas, parientes políticos). La comunidad incluye a las CAT, trabajadores en salud.

TABLA 5.18

Mejores Prácticas Actuales
ATENCIÓN MATERNA POSTPARTO

SERVICIOS: 24 HORAS POSTPARTO

Signo de Peligro	Individuo Parto en el Hogar	Hogar Parto en el Hogar	Persona de la comunidad con recursos Parto en el Hogar	Parto en una Institución
Identificar al dador cuidado	♦	*	*	♦
Monitorear signos de peligro	♦	*	♦	♦
Iniciar LM	♦	*	*	♦
Enseñar prácticas de LM		*	♦	♦
Proveer PF			*	♦
Enseñar sobre higiene/ limpieza	*	♦	*	♦

SERVICIOS: PRIMERA SEMANA POSTPARTO

Signo de Peligro	Individuo Parto en el Hogar	Hogar Parto en el Hogar	Persona de la comunidad con recursos Parto en el Hogar	Parto en una Institución
Visitade salud	*	*	♦	♦
Promover nutrición		*	♦	♦
Proveer Vitamina A	*	*	♦	♦
Consejería de PF		*	♦	♦

SERVICIOS: PRIMERA SEMANA POSTPARTO

Signo de Peligro	Individuo Parto en el Hogar	Hogar Parto en el Hogar	Persona de la comunidad con recursos Parto en el Hogar	Parto en una Institución
TT (si necesario)		*		♦
PF (DIU, Depo/AQV)		*	♦ *	♦
Visita de salud	*	*	♦	♦

♦ Responsabilidad principal *Rol de apoyo
Los hogares incluyen a aquellos miembros del hogar que pueden ayudar o estar presentes en el parto (ej.,. madres, hermanas, parientes políticos). La comunidad incluye a las CAT, trabajadores en salud.

VII. RECIÉN NACIDO

Desafortunadamente, la atención a los recién nacidos ha sido un área negada, por lo que existe muy poca información, particularmente a nivel operativo, en cómo proveer la buena atención a recién nacido a nivel comunitario o en los servicios de salud periféricos para tratar la mortalidad y morbilidad prenatal y neonatal.

Como se dijo en el Capitulo 1, cada año casi 8 millones de fetos/recién nacidos mueren en la ultima etapa del embarazo, el parto o luego del parto como resultado de la mala atención materna y/o el manejo inadecuado de las complicaciones relacionadas con el embarazo. La OMS estima que un 85% de las muertes de los recién nacidos se deben a infecciones, asfixia al nacer o lesiones de parto (Ver Tabla 1.13).

La mayoría de las muertes neonatales y por lo menos la mitad de los nacimientos de niños muertos son el resultado de los problemas que surgen durante el embarazo, parto y/o el periodo postparto. Más de dos tercios de las muertes de los recién nacidos son de unos bebés completamente desarrollados y nacidos en el tiempo oportuno y aparentemente bien equipados para la vida. Estos niños podrían haber sido saludables si se les hubiera proporcionado la atención apropiada. El ayudar a estos niños a crecer saludables no requiere ninguna tecnología cara; solamente medidas preventivas sencillas y rápidas de atención al recién nacido[12].

MEJORES REFERENCIAS

Organización Mundial de la Salud (Junio 1995). **Essential Newborn CARE: A Report of a Technical Working Group** (El cuidado esencial al recién nacido: Un informe de un grupo de trabajo técnico). Génova: OMS.

Stolls. B. (Marzo 1997). **"The Global Impact of Neonatal Infection"** (El impacto global de la infección neonatal). Clinics in Perinatology, Vol. 24: No 1.

Organización Mundial de la Salud. (Junio 1995). **Management of the Sick Newborn: A Report of a Technical Working Group** (EL manejo de un recién nacido enfermo: Un informe de un grupo de trabajo técnico). Ankara: OMS.

ESTRATEGIAS **Recién Nacido**

La mujer embarazada y el feto son simbióticos y las intervenciones para mejorar los resultados para uno están íntimamente enlazadas a los resultados del otro (como se presenta en la Figura 5.1).

Las estrategias para mejorar los resultados del recién nacido incluyen: la mejora en las prácticas del parto normal para evitar la asfixia y el trauma al nacer; atención esencial al recién nacido, identificación de bebés con BPN y supervisión continua del progreso y monitoreo continuo de los signos de peligro en los primeros siete días. El lugar del parto y el tipo de proveedor que asiste el parto afectarán estas estrategias.

La Tabla 5.19 describe la atención esencial al recién nacido y los signos de peligro a monitorearse y referirse para tener un resultado favorable.

TABLA 5.19

Mejores Prácticas Actuales

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Atención Preventiva al Recién Nacido (Buena Salud Materna)

- ✔ Provisión de TT y VHA
- ✔ Nutrición adecuada
- ✔ Tratamiento de infecciones (las ITS, malaria, anquilostoma)
- ✔ Parto limpio
- ✔ Manejo apropiado de complicaciones

Atención Esencial al Recién Nacido (Primeras 24 horas)

- ✔ Cuidado de la respiración
- ✔ Temperatura adecuada
- ✔ Cuidado del cordón
- ✔ Cuidado profiláctico del ojo
- ✔ Lactancia materna inmediata

Recién Nacido Normal (Beneficioso)

- ✔ Peso y registro

Cuidado del Recién Nacido (Primeros 7 días)

- ✔ Temperatura adecuada
- ✔ Lactancia materna exclusiva
- ✔ BCG, OPV, hepatitis B
- ✔ Monitorear signos de peligro listados a continuación

SIGNOS DE PELIGRO PARA RECIÉN NACIDOS
BUSCAR ATENCIÓN INMEDIATA

EN EL PARTO
No respira
Color de la piel amarillenta (ictericia)

Respiración **difícil** (mayor de 60 respiraciones)
Convulsiones

PRIMEROS 7 DÍAS
Hipotermia/Fiebre/Escalofríos
Color de la piel pálido y azul, incluyendo palmas y plantas del pie
No mama
Mama muy poco /
No está activo
Rigidez
Diarrea / estreñimiento
Ojos hinchados y rojos con secreción
Rojez alrededor del cordón

INTERVENCIONES **Recién Nacido Normal**

Muchas veces las intervenciones pueden ser efectivas para la mejora de los resultados neonatales, que incluyen:

- ➔ Mejorar la salud de las mujeres **antes de quedar embarazadas,** al comenzar con la buena nutrición, reservas adecuadas de hierro, peso suficiente antes del embarazo y buena salud general, sin infecciones (ej., malaria);
- ➔ Mejorar la salud de las mujeres **durante el embarazo,** con buena nutrición, hierro adecuado, vacuna TT, tratamiento de infecciones endémicas;
- ➔ Mejorar la salud de las mujeres **durante el parto,** al asegurar los partos limpios y seguros (minimizar la asfixia);
- ➔ Atención esencial al recién nacido; y
- ➔ Manejo de los recién nacidos enfermos apropiada y rápidamente

Los estudios han encontrado que los trabajadores comunitarios han tenido éxito en el monitoreo de la hipotermia, identificación del bajo peso al nacer y manejo de la neumonía si son capacitados y supervisados apropiadamente.

ATENCIÓN A RECIÉN NACIDOS

Todos los recién nacidos necesitan la atención básica. La limpieza en el parto, temperatura adecuada, lactancia materna oportuna y exclusiva, cuidado de los ojos, inmunizaciones y resucitación cuando sea necesario.

Algunos recién nacidos necesitan más atención. Los recién nacidos enfermos necesitan un reconocimiento oportuno de los signos de peligro y tratamiento rápido.

Los recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer necesitan más atención básica. Estos recién nacidos necesitan más: 1) limpieza y temperatura adecuada para asegurar que no adquieran infecciones; 2) más atención de lactancia porque puede que se les dificulta el mamar y 3) reconocimiento y tratamiento más efectivos de infecciones.

UNICEF, 1998

Parto Limpio: (Ver Tabla 5.12) El lavar al bebé y arroparlo con ropa limpia puede reducir las infecciones generales, lo que puede conllevar a la sepsia si no se trata. Cortar el cordón con una cuchilla limpia reduce el tétanos neonatal (cerca de 500,000 casos anualmente). Al cordón umbilical no se tiene que aplicar nada, se desecará si se expone al aire sin ropaje, vendajes o vendas. No se necesitan antisépticos, pero la madre debería mantenerlo limpio y seco[9]. Las prácticas tales como poner lodo, aceite u otros materiales en el cordón deben evitarse. El cordón es una de las principales fuentes de la infección neonatal.

Protección térmica: El infante normal es más sensible a la hipotermia durante las primeras 6-12 horas después del parto. La hipotermia puede ocurrir fácilmente en un recién nacido si se le deja expuesto y mojado, por ejemplo si esperan a atender al bebé hasta el alumbramiento y se corta el cordón. Las familias necesitan reconocer los signos que indican la hipotermia y cómo volver a dar calor al bebé. La mejor forma de dar calor al recién nacido es a través del contacto piel a piel, algunas veces llamado método kanguro. Otros métodos incluyen el arropar al bebé en capas de ropas calientes y usualmente botellas con agua caliente. Algunas culturas requieren bañar al bebe luego del parto, pero no es necesario y puede ser importante asegurarse que el bebe esté caliente[9].

LECCIONES APRENDIDAS

En Nepal, las CAT fueron capacitadas para tomar la temperatura por el recto. Encontraron que el 58 por ciento de los recién nacidos que nacieron entre enero y marzo tuvieron temperaturas menores de 35°C dentro de las 12 horas de parto. Las CAT fueron capacitadas para: 1) arropar/calentar al bebé inmediatamente en lugar de dejarlo hasta que se corte el cordón; 2) aplazar el baño; y 3) mantener la cabeza del bebé cubierta[11].

Lactancia materna exclusiva y temprana: La lactancia materna provee la nutrición óptima, así como un valor protector durante los primeros 6 meses. La lactancia materna protege al infante de varias enfermedades virales y bacteriales.

No existe ninguna evidencia que apoye la provisión de alimentos suplementarios, agua, glucosa o fórmula antes del cuarto mes y preferiblemente antes del sexto mes. En caso de los partos en instituciones, el quedarse en el hospital debería ser fomentado porque facilita la lactancia materna, promueve la adhesión entre la madre y el niño y ayuda a prevenir las infecciones nosocomiales.

Como se indicó anteriormente, el VIH puede ser transmitido a través de la lactancia materna (aproximadamente un 14% a través de la lactancia materna). Los países necesitan elaborar políticas y programas que consideren la prevalencia del VIH para las prácticas de lactancia materna, alternativas para la leche materna e incremento potencial en otras causas de la mortalidad infantil. La política de UNAIDS/UNICEF/OMS declara que las "mujeres que se sabe son VIH positivas no deberían de dar la lactancia materna", pero la mayoría de las mujeres de los países subdesarrollados no saben de su estado y pueden no tener acceso a la consejería y servicios de prueba[68].

Los recién nacidos tienen muy poca oportunidad de ser tratados apropiadamente para evitar la muerte.

Prevención y manejo de las infecciones del ojo: La oftalmia neonatal, conjuntivitis con secreción, usualmente aparece de dos a cinco días después del nacimiento. Las principales causas de esta infección son la gonorrea y las enfermedades venéreas. La tasa de transmisión de madre a feto, por gonorrea, es del 30 al 50 por ciento; las complicaciones ocurren rápidamente y son más severas que por las enfermedades venéreas. Un uno por ciento de la solución del nitrato de plata, un uno por ciento de tetraciclina o un 0.5 por ciento de ungüento de eritromicina deberían utilizarse dentro de la primera hora de nacimiento para prevenir la oftalmia neonatal. (Nota: el nitrato de plata no es efectivo contra la enfermedad venérea).

Si el recién nacido desarrolla la oftalmia neonatal, la decisión de regímenes de tratamiento debería ser basado en la prevalencia de los diferentes tipos de las ITS en la localidad, nivel de resistencia y disponibilidad de medicamentos (Ver Tabla 5.10 para los protocolos de tratamiento[67].

Inmunizaciones: La OMS recomienda que se dé **(BCG)** tan pronto como sea posible después del parto; una sola dosis de la vacuna oral contra la polio (OPV) en el nacimiento o en la primeras dos semanas y Hepatitis B tan pronto como sea posible al nacer. En muchos países los niños reciben BCG y OPV, pero usualmente no es hasta las 6-8 semanas después de nacer[9].

INTERVENCIONES Recién Nacido con Complicaciones

Los recién nacidos tienen una probabilidad mínima de ser tratados apropiadamente para prevenir la muerte. Los atrasos en recibir los servicios de calidad se deben a la falta de conocimientos de las mujeres y de los signos de peligro, grandes distancias de los servicios, tabúes culturales y prácticas que inhiben a los recién nacidos a adquirir atención, trabajadores de salud capacitados inadecuadamente e instituciones de salud mal equipadas.

Atraso #1: Intervenciones para reducir el atraso en reconocer el problema.

Varias encuestas demográficas y de salud han mostrado que muchas mujeres no reconocen los signos y síntomas de neumonía, deshidratación u otras infecciones para sus niños mayores, por lo que es improbable que sepan qué hacer por sus recién nacidos.

- ➔ Mejorar el reconocimiento de los signos de peligro en recién nacidos, a través de la educación a las mujeres.

Atraso #2: Intervenciones para reducir el atraso en decidir buscar atención.

Los estudios han encontrado que no se ha llevado a los niños a los servicios de atención en salud de forma oportuna. En algunos lugares, aun cuando los trabajadores en salud han identificado que los recién nacidos están enfermos (ej., neumonía), las familias rehusan llevar al bebé al servicio de salud[9,10].

- ➔ Educar a los miembros de la familia sobre la importancia de buscar atención oportuna y apropiadamente para los recién nacidos, si se identifica un signo de peligro.
- ➔ Capacitar a una persona comunitaria para fomentar la referencia, si necesaria.

Atraso #3: Intervenciones para reducir el atraso en llegar al servicio de salud.

Como se describió anteriormente, la comunicación, transporte y recursos pueden ser las principales barreras para llegar al servicio de salud de forma oportuna.

- ➔ Capacitar a los trabajadores comunitarios en la resucitación al recién nacido, tratamiento de las IRA y diarrea en la comunidad y referir a un servicio apropiado
- ➔ Ampliar los conocimientos a través de los esfuerzos de comunicación sobre dónde quedan los servicios apropiados más cercanos y cómo llegar allí.

Atraso #4: Intervenciones para reducir los atrasos en recibir el tratamiento de calidad en el servicio de salud.

Muchos del personal de salud no están capacitados o equipados adecuadamente para manejar apropiadamente a los recién nacidos enfermos, lo que frecuentemente resulta en muertes neonatales. En la India, Pakistán, Malasia y Tailandia la tasa de letalidad para niños llevados al hospital con la sepsia neonatal osciló entre el 27 y el 69 por ciento, lo que es bastante alto. Estas tasas indican que con la capacitación en la identificación y manejo rápido y apropiado de las enfermedades de recién nacidos se podría progresar de forma importante hacia una atención mejor y resultados más favorables[12].

- ➔ Capacitar a los trabajadores en salud para diagnosticar y manejar apropiadamente las enfermedades de los recién nacidos.
- ➔ Trabajar para asegurar que el equipo sea funcional y un sistema de control de inventario sea establecido para mantener de forma regular un suministro adecuado de medicinas.

Inicio de respiración y resucitación: Si un recién nacido no llora después de la primera estimulación al secarlo, se debe llevar a cabo la aspiración por las vías de respiración. Sin embargo, puede que esto no sea suficiente para iniciar la respiración y se necesite la resucitación activa si el infante aún no comienza a respirar.

Los recién nacidos frecuentemente tienen dificultades de respirar después de un trabajo de parto prolongado o parto obstruido, infección y premadurez, lo cual puede ser anticipado por el proveedor, y podría tener preparadas las provisiones para la resucitación. En el norte de la India, la asfixia al nacer era tal problema que las CAT fueron capacitadas para resucitar a los recién nacidos, lo cual tuvo resultados positivos[11]. En las instituciones de salud, el personal debería estar capacitado y equipado para resucitar apropiadamente al recién nacido. La OMS tiene una guía práctica en "Resucitación al Recién Nacido a Nivel de Centros de Salud".

Manejo de enfermedades de los recién nacidos: Debido a que una gran proporción de los nacimientos ocurren en el hogar, las familias y comunidades necesitan comprender que un resultado positivo depende del rápido reconocimiento y manejo.

LECCIONES APRENDIDAS

Una ONG en la India experimentó con el manejo de los casos de neumonía por parte de los trabajadores de salud comunitarios (los TSC) y las CAT. Ellos capacitaron a los TSC y las CAT para diagnosticar la neumonía, basado en la rápida velocidad de respiración, inflamación nasal y el pecho "in-drawing". En el proyecto se desarrolló un contador de respiración (reloj de arena) que medía un minuto para poder contar las respiraciones. La mayoría de los casos de neumonía ocurrieron durante el primer mes de vida. Las CAT tuvieron la mayor carga de casos con 50, mientras que los TSC tuvieron 33, pero tuvieron tasas de letalidad similares. La mortalidad neonatal debida a la neumonía bajo un 44%. (Ver Capítulo 6)[79].

Las tasas de letalidad para las infecciones severas bacterianas (ej., neumonía) son altas y es importante referir rápidamente al infante. Algunas CAT han sido capacitadas para dar el tratamiento con Co-trimxoazone y referir con algo de éxito. Los miembros de la familia y trabajadores comunitarios necesitan capacitarse para reconocer los signos de peligro y saber a dónde ir para obtener los servicios. También deben saber si el recién nacido tiene problemas al dar de mamar o si es menos activo, lo que puede ser un signo de infección y se debe buscar ayuda.

Las tasas de letalidad son altas en los servicios de referencia (ej., hospitales distritales), que es el resultado de: 1) Llevar muy tarde al infante; 2) Una falta de medicinas y suplementos suficientes; y 3) Proveedores no capacitados. El personal de salud necesita ser capacitado en el diagnóstico y manejo apropiado de los casos de las principales enfermedades en la localidad para asegurar un resultado favorable. Un repaso de los casos neonatales puede ser muy útil para identificar las áreas de mejora.

La falta de reportes de muertes perinatales/neonatales es un problema serio en los países subdesarrollados. Los sistemas de registro demográfico frecuentemente son inadecuados y necesitan ser fortalecidos. En la institución, el repaso de los casos puede consistir en las entrevistas con los proveedores, el repaso de los registros médicos y otros datos para averiguar las causas clínicas y sociales de la muerte. En el hogar, se puede llevar a cabo una autopsia verbal al entrevistar a los miembros de la familia para determinar las causas médicas y no médicas de la muerte.

Todos los niños enfermos deberían recibir Vitamina K intramuscularmente para ayudar a reducir la probabilidad de las enfermedades hemorrágicas. Estos recién nacidos también deberían ser considerados hipoglicémicos y necesitan tomar continuamente leche materna y líquidos intravenosos si están deshidratados[10]. Los protocolos del tratamiento pueden variar en cada lugar, pero en la Tabla 5.20 se muestran algunos tratamientos sugeridos.

TABLA 5.20
TRATAMIENTO PREFERIDO PARA INFECCIONES DE RECIÉN NACIDOS

1. Sepsia	(IV hasta que mejora, luego IM 10 días)
Tratamiento Preferido:	Ampilicina
Tratamiento Alterno:	Gentamicina
2. Meningitis	(IV hasta que mejora, luego IM 14 días)
Tratamiento Preferido:	Ampilicina
Tratamiento Alterno:	Gentamicina
3. Convulsiones	Fenobarbitol (IV)
Tratamiento Preferido:	Fanytoin (IV) o
Tratamiento Alterno:	Paraldhyde (supositorio)
4. Tétanos	
Tratamientos Preferidos:	Antitoxina, Penicilina, Anticonvulsivo

Fuente: Stolls, B. 1995
IM: Intramuscular, IV: Intravenoso

Atención de Bebés con Bajo Peso al Nacer: En los países subdesarrollados, la mayoría de los bebés con BPN nacen en o cerca del tiempo establecido. Ellos han alcanzado madurez y tienen el potencial completo de sobrevivir. Sin embargo, debido a su bajo peso y falta de reservas de grasa como una fuente de la energía y aislamiento, están en riesgo de la hipotermia y el mal crecimiento. La buena protección térmica y la lactancia materna son los dos elementos más importantes en su atención. El dar calor adecuado puede reducir substancialmente la mortalidad.

Como se indicó en la sección antropométrica de este reporte, algunos indicadores de nutrición pueden ser útiles para identificar a las mujeres que están en riesgo nutricional, y aquéllas que tienen mayor riesgo de tener un bebé con BPN. Estas mujeres podrían ser aconsejadas a tener el parto en un servicio o podrían ser provistas para asegurar un monitoreo continuo del recién nacido en el hogar.

LECCIONES APRENDIDAS

El Gobierno de la India capacitó a las CAT y los trabajadores Aganwadi (TAG) para diagnosticar el bajo peso al nacer con medir el largo del pie. Las CAT fueron capacitadas en la atención esencial al recién nacido (temperatura corporal, respiración, resucitación) y tomar una huella del pie del recién nacido. La CAT monitoreaba la alimentación, color de las plantas de los pies y nivel de actividad. El TAG llegaba 24 horas después del parto. Si el tamaño del pie era menos de 6.5 cms., se le consideraba al bebé como un bebé BPN y era referido al sub-centro para la evaluación continua. Como resultado, el registro de asistencia de parto incrementó y la mortalidad infantil bajó de 58.1 en 1989-90 a 45.1 en 1990-91[74].

TABLA 5.21

CUIDADO ESENCIAL DEL RECIÉN NACIDO Y SIGNOS DE PELIGRO

Cuidado esencial	Prácticas en el parto	Prácticas en los primeros 7 días	Signos de peligro	Tratamiento en el Centro de Salud
Parto limpio	6 limpiezas* ante, durante y después del parto. Lugar del parto a temperatura adecuada.	N/A	N/A	N/A
Cuidado de la limpieza del	Cortar cordón con cuchilla limpia, amarrar y dejarlo al aire.	Mantener limpio al aire. Puede limpiar con agua, pero no es necesario.	Drenaje amarillo y con mar olor. Rojez en el abdomen.	Dar primera dosis de antibiótico y referir.
Respiración	No llora, verificar respiración. Comenzar resucitación.	Si no respira, comenzar resucitación. Monitorear BPN.	Dificultad para respirar.	Resucitación. Diagnosticar infección respiratoria.
Protección térmica	Lugar a temperatura adecuada para el parto. Secar al bebé inmediatamente con un paño limpio. Darlo a la madre para dar calor de piel a peil.	Mantener al bebé a temperatura adecuada y seco. Envolverlo de acuerdo al clima.	Muy frío. Muy caliente. Mama poco.	Determinar causa (ej., infección). Tratar apropiadamente (ej., recalentar, bañar dar antibiótico y referir).
Inmunizaciones	N/A	BCG, OPV, Hep. B	N/A	N/A
Asfixia al nacer	Manejo de complicaciones. Resucitación si necesario.	Mantenerlo a temperatura adecuada y lactando. Monitorear lactancia.	Convulsiones. Débil/ letárgico	Dar primera dosis de antibiótico y referir.
Infección	6 limpiezas*	Mantenerlo a temperatura adecuada y lactando. Cortar cordón y cuidado del ojo.	Hipotermia / Hipertermia. Letárgio, mama poco, convulsiones.	Identificar fuente de infección, dar primera dosis de antibióticos y/o referir.
Neumonía	Lugar a temperatura adecuada para el parto. Secar al bebé inmediatamente con paño limpio.	Mantener al bebé a temperatura adecuada, seco y lactando. Monitorear respiración.	Respuesta Tasa >60. Inflamación nasal.	Tratamiento de acuerdo a síntomas de protocolo. Dar primera dosis de antibióticos y referir.
Tétanos neonatal	6 limpiezas	Mantenerlo a temperatura a decuada. Limpiar cordón y ojos.	Convulsiones. Rigidez.	
Cuidado del ojo	Limpiar ojos luego del parto con paño limpio. Aplicar gotas/ungüento según protocolo.	Mantener ojos limpios. No aplicar hierbas u otras mediciinas.	Ojos hinchados, pegajosos con secreción.	Limpiar ojos, dar antibiótico parentérico y referir.

"Seis Limpiezas" superficie limpia, Hijo limpio para amarrar el cordón, persona con manos limpias, limpiar cuchilla para cortar el cordón, paño limpio para envolver al bebé, paño limpio para la madre.

VIII. CONCLUSIÓN

Este Capítulo ha tratado de proveer una síntesis de las intervenciones recomendadas y las Mejores Prácticas Actuales basada en la literatura y Lecciones Aprendidas de los programas para influir significativamente en la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. A continuación se presenta un resumen de las intervenciones maternas y neonatales para tratar los atrasos que han sido demostrado y que impiden el acceso a los servicios maternos y del recién nacido de calidad.

TABLA 5.22
EJEMPLOS DE INTERVENCIONES DE SALUD MATERNA

INTERVENCIONES DE SALUD MATERNA

Intervenciones posibles para reducir los atrasos en reconocer el problema

→Mejorar los servicios prenatales a través de la educación a mujeres para tratar prácticas dañinas, reconocer signos de peligro, planificar complicaciones y comprender la importancia de regímenes prescritos
→Mejorar los servicios prenatales a través de capacitación a trabajadores de salud para tomar mejores historiales del embarazo, fomentar la planificación del parto, tratar enfermedades comunes (anemia, malaria) e identificar y referir oportunamente las complicaciones.
→Fomentar a las mujeres a que usen los proveedores capacitados (ej., obstetrices) para ayudar con los partos en el hogar y/o institución.
→Mejorar la capacitación de las CAT y obstetrices sobre el uso de las "seis limpiezas".
→Fomentar las referencias oportunas al capacitar a las CAT, miembros de la comunidad y mujeres sobre a dónde ir para servicios de emergencia.

Intervenciones posibles para reducir los atrasos en decidir buscar ayuda.

→Incrementar la condición/participación de mujeres en la toma de decisiones, que incluye control sobre recursos a través de la comunicación y educación de los tomadores de decisiones claves.
→Apoyar el concepto de planeación del parto en visitas prenatales y a través de la movilización comunitaria.
→Fomentar el uso de proveedores capacitados para ayudar con partos, en el hogar o en instituciones de salud.
→Trabajar con la comunidad para adoptar un ambiente de apoyo a mujeres para accesar atención.
→Trabajar con la comunidad para facilitar mejores relaciones entre la comunidad y el personal de salud.
→Trabajar con la comunidad para identificar formas de modernizar procesos de toma de decisiones (ej., tomadores de decisiones de poder)

Intervenciones posibles para reducir los atrasos en llegar al servicio de salud

→Mejorar comunicaciones y relaciones entre familias, comunidad y trabajadores de salud
→Mejorar la habilidad de las familias para pagar por servicios a través de los ahorros individuales y préstamos comunitarios a bajo costo
→Mejorar los sistemas de transporte al trabajar con comunidades locales
→Capacitar a las CAT y miembros comunitarios en primeros auxilios obstétricos para poder estabilizar a la mujer hasta que pueda tener atención médica
→Reducir la necesidad de sistemas de transporte de emergencia al desarrollar hogares de espera.
→Ampliar los conocimientos de la comunidad sobre los servicios de salud apropiados más cercanos y cómo tener acceso a sus servicios

Intervenciones posibles para reducir los atrasos en recibir tratamiento de calidad en servicio de salud

→Capacitar a obstetrices y doctores, especialmente doctores mujeres donde posible, en habilidades de salvamento
→Mejorar sistemas de apoyo para monitorear la calidad y reducir los procesos administrativos difíciles que prolongan el tiempo, especialmente para transfusiones de sangre
→Establecer/fortalecer un sistema de monitoreo continuo que pueda evaluar los casos en términos de manejo médico apropiado
→Establecer un kiosco bien surtido en el hospital, donde la familia pueda evalur materiales necesarios (todos en un paquete) a un precio razonable.
→Trabajar para asegurar que el equipo sea funcional, que las prácticas apropiadas de control de infecciones sean utilizadas y un sistema de control de inventario se establezca para mantener de forma regular suficiente medicina y suministros médicos.
→Trabajar para asegurar que los servicios son provistos las 24 horas al día
→Promover ambientes "amigables a las madres" en instituciones de salud
→Trabajar para asegurar que los sistemas de apoyo sean útiles y operacionales, tales como sistemas de información gerencial para referencias y seguimiento
→Monitorear los factores claves, tales como el tiempo de espera, tasa de letalidad, y percepciones de las mujeres ingresadas al servicio, como indicadores de calidad
→Involucrar a guardias y recepcionistas para que las personas no se queden fuera del hospital, sobre todo por la noche.

TABLA 5.23
EJEMPLOS DE INTERVENCIONES DE SALUD NEONATAL

INTERVENCIONES DE SALUD MATERNA

Intervenciones posibles para mejorar los resultados neonatales
→Mejorar la salud de las mujeres antes de que queden embarazadas, al comenzar con una nutrición buena, reservas adecuadas de hierro, suficiente peso antes del embarazo y buena salud en general (sin infecciones)
→Mejorar la salud de las mujeres durante el embarazo con una nutrición buena, hierro adecuado, vacunación TT y tratamiento de infecciones endémicas
→Mejorar la salud de las mujeres durante el parto, al asegurar los partos limpios y seguros
→Asegurar atención esencial al recién nacido
→Promover manejo apropiado de recién nacidos enfermos

Intervenciones posibles para reducir el atraso en reconocer el problema para un recién nacido con complicaciones
→Mejorar el reconocimiento por parte de quienes provean la atención sobre los signos de peligro en los recién nacidos a través de la educación.

Intervenciones posibles para reducir el atraso en la decisión de buscar ayuda para un recién nacido con complicaciones
→Educar a los miembros de familia sobre la importancia de buscar atención oportuna y apropiadamente para los recién nacidos si se identifica un signo de peligro
→Capacitar a una persona de recursos comunitarios para fomentar referencias, si necesario

Intervenciones posibles para reducir el atraso en llegar al servicio de salud para un recién nacido con complicaciones
→Capacitar a trabajadores comunitarios en resucitación de recién nacidos, tratamiento de IRA y diarrea en la comunidad y referencia a un servicio apropiado
→Ampliar conocimientos a través de los esfuerzos de comunicación de dónde quedan los servicios de salud apropiados y cómo llegar allí

Intervenciones posibles para reducir el atraso en recibir el tratamiento de calidad en el servicio de salud para un recién nacido con complicaciones
→Capacitar a los trabajadores en salud sobre cómo diagnosticar apropiadamente y manejar enfermedades de recién nacidos
→Trabajar para asegurar que el equipo sea funcional y un sistema de control de inventario sea establecido para mantener un suministro adecuado y normal de medicinas.

6

LECCIONES APRENDIDAS A TRAVÉS DE LOS PROGRAMAS

I. PROGRAMAS GENERALES 6.1
- A. Bangladesh (ICDDR, B) 6.1
- B. Bolivia: WARMI (MotherCare y Save the Children) 6.2
- C. Bolivia: Proyecto de Salud Reproductiva Cochabamba, 1990-1993 . . . . . 6.3
- D. Guatemala: Proyecto Quetzaltenango (MotherCare), 1989-1993 . . . . . 6.4
- E. Malasia 6.5

II. COMADRONAS ADIESTRADAS TRADICIONALES (CAT) 6.6
- A. Brasil: Programa Fortaleza, 1975-1984 . . . . . 6.6
- B. Gambia 6.7

III. HOGARES DE ESPERA DE MATERNIDAD. 6.8
- A. Cuba 6.8
- B. Etiopía 6.10
- C. Ghana 6.11
- D. Nicaragua 6.12

IV. PROGRAMAS COMUNITARIOS 6.12
- A. Indonesia: Proyecto del Banco Mundial 6.12
- B. Nepal: (CEDPA) 6.14
- C. Nepal: PATH / Save the Children 6.14
- D. Estado Cross River, Nigeria 6.15

V. SERVICIOS OBSTÉTRICOS 6.16
- A. Juaben, Ghana: Centro de Salud 6.16
- B. Pakro, Ghana: Puesto de Salud 6.16
- C. Ekpoma, Nigeria (PMM): Hospital 6.17
- D. Estado de Kebbi, Nigeria (PMM): Hospital Distrital 6.18
- E. Estado de Ogun, Nigeria (PMM): Hospital Distrital 6.18
- F. Zaira, Nigeria (PMM): Hospital de Enseñanza 6.19
- G. Bo, Sierra Leona (PMM) 6.20
- H. Makeni, Sierra Leona (PMM) 6.21

VI. PROGRAMAS NEONATALES 6.22
- A. Indonesia: Proyecto Prenatal de Regionalización, Tanjungsari, Oeste de Java 6.22
- B. La India: Investigación 6.23
- C. La India: Gobierno 6.24

VII. CONCLUSIÓN 6.24

I. PROGRAMAS GENERALES

Esta sección presenta varios programas de países que han sido exitosos al tratar la mortalidad y morbilidad materna a través de una combinación de intervenciones interrelacionadas.

A. BANGLADESH (ICDDR,B)

El Proyecto de Extensión de MSI-PF es un esfuerzo de colaboración entre el Ministerio de Salud y de Bienestar Familiar (MSBF) y el Centro Internacional para Investigación Diarreica en Bangladesh (ICDDR,B). El proyecto ha participado en el inicio de servicios básicos de atención obstétrica de emergencia (AOEm) en Abhoynagar, que queda aproximadamente a tres horas de la capital. Las principales causas de muerte fueron el aborto peligroso, hemorragia postparto, enfermedades de hipertensión inducida por el embarazo, parto obstruido y sepsia. El 95% de todos los partos y el 80% de las muertes ocurrieron en el hogar y en su mayoría ocurrieron durante las primeras 48 horas después del parto.

ACTIVIDADES

- ✔ Se asignaron obstetrices comunitarias capacitadas a los puestos de salud, y cada una cubría una población de 20,000. Ellas realizaron visitas prenatales en la comunidad, proveyeron educación en salud, detectaron y manejaron problemas prenatales, fomentaron la presencia de obstetrices comunitarias en los partos, proveyeron tratamiento inmediato de complicaciones, organizaron y acompañaron a las mujeres durante referencias a la clínica de maternidad y visitaron a las nuevas madres tan pronto como fuera posible después del parto.
- ✔ Establecieron una clínica materna que podía proveer servicios básicos de AOEm, con una mujer médica disponible al servicio las 24 horas.
- ✔ Habilitaron el hospital gubernamental con personal capacitado, la habilidad de proveer transfusiones de sangre y la capacidad quirúrgica de proveer servicios amplios de AOEm (a una hora de distancia).
- ✔ Estrategia de comunicación para orientar a las CAT y a las mujeres a reconocer complicaciones y saber dónde obtener servicios.

RESULTADOS

Hubo una disminución significativa (un 68%) en el número de muertes maternas (de 440 a 140/100,000 nacidos vivos) en el área de intervención en un período de tres años. La mayoría, el 80 por ciento de los casos complicados, fueron manejados por obstetrices comunitarias [80].

B. BOLIVIA: WARMI (MotherCare y Save the Children)

Aymara, con su población de 15,000 personas, es un área remota y de difícil acceso, cuenta con tres Puestos de Salud que no disponían de equipo, suplementos o personal capacitado para manejar las complicaciones. La TMM fue de más de 1,000/100,000 nacidos vivos y la tasa de muerte prenatal fue de 103/1,000 nacidos vivos. No hay comadronas. Los esposos son los principales proveedores de asistencia durante el trabajo de parto.

Un modelo simple para solucionar el problema a nivel comunitario (llamado Warmi) consistió en: 1) identificar y prioritizar los problemas; 2) el desarrollo de estrategias y planes de acción por parte de la comunidad y grupos de mujeres para solucionar sus propios problemas; y 3) la implementación de planes de grupo. Las actividades incluyeron la educación a mujeres y hombres en el manejo de hemorragias, provisión de PF en colaboración con una ONG local, desarrollo de tarjeta de salud en el hogar para mujeres, un programa de radio, un rotafolio y cuatro folletos de IEC, así como una capacitación a 45 esposos en las prácticas básicas de parto. La comunidad identificó a una persona como responsable de secar al bebé, cortar el cordón umbilical antes de que salga la placenta y promover la lactancia materna inmediata.

ACTIVIDADES

- ✔ Formar grupos de mujeres para incrementar los conocimientos de la mujer acerca de problemas específicos de salud materna e incrementar los recursos.
- ✔ Educar al varón y a los miembros de la familia con influencia sobre las complicaciones relacionadas con el embarazo y la necesidad de referencia. Las comunidades identificaron y prioritizaron los problemas, luego desarrollaron sus propios planes de acción, con la utilización de los recursos locales para tratar sus necesidades.
- ✔ Capacitar a miembros comunitarios para atender partos y conocer signos de peligro de partos complicados.
- ✔ Mejorar el acceso a planificación familiar, servicios obstétricos prenatales y de emergencia basados en el plan de acción a nivel comunitario.

RESULTADOS

Más de la mitad de las mujeres en 52 comunidades participaron en este proceso entre 1991-1993. Los resultados mostraron una reducción de muertes perinatales de 75 a 31 en un período de dos años. Este decremento se debió principalmente a la reducción de muertes en el período inmediato de recién nacido. Hubo un incremento en la cobertura de TT, VSF, lactancia materna, uso de sal yodada, asistencia a servicios de atención prenatal y postnatal y uso de personas capacitadas. El uso de PF incrementó del 0 al 27 por ciento, pero no hubo reducción en TMM [76].

C. *BOLIVIA: Proyecto de Salud Reproductiva Cochabamba, 1990-1993*

En Cochabamba, la mitad de la población es urbana. La TMM fue de 480/100,000 nacidos vivos, la TMI fue de 126/1,000 nacidos vivos y la TMP fue de 110/1,000 nacimientos. Las causas principales de las muertes maternas fueron abortos inducidos y malas condiciones de parto, tanto en el hogar como en las instituciones. Las creencias tradicionales son dominantes y solamente el 13 por ciento de la población urbana usó el sistema de medicina occidental. En 1991, el 34 por ciento de las mujeres buscaron atención prenatal, pero solamente un 13% asistió a cuatro sesiones.

ACTIVIDADES

Se realizó una encuesta para identificar las creencias y prácticas durante el embarazo y parto. Luego, se inició un plan de comunicación en salud de tres fases: 1) sensibilización de hacedores de políticas y proveedores de salud; 2) atención prenatal que promueve la importancia de partos limpios en el hogar y el uso de materiales estériles; y 3) reconocimiento de complicaciones. Cada fase duró tres meses. El proyecto desarrolló programas de vídeo y radio, así como un rotafolio para cada sub-tema principal. Los proveedores recibieron capacitación acerca de cómo utilizar los materiales y fortalecer sus habilidades interpersonales.

RESULTADOS

Las mujeres que pudieron identificar un signo de peligro aumentaron del 26 por ciento al 43 por ciento. El número de mujeres que pudieron identificar edemas aumentó del dos por ciento al 64 por ciento. Esto fue particularmente significativo debido a que estas mujeres habían creído anteriormente que el edema era un signo de que tendrían un parto fácil. Tal vez el logro más importante de la campaña fue el transformar a las mujeres de pacientes pasivas en agentes proactivas, con mayor capacidad de obtener atención prenatal. No hubo cambio en las cifras de TMP o TMM [77].

D. GUATEMALA: Proyecto Quetzaltenango (MotherCare), 1989-1993

En el área rural de Guatemala, las CAT atienden aproximadamente del 70 al 90 por ciento de todos los partos. Las habilidades obstétricas solamente están disponibles en los hospitales, mientras que los servicios prenatales y de salud infantil están disponibles en los Puestos de Salud. La capacitación de comadronas fue abolida en Guatemala hace 20 años.

Para tratar esta carencia, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) capacitó al personal de enfermería para capacitar a más de 400 CAT en 1990. La capacitación consistió en técnicas asépticas, identificación de signos de peligro y referencia al servicio de salud apropiado más cercano.

ACTIVIDADES

- ✔ Capacitar a las CAT para reconocer los signos de peligro para las madres y recién nacidos a través de un enfoque más participativo, fortalecido en sus propias creencias y experiencias culturales.
- ✔ Mejorar las relaciones entre las CAT, la comunidad y los proveedores médicos al educar a las comunidades y a los proveedores de salud sobre el papel a desempeñar cada uno.
- ✔ Fomentar apoyo comunitario para el programa para asegurar que esté disponible el transporte (un barco en muchos casos).
- ✔ Aumentar la habilidad de los proveedores de salud para identificar los signos de peligro en lugar de depender del "enfoque de diagnóstico en riesgo" y poder manejar las complicaciones obstétricas, incluyendo fortalecer los sistemas de apoyo.
- ✔ Desarrollar protocolos para reconocer y manejar apropiadamente las complicaciones maternas y neonatales.
- ✔ Introducir un sistema de revisión de casos donde el equipo analiza y comenta cada muerte materna para identificar cómo puede tratarse la situación en el futuro.
- ✔ Mejorar el sistema de referencia a través de mejores registros, mejores tratamientos de las CAT cuando refieren a una mujer al hospital y del registro de mujeres embarazadas y partos en el hogar.

RESULTADOS

Un año después de la capacitación de las CAT no había cambios significativos en los comportamientos a nivel comunitario. Casi la mitad de las mujeres con complicaciones utilizaron servicios de salud antes de la intervención y esto no cambió significativamente después de la intervención. La referencia por parte de las CAT disminuyó, pero más mujeres fueron

directamente al servicio luego de la intervención. (Nota: Las mujeres en el área de estudio vivían cerca del hospital y la infraestructura estaba relativamente buena.)

La intervención tuvo mayor impacto a nivel hospitalario. La satisfacción del paciente aumentó y disminuyeron los atrasos entre el ingreso y el tratamiento. Antes de la intervención, el 74 por ciento de las mujeres dijeron que regresarían, mientras que luego de la intervención, el 94 por ciento de las mujeres indicaron que regresarían al servicio de salud (82).

E. MALASIA

Malasia ha tenido una disminución constante en la mortalidad materna a través de un programa general que promueve programas de diagnóstico bien definidos, proveedores capacitados que atienden los partos, incremento de partos en instituciones y manejo apropiado de complicaciones y seguimiento.

ACTIVIDADES

- ✔ Mejorar los hospitales distritales para incluir el apoyo en el diagnóstico y manejo.
- ✔ Redefinir el programa prenatal de diagnóstico (codificación de color).
- ✔ Servicios descentralizados al nivel distrital.
- ✔ Capacitar a un equipo distrital en la solución y manejo de problemas.
- ✔ Introducir una investigación nacional confidencial de muertes maternas.
- ✔ Mejorar habilidades de trabajadores profesionales de salud, particularmente médicos de atención a familias, en habilidades de salvamento.
- ✔ Re-capacitar a las CAT como socios de referencia para las mujeres embarazadas, pero también como proveedores de apoyo emocional para la mujer y la familia.
- ✔ Incrementar partos atendidos por proveedores capacitados.
- ✔ Establecer centros alternos de partos en áreas rurales y urbanas.
- ✔ Asegurar referencias funcionales y sistemas de transporte de emergencia.
- ✔ Promover educación de salud hacia el cliente para mujeres, hombres, familias y comunidades.
- ✔ Promover nutrición materna e infantil, lactancia materna y atención al recién nacido.

RESULTADOS

La mortalidad ha disminuido de 300/100,000 nacidos vivos en los años 60 a 40/100,000 nacidos vivos en 1997. La ayuda de un proveedor capacitado en el parto incrementó del 57 por ciento en 1980 al 95 por ciento en 1996.

II. COMADRONAS ADIESTRADAS TRADICIONALES (CAT)

A. BRASIL: Programa Fortaleza, 1975-1984

ACTIVIDADES

Se establecieron mini-centros de maternidad en la región y se capacitó a las CAT. Las 40 unidades variaban de tamaño, recursos y servicios. La unidad más grande disponía de 8-10 camillas y podía proveer servicios prenatales, de parto y postparto. Las unidades más pequeñas consistían en un solo cuarto contiguo al hogar de la CAT y el servicio que prestaban se limitaba a la atención normal del parto y postparto.

En una de las provincias del programa, lejos del hospital distrital y con difícil transporte, se establecieron cuatro maternidades y 78 CAT fueron capacitadas. La capacitación de las CAT incluyó la experiencia de práctica supervisada en los mini-centros para asegurar que podían proveer atención prenatal, identificar problemas, atender partos normales y proveer atención postparto para la madre y recién nacido.

RESULTADOS

Al final del programa, un 64 por ciento de los partos se llevaron a cabo en el hogar y un 36 por ciento en los hospitales. Del 10 por ciento de las mujeres a quienes se les presentó una complicación, el 93 por ciento dieron a luz en el hospital. Casi la mitad de estas mujeres (el 49 por ciento) fueron referidas por una CAT, mientras que el resto (el 51 por ciento) se autorefirieron.

Las CAT disponían de una mayor habilidad para identificar complicaciones. El 52% de las referencias hechas por las CAT fueron confirmadas como complicaciones, mientras que solamente el 18 por ciento de las que llegaron por su cuenta (auto-referencia) tuvieron alguna complicación. Las CAT no tienen ningún impacto significativo en la supervivencia infantil; sin embargo, el riesgo de morir de un infante es mucho menor con las CAT que han tenido varios casos de parto. La mortalidad perinatal parece ser menor para los partos en los mini-centros de maternidad[83].

B. GAMBIA

En 1983 un programa de atención primaria en salud fue introducido al área rural de Farafenni, Gambia. La TMM era de 673/100,000 nacidos vivos y la atención prenatal era muy baja.

ACTIVIDADES

- ✔ Identificar a las CAT no capacitadas y darles un curso de capacitación de 10 semanas para permitirles ofrecer servicios prenatales y postparto, atender partos e identificar signos de peligro y referir a las mujeres a los centros de salud donde existe una enfermera obstetriz capacitada.
- ✔ Proveer a las CAT con unos kit de parto que incluyen vestimenta limpia, tijeras, hilo, ergometrina oral y desinfectante.
- ✔ Las enfermeras obstetrices fueron capacitadas, pero no tenían medicinas o equipo de emergencia en el centro de salud.

RESULTADOS

Este estudio mostró que las CAT tienen un rol importante en fortalecer la atención prenatal, en identificar a las mujeres de alto riesgo y en realizar referencias. La TMM disminuyó a casi la mitad de su nivel antes de la intervención en aldeas de Atención Primaria en Salud (APS). Puede que las CAT hayan desempeñado algún papel, pero otros factores como el transporte mejorado también podrían haber contribuido. Aunque las CAT podían identificar a mujeres de alto riesgo, los servicios adecuados de apoyo en el centro de salud y particularmente a nivel hospitalario no estaban disponibles. No se puede anticipar que las intervenciones que solamente tienen como meta las CAT reduzcan la mortalidad materna o neonatal sin los servicios obstétricos de emergencia adecuados. La falta de servicios de apoyo es la principal razón del porqué la TMM no tuvo mayor disminución[74].

III. HOGARES DE ESPERA DE MATERNIDAD

Los hogares de espera de maternidad son servicios residenciales, ubicados cerca de un servicio médico calificado, en donde las mujeres de alto riesgo pueden esperar a que comience su trabajo de parto para luego ser trasladadas a un servicio de salud. Mientras la evidencia anecdótica indica que los hogares de espera de maternidad son exitosos para la reducción de mortalidad materna, se ha realizado poca investigación cuantitativa para evaluar su efectividad.

Durante cientos de años, en Europa se les ha provisto refugio a las madres solteras en un esfuerzo de reducir el aborto y el infanticidio. En África, uno de los primeros experimentos con hogares de espera de maternidad, conocidos como Aldeas de Maternidad, fue en el este de Nigeria en los años 50. Estos hogares ayudaron a reducir la mortalidad materna en los hospitales, de 10 a menos de una muerte por 1,000 partos y la tasa de nacimientos de niños muertos se redujo de 116 a 20 por 1,000 partos. En Uganda, donde estaban en función unos hogares similares en los años 60, los registros de muertes maternas en un área remota disminuyó por la mitad. Los siguientes ejemplos (Cuba, Etiopía, Ghana y Nicaragua) demuestran la diversidad de hogares de espera de maternidad. Estos hogares no requieren tecnología costosa y pueden ser una forma práctica para satisfacer las necesidades de las mujeres. Sin embargo, **los hogares de maternidad NO pueden funcionar aisladamente; tienen que tener acceso oportuno a los servicios obstétricos de calidad[75].**

A. *CUBA*

El sistema de salud de Cuba fue establecido en 1961 y SMI fue una prioridad en su comienzo. La reducción de la mortalidad materna ha sido un logro impactante para el sistema de atención en salud de Cuba. Para promover los partos institucionales, se estableció una red de hospitales para la población entera. Se dio atención especial a las áreas rurales en donde el acceso es difícil debido a las malas condiciones de las carreteras y la falta de transporte.

Los hogares de espera de maternidad fueron establecidos en los alrededores de los hospitales para que las mujeres de áreas remotas pudieran llegar durante las últimas semanas del embarazo. La función que se intentaba dar a estos hogares era ir más allá de las soluciones que podían proveer los hospitales obstétricos. La mayoría de las mujeres que utilizaban los hogares de maternidad fueron sacadas de lugares donde estaban sujetas a inmensas cargas de trabajo y responsabilidades durante su embarazo. Estos hogares, con su personal técnicamente calificado, proveyeron un sanatorio para las mujeres embarazadas. Colocaron a las mujeres en un ambiente con muchos factores positivos que también ayudó a reducir su carga de trabajo.

Los criterios para referencia a estos hogares fueron flexibles. En algunas áreas rurales, todas las mujeres fueron referidas en la 34 semana de su embarazo, mientras que otros refirieron a las mujeres en base a factores clave de riesgo, tales como si era primeriza, gran multiparidad, mal historial obstétrico, edad menor de 20 o mayor de 38 y mal estado nutricional. Los factores sociales de riesgo incluyeron el no estar casada, falta de apoyo social y condiciones inadecuadas de vivencia.

En las áreas rurales, un hogar tiene entre 15 y 20 camas y está junto a un hospital local. El parto no ocurre en estos hogares; todas las mujeres son trasladadas al hospital. El hospital brinda todas las comodidades básicas, tales como lavandería y alimentación. También existe autonomía en el hogar con relación al horario de visitas, uso de cocinas y cuartos de entretenimiento. Cada hogar de espera tiene 4 personas en salud y hay enfermeras disponibles las 24 horas del día. Durante su estadía, se ofrece a las mujeres actividades educativas, incluyendo prácticas de parto. Para 1990 ya existían 150 hogares de espera de maternidad en todo el país.

Una de las características más importantes de los hogares de espera de maternidad de Cuba es su atributo de servicio comunitario. Varios grupos comunitarios, tales como la Federación de Mujeres, organizaciones locales políticas y asociaciones agrícolas, participan en el manejo de los hogares y contribuyen con los costos de construcción y mantenimiento.

ACTIVIDADES

- ✔ Capacitar a las CAT para manejar las unidades rurales de maternidad, proveer atención prenatal, diagnosticar a las mujeres y referirlas.
- ✔ Establecer un sistema de referencia, que ha sido la clave del éxito del programa, para asegurar que aquellas pacientes de alto riesgo fueran rápidamente identificadas y referidas al hospital de maternidad.
- ✔ Las obstetrices visitaron semanalmente las unidades rurales de maternidad para asegurar que se estuviera brindando atención prenatal y para que se identificara a las mujeres de alto riesgo.
- ✔ Fomentar prácticas inofensivas o beneficiosas en las instituciones de salud, incluyendo la posición vertical de parto.

RESULTADOS

Las mejoras en el nivel general de salud durante los últimos 25 años ha conllevado una disminución de la TMM de 118 a 31/100,000 nacidos vivos entre 1962 y 1984.

B. ETIOPÍA

El Hospital Attata, un hospital comunitario de 55 camas, está a 17 Kms. de distancia de la ciudad más cercana y cubre una población de 1.5 millones, con 300,000 personas que viven a uno ó dos días de camino (a pie). Los hospitales de referencia más cercanos están a más de 100 Kms. de distancia. Debido al difícil viaje para la población, un "tukul", u hogar de espera de maternidad, fue abierto en 1976 para mujeres con embarazo de alto riesgo. El tukul fue construido con materiales locales y su construcción tuvo un costo aproximado de $1,000, con la mano de obra y la mayoría de los suplementos provistos por la comunidad. Los costos indirectos son aproximadamente de $500 al año para un guardián y costos de mantenimiento y de lavandería. El promedio de estadía de una mujer es de 15 días.

ACTIVIDADES

- ✔ Un grupo de mujeres que ya estaba establecido en la comunidad cercana al hospital ayudó a diseñar y a apoyar al hogar de espera de maternidad. Toda la mano de obra y los materiales fueron donados por la comunidad.
- ✔ Trece CAT y trabajadores de salud comunitarios fueron capacitados para trabajar en los puestos de salud en donde se proveía atención por parte de las CAT y enfermeras obstetrices una vez al mes.
- ✔ El diagnóstico fue realizado en base al mal historial obstétrico, incluyendo trabajo de parto prematuro, cesárea, fístula, referencia por retención de placenta, hemorragia y fiebre postparto. Además, se realizó un diagnóstico basado en factores durante su actual embarazo, incluyendo sangrado, alta presión arterial, presentación anormal, anemia severa, edad (muy joven), altura y primer embarazo.
- ✔ Referir a mujeres de alto riesgo a los hogares de espera de maternidad 2 semanas antes de la fecha probable de parto.
- ✔ Acompañadas por un miembro de la familia, las mujeres llevaron su propia comida y leña al servicio.
- ✔ Una enfermera del hospital llegó todos los días y las mujeres asistieron a servicios de atención prenatal.

RESULTADOS

De las 72 mujeres que llegaron al hogar, 34 tuvieron cesárea. De las mujeres que anteriormente habían dado a luz a niños muertos, todas que llegaron al hogar dieron a luz a niños vivos. La tasa de nacimientos de niños muertos fue 10 veces mayor para aquellas mujeres ingresadas directamente al hospital, comparado con aquellas que primero fueron al hogar de espera. **La clave para el uso exitoso de este hogar parece ser el involucramiento de la comunidad en el diseño, construcción y apoyo a los hogares de espera[75].**

C. *GHANA*

Danfa es un área urbana que está ubicada a 30 Kms. al norte de Accra. Cuenta con 6 hospitales y 68 hogares de maternidad; sin embargo, el 93 por ciento de los partos son atendidos por las CAT. Aunque las CAT pudieron identificar las complicaciones, usualmente asistieron el parto ellas mismas en lugar de referir a las mujeres al hospital. La preferencia de las mujeres por las CAT incluye el costo, distancia, falta de suplementos y equipo y miedo ante el tratamiento anticipado por proveedores médicos (doloroso e irrespetuoso). Por lo tanto, una ala del hospital fue renovada para ser utilizada como hogar de espera de maternidad. Veinticinco mujeres fueron referidas al hogar de espera dentro del hospital.

RESULTADOS

Durante los dos años del proyecto, solamente una mujer estuvo en el área de espera y se quedó durante una noche. El costo y dificultad de separarse de sus familias, falta de servicios (ej., cocina y lavandería), ausencia de apoyo comunitario y alrededores desolados fueron las razones por las que no se utilizó el hogar de espera dentro del hospital[75].

D. NICARAGUA

La Casa Materna tiene 20 camas y fue inaugurada a finales de 1987, cuando las mujeres locales activistas de la Organización de Mujeres Nicaragüenses decidieron tratar la incidencia de mortalidad materna e infantil en las áreas rurales. Ellas descubrieron que las mujeres no llegaban al hospital debido a que no tenían dónde quedarse en la ciudad. De acuerdo con su director, el objetivo de la Casa Materna es "alcanzar todo el potencial de las mujeres a través de un proceso de aprendizaje que se enfoca en la reproducción y la libertad reproductiva". El Centro para Embarazos de Alto Riesgo y el Centro de Educación Continua también apoyaron al hogar. Estas organizaciones sirven a aquellas mujeres rurales que han sido diagnosticadas como "de alto riesgo" (ej., muy jóvenes, mayores, con alta presión arterial, con más de 5 hijos, nacimientos múltiples, abortos y esterilización postparto). La mayoría de las mujeres son campesinas pobres. Las mujeres embarazadas ayudan en el hogar con la limpieza, cocina, lavandería y jardinería, y realizan Actividades que Generan Ingresos (AGI), tales como costura. Comúnmente las mujeres llegan una semana antes del parto, y se trasladan al hospital cuando llegan al momento del trabajo de parto. Después del parto, la mujer y su bebé usualmente regresan al hogar de maternidad por 4 a 6 días para aprender más acerca de la atención al recién nacido[75].

IV. PROGRAMAS COMUNITARIOS

A. INDONESIA: Proyecto del Banco Mundial

A través del proyecto del Banco Mundial, Entregando Servicios de Maternidad Segura en Indonesia, su programa "obstetriz comunitaria" se inició en 1988 con la meta ambiciosa de colocar a una obstetriz en cada comunidad para el año 2000. El Banco Mundial apoyó la capacitación y despliegue de estas obstetrices, por lo que 54,000 están ahora colocadas. Los objetivos del proyecto incluyen: la creación de demanda a nivel individual, familiar y comunitario; enlazar la demanda con una mejor calidad de servicios a nivel comunitario y de referencia; desarrollo de sistemas de sostenibilidad para mantener el programa comunitario de obstetrices; mejorar las habilidades técnicas del personal hospitalario para manejar las emergencias obstétricas e invertir en el futuro a través de un programa de educación de salud reproductiva para adolescentes.

ACTIVIDADES

- ✔ Introducir el uso de registros de atención materna del hogar, llenados por las CAT pero guardados por las madres. Capacitar a las CAT para usar las tarjetas que se enfocan en el reconocimiento de factores de riesgo y referencias apropiadas.
- ✔ Capacitar (con base en competencias) y desplegar a enfermeras obstetrices comunitarias a cada comunidad, desarrollar un sistema de educación continua y fortalecer la asociación de obstetricia.
- ✔ Capacitación a médicos generales en el manejo de complicaciones obstétricas en el Hospital Distrital.
- ✔ Mejorar la coordinación entre los niveles de servicios de salud así como entre los servicios y las comunidades.
- ✔ Mejor registro y establecer un sistema de revisión de casos (auditoría materna/perinatal de cada muerte).
- ✔ Educar a la comunidad sobre la necesidad de referencias de complicaciones y asistencia para las mismas para aumentar el sistema de referencia al desarrollar sistemas de transporte.
- ✔ Revisión regular de compañeros. Las obstetrices comunitarias individuales recibieron supervisión y guía de obstetrices capacitadas en el proceso de revisión de compañeros.
- ✔ Desarrollar materiales de educación continua de la información reunida durante las visitas de revisión de compañeros en los conocimientos y habilidades que requieren mayor refuerzo.

RESULTADOS

Hubo un incremento en la asistencia a atención prenatal, del 75 al 95 por ciento en el área de intervención. Un tercio de las mujeres a quienes se les presentaron complicaciones en el área de intervención dieron a luz en los hospitales, comparadas a un 10 por ciento en el área de control. Aunque las CAT en el área de intervención fueron capacitadas para mejorar la referencia, la tasa fue baja, solamente un poco mayor que en el área de control. Una razón puede ser que las mujeres en ambas áreas podían llegar directamente al hospital y normalmente así lo hicieron[84].

B. NEPAL (CEDPA)

La Red de Maternidad Segura comenzó en 1995 a base del exitoso Día Nacional del Condón. La primera actividad fue el 8 de marzo de 1996, cuando más de 20 organizaciones internacionales y de Nepal movilizaron para llevar el mensaje para el Día Nacional del Parto Limpio a 41 de los 75 distritos de Nepal. El grupo estuvo tan complacido con este éxito que desarrollaron una red y llevaron a cabo una reunión de planeación para articular/formular un plan de acción para sostener los esfuerzos, que incluía:

1. promover la colaboración intersectorial;
2. desarrollar un tema anual que será reforzado por todas las organizaciones durante el año; y
3. continuar la circulación de materiales de IEC, basados en el tema anual.

El segundo evento fue realizado el 8 de marzo de 1997, e incluía 63 organizaciones en 70 distritos, con lo que alcanzaron aproximadamente de 8 a 9 millones de hombres y mujeres con el mensaje, "Responsabilidad Familiar"[85].

C. NEPAL: PATH/Save The Children

En Nepal, las mujeres típicamente dan a luz en superficies sucias, asistidas por personas no capacitadas, quienes usualmente son miembros de la familia u otra mujer de la comunidad. Para la mayoría de las mujeres y niños, estas prácticas conllevan infecciones, incluyendo la sepsia y tétanos. PATH y Save the Children llegaron a una solución para este problema. Ellos desarrollaron un prototipo más seguro del kit de parto de un sólo uso y desechable; luego facilitaron su distribución entre las mujeres embarazadas. El Gobierno de Nepal ha avalado este kit y una compañía privada nepalesa lo fabrica. A la fecha, más de 100,000 kits han sido comercializados socialmente en todo el país. El kit ofrece suplementos de parto limpio e instrucciones sobre su uso apropiado. No es costoso y está disponible en las tiendas pequeñas, en el mercado local y por los grupos de mujeres[86].

D. ESTADO CROSS RIVER, NIGERIA

ACTIVIDADES

- ✔ Sensibilizar a los hacedores de políticas sobre el problema de la mortalidad materna.
- ✔ Capacitar al personal del banco de sangre para mejorar sus actitudes y facultarlos para responder prontamente a las solicitudes de sangre.
- ✔ Proveer a los servicios de sangre en el hospital distrital y a una policlínica con un refrigerador, bolsas para sangre y clases de sangre.
- ✔ Modernizar los procedimientos administrativos para la donación y verificación del tipo de sangre.
- ✔ Capacitar a 20 educadores comunitarios para tratar el miedo y la mala comprensión comunitaria en relación a la donación de sangre.

RESULTADOS

La donación de sangre incrementó de 40 pintas por mes en 1990 a 81 en 1995. Sin embargo, una huelga nacional interrumpió los servicios y no se sostuvo el incremento. Anteriormente la mayoría de los donantes de sangre eran pagados, pero después de la intervención, la donación voluntaria incrementó del 8 al 53 por ciento. Los conocimientos de la comunidad acerca de los signos de peligro estuvo del 5% para parto obstruido al 63% para hemorragia postparto. Catorce de las 39 comunidades desarrollaron programas comunitarios y se otorgaron préstamos en 9 de las 14 comunidades. Los sistemas de transporte fueron desarrollados en 9 comunidades[87].

V. SERVICIOS OBSTÉTRICOS

A. *JUABEN, GHANA: Centro de Salud*

ACTIVIDADES

- ✔ Proveer equipo para el quirófano, salas de parto y laboratorio.
- ✔ Mejorar suplementos de agua para el servicio.
- ✔ Colocar a un médico en el Centro de Salud, quien puede atender las complicaciones obstétricas.
- ✔ Proveer capacitaciones de renovación para las obstetrices en las habilidades interpersonales y de salvamento.
- ✔ Comprar paquete de medicinas y establecer un fondo revolvente.
- ✔ Abogacía para establecer un banco de sangre que mantuviera una pequeña cantidad de sangre en el Centro de Salud, proveer un refrigerador y otros suplementos.
- ✔ Establecer una asociación de donantes de sangre a través de la Cruz Roja local y establecer un suplemento de sangre estable.
- ✔ En la fase siguiente, enfocar la educación comunitaria en el reconocimiento de los signos de peligro y la necesidad del tratamiento oportuno.

RESULTADOS

El número de mujeres con complicaciones vistas en el hospital incrementó de 19 en 1992 a 37 en 1995. Las cesáreas incrementaron de 23 en 1993 a 90 en 1995. Ninguna muerte ocurrió entre las mujeres tratadas. Las referencias del Centro de Salud bajó del 42% al 14% porque más casos podrían tratarse en los Centros de Salud. Hubo un incremento significativo en extraer manualmente la placenta, extracción con aspiradora y procedimientos para arreglar el corte vaginal[88].

B. *PAKRO, GHANA: Puesto de Salud*

ACTIVIDADES

- ✔ Mejorar los bancos de sangre en el hospital distrital con un refrigerador y generador.
- ✔ Establecer un centro de salud que incluye camillas, un refrigerador, suplemento seguro de agua, medicinas y suplementos.
- ✔ Colocar a obstetrices capacitadas (en habilidades para salvamento, atención primaria en salud e interpersonales) en el Centro de Salud.

- ✔ En 1994, las intervenciones comunitarias se enfocaron en la reducción del atraso en la búsqueda de atención.
- ✔ Capacitar a las CAT en el reconocimiento de los signos de peligro.

RESULTADOS

El número total de partos incrementó de 16 en 1992 a 25 en 1995. Treinta y dos mujeres con complicaciones llegaron al Centro de Salud durante dicho período; 12 fueron tratadas y 20 fueron referidas[89].

C. *EKPOMA, NIGERIA (PMM): Hospital*

ACTIVIDADES

- ✔ Proveer equipo para el quirófano, sala de parto y laboratorio.
- ✔ Curso de renovación para los médicos en complicación de emergencia, para enfermeras en servicios obstétricos básicos y para el personal de laboratorio en procesamiento de sangre.
- ✔ Comprar paquete de medicinas y establecer fondo revolvente.
- ✔ Establecer un banco de sangre con un generador de reserva.
- ✔ En la fase siguiente, las intervenciones comunitarias fueron el establecimiento de fondos de préstamos para el transporte de emergencia.

RESULTADOS

De los 13 grupos contactados, 12 iniciaron fondos para préstamos. En el primer año, 456 familias solicitaron préstamos (de $7 a $15) y 380 fueron otorgados, y 354 devolvieron el préstamo en su totalidad.

Aunque el número de ingresos permaneció constante, el número de cesáreas llevadas a cabo incrementó de cero en 1990 a 13 en 1995. El número de mujeres con complicaciones vistas en el hospital incrementó de 7 en 1990 a 29, con un porcentaje incremental de ingresos obstétricos del 5% al 20%, respectivamente. Sin embargo, en 1995 solamente fueron vistas 12 mujeres con complicaciones. A pesar de las mejoras en los servicios del banco de sangre, las transfusiones fueron pocas. Hubo un gran cambio de personal, poco uso de servicios públicos y desorden durante 1993-94, lo cual dificultó la sostenibilidad del progreso[76].

D. ESTADO DE KEBBI, NIGERIA: Hospital Distrital

ACTIVIDADES

- ✔ Contratar a un médico de mucha experiencia (ob/gin) como consultor para proveer capacitación en-trabajo y tratar casos normales y con complicaciones.
- ✔ Proveer equipo para el quirófano, sala de parto y laboratorio.
- ✔ Capacitar a obstetrices en habilidades interpersonales y para salvamento.
- ✔ Capacitar a médicos en atención obstétrica de emergencia, especialmente cesáreas.
- ✔ Comprar paquete de emergencia con medicinas y suplementos esenciales.
- ✔ En la fase siguiente, educar a la comunidad en el reconocimiento de las complicaciones y la necesidad de tratamiento y transporte oportuno.

RESULTADOS

El número de cesáreas incrementó de 101 en 1991 a 131 en 1995. La tasa de letalidad entre mujeres bajó del 22% al 5% durante el mismo período. El número de mujeres con complicaciones vistas en el hospital incrementó de 200 en 1990 a 227 en 1994, y luego disminuyó a 152 en 1995. Una pequeña encuesta mostró un aumento de los conocimientos entre los hombres y las mujeres de un 30%; sin embargo, el uso no incrementó. La mayoría de las complicaciones vistas (el 68%) fueron hemorragias y complicaciones por abortos peligrosos. Las muertes maternas disminuyeron de 44 en 1991 a 7 en 1995[90].

E. ESTADO DE OGUN, NIGERIA (PMM): Hospital Distrital

ACTIVIDADES

- ✔ Mejorar registros y revisiones maternas trimestrales.
- ✔ Proveer equipo para el quirófano, sala de parto y laboratorio.
- ✔ Curso de renovación para médicos y personal de enfermería.
- ✔ Comprar paquete de medicinas y establecer fondo revolvente.
- ✔ Establecer un suplemento eléctrico confiable (generador), pero hubo problemas al establecer un banco de sangre.
- ✔ En la fase siguiente, movilizar a la comunidad para mejorar el acceso, reducir los atrasos en la búsqueda de atención, capacitar a las CAT, promover IEC y desarrollar fondo de emergencia.

RESULTADOS

El número de mujeres con complicaciones vistas en el hospital disminuyó de 123 en 1992 a 55 en 1994, pero incrementó a 91 en 1995. La tasa de letalidad fue del 6.6% en 1995, comparada con el 7.3% en 1992. Los ingresos maternos generales quedaron iguales: 495 en 1992 y 439 en 1995. Fue difícil asegurar que se quedaran los doctores. Había plazas para 3 médicos, pero solamente se contrató a uno[91].

F. ZAIRA, NIGERIA (PMM): Hospital de Enseñanza

ACTIVIDADES

- ✔ Establecer un quirófano (autoclave y equipo) y volver a establecer una sala de maternidad.
- ✔ Instalar suplemento de agua.
- ✔ Capacitar a obstetrices en habilidades de salvamento.
- ✔ Introducir paquete de medicinas de emergencia con un fondo revolvente.
- ✔ Establecer un servicio de ambulancia.
- ✔ Introducir un sistema de donación de sangre en servicios de atención prenatal (registro necesarios).
- ✔ En la fase siguiente, movilizar a la comunidad en el desarrollo de fondos para préstamos de emergencia.
- ✔ Establecer un sistema de transporte con conductores privados voluntarios para responder a las emergencias.

RESULTADOS

Veintitrés conductores ofrecieron su participación y 58 ofrecieron la mitad de su tiempo para participar. El intervalo de ingreso a tratamiento fue reducido en un 57%, de 3.7 horas en 1990 a 1.6 horas en 1995. La proporción de mujeres tratadas en menos de 30 minutos incrementó de 39 a mediados de 1993 a 83 a finales de 1995. La tasa de letalidad entre las mujeres con complicaciones obstétricas bajó del 14% en 1990 al 11% en 1995. Sin embargo, el número anual de mujeres vistas con complicaciones disminuyó de 326 en 1990 a 65 en 1995.

G. BO, SIERRA LEONA (PMM)

ACTIVIDADES

- ✔ Renovación del laboratorio del hospital y capacitación a técnicos.
- ✔ Habilidad incrementada para almacenar sangre.
- ✔ Paquete de medicina comprado y fondo revolvente establecido.
- ✔ En la fase siguiente, se agregó la educación comunitaria para animar la donación de sangre.
- ✔ Fueron colocados un vehículo en el hospital y motocicletas en las unidades PHC para facilitar el transporte en el momento de una emergencia.

RESULTADOS

Dos comunidades establecieron fondos para préstamos comunitarios. No hubo escasez de medicinas y el proyecto recuperó el 57% del costo de las medicinas. El número de donaciones de sangre trazadas incrementó de 304 a 501, de 1992 a 1993; y el número de mujeres que de hecho recibieron una transfusión incrementó de 296 a 452. Las tasas de letalidad para las complicaciones obstétricas bajó del 13% en 1993 al 10% en 1995. Casi la mitad de las mujeres con complicaciones llegaron en el vehículo del proyecto[93].

H. MAKENI, SIERRA LEONA (PMM)

ACTIVIDADES

- ✔ Taller de sensibilización.
- ✔ Provisión de médicos capacitados y personal de enfermería capacitado en habilidades para salvamento.
- ✔ Provisión de servicios las 24 horas al día al reorganizar los horarios del personal.
- ✔ Renovación de un quirófano con modificaciones sencillas.
- ✔ Paquete de medicinas comprado y fondo revolvente establecido.
- ✔ Establecimiento de un banco de sangre con un generador preparado.
- ✔ En la fase siguiente, el proyecto proporcionó unas bicicletas para fomentar el sistema de transporte de emergencia y facilitar las referencia.

- ✔ Se movilizaron las comunidades capacitadas para facilitar las referencias. Se proveyeron un vehículo todo terreno y una radio para facilitar el transporte.
- ✔ Tratamiento provisto antes de pagarlo para garantizar que los recursos no presentaban ningún obstáculo los recursos.
- ✔ Salario complementario para un año por el uso de personal de enfermería.

RESULTADOS

Las referencias por los transportistas bajó del 24% al 1% en los primeros 2 años. El número de partos incrementó de 42 en 1990 a 82 en 1995. Las mujeres con complicaciones vistas en el hospital incrementó de 31 en 1990 a 98 en 1995. La tasa de letalidad entre estas mujeres bajó del 32% al 5%. Las cesáreas incrementaron de 2 en 1990 a 38 en 1995. En 1995, 44 procedimientos relacionados con el aborto fueron realizados – casi todos para los embarazos no deseados – como comparados con sólo 22 en 1990[94].

VI. PROGRAMAS NEONATALES

A. *INDONESIA: Proyecto Prenatal de Regionalización, Tanjungsari, Oeste de Java*

Ubicado en un sub-distrito rural del Oeste de Java, con una población de 90,000, que disponían del servicio de tres centros de salud gubernamentales y obstetrices y con un hospital distrital a 40 Kms. de distancia. Las comunidades en esta área montañosa están conectadas por medio de unos caminos en mal estado. Mientras que los servicios de atención prenatal son bien utilizados, las CAT son los principales proveedores durante el parto y el período postparto.

ACTIVIDADES

- ✔ Capacitación a las CAT para reconocer las complicaciones maternas y neonatales.
- ✔ Establecimiento de hogares comunitarios para parto a nivel comunitario donde posiblemente ejerza y resida la comadrona-enfermera comunitaria («bidan di desa»). Estos hogares disponían de camillas, balanzas y suministros para llevar a cabo partos normales, así como servicios de salud infantil y reproductiva. Fue instalada una radio transceptora.
- ✔ Capacitación de trabajadores de maternidad en parto formal e informal a todo nivel.
- ✔ Desarrollo de una estrategia de IEC para mejorar el reconocimiento de los signos de peligro y el propósito de los centros de parto comunitarios.

RESULTADOS

Las CAT fueron todavía las principales proveedoras de asistencia durante el parto; el lugar de parto, sin embargo, fue distinto. En el estudio, un 85% tuvieron el parto en el hogar, comparado con un 96% en el área de control. En el área de estudio, el 31% de las mujeres que tuvieron complicaciones tuvieron el parto en servicios de salud, comparado con el 11% del área de control. Las CAT refirieron al 18% de las mujeres que tuvieron complicaciones intraparto, comparadas con el 9% en el área de control. Las CAT mostraron su entusiasmo al referir a las mujeres[95].

B. LA INDIA: Investigación

ACTIVIDADES

La OMS recomienda que se atiendan a aquellos niños menores de 2 meses en un hospital. Una ONG en la India experimentó con el manejo de casos de neumonía por trabajadores de salud comunitarios (TSC) y comadronas (las CAT). Ellos capacitaron a 25 trabajadores hombres de salud comunitarios (6 sesiones / 1.5 horas) y a 86 CAT mujeres (6 sesiones / 1.5 horas) en el diagnóstico de neumonía que se basaba en la velocidad de respiración (aproximadamente 60 para los de 1 mes y 50 para los de 2 meses). Debido al hecho de que las CAT no eran alfabetas ni sabían contar, fueron capacitadas para buscar signos visibles de respiración cansada. El proyecto elaboró un contador de respiración (reloj de arena) el cual medía un minuto, y las CAT podían mover las cuentas cada vez que contaban hasta 10. Tenía cinco cuentas verdes y una roja que señalaba la rápida velocidad respiratoria. La mayoría de las CAT podían contar hasta 10, así que cuando llegaban a 10, movían una de las cuentas verdes. Si llegaban a la cuenta roja antes de haber terminado el tiempo, eso indicaba que era un niño con un ritmo de respiración rápido que necesitaba atención.

RESULTADOS

La mayoría de los casos de neumonía ocurrieron durante el primer mes de vida. Las CAT tuvieron la mayor carga de casos con 50, mientras que el TVS tuvo 33. Las CAT también asistieron a niños más enfermos debido a que muchas familias rehusaron llevar al niño a un servicio de salud. Entre las CAT, los casos libres de error mejoraron del 56% al 84% en 2 años. Para aquellas personas que utilizaron el contador de respiración (reloj de arena), se mejoró su diagnóstico de un 60% a un 82%. Tres CAT tuvieron dificultades con el manejo de casos debido a discapacidades mentales. Si se excluyen a estas tres CAT, las CAT tuvieron una tasa de letalidad de 0.5 comparado con la de los TVS (0.7) y trataron más casos. La mortalidad neonatal debida a neumonía bajó en un 44%[79].

C. *LA INDIA: Gobierno*

ACTIVIDADES

El bajo peso al nacer es un problema gigantesco en la India. Por lo tanto, el gobierno capacitó a las CAT y a los trabajadores aganwandi (TAG) para tratar el bajo peso al nacer por medio de la longitud del pie. Las CAT fueron capacitadas en atención esencial al recién nacido (calentamiento, respiración, resucitación) y cómo tomar una impresión del pie del recién nacido. Las CAT monitoreaban la alimentación, el color de las plantas del pie y la actividad del recién nacido. Los TAG llegaban el día después del nacimiento. Si el tamaño del pie era menor de 6.5 cms. se refería al bebé a un sub-centro. Si el tamaño del pie era entre 6.5 y 7.0 cms., el TAB hacía visitas de seguimiento frecuentes para tratar la alimentación y actividad del recién nacido. Las CAT fueron capacitadas en calentamiento kanguro y monitorearon al infante hasta que las plantas de los pies de los recién nacidos se pusieron rosadas.

RESULTADOS

Como resultado, el uso de atención prenatal incrementó, así como el registro de nacimientos. Además, la mortalidad infantil disminuyó de 58.1 en 1989-90 a 45.1 en 1990-91[96].

VII. CONCLUSIÓN

Este capítulo sirve para circular la información correspondiente a las actividades, los resultados y las lecciones aprendidas a través de los programas de los diferentes países, que incluye sus éxitos y sus luchas. Tenemos la esperanza de que estos ejemplos den a los gerentes de programas la orientación que necesiten con respecto al diseño e implementación de los programas y que también señalará algunos de los posibles peligros que quieran evitar. Más importante aún, estos programas muestran que se puede lograr un progreso con respecto a la salud materna y neonatal cuando se implementan unas intervenciones de selección estratégica para satisfacer las necesidades de la comunidad local.

Nosotros creemos que se puede superar este problema complejo de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal si todos trabajamos juntos de forma estratégica e íntegra.

GLOSARIO

Aborto
Expulsión espontánea o inducida del producto del embarazo a través del útero, antes de la 28ª semana de gestación, la cual finaliza el embarazo.

Acido Fólico
Complejo de Vitamina B, necesario para el desarrollo de glóbulos rojos normales. La deficiencia del ácido fólico antes del embarazo puede tener repercusiones de defectos tubáricos neurales en el recién nacido/feto.

Albuminuria/Proteinuria
La presencia de albúmina – una substancia de proteína – en la orina, frecuentemente asociada con pre-eclampsia y eclampsia.

Antenatal / Prenatal
El período de tiempo desde la concepción hasta el comienzo del parto, aproximadamente 40 semanas.

Asfixia de Parto
Una condición extrema causada por la falta de oxígeno y exceso de dióxido de carbono en la sangre, lo que frecuentemente resulta en la muerte del feto/recién nacido.

Atención Obstétrica de Emergencia
La mínima cantidad de intervenciones necesarias para manejar apropiadamente las complicaciones obstétricas. Esto incluye obstetricia quirúrgica (cesáreas, tratamiento de laceraciones, laparatomía), anestesia, tratamiento médico de conmoción, eclampsia y anemia, reposición de sangre, procedimientos manuales y parto asistido.

Atención Obstétrica Esencial
La mínima cantidad de intervenciones para promover un embarazo saludable y un buen resultado del parto. Esto incluye atención prenatal (diagnóstico de infecciones, enfermedades, TT, buena nutrición), planificación del parto, asegurar el parto con una persona capacitada, referencia apropiada y manejo de complicaciones obstétricas (atención obstétrica de emergencia) y monitoreo y atención postparto.

AVAI
Años de Vida Ajustados por Incapacidad

Cesárea
Una operación obstétrica por la cual se extrae al feto a través de una inserción abdominal hacia el útero, usualmente después de 28 semanas de gestación.

Después del Parto
Término no profesional para la placenta y membranas del feto, expulsadas luego del parto.

Eclampsia/Toxemia
Una condición severa, mayormente en los primeros embarazos, caracterizada por albuminuria, hipertensión, convulsiones, daño en el cerebro y riñones y termina frecuentemente en la muerte de la madre.

Edema
Una condición en donde el exceso de fluidos es absorbido por los tejidos del cuerpo. Esto es debido a: 1. Producción en exceso de los fluidos del cuerpo y/o 2. Deficiencia de excreción y mecanismos de absorción apropiados.

Extracción de Placenta
La placenta retenida puede ser extraída manualmente o con la ayuda de una aspiradora.

Capacitación basada en capacidad
Un enfoque sistemático para capacitación en el que el capacitado aprende el conocimiento y habilidades necesarios para llevar a cabo una tarea. Se diferencia de la mayoría de capacitaciones porque no existe una cuota para el número de procedimientos que deben ser realizados. El capacitado repite la tarea hasta que sea hábil en llevar a cabo el procedimiento.

Casa de Espera
Una construcción diseñada para mujeres embarazadas con complicaciones o complicaciones potenciales para que esperen cerca de un servicio de salud.

Corte Vaginal
Una incisión realizada durante el parto para hacer una abertura vaginal para agrandarla y evitar el sobreestiramiento, rompimiento o daño en la base pélvica.

Ergometrina
Una medicina, que también se encuentra en forma natural en algunos tés y hierbas, utilizado para prevenir y controlar el sangrado. Su mecanismo de acción se enfoca en el incremento de contracciones uterinas.

Fístula
Un paso anormal entre dos cavidades (vaginal/vejiga, vaginal/recto). La fístula materna más común es la fístula vesico-vaginal (FVV) abertura entre la vagina y la vejiga, que deja a la mujer inconsciente, susceptible a infección o infertilidad.

Gravidez
El número de embarazos, incluyendo los partos de niños muertos y abortos, que una mujer ha tenido durante su vida. Primagesta es una mujer que ha tenido un embarazo, mientras que mulitgesta es una mujer que ha tenido más de un embarazo.

Hemoglobina
Un pigmento (proteína y hierro) contenido en los glóbulos rojos que lleva el oxígeno a la sangre.

Hemorragia
Pérdida significativa de sangre, ya sea interna- o externamente del cuerpo.

Hemorragia Prenatal
Hemorragia que ocurre entre la concepción y el comienzo del trabajo de parto.

Hemorragia Postparto
Una hemorragia que ocurre luego del parto, usualmente en las primeras 2-4 horas luego del parto. Puede ocurrir luego del alumbramiento o puede deberse a pedazos de placenta retenida.

Hierro
Es un elemento metálico que es un componente importante de la hemoglobina.

Hipertensión
Presión alta de sangre, usualmente mayor a 140 (sistólico)/90 (diastólico).

Infertilidad
Incapaz de concebir.

Infibulación
Un procedimiento que involucra la extirpación del clítoris, labia menor y la mayor parte de la labia mayor, suturación de los bordes heridos de la labia mayor para crear una superficie cicatrizada. (Un tipo de mutilación genital femenina)

Intraparto
El tiempo entre el comienzo de la primera etapa del parto y la terminación del parto, incluyendo el alumbramiento o la expulsión de la placenta.

Nacido Muerto
Un bebé que nace luego de la 28ª semana de embarazo, pero que nunca ha respirado ni mostrado signos de vida.

Oxitocín
Una hormona pituitaria que estimula la contracción del útero.

Oxitócico
Término aplicado a cualquier medicina (ej. ergometrina) que estimula las contracciones del útero para inducir o acelerar el parto.

Parenteral
Administración de medicinas o fluidos, ya sea por inyecciones intramusculares o infusión intravenosa.

Para/Paridad
El número de niños nacidos vivos que una mujer ha tenido en su vida. Una primeriza es una mujer que solamente ha tenido un niño nacido vivo y una multipara es una mujer que ha tenido varios niños nacidos vivos.

Parto Prolongado
Trabajo de parto que dura más de 12 horas.

Partógrafo/Partograma
Un registro para ayudar en el monitoreo del progreso del parto, que incluye el tiempo de las contracciones, dilatación del cérvix y frecuencia cardíaca fetal.

Período Postparto
Desde el alumbramiento de la placenta hasta los primeros 42 días después del parto.

Placenta
Un órgano plano, usualmente mide de 17-20 cms. de diámetro, formado en la duodécima semana de gestación para transmitir oxigeno y otros nutrientes vitales al feto y quitar productos de desecho. La placenta se saca en la tercera etapa del parto. Si se retienen algunas partes de la placenta, puede causar hemorragia postparto.

Placenta Previa
Una placenta situada anormalmente, usualmente cubre parte de o todo el cérvix; puede contribuir a hemorragia postparto y trauma para el feto.

Placenta Retenida
Condición donde la placenta no es expulsada espontánea o completamente después del parto, dando lugar a que el útero no pueda contraerse y haya hemorragia postparto.

Porcentaje de Mortalidad Materna
El número de mujeres que mueren durante el embarazo o durante los primeros 42 días después del embarazo, de causas relacionadas a, o agravadas por, el embarazo, por 100,000 nacidos vivos.

$$\frac{\text{Número de muertes maternas en un año}}{\text{100,000 nacidos vivos en un año}}$$

Pre-eclampsia/Toxemia
Condición caracterizada por la retención de fluidos (edema), albuminuria, hipertensión (aumento de PA (presión arterial) de 15-20mm sobre el PA anterior) lo cual puede conducir a eclampsia

Presentación Podálica
Cuando el feto está en una posición en la que sus nalgas, rodillas o los pies están en la parte más baja del útero, el feto usualmente pasa primero sus pies a través del canal del parto.

Presentación Transversal
Condición en la que el feto está en una posición horizontal en el útero, en lugar de estar en la posición normal con la cabeza en dirección del cérvix.

Primer Nivel de Referencia
El nivel del sistema de salud, que es diseñado y equipado para proveer servicios de atención obstétrica de emergencia completos.

Proveedor Capacitado
Un proveedor capacitado es un doctor, obstetriz, o enfermera que ha completado una serie de estudios y puede: manejar partos normales, reconocer el comienzo de complicaciones maternas y neonatales, realizar habilidades esenciales de salvamento, iniciar tratamiento y supervisar la referencia a un servicio más alto de atención en salud.

Útero caído
El útero sale de su sitio hacia la parte más baja de la vagina, como resultado de la dilatación y debilidad de los ligamentos uterinos.

Recién Nacido/Neonato
Un infante desde su nacimiento hasta sus primeros 28 días de vida. El período neonatal comprende los primeros 28 días luego del parto.

Tasa de Mortalidad Perinatal
El número de muertes en el período perinatal de la semana 22 a la 28 de embarazo hasta la primera semana de vida. Esto incluye el número de muertes fetales tardías (28-40 semanas de gestación, incluyendo nacidos muertos) más el número de muertes durante los primeros siete días de vida por 1,000 nacidos vivos.

$$\frac{\text{Número de muertes fetales tardías en el embarazo (de la semana 22-40 incluyendo nacidos muertos) y los primeros siete días de vida}}{\text{1,000 nacidos vivos más nacidos muertos en un año}}$$

Tasa de Mortalidad Materna
El número de mujeres que mueren durante el embarazo o dentro de los 42 días después del embarazo, de cualquier causa relacionada a, o agravada por, el embarazo, por 100,000 mujeres en edad reproductiva.

$$\frac{\text{Número de muertes maternas en un año}}{\text{100,000 mujeres en edad reproductiva en la población}}$$

Tasa de Mortalidad Neonatal
El número de muertes en los primeros 28 días de vida por 1,000 nacidos vivos.

$$\frac{\text{Muertes neonatales en los primeros 28 días de vida en un año}}{\text{1,000 nacidos vivos en un año}}$$

Trabajo de Parto
Primera etapa de trabajo incluyendo la dilatación del cérvix, segunda etapa del nacimiento del niño y tercera etapa de la expulsión de la placenta y membranas.

PRESENTACIONES

Presentación 1 Razones de La Mortalidad/Morbilidad Materna . . . . . .P-ii
Presentación 2 Razones Para Las Muertes Neonatales . . . . . .P-iii
Presentación 3 Elementos Claves de Planificación del Parto/Preparación para el Embarazo . . . . . .P-iv
Presentación 4 Signos de Peligro Para Las Mujeres . . . . . .P-v
Presentación 5 Signos de Peligro Para el Recién Nacido . . . . . .P-vi
Presentación 6 Herramienta de Diagnóstico de Riesgo Para Salud Materna y Neonatal . . . . . .P-vii
Presentación 7 Lista Ilustrativa de Indicadores . . . . . .P-x
Presentación 8 Educar y Movilizar a La Comunidad . . . . . .P-xi
Presentación 9 Mejorar el Transporte entre el Centro de Salud y Hospital . . . . . .P-xii
Presentación 10 Mejorar la Disponibilidad y Calidad de Servicios de Salud . . . . . .P-xiii
Presentación 11 Acción Intersectorial Necesaria Para Promover la Maternidad Segura . . . . . .P-xiv
Presentación 12 Mejores Prácticas Actuales: Servicios de Salud Materna de Calidad . . . . . .P-xv
Presentación 13 Mejores Prácticas Actuales: Preconcepción . . . . . .P-xvi
Presentación 14 Mejores Prácticas Actuales: Embarazo . . . . . .P-xvii
Presentación 15 Mejores Prácticas Actuales: Embarazo . . . . . .P-xviii
Presentación 16 Suplementación Con Micronutrientes . . . . . .P-xix
Presentación 17 Protocolos de Tratamiento Preferidos Para Mujeres Embarazadas y Recién Nacidos . . . . . .P-xx
Presentación 18 Servicios Amplios de Atención Obstétrica de Emergencia . . . . . .P-xxi
Presentación 19 Mejores Prácticas Actuales: Parto/Manejo del Resultado del Embarazo . . . . . .P-xxii
Presentación 20 Elementos de un Parto Limpio: Las Seis Limpiezas . . . . . .P-xxiii
Presentación 21 ¡¡¡Emergencia!!! ¿Qué Puede Hacer una CAT Capacitada? . . . . . .P-xxiv
Presentación 22 Mejores Prácticas Actuales: Postparto Materno: Materno Normal . . . . . .P-xxv
Presentación 23 Mejores Prácticas Actuales: Atención Materna Postparto: Signos de Peligro; 24 Horas Postparto . . .P-xxvi
Presentación 24 Mejores Prácticas Actuales: Atención Materna Postparto: Servicios; 24 Horas Postparto . . . . . .P-xxvii
Presentación 25 Mejores Prácticas Actuales: Atención al Recién Nacido . . . . . .P-xxviii
Presentación 26 Tratamiento Preferido Para Infecciones de Recién Nacidos . . . . . .P-xxix
Presentación 27 Cuidado Esencial del Recién Nacido y Signos de Peligro . . . . . .P-xxx

PRESENTACIÓN 1

RAZONES DE LA MORTALIDAD/MORBILIDAD MATERNA

Combinación de factores socioculturales como:

- ➔ Prácticas dañinas (ej., MGF);
- ➔ Mala nutrición y factores asociados;
- ➔ Baja condición social de la mujer /Empoderamiento/Toma de decisiones;
- ➔ Embarazos frecuentes / Altas tasas de fertilidad / Intervalos pequeños entre partos;
- ➔ Matrimonio prematuro y embarazo en adolescentes;
- ➔ Carga de trabajo pesada;
- ➔ Confianza en medicina tradicional y curanderos;
- ➔ Deseo de bebés pequeños; y
- ➔ Abuso/violencia emocional.

Necesidad no satisfecha de servicios de planificación familiar debido a:

- ➔ Creencias / prácticas tradicionales;
- ➔ Falta de conocimientos; y
- ➔ Servicios inaccesibles o de mala calidad.

Atraso en reconocer el problema debido a:

- ➔ Creencias tradicionales;
- ➔ Riesgo poco percibido;
- ➔ Pocos conocimientos de las causas de muerte, signos de peligro de complicaciones; y
- ➔ Programas de diagnóstico inadecuados.

Atraso en decidir sobre la búsqueda de atención debido a:

- ➔ Baja condición social de la mujer / participación en la toma de decisiones;
- ➔ Falta de planeación para el parto / preparación;
- ➔ Altas tasas de partos en el hogar sin atención y ayudantes no capacitados; y
- ➔ Servicios de salud de mala calidad (percibidos o reales).

Atraso en llegar al servicio publico de salud debido a:

- ➔ Distancia geográfica;
- ➔ Falta de recursos para pagar los servicios;
- ➔ Comunicación /Sistemas de transporte inadecuados; y
- ➔ Pocos conocimientos con respecto a dónde ir y cómo llegar allí.

Atraso en recibir tratamiento de calidad en el servicio de salud debido a:

- ➔ Falta de medicina, suministros, sangre y equipo para tratar las complicaciones;
- ➔ Procesos administrativos incómodos;
- ➔ Falta de personal competente, motivado;
- ➔ Falta de supervisión y sistemas de manejo de información adecuados; y
- ➔ Falta de mecanismos de alcance y seguimiento.

PRESENTACIÓN 2

RAZONES PARA LAS MUERTES NEONATALES

Combinación de factores socioculturales como:

- ➔ Embarazos frecuentes / Altas tasas de fertilidad / Intervalos cortos entre los partos;
- ➔ Embarazos de adolescentes;
- ➔ Deseo de bebés pequeños; y
- ➔ Discriminación de sexo, que empieza durante la infancia.

Atraso en reconocer el problema debido a:

- ➔ Creencias tradicionales;
- ➔ Pocos conocimientos con respecto a signos de peligro;
- ➔ Muerte materna; y
- ➔ Altas tasas de partos en el hogar sin atención con o sin ayudantes capacitados.

Atraso en decidir sobre la búsqueda de atención debido a:

- ➔ Creencias tradicionales; y
- ➔ Pocos conocimientos sobre condiciones/consecuencias médicas

Atraso en llegar al servicio público de salud debido a:

- ➔ Falta de recursos para pagar por los servicios;
- ➔ Comunicación /Sistemas de transporte inadecuados; y
- ➔ Pocos conocimientos con respecto a dónde ir y cómo llegar allí

Atraso en recibir tratamiento de calidad en el servicio de salud debido a:

- ➔ Falta de personal capacitado para tratar con bebés con BPN e infecciones neonatales;
- ➔ Falta de supervisión y sistema de información;
- ➔ Falta de sistemas de alcance y seguimiento; y
- ➔ Falta de medicinas y suplementos para tratar apropiadamente las complicaciones.

PRESENTACIÓN 3

ELEMENTOS CLAVEs DE PLANIFICACIÓN DEL PARTO / PREPARACIÓN PARA EL EMBARAZO

- ✔ Informar a la mujer sobre lo que debe esperar durante el embarazo, incluyendo la fecha probable del parto y auto-cuidado durante el embarazo (ej. nutrición y reducción de la carga de trabajo)
- ✔ Saber de y reconocer los signos de peligro para la madre durante el embarazo, parto y período postparto
- ✔ Promover la importancia de tener a un proveedor capacitado para atender su parto
- ✔ Saber a qué servicio de salud ir si surgen complicaciones
- ✔ Saber cómo llegar a dicho servicio
- ✔ Fomentar el desarrollo de un plan para pagar (ahorros/préstamo) por los servicios
- ✔ Comprender la importancia de la lactancia materna inmediata y exclusiva
- ✔ Educar a la mujer y su familia a reconocer los signos de peligro para el recién nacido
- ✔ Educar a la mujer sobre su regreso a la fertilidad y opciones de PF disponibles para ellas

PRESENTACIÓN 4

SIGNOS DE PELIGRO PARA LAS MUJERES

BUSCAR ATENCIÓN INMEDIATA		
EMBARAZO	**PARTO**	**POST-PARTO**
Sangrado	Sangrado fuerte	Sangrado fuerte
Convulsiones	Convulsiones	Convulsiones
Palidez, Respiración forzada	Fiebres, Escalofríos, Secreción	Fiebres, Escalofríos, Secreción
Dolor de cabeza	Trabajo de parto por más de 12 horas	
Manos / Cara hinchadas	Presentación anorma	
Fiebre alta	Placenta no sale en 30 minutos	
Dolor abdominal severo		

Fuente: OMS, 1994

PRESENTACIÓN 5

SIGNOS DE PELIGRO PARA EL RECIÉN NACIDO

BUSCAR ATENCIÓN INMEDIATA	
AL NACER	**PRIMEROS SIETE DIAS**
No Respira	Hipotermia /Fiebre/Escalofríos
Color de la piel Amarillo (ictericia)	Ictericia
Color de la piel, palmas y plantas de los pies	Respiración forzada (mayor de 60)
Están azul (Hipotermia)	Convulsiones
No puede mamar	No puede / poco mamar / inactivo
	Rigidez
	Diarrea / Constipado
	Ojos rojos hinchados con secreción
	Rojez y secreción alrededor del cordón

Fuente: OMS, 1996

HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO DE RIESGO PARA SALUD MATERNA Y NEONATAL

PROBLEMA NECESIDAD	DATOS	ENTORNO MUY DEFICIENTE	ENTORNO DEFICIENTE	ENTORNO MODERADO	ENTORNO ADECUADO	ENTORNO ADECUADO
	Medio Ambiente					
Políticas Inadecuadas / Sin apoyo	Política	Política SM aprobada en el pasado	Política SM aprobada en los últimos 2 años	Política SM aprobada en los útimos 3 años	Política SM aprobada en los últimos 4 años	Política SM aprobada en los últimos 5 años
Baja Condición de la Mujer Educación Limitada	(% de alfabetismo en mujeres)	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65
Accesso lmitado a recursos, reduciendo el acceso a atención	Acceso a Recursos					
Participación liitada en toma de decisiones, inhibiendo la búsqueda y obtención de atención	Participación de la mujer en toma de decisiones					
Movilidad limitada	Movilidad	Aislada	Movilidad solamente con parientes varones	Movilidad con otros	Movilidad con permiso	Movilidad sola
	Infraestructura					
Poco Acceso	Distancia/tiempo promedio a la fuente de salud	Más del 12 kms.	11 - 8 kms.	7 - 5 kms.	4 - 2 kms.	Menos del 1 km.
Poco Acceso	Doctores por población de 10,000 (todos)	1 - 5	6 - 15	16 - 30	31 - 45	Más del 45
Poco Acceso	Número de servicios de salud por 500,000 que proveen B-AOE/C-AOE	1 Ninguna	2 1	3 1	4 1 - 2	5 o más Más del 2
	Estado de salud					
Poca acceso a y calidad de servicios de Salud Materna	Tasa de Mortalidad Materna	Más del 650	649 - 500	499 - 350	349 - 200	Menos del 200
Poca acceso a y calidad de servicios de SM, atención al recién nacido	Tasa de Mortalidad Infantil	Más del 100	99 - 80	79 - 65	64 - 50	Menos del 50
Poco acceso a y calidad	Tasa de fertilidad total	Más del 6	5.9 - 5.0	4.9 - 4.0	3.9 - 3.0	Menos de 3

Fuente: adaptado del Banco Mundial, Tinker, 1993; Preparado por Susan Rae Ross, RTA de CARE, Nov., 1998; MS= Maternidad Segura
Nota: Esta tabla aún está en formato de borrador y continuará siendo examinada el próximo año.

HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO DE RIESGO PARA SALUD MATERNA Y NEONATAL

PROBLEMA NECESIDAD	DATOS	ENTORNO MUY DEFICIENTE	ENTORNO DEFICIENTE	ENTORNO MODERADO	ENTORNO ADECUADO	ENTORNO ADECUADO
	Infraestructura de Salud					
Poco acceso a servicios de SM	% de mujeres que llegan a por lo menos 3 visitas de atención prenatal	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65%
Preferencia, mal percepción o poco accesso a SM	% partos en el hogar	Más del 60%	60% - 45%	44% - 30%	29% - 15%	Menos del 15%
Número inadecuado de personal capacitado, distribución de personal y acceso a proveedor capacitados competentemente	% de mujeres que tienen a un proveedor capacitado para atender su parto	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65%
Poco acceso	% de partos totales en institución	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65%
Creencias, acceso a servicios SM de calidad	% mujeres con complica-ciones que tienen su parto en una institución (satisfacen su necesidad obstétrica)	Menos del 3%	4% - 6%7% - 10%	11% - 13%	Más de 13%	
Poco Accesso	% de mujeres que reciben una visita postparto en las primeras 24 horas	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65%
Poco acceso y distribución	% de mujeres que reciben suplementación PP de Vitamina A	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 65%	Más del 65%
Información errónea, poca calidad y poco acceso a servicios de PF	Tasa de prevalencia de contraceptivos de métodos modemos	Menos del 10%	15% - 25%	26% - 35%	36% - 45%	Más del 45%
Poca calidad y poco acceso a servicios de PF	Necesidad no satisfecha de PF, tanto limitando/espaciando	Más del 30%	30% - 25%	24% - 20%	19% - 15%	Menos del 15%
Nutrición inadecuada, poco acceso a servicios de salud y sistemas de distribución	% mujeres embarazadas anémicas	Más del 60%	60% - 45%	44% - 30%	29% - 15%	Menos del 15%
Poco acceso a servicios de identificación y tratamiento	Prevalencia de sífilis entre mujeres prenatales	Más del 9%	Entre 9% y 7%	Entre 6% y 4%	Entre 3% y 1%	Menos del 1%

Fuente: adaptado del Banco Mundial, Tinker, 1993; Preparado por Susan Rae Ross, RTA de CARE, Nov., 1998; MS= Maternidad Segura
Nota: Esta tabla aún está en formato de borrador y continuará siendo examinada el próximo año.

HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO DE RIESGO PARA SALUD MATERNA Y NEONATAL

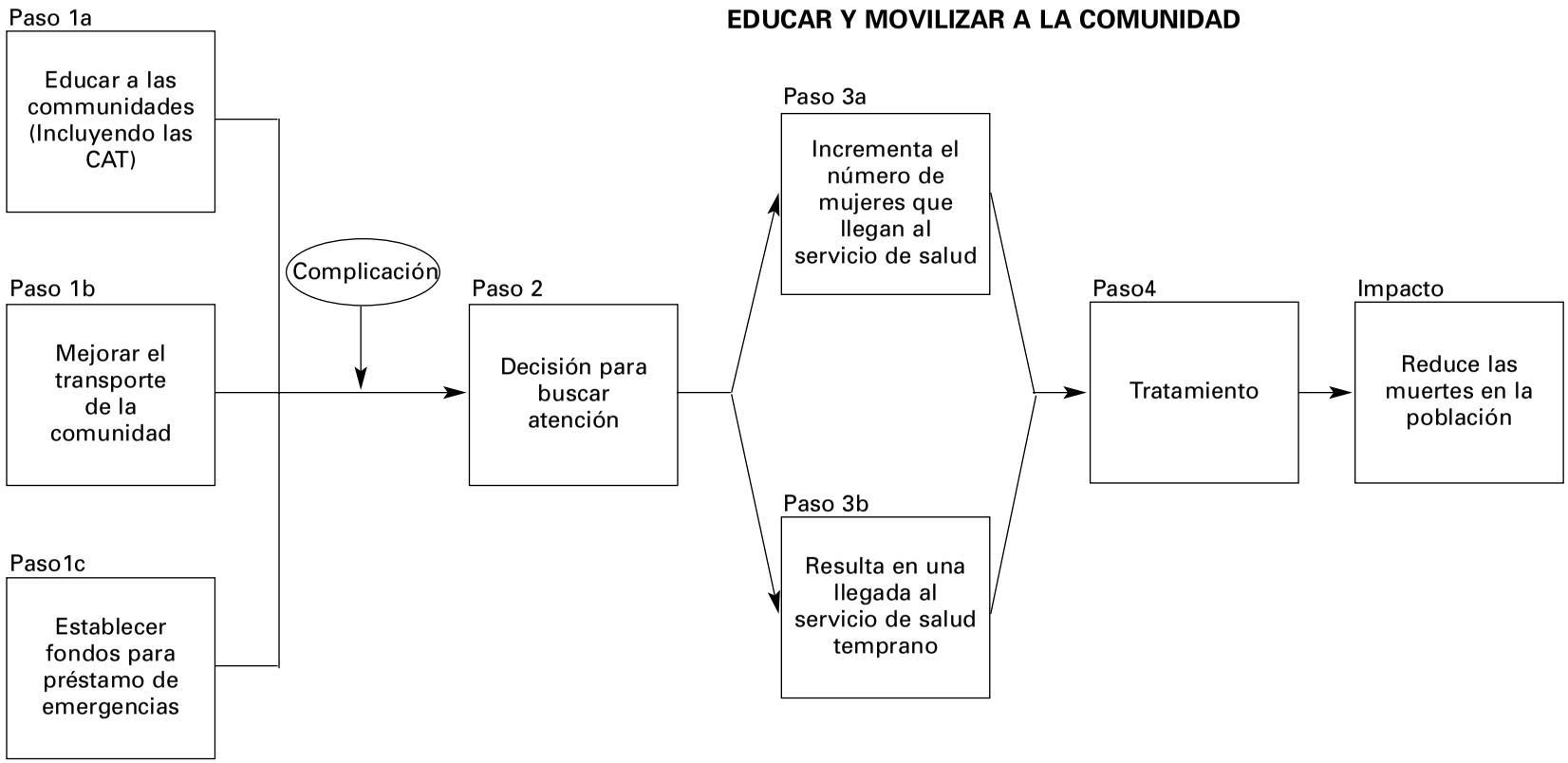
PROBLEMA NECESIDAD	DATOS	ENTORNO MUY DEFICIENTE	ENTORNO DEFICIENTE	ENTORNO MODERADO	ENTORNO ADECUADO	ENTORNO ADECUADO
	Condición de Salud Neonatal					
Poco acceso y distribución	% de cobertura TT	Menos del 25%	25% - 40%	41% - 55%	56% - 70%	Más del 70%
Poco acceso a servicios maternos y al recién nacido de calidad	Muertes neonatales como una proporción de TMI	Más del 50%	49% - 40%	39% - 30%	29% - 20%	Menos del 20%
Mala nutrición materna	% de BPN	Más del 40%	39% - 30%	29% - 20%	19% - 10%	Menos del 10%
	IEC					
Malos niveles de educación, educación en salud y consejería	% de mujeres que conocen una fuente de PF	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Más del 75%
Malas niveles de educación, educación en salud y consejería	% d parejas con planes de parto	Menos del 5%	6% - 15%	16% - 25%	26% - 40%	Más del 40$
Malas niveles de educación, educación en salud y consejería	% de mujeres que conocen los signos de peligro	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Más del 75%
Malos niveles de educación, educación en salud y consejería	% de proveedores de atencióon que conocen una fuente de atención al recién nacido	Menos del 20%	21% - 35%	36% - 50%	51% - 75%	Más del 75%

Fuente: adaptado del Banco Mundial, Tinker, 1993; Preparado por Susan Rae Ross, RTA de CARE, Nov., 1998; MS= Maternidad Segura
Nota: Esta tabla aún está en formato de borrador y continuará siendo examinada el próximo año.

LISTA ILUSTRATIVA DE INDICADORES

INDICADOR	FUENTE DE DATOS	NIVEL DE INDICADOR
% de mujeres embarazadas que reciben (1, 2, 3 visitas) atención prenatal	Registro del Servicio	Efecto
% de mujeres embarazadas que reciben 2 vacunas contra el Tétanos	Registro del Servicio	Efecto
% de mujeres que reciben tabletas de sulfato-ferroso	Registro del Servicio	Efecto
% de mujeres embarazadas que reciben consejería en PF durante visitas prenatales	Registro del Servicio / Encuesta	Efecto
% mujeres embarazadas que tienen un plan de parto	Encuesta	Efecto
% de mujeres embarazadas que reconocen por lo menos 2 signos de peligro	Encuesta / FGD	Resultado
% de esposos o parientes políticos que reconocen por lo menos 2 signos de peligro	Encuesta / FGD	Resultado
% de las CAT que reconocen por lo menos 5 signos de peligro	Post-test	Resultado
% de mujeres embarazadas y familias que saben cómo llegar al servicio de salud más cercano si surge una complicación	Encuesta	Resultado
% de mujeres embarazadas que tienen el parto en el hogar con una persona capacitada	Registro del Servicio / Encuesta	Resultado
% de mujeres embarazadas que tienen el parto en el hogar, utilizando un kit de parto / materiales limpios	Registro del Servicio / Encuesta	Resultado
% de mujeres que tienen complicaciones y tienen el parto en un servicio	Registro del Servicio	Efecto
% de proveedores que tienen conocimientos adecuados de cómo manejar las complicaciones	Resultados de post-test	Resultado
# servicios que están equipados para proveer la atención obstétrica básica	Registro del Servicio	Resultado
# servicios que están equipados para proveer la atención obstétrica completa	Registro del Servicio	Resultado
# de servicios que tienen suplementos por lo menos para un mes para poder tratar las complicaciones obstétricas normalmente	Registro de Inventario	Dato de entrada
Tasas de letalidad (% mujeres embarazadas con complicaciones, quienes mueren, comparada con el número total de casos)	Registro del Servicio / Revisiones de caso	Efecto
% de las CAT que saben de los 5 elementos de una buena atención al recién nacido	Post-test	Resultado
% de mujeres que comienzan a dar de mamar durante la primera hora	Registro del Servicio / Encuesta	Efecto
% de mujeres embarazadas y sus familias que reconocen por lo menos 2 signos de peligro para el recién nacido	Encuesta	Resultado
% de mujeres que son visitadas por una persona capacitada en las primeras 48 horas	Encuesta	Efecto
% de mujeres que reciben servicios de PF postparto	Encuesta	Efecto

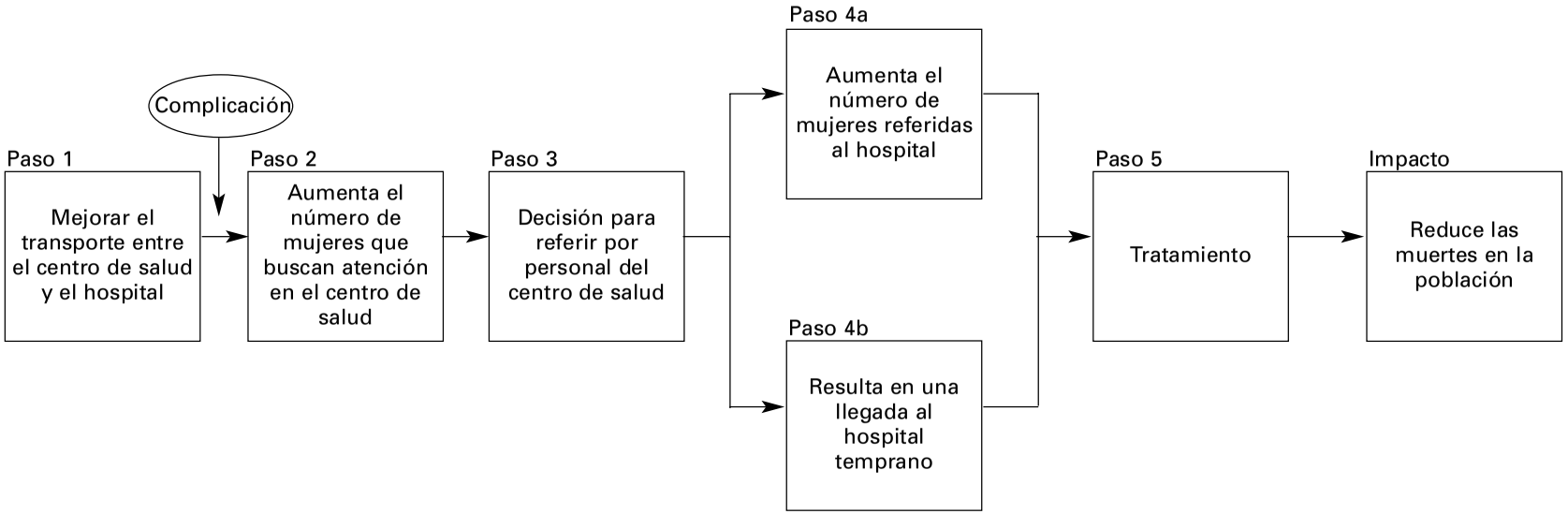
Fuente: Maine, El Diseño y Evaluación de Programas de Salud Materna, 1998; Guías de Mortalidad Materna – UNICEF, 1996



PASO	INDICADORES DE PROCESO/RESULTADO	FUENTES DE INFORMACIÓN
1a	Número de sesiones llevadas a cabo; número de personas Conocimientos de signos de complicaciones	Reportes del personal de Proyecto; Listas de asistencia Pre-y Post-Evaluaciones / Mini-encuestas
1b	Disponibilidad de transporte en la comunidad	Entrevistas con líderes de aldea; Reportes del personal del proyecto
	Utilización del transporte en la comunidad	Entrevistas con pacientes; Registros de Transporte
1c	Disponibilidad de préstamos de emergencie Utilización de préstamos de emergencia	Entrevistas con líderes de aldea; Reportes del personal del proyecto Entrevistas con líderes de aldea; Registros de fondos
2	Decisión de búsqueda de atención	Grupos focales de la comunidad: mini-encuestas
3a	Número de mujeres con complicaciones, llegando al servicio institucional de salud	Datos del servicio de salud
3b	Condición al llegar	Datos del servicio de salud
4	Tasa de letalidad	Datos del Hospital

Fuente: Maine, 1997

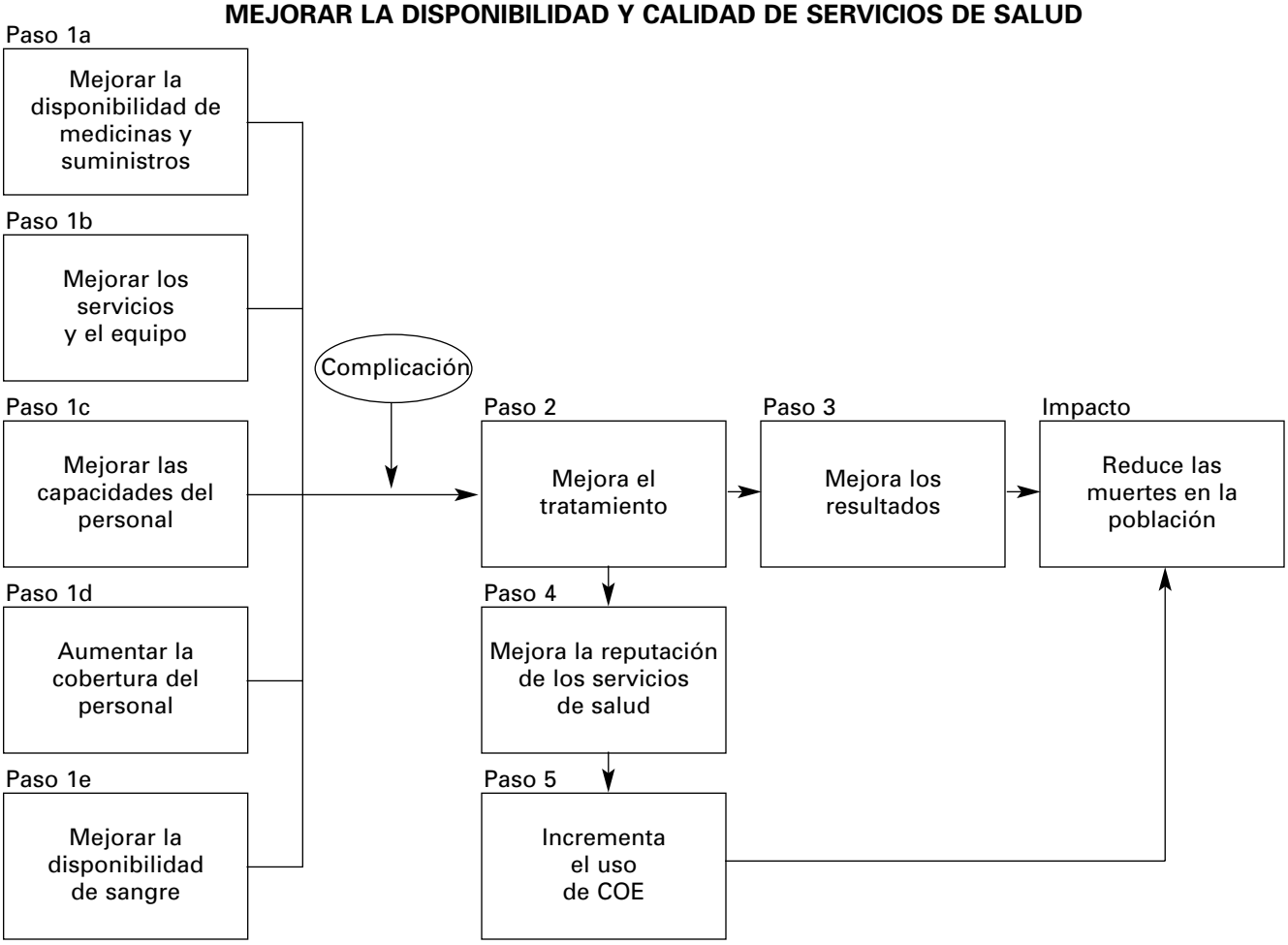
MEJORAR EL TRANSPORTE ENTRE EL CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL



PASO	INDICADORES DE PROCESO/RESULTADO	FUENTES DE INFORMACIÓN
1a	Disponibilidad de transporte Utilización del transporte	Datos de la lista de verificacióon; reportes del personal del proyecto Registro de transporte de vehiculo; entrevistas con comunidades y líderes
2	Número de mujeres con complicaciones, llegando al Centro de Salud	Datos del Centro de Salud
3	Decisión de referir	Entrevistas con personal de Centro de Salud; Datos del Centro de Salud
4a	Número de referencias realizadas	Datos del Centro de Salud y del Hospital
4b	Condición al llegar Tiempo desde la referencia hasta la llegada al hospital	Evaluaciones de caso; datos del Centro de Salud y del Hospital; Registros y datos del Hospital
5	Tasa de letalidad	Datos del Hospital

Fuente: Maine, 1997

PRESENTACIÓN 10
MEJORAR LA DISPONIBILIDAD Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD



PASO	INDICADORES DE PROCESO/RESULTADO	FUENTES DE INFORMACIÓN
1a	Disponibilidad de medicinas y suministros Utilización de medicinas y suministros	Datos de lista de verificación Datos del servicio de salud
1b	Disponibilidad de servicios/equipo de COE mejorar Utilización de servicios/equipo de COE mejorados	Reportes del personal de proyectos; entrevista con personal Datos de servicio de salud
1c	Número de personal capacitado Destrezas mejoradas del personal	Reportes del personal de proyectos Pre y Post Evaluaciones; Evaluaciones de casos
1d	Proporción de horas a la semana con una persona experta de turno Proporción de horas a la semana con una persona experta permanente	Horario del personal; reportes del personal del proyecto Horario del personal; reportes del personal del proyecto
1e	Disponibilidad de sangre Utilización de sangre	Datos de lista de veriticación Registros del banco de sangre
2	Tiempo desde la llegada hasta el tratamient definitivo Número de cesáreas (u otros procedimientos) realizadas	Evaluaciones de casos; Estudios de tiempo Registro del quirófano
3	Tasa de letalidad	Datos del servicio de salud
4	Reputación del sistema de salud en la comunidad	Pre- y Post Mini-encuestas
5	Número de mujeres con complicaciones ingresadas al servicio	Datos del servicio de salud

Fuente: Main,e 1997

PRESENTACIÓN 11
ACCIÓN INTERSECTORIAL NECESARIA PARA PROMOVER LA MATERNIDAD SEGURA

SECTORES/AGENCIAS/PERSONAL	EJEMPLOS DE ACCIÓN INTERSECTORIAL
1. **Autoridades Distritales** Oficiales gubernamentales locales Oficial de Información Líderes políticos	• Participar en y proveer un lugar para los Talleres de Maternidad Segura. • Proveer materiales para construir/renovar salas de maternidad. • Proveer pagos para enfermeras-obstetrices comunitarias.
2. **Departamento Distrital de Agricultura** Nutricionistas Economistas del hogar Trabajadores de campo de Agricultura	• Proveer semillas y experiencia a grupos de mujeres que cultivan vegetales ricos en vitaminas (ej., hierro, Vitamina A y C). • Educar a las familias en las necesidades nutricionales de las mujeres embarazadas y lactantes.
3. **Cooperativas agrícolas/comerciales**	• Proveer alimento adicional a las mujeres embarazadas/lactantes a través de las cooperativas. • Usar vehículos para transportar a las mujeres durante una emergencia obstétrica. • Establecer y mantener un fondo anual para el bienestar social para tener acceso al transporte y pagar por los servicios.
4. **Sindicatos de agricultores y trabajadores**	• Proveer subsidio de alimentos a trabajadores locales de salud (ej., enfermera-obstetriz comunitaria). • Participar en el esquema para la venta a bajo costo de alimentos ricos en proteína para las mujeres embarazadas y lactantes más pobres (ej., huevos, pollos)
5. **Departamento de Desarrollo comunitario Distrital**	• Desarrollar actividades generadoras de ingresos con grupos de mujeres para financiar el transporte para referencias de emergencia. • Estimular la acción comunitaria para construir hogares de espera de maternidad.
6. **Sindicatos/Grupos de mujeres**	• Participar con personal local de salud y trabajadores voluntarios de salud, como parte de una red comunitaria para Maternidad Segura. • Proveer educación femenina en sexualidad humana, planificación familiar, embarazo, parto y atención postparto. • Animar a interpretación de roles con la comparación de las técnicas de parto seguras e inseguras.
7. **Sindicatos/Grupos de Jóvenes**	• Promover una edad mínima de matrimonio (ej., 18 años para mujeres). • Capacitar a los jóvenes sexualmente activos a usar contraceptivos para evitar los embarazos no deseados, las ITS y el VIH/SIDA.
8. **Educación Distrital** Escuelas de secundaria Escuelas de primaria Universidades para capacitación a maestros	• Dentro de la educación de vida familiar, promover la comprensión de la sexualidad humana, concepción, PF, embarazo y parto. • Fomentar y capacitar a las niñas a asistir a la escuela primaria. • Capacitar a maestros en contenido apropiado de métodos de enseñanza para Maternidad Segura.
9. **Departamento de Educación para adultos y alfabetización**	• Involucrar a las suegras en sesiones de educación a mujeres para comunicar mensajes de Maternidad Segura. • Producir un manual de alfabetización en temas de Maternidad Segura. • Capacitar a las mujeres para hablar de temas sensibles y ocultos, como la morbilidad y aborto (inducido).
10. **Industria** Fabricantes farmacéuticos / otros	• Capacitar la compra al por mayor de las medicinas obstétricas para vender al por menor a mujeres pobres / servicios de salud. • Desarrollar y proveer vendajes y toallas sanitarias a bajo costo para mejorar la higiene genital durante y después del parto.
11. **Comercio / Negocio**	• Capacitar a distribuidores de venta al por menor a exponer y vender kits simples de parto a bajo costo, con suplementos de planificación familiar. • Donar equipo y transporte para actividades de Maternidad segura en áreas remotas.
12. **Sector Privado de Salud** Médicos del oeste Médicos tradicionales	• Proveer información y servicios [ej., Atención prenatal, parto, postparto y aborto (inducido)]. • Participar en identificar prácticas buenas y dañinas de parto y aborto.
13. **Transporte**	• Usar vehículos para transporte en casos de emergencia obstétrica. • Participar con grupos de mujeres para establecer y mantener financiamiento para transporte de emergencia.
14. **Las OVP/ONG**	• Donar equipo (ej., máquinas de presión arterial) • Proveer información y servicios. • Promover la renovación de quirófanos o bicicletas para comadronas rurales.
15. **Organización religiosa**	• Líderes religiosos locales permiten/fomentan la discusión de contracepción / aborto /circuncisión femenina. • Fomentan el acceso a servicios de salud materna.

Fuente: Feuerstein, 1995

Mejores Prácticas Actuales

SERVICIOS DE SALUD MATERNA DE CALIDAD

1. **Promoción y protección de salud:** Mujeres y sus familias necesitan saber acerca del embarazo y parto, comprender signos de peligro, saber dónde pueden obtener servicios y cómo llegar al servicio.

2. **Accesibilidad y disponibilidad de servicios:** Las mujeres deberían tener acceso a una amplia gama de servicios puntuales de calidad.

3. **Aceptabilidad de servicios:** Las mujeres necesitan privacidad y muchas prefieren un proveedor que sea mujer. Ellas deben tener la confianza de poder disponer de la confidencialidad y tener el apoyo de los miembros de su familia. Los proveedores de salud deben respetar las creencias y prácticas culturales.

4. **Capacidad técnica de proveedores de atención en salud:** La capacidad técnica depende de la capacitación/recapacitación periódicar y guías claras para el tratamiento clínico. La supervisión y repaso de casos son también esenciales para sostener la capacidad técnica.

5. **Suplementos y equipo esenciales:** Control de inventario y manejo de logística estándar debe ser establecido. Esto asegurará que los suplementos y equipo necesarios en cada nivel estarán disponibles de forma normal.

6. **Interacción con el proveedor:** Los proveedores deben ofrecer información exacta y apropiada, tratar clientes con respeto, ser sensibles a sus necesidades y evitar críticas.

7. **Información y consejería para el cliente:** Los clientes deben tener la oportunidad de hablar y preguntar a los proveedores de la atención en salud y se les debe ofrecer orientación en cualquier problema de salud que sea identificado.

8. **Involucramiento de clientes en toma de decisiones:** Los proveedores deben ver a los clientes como socios en la atención de salud y deben involucrarlos en la toma de decisiones como participantes activos en su propia atención en salud.

9. **Amplitud de atención y enlaces con otros servicios de salud reproductiva:** La atención en salud materna tiene una oportunidad singular de proveer a las mujeres con amplia atención de salud reproductiva y tratar otros temas, como nutrición y las ITS.

10. **Continuidad de atención y seguimiento:** Los servicios de salud materna deben ser parte de un programa amplio, que incluye la atención prenatal, parto y postparto. Las mujeres deben ser vistas como personas con necesidades de salud que continúan durante toda su vida.

11. **Apoyo a proveedores de atención en salud:** Los proveedores de atención en salud a todos los niveles necesitan el apoyo económico y social por parte del Estado y comunidades en donde trabajan.

Fuente: OMS, 1994

PRESENTACIÓN 13

Mejores Prácticas Actuales

PRECONCEPCIÓN

SERVICIOS RECOMENDADOS

1. Educación / Consejería en salud en reproducción
2. Acceso a servicios de PF (clínica, DC, mercadeo social)
3. Nutrición para mujeres adolescentes, que incluirá los micronutrientes (Vitaminas A & C, hierro, yodo)
4. Diagnóstico y tratamiento de las ITS/ITR
5. Movilización / apoyo comunitario
6. Calidad de atención
7. Sistemas de administración funcional para apoyar referencias

A LARGO PLAZO

10. Generación de ingresos
11. Educación a las niñas
12. Empoderamiento / toma de decisiones de las mujeres
13. Prácticas de cuidado, tales como tratar con MGF y mano de obra de niños

Mejores Prácticas Actuales
EMBARAZO

Cada mujer debe saber que a ella se le puede presentar una complicación relacionada con el embarazo, cada vez que está embarazada.

PLANIFICACIÓN DEL PARTO: La planificación es necesaria para asegurar que las mujeres tengan un parto limpio con un proveedor capacitado (ej., obstetriz, doctor). También significa que las mujeres y sus familias pueden identificar los signos de peligro, saben a qué servicio ir, saben cómo llegar al servicio apropiado más cercano y pueden movilizar recursos (transporte, dinero o sangre) para accesar dichos servicios.

DIAGNÓSTICO: Diagnóstico por complicaciones – en lugar del enfoque "en riesgo" – es necesario para identificar rápidamente a las mujeres con complicaciones y hacer los arreglos necesarios para referirlas de una forma oportuna a un servicio apropiado. Además, los parámetros actuales de diagnóstico (los "cuatro demasiados") necesitan ser afinados para aumentar su exactitud en la identificación de mujeres quienes pueden desarrollar las complicaciones.

PARTOS LIMPIOS: Todas las mujeres tienen derecho a un parto limpio (6 limpiezas) en el hogar o en el hospital, por una persona capacitada. También incluye mantener al bebé limpio y a una temperatura adecuada y proveer lactancia materna inmediata.

ATENCIÓN POSTPARTO: Todas las mujeres deben ser educadas sobre los signos de peligro y deben ser monitoreadas constantemente durante las primeras 24 horas.

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO: Los recién nacidos deben ser monitoreados constantemente durante la primera semana, y poner atención a su respiración, lactancia materna inmediata, cordón y cuidado de los ojos, y mantener al bebé seco, limpio y a una temperatura adecuada.

SIGNOS DE PELIGRO MATERNO
BUSCAR ATENCÎON INMEDIATA

EMBARAZO	PARTO	POST-PARTO
Sangrado	Sangrado fuerte	Sangrado fuerte
Convulsiones	Convulsiones	Convulsiones
Palidez, Respiración forzada	Fiebres, Escalofrîos, secreción	Fiebres, Escalofríos, secreción
Dolor de cabeza	Trabajo de parto por más de 12 horas	
Manos/Cara hinchadas	Presentación anormal	
Fiebre alta	Placenta no sale en 30 minutos	

PRESENTACIÓN 15

Mejores Prácticas Actuales
EMBARAZO

1. ATENCIÓN PRENATAL (SERVICIOS ESENCIALES)

- Inmunización TT
- Tratamiento de anemia
- Tratamiento de infecciones en áreas endémicas (ej., malaria, anquilostoma)
- Diagnóstico y Tratamiento/Referencia (manejo sindrómico) para las ITS/ITR, especialmente la sífilis
- Cuatro visitas, si posible: Buen historial que identifica complicaciones relacionadas con los embarazos anteriores, información física (fondo, posición del feto) y peso, si posible
- Educación en salud (nutrición, reducir carga de trabajo, regreso a la fertilidad, PF, lactancia materna inmediata y exclusiva, síntomas de las ITS)
- Planificación del parto
  - Qué puede anticiparse durante el embarazo (fecha de parto)
  - Consejería en nutrición / Animar a la reducción de carga de trabajo
  - Saber de/identificar signos de peligro en los períodos de embarazo, parto y postparto
  - Seleccionar y usar proveedor capacitado / movilizar materiales para parto limpio
  - Saber/planificar a qué servicio de salud ir, cómo conseguir transporte, cómo movilizar recursos para pagar por transporte, suplementos y servicios, si surgen complicaciones
  - Tener conocimientos acerca de la importancia de la lactancia materna inmediata y exitosa
  - Saber de los signos de peligro en el recién nacido
  - Tener conocimientos acerca de los servicios de PF postparto (regreso a la fertilidad)
- Tarjeta de atención prenatal

2. ATENCIÓN PRENATAL (LO IDEAL, PERO PUEDE QUE NO SEA FACTIBLE)

- Análisis de orina (albúmina y diabetes)
- Hemoglobina/hemócrito
- Consejería y prueba del VIH

3. SISTEMAS DE APOYO COMUNITARIOS

- Apoyar servicios de alcance
- Desarrollar sistemas de transporte
- Desarrollar programas de ahorro y préstamos de salud en la comunidad
- Desarrollar sistema de donación de sangre en la comunidad
- Minimizar prácticas dañinas y fomentar prácticas beneficiosas

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

MICRONUTRIENTE	MER	PRENATAL	POSTPARTO
Hierro – Anemia Leve[1] (Hg menos que 11 gm)	60 mg	60 mg (90-100 tabs)	60 mg
Hierro – Moderada / Alta[1] (Hg 7-10)	120 mg	120 mg	120 mg
Hierro - Severa [1] (Hg menos que 7)	120 mg	180mg por 4 semanas y luego 120 mg	120 mg
Ácido Fólico Anemia Leve [1]	250 mcg	250mcg	250 mcg
Ácido Fólico Anemia Moderada / Alta[1]	500 mcg	500 mcg	500 mcg
Ácido Fólico Anemia Severa[1]	500 mcg	750 mcg por 4 semanas y luego 500 mcg	500 mcg
Deficiencia de Vitamina A[2]	Suplemento a mujeres con DVA No exceder 10,000 UI diario	Suplemento a mujeres con DVA No exceder 10,000 UI	200,000 UI única dosis primer mes
Calcio[3]	1,200 mg	1,200 mg	1,200 mg
Deficiencia de Zinc[3]	12 mg	15 mg	19mg
Deficiencia de Yodo[4]	400-960 po	100-300 mg po	100-300mg po

Fuente: (1) OMS, 1995; (2), OMS, 1998 (3) MotherCare, 1997, (4) OMS, 1996 (PO): por la boca ; (IM): intramuscular; (IU): unidades internacionales, (MU): unidades de millón, (mcg) microgramos; (mg) miligramos; DVA Deficiencia de Vitamina A

PRESENTACIÓN 17

PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO PREFERIDOS PARA MUJERES EMBARAZADAS Y RECIÉN NACIDOS

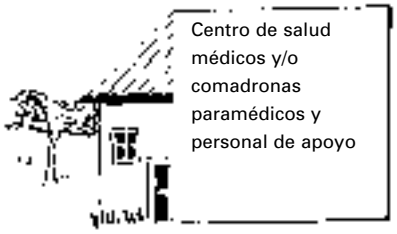
ENFERMEDAD	CIPROFLOXACINA	CEFTRIAXZONA	PENICILINA	TETRACICILINA	DOXICICLINA
Sífilis materna	N A	N A	2.4 UM IM de benzatina o 1.2 UM IM de procaína	N A	N A
Gonorrea materna	500 mg pb	250 mg IM	N A	N A	N A
Enfermedad venérea materna	N A	N A	N A	500 mg PB 4x día por	500 mg pb 4x día por 7 días
Oftalmia neonatal	N A	50 mg/kg IM	N A	1% ungüento por 10 días	N A
Sífilis congénita	N A	N A	50,000 unidades de procaína IM	N A	N A

Fuente: Family Health International, 1996
MU= unidades de millón; IU= Unidades Internacionales; PB= por boca; mg. miligramo; IM= Intramuscular; NA= No Aplica

PRESENTACIÓN 18

SERVICIOS AMPLIOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA UN SERVICIO POR 500,000 PERSONAS

- Realizar operación quirúrgica bajo anestesia general
- Realizar extracción con ayuda (ej. legrado) de pedazos de placenta retenida
- Llevar a cabo extracción manual de pedazos de placenta retenida
- Realizar parto vaginal con ayuda (ej. extracción con aspiradora o parto con fórceps)
- Proveer sangre
- Administrar antibióticos parentéricamente (IV o IM)
- Administrar sedantes parentéricamente (IV o IM)
- Administrar oxitócicos parentéricamente (IV o IM)



SERVICIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA CUATRO SERVICIOS POR 500,000 PERSONAS

- Realizar extracción manual de pedazos/placenta retenida
- Realizar parto vaginal con ayuda (ej. extracción con aspiradora)
- Administrar antibióticos, sedantes (valium, sulfato de magnesio) y oxitócicos (ergometrina, pitocina) IM o IV y fluidos IV

PRIMEROS AUXILIOS OBSTÉTRICOS EN LA COMUNIDAD

- Masaje uterino / puntos de presión
- Puede ser capaz de administrar oxitócicos (ergometrina) sub-lingual /nasal/IM
- Proveer sales de rehidratación oral

Fuente: Feuerstein, 1993

PRESENTACIÓN 19

Mejores Prácticas Actuales
PARTO / MANEJO DEL RESULTADO DEL EMBARAZO

PARTO NORMAL EN EL HOGAR

- ➔ Uso de personal capacitado/prácticas limpias de parto (6 limpiezas)
- ➔ Minimizar prácticas dañinas y fomentar prácticas beneficiosas
- ➔ Lactancia materna inmediata
- ➔ Atención adecuada para el recién nacido (respiración, temperatura adecuada, seco, cuidado del cordón y ojos).

PARTOS COMPLICADOS

- ➔ Minimizar prácticas dañinas y fomentar prácticas beneficiosas
- ➔ Identificar oportunamente las complicaciones (sangrado, fiebre, trabajo de parto por más de 8 horas, hinchazón generalizada, fiebre) y pronta búsqueda de atención
- ➔ Movilización pronta de recursos (ej. dinero, transporte y donación de sangre)
- ➔ Primeros auxilios obstétricos en la comunidad (ej. compresión bimanual, sales de rehidratación oral, oxitócicos nasales, sub-linguales)
- ➔ Existencia de servicios funcionales de AOE (ej. medicinas adecuadas, suplementos médicos, equipo, personal capacitado, sistema SIG y supervisión)

  Servicios obstétricos básicos (centros de salud)
  - ✔ Fluidos, antibióticos, anticonvulsivos, oxitócicos IV
  - ✔ Extracción manual de pedazos/placenta retenida
  - ✔ Partos vaginales con ayuda (ej. fórceps)

  Servicios obstétricos amplios (incluye hospitales básicos)
  - ✔ Transfusión de sangre
  - ✔ Operaciones quirúrgicas/anestesia (dilatación y legrado o cesárea)

- ➔ Acceso a servicios de AOE
  - ✔ Elección informada sobre todos los procedimientos/tratamientos
  - ✔ Privacidad durante el examen,lo ideal, que sea por un proveedor que sea mujer
  - ✔ Tratada durante por lo menos una hora a partir del ingreso
  - ✔ Centros "Amigables" para la Mujer con servicios disponibles las 24 horas al día
  - ✔ Referencia y seguimiento de mujeres con complicaciones después de secreción

- ➔ Lactancia materna inmediata

- ➔ Atención adecuada a recién nacidos (ej. respiración, temperatura adecuada, seco, cuidado del cordón y ojo)

** Las mujeres que saben que son VIH positivas deben tener consejería con respecto al riesgo potencial de transmisión a través de la lactancia, y decidir si quieren dar lactancia y buscar por alternativas apropiadas, si necesario.

PRESENTACIÓN 20

ELEMENTOS DE UN PARTO LIMPIO: LAS SEIS LIMPIEZAS

- ✔ Superficie limpia
- ✔ Hilo limpio para amarrar el cordón
- ✔ Persona que atiende el parto con manos limpias
- ✔ Cuchilla limpia para cortar el cordón
- ✔ Ropa limpia para envolver al bebé
- ✔ Ropa limpia para la madre

Fuente: OMS, 1996

PRESENTACIÓN 21

¡¡¡EMERGENCIA!!! ¿QUÉ PUEDE HACER UNA CAT CAPACITADA?

DURANTE EL EMBARAZO	
Sangrado vaginal	✔ Animar a la mujer a consultar al doctor ✔ Explicar a la familia por qué la mujer debería evitar un trabajo manual pesado
Hinchazón de cara y manos	✔ Animar a la mujer a consultar a un doctor ✔ Explicar al esposo por qué la mujer debe descansar
No hay atención prenatal y el bebé tiene posición podálica o transversal entre la semana 34 - 40	✔ Instar a la mujer a tener el parto en el hospital ✔ Explicar al esposo por qué debe tener el parto en el hospital ✔ Explicar al esposo por qué debe tener el parto en el hospital
DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO	
Trabajo de parto por más de 12 horas	✔ Ayudar a la familia a arreglar rápidamente la referencia ✔ Mantener a la mujer a temperatura adecuada, tomando líquidos claros
El cordón está ajustado alrededor del cuello del bebé	✔ Deslizar suavemente el cordón sobre la cabeza del bebé para evitar la compresión del cordón, pero no con fuerza
Laceración vaginal	✔ Para una herida pequeña, usar vendas limpias para aplicar presión y parar el sangrado ✔ Para una herida profunda o cuando no para de sangrar, aplicar presión con vendas limpias y acompañar a la familia al servicio de salud
DESPUÉS DEL PARTO	
Bebé deprimido	✔ Mantener al bebé seco y a temperatura adecuada ✔ Quitar secreciones de la boca ✔ Estimular al bebé ✔ Resucitación de boca a boca, si necesario
La placenta no sale en 30 minutos	✔ Instar a la mujer a orinar ✔ Verificar la contracción (firmeza) del útero ✔ Poner al bebé en el pecho para que mame ✔ Si sigue el sangrado, ayudar a la familia a referir a la mujer al hospital
Mucho sangrado vaginal después de contraerse	✔ Frotar el abdomen de la mujer para ayudar al útero (NO FUERTE) ✔ Ayudar a la familia a referir a la mujer inmediatamente ✔ Mantener a la mujer a temperatura adecuada y tomando líquidos claros (SRO) ✔ Dar oxitócicos si está capacitada y si están disponibles
Fiebre, secreción vaginal con sangre	✔ Dar antibióticos a la mujer ✔ Explicar la limpieza del área genital ✔ Explicar el peligro de que una infección se propague a la corriente sanguínea sin tratamiento

Fuente: Feuerstein, 1995

Mejores Prácticas Actuales
POSTPARTO MATERNO

Materno Normal

➔ Monitorear a la madre y al recién nacido:

IDEAL		RECOMENDADO	
Primera visita	**Primeras 6 horas**	**Primera visita**	**En las primeras 24 horas**
Segunda visita	**3 días después del parto**	**Segunda visita**	**De 3 a 5 días después del parto**
Tercera Visita	**14 días después del parto**	**Tercera Visita**	**De 3 a 5 días después del parto**
Cuarta Visita	**40 días después del parto**		

➔ Minimizar prácticas dañinas y fomentar prácticas beneficiosas.
➔ Suplementación postparto de Vitamina A (200,000UI) en el primer mes.
➔ PF postparto (mini-píldora, DIU, AQV inmediatamente, otras después de 6 semanas).
➔ Cuidado de los senos.

SIGNOS DE PELIGRO A MONITOREAR

➔ **Hemorragia postparto**
- ✔ Mucho sangrado (ej., empapa una toalla/venda cada hora en las primeras 8 horas, empapa una toalla/venda cada 2 horas en las 8 horas siguientes
- ✔ Conmoción (ej., sudor, fríos, frío y humedad, desmayos, pulso rápido y débil)
- ✔ Útero atónico (suave)
- ✔ Rotura/laceración

➔ **Placenta retenida**
- ✔ No hay signo de separación de placenta (alargamiento del cordón, brote de sangre) dentro de los 15 minutos después del parto
- ✔ Placenta no sale dentro de los primeros 30 minutos después del parto
- ✔ Útero atónico / mucho sangrado

➔ **Asepsia**
- ✔ Fiebre con o sin escalofríos (usualmente 3-5 días)
- ✔ Mal olor / cambio en la secreción
- ✔ Útero blando/útero atónico
- ✔ Convulsiones / rigidez

➔ **Eclampsia**
- ✔ Edema facial y/o en manos (no hinchazón de tobillos)
- ✔ Presión arterial elevada
- ✔ Dolor de cabeza, alteración visual, convulsiones de delirio
- ✔ Menor orina

Materno Complicado

➔ Acceso a losservicios de AOE (tratamiento de complicaciones e infecciones, morbilidades como fístula, prolapso uterino y laceraciones).
➔ Minimizar prácticas dañinas y fomentar prácticas beneficiosas.

Mejores Prácticas Actuales
ATENCIÓN MATERNA POSTPARTO

SIGNOS DE PELIGRO: 24 HORAS POSTPARTO

Signo de Peligro	Individuo Parto en el Hogar	Hogar Parto en el Hogar	Persona de la comunidad con recursos Parto en el Hogar	Parto en una Institución
Mucho sangrado	♦	*	*	♦
Útero atónico	*	*	♦	♦
Placenta (retenida)		*	♦	♦
Placenta (salida parcial)			♦	♦
Commoción (desmayo, frío, frío y húmedo)		*	♦	♦
Convulsiones		*	♦	♦
Dolor de cabeza/ alteración visual	♦	*		*
Desgarre/ laceraciones		*	♦	♦
Menor orina	♦	*		♦
Menor presión arterial		*		♦

SIGNOS DE PELIGRO: PRIMERA SEMANA POSTPARTO

Signo de Peligro	Individuo Parto en el Hogar	Hogar Parto en el Hogar	Persona de la comunidad con recursos Parto en el Hogar	Parto en una Institución
Fiebre/escalofríos	♦	♦	*	♦
Mal olor	♦	*		♦
Cambio en dilatación y letargo	♦	*	*	♦
Sensibilidad Abdominal	♦	*		♦

♦ Responsabilidad principal *Rol de apoyo

Los hogares incluyen a aquellos miembros del hogar que pueden ayudar o estar presentes en el parto (ej.. madres, hermanas, parientes políticos). La comunidad incluye a las CAT, trabajadores en salud.

Mejores Prácticas Actuales
ATENCIÓN MATERNA POSTPARTO

SERVICIOS: 24 HORAS POSTPARTO

Signo de Peligro	Individuo Parto en el Hogar	Hogar Parto en el Hogar	Persona de la comunidad con recursos Parto en el Hogar	Parto en una Institución
Identificar al dador cuidado	♦	*	*	♦
Monitorear signos de peligro	♦	*	♦	♦
Iniciar LM	♦	*	*	♦
Enseñar prácticas de LM		*	♦	♦
Proveer PF			*	♦
Enseñar sobre higiene/ limpieza	*	♦	*	♦

SERVICIOS: PRIMERA SEMANA POSTPARTO

Signo de Peligro	Individuo Parto en el Hogar	Hogar Parto en el Hogar	Persona de la comunidad con recursos Parto en el Hogar	Parto en una Institución
Visitade salud	*	*	♦	♦
Promover nutrición		*	♦	♦
Proveer Vitamina A	*	*	♦	♦
Consejería de PF		*	♦	♦

SERVICIOS: PRIMERA SEMANA POSTPARTO

Signo de Peligro	Individuo Parto en el Hogar	Hogar Parto en el Hogar	Persona de la comunidad con recursos Parto en el Hogar	Parto en una Institución
TT (si necesario)		*		♦
PF (DIU, Depo/AQV)		*	♦ *	♦
Visita de salud	*	*	♦	♦

♦ Responsabilidad principal *Rol de apoyo

Los hogares incluyen a aquellos miembros del hogar que pueden ayudar o estar presentes en el parto (ej.. madres, hermanas, parientes políticos). La comunidad incluye a las CAT, trabajadores en salud.

PRESENTACIÓN 25

Mejores Prácticas Actuales

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Atención Preventiva al Recién Nacido (Buena Salud Materna)

- ✔ Provisión de TT y VHA
- ✔ Nutrición adecuada
- ✔ Tratamiento de infecciones (las ITS, malaria, anquilostoma)
- ✔ Parto limpio
- ✔ Manejo apropiado de complicaciones

Atención Esencial al Recién Nacido (Primeras 24 horas)

- ✔ Cuidado de la respiración
- ✔ Temperatura adecuada
- ✔ Cuidado del cordón
- ✔ Cuidado profiláctico del ojo
- ✔ Lactancia materna inmediata

Recién Nacido Normal (Beneficioso)

- ✔ Peso y registro

Cuidado del Recién Nacido (Primeros 7 días)

- ✔ Temperatura adecuada
- ✔ Lactancia materna exclusiva
- ✔ BCG, OPV, hepatitis B
- ✔ Monitorear signos de peligro listados a continuación

SIGNOS DE PELIGRO PARA RECIÉN NACIDOS
BUSCAR ATENCIÓN INMEDIATA

EN EL PARTO
No respira
Color de la piel amarillenta (ictericia)

Respiración **difícil** (mayor de 60 respiraciones)
Convulsiones

PRIMEROS 7 DÍAS
Hipotermia/Fiebre/Escalofríos
Color de la piel pálido y azul, incluyendo palmas y plantas del pie
No mama
Mama muy poco /
No está activo
Rigidez
Diarrea / estreñimiento
Ojos hinchados y rojos con secreción
Rojez alrededor del cordón

PRESENTACIÓN 26

TRATAMIENTO PREFERIDO PARA INFECCIONES DE RECIÉN NACIDOS

1. Sepsia	(IV hasta que mejora, luego IM 10 días)
Tratamiento Preferido:	Ampilicina
Tratamiento Alterno:	Gentamicina
2. Meningitis	(IV hasta que mejora, luego IM 14 días)
Tratamiento Preferido:	Ampilicina
Tratamiento Alterno:	Gentamicina
3. Convulsiones	Fenobarbitol (IV)
Tratamiento Preferido:	Fanytoin (IV) o
Tratamiento Alterno:	Paraldhyde (supositorio)
4. Tétanos	
Tratamientos Preferidos:	Antitoxina, Penicilina, Anticonvulsivo

Fuente: Stolls, B. 1995
IM: Intramuscular, IV: Intravenoso

PRESENTACIÓN 27

CUIDADO ESENCIAL DEL RECIÉN NACIDO Y SIGNOS DE PELIGRO

Cuidado esencial	Prácticas en el parto	Prácticas en los primeros 7 días	Signos de peligro	Tratamiento en el Centro de Salud
Parto limpio	6 limpiezas* ante, durante y después del parto. Lugar del parto a temperatura adecuada.	N/A	N/A	N/A
Cuidado de la limpieza del	Cortar cordón con cuchilla limpia, amarrar y dejarlo al aire.	Mantener limpio al aire. Puede limpiar con agua, pero no es necesario.	Drenaje amarillo y con mar olor. Rojez en el abdomen.	Dar primera dosis de antibiótico y referir.
Respiración	No llora, verificar respiración. Comenzar resucitación.	Si no respira, comenzar resucitación. Monitorear BPN.	Dificultad para respirar.	Resucitación. Diagnosticar infección respiratoria.
Protección térmica	Lugar a temperatura adecuada para el parto. Secar al bebé inmediatamente con un paño limpio. Darlo a la madre para dar calor de piel a peil.	Mantener al bebé a temperatura adecuada y seco. Envolverlo de acuerdo al clima.	Muy frío. Muy caliente. Mama poco.	Determinar causa (ej. infección). Tratar apropiadamente (ej. recalentar, bañar dar antibiótico y referir).
Inmunizaciones	N/A	BCG, OPV, Hep. B	N/A	N/A
Asfixia al nacer	Manejo de complicaciones. Resucitación si necesario.	Mantenerlo a temperatura adecuada y lactando. Monitorear lactancia.	Convulsiones. Débil/ letárgico	Dar primera dosis de antibiótico y referir.
Infección	6 limpiezas*	Mantenerlo a temperatura adecuada y lactando. Cortar cordón y cuidado del ojo.	Hipotermia / Hipertermia. Letárgio, mama poco, convulsiones.	Identificar fuente de infección, dar primera dosis de antibióticos y/o referir.
Neumonía	Lugar a temperatura adecuada para el parto. Secar al bebé inmediatamente con paño limpio.	Mantener al bebé a temperatura adecuada, seco y lactando. Monitorear respiración.	Respuesta Tasa >60. Inflamación nasal.	Tratamiento de acuerdo a síntomas de protocolo. Dar primera dosis de antibióticos y referir.
Tétanos neonatal	6 limpiezas	Mantenerlo a temperatura a decuada. Limpiar cordón y ojos.	Convulsiones. Rigidez.	
Cuidado del ojo	Limpiar ojos luego del parto con paño limpio. Aplicar gotas/ungüento según protocolo.	Mantener ojos limpios. No aplicar hierbas u otras mediciinas.	Ojos hinchados, pegajosos con secreción.	Limpiar ojos, dar antibiótico parentérico y referir.

"Seis Limpiezas" superficie limpia, Hijo limpio para amarrar el cordón, persona con manos limpias, limpiar cuchilla para cortar el cordón, paño limpio para envolver al bebé, paño limpio para la madre.

Pies de Página

(1) UNICEF. (1996). "The Progress of Nations". (New York: UNICEF.)

(2) Moore, M. (1998). "Safe Motherhood, Safe Womanhood: Rethinking Reproductive Health Communication Strategies for the Next Decade." RHT Occasional Paper. Geneva: Maternal and Newborn/Safe Motherhood Unit, Division of Reproductive Health, WHO. (WHO/RHT/97.34.)

(3) Li, X.F. et al. (1996). "The Post Partum Period: The Key to Maternal Mortality." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Volume 54, pp. 1-10.

(4) World Health Organization. (1994) "Mother-Baby Package: An Approach to Implementing Safe Motherhood." (Geneva: WHO.)

(5) Fortney, J. (1995). *Network: Maternal Health*. Volume 14, No 3.

(6) Tinker, A. and Koblinsky, M. (1993). Making Motherhood Safe. (Washington, D.C.: World Bank.)

(7) World Health Organization. (1998). Safe Motherhood Day Press Release. (Geneva: WHO.)

(8) UNICEF/WHO (1996). "Maternal Mortality: Guidelines for Monitoring Progress." (New York: UNICEF.)

(9) World Health Organization. (June 1995). Essential Newborn Care: A Report of a Technical Working Group. (Geneva: WHO.)

(10) World Health Organization. (1995). Management of the Sick Newborn: A Report of a Technical Working Group. (Geneva: WHO.)

(11) Levitt, M. (1996). *When the Training of TBAs is Cost Effective: Trained TBAs and Neonatal Essential Care in South Asia*. (Katmandu, Nepal: Redd Barna/HMG.)

(12) Stolls, B. (1995). "The Global Impact of Neonatal Infection." *Clinics in Perinatology*, Volume 24, No. 1.

(13) PATH. (1998). Safe Motherhood. Washington, DC: Outlook. Volume 16.

(14) MotherCare Matters. (October 1997). *Learning in Action in the First Decade: The MotherCare Experience*. Volume 6, No. 4. (Arlington, VA: John Snow/MotherCare.)

(15) Population Reference Bureau. (1997). *Improving Reproductive Health in Developing Countries*. (Washington, D.C: National Academy Press).

(16) Population Reference Bureau. (1998). World Population Data Sheet. (Washington, DC: PRB.)

(17) Neft, N. and Levine, A. (1997). Where Women Stand. (New York: Random House.)

(18) Alan Guttmacher Institute. (1996). *Hopes and Realities*. (New York: AGI.)

(19) Population Reports. (September 1997). *Care for Post-Abortion Complications: Saving Women's Lives*, Series L, Number 10.

(20) World Health Organization. (1991). *Global Maternal Mortality Factbook*. (Geneva: WHO.)

(21) McDonagh, M. (1996). "Is Antenatal Care Effective in Reducing Maternal Morbidity and Mortality?" *Health Policy and Planning* Volume 11. No. 1, pp. 1-15.

(22) Rooney, C. (1992). *Antenatal Care and Maternal Health: How Effective Is It?* (Geneva: WHO.)

(23) Baker, J. et al. (1996). *The Time to Act: Women's Nutrition and Its Consequences for Child Survival and Reproductive Health in Africa*. (Washington, DC: Academy for Educational Development.)

(24) MotherCare Matters. (December 1996). "Micronutrient Supplementation for the Health of Women and Newborns." Volume 6, No. I (Arlington VA: John Snow/MotherCare).

(25) CARE (July 1997). *Technical Report on Anemia*. (Atlanta, GA: CARE.)

(26) Galloway, R. and Stanton, M.E. "Prepregnancy Nutritional Status and its Impact on Birthweight" SCN News Vol. 11.

(27) UNAIDS. (1997). *World AIDS Report*. (Geneva: UNAIDS).

(28) Nieburg, K.A. (1998). "The Global Burden of Mother-to-Child Transmission of HIV-1". Presented at the Fourth World AIDS Congress, Geneva.

(29) Linkages. (January 1998). "FAQ Sheet: Frequently Asked Questions on: Breastfeeding and HIV/AIDS." (Washington DC: Academy for Educational Development.)

(30) Van Dam, C.J. (1995). "HIV, STD and Their Current Impact on Reproductive Health: The Need for Control of Sexually Transmitted Diseases." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 50 Supplement , pp. 121-129.

(31) Feuerstein, M. T. (1993). Turning the Tide: Safe Motherhood: A District Action Manual. (London: Save the Children.)

(32) Pillsbury, B. et al. (1990). *Understanding and Evaluating Traditional Practices: A Guide to Improving Maternal Care*. (Washington, DC: International Center for Research on Women.)

(33) World Health Organization. (1995). *Female Genital Mutilation: Report of Technical Working Group*. (Geneva: WHO.)

(34) Buvinic, M. and Lycette, M. (1988). *Women, Poverty and Development in the Third World*. (Washington DC: International Center for Research on Women.)

(35) Buvinic, M. (March 1995). *Investing in Women*. Policy Series No. 2. (Washington DC: International Center for Research on Women.)

(36) World Health Organization (1998). *Safe Vitamin A dosage during pregnancy and lactation*. (Geneva: WHO.)

(37) World Health Organization. (1998). "Safe use of iodized oil to prevent iodine deficiency in pregnant women." *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 74, No. 1, pp. 1-3.

(38) Population Information Program. (September 1995) "Meeting Unmet Need: New Strategies". *Population Report Series* J, No. 43.

(39) Wedderburn, M. and Moore, M. (1990). *Qualitative Assessment of Attitudes Affecting Childbirth Choices of Jamaican Women*. (Arlington, Virginia: MotherCare.)

(40) Macro International. (1993). Service Availability. Volume 7. (Columbia MD: Macro.)

(41) UNICEF. (1995). Factsheet on Violence Against Women. (New York: UNICEF.)

(42) Heise, L. et al. (1996). *Sexual Coercion and Reproductive Health*. (Washington DC: International Center on Research for Women.)

(43) Maine, D. (1993). "Meeting the Community Halfway: Programming Guidelines for the Reduction of Maternal Mortality." Prepared for UNICEF, Columbia School of Public Health.

(44) WHO/UNICEF. (1995). "Strengthening Midwifery Within Safe Motherhood." Report of a Collaborative ICM/WHO/UNICEF Pre-Congress Workshop, (Geneva:WHO.)

(45) Ahmed, Y. et al. (March 1995). *Baseline Survey for Assessment of EOC Services in Bangladesh*. Dhaka: Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential Reproductive Health and Technologies (BIRPERHT).

(46) MotherCare. (1993). "MotherCare Lessons Learned 1989-1993: Summary Final Report." (Arlington, VA: John Snow/MotherCare.)

(47) Prevention of Maternal Mortality Network. (1997). *Studies in Family Planning*, Volume 23, No. 5, pp. 279-91.

(48) Campbell, O., Koblinsky, M. and Taylor, P. (1995). "Off to a Rapid Start: Appraising Maternal Health and Services." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48.

(49) Koblinsky, M., Tinker. A and Daly, P. (1994). "Programming for Safe Motherhood: A Guide to Action." *Health Policy and Planning*, Volume 9, No 3. pp. 252-266.

(50) Howard-Grabman, L. et al. (1993). "The Warmi Project: A Participatory Approach to Improve Maternal and Neonatal Health." (Arlington, Virginia: John Snow/MotherCare.)

(51) WHO. (1996). Safe Motherhood Needs Assessment. [DRAFT]. (Geneva: WHO.) WHO/FHE/MSM/95.1.

(52) Winard, K. (1995). "No Longer Giving Life through Death." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Volume 48, No. 18, pp. 3-10.

(53) Maine. D. et al. (1997). The Design and Evaluation of Maternal Health Programs. (New York: UNDP.)

(54) Haque, J. and Mostafa, G. (1993). *A Review of EOC Functions of Selected Facilities in Bangladesh*. (Dhaka: UNICEF.)

(55) Elu, M.C. (October 1997.) "Making Motherhood Safe: Power of Partnership." Presented at Technical Consultation on Safe Motherhood. (Colombo: Sri Lanka.)

(56) Maine, D. et al. (1996). "Why Did Maternal Mortality Decline in Matlab?" *Studies in Family Planning,* Volume 27, No. 4. pp. 179-186.

(57) Okong, P. (1997). "Roles and Responsibilities of Physicians." Presented at the Technical Consultation of Safe Motherhood Meeting. (Colombo, Sri Lanka.)

(58) Billing, D.L. (1997). *Training Midwives to Improve Post-abortion Care: A Study Tour in Ghana*. (Caraboro: IPAS).

(59) Marshall, M. and Buffington, S. (1998). Life Saving Skills for Midwives. Washington DC: American College of Nurse-Midwives. Third Edition.

(60) CARE. (1997). Best Practices 2001: Final Report. (Atlanta, GA: CARE.)

(61) World Heath Organization. (1994). *Home Based Maternal Records: Guidelines for Development, Adaptation and Evaluation*. (Geneva: WHO.)

(62) American College of Nurse-Midwives. (1997). Healthy Mothers, Healthy Newborns. [Draft]. (Washington, DC: ACNM.)

(63) Fawzi, W.W. et al. (May 16, 1998) "Randomized Trials of Effects of Vitamin Supplements on Pregnancy Outcomes and T Cell Counts in HIV-1-infected Women in Tanzania." The Lancet. Volume 351, No. 9114. pp. 1477-1482.

(64) West, K. (1998) Vitamin A Supplementation of Pregnant Women in Nepal. Presentation at the CORE micronutrient meeting, Washington, DC.

(65) MotherCare. (1998) Vitamin A Supplementation of Pregnant Women in Rural Indonesia. Preliminary findings presented at the MotherCare TAG, Washington, DC.

(66) World Health Organization. (1990). Maternal Anthropometry for Predication of Pregnancy outcome. InterAgency Working Group (USAID, WHO, PAHO and MotherCare).

(67) AIDSCAP. (1995.) Chapter 9: Sexually Transmitted Diseases during Pregnancy (Eds). *Controlling Sexually Transmitted Diseases*. (Washington, DC: Family Health International.)

(68) WHO/UNAIDS/UNICEF. (1998). Breastfeeding and Infant Feeding Policy. (Geneva: WHO).

(69) Soucat, A. (1998). "From Efficiency to Effectiveness: The First Year Experience of the Ministry of Public Health's Experience to Prevent MTCT of HIV in Northern Thailand." Presented at the Fourth World AIDS Congress, Geneva.

(70) Marseille, E. (1998). "The Cost-effectiveness of Short-course ZDV Therapy to Reduce MTCT of HIV in Tanzania and Thailand." Presented at the Fourth World AIDS Conference, Geneva.

(71) Skettee, R. et al. (1996). "Malaria Prevention in Pregnancy: The Effects of Treatment and Chemoprophylaxis on Placental Malaria Infection, Low Birth Weight, and Fetal, Infant and Child Survival." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Volume 55, No. 1.

(72) Pawlowski, Z.S. et al. (1991). Hookworm Infection and Anemia: Approaches to Prevention and Control. (Geneva: WHO.)

(73) Samai, O. et al. (1997). "Facilitating Emergency Obstetric Care through Transportation and Communication", Bo Sierra Leone. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 141-149.

(74) Greenwood, A. et al. (1990). "Evaluation of a Primary Health Care Program in The Gambia: The impact of Trained Birth Attendants in the Outcome of Pregnancy." *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Volume 93, pp. 58-66.

(75) WHO. (1996). Maternity Waiting Homes: A review of experiences. (Geneva: WHO). WHO/RHT/MSM/96.21.

(76) Chiwuzie, J. et al. (1997). "Emergency Loan Funds to Improve Access to Obstetric Care in Ekpoma, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2. pp. 231-236.

(77) Sibley, L. and Armbruster, D. (March/April 1997). "Obstetric First Aid in the Community – Partners in Safe Motherhood." *Journal of Nurse-Midwifery*, Volume 42, No. 2.

(78) United States Agency for International Development. (1997) *Post-abortion Care Information Packet*. Post-abortion Care Working Group. (Washington, DC: USAID.)

(79) Bang, A.T. (1994.) "Management of Childhood Pneumonia by Traditional Birth Attendants." *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 6, Supplement 72, pp. 897-905.

(80) Junker, T et al. (1996). *Interventions in Obstetric Care: Lessons Learned from Abhoynagar*. Working Paper No. 124. Dhaka: ICDDR,B.

(81) Howard-Grabman, L. et al. (1993). *Planning Together: Developing Community Action Plans to Address Priority Maternal and Neonatal Health Problems in Rural Bolivia*. (Arlington, Virginia: John Snow/MotherCare.)

(82) Bower, B. and Perez, A. (1993). *Final Project Report: Cochabamaba Reproductive Health Project*. (Arlington, VA: John Snow, MotherCare.)

(83) Janowitz, B. et al. (1988). "Referrals by Traditional Birth Attendants in Northeast Brazil: Referral Patterns and Perinatal Mortality." *Health Policy and Planning*, Volume 3, No.1, pp. 48-59.

(84) Achadi, A. et al. (1994). "Village Midwife (Bidan Di Desa) in Central Java and South Sulewesi." Published by the Ministry of Health of Indonesia.

(85) Russell, N. (1996). "CEDPA Safe Motherhood Network." Paper presented at the 1997 NCIH, Washington, DC.

(86) Safe Home Delivery Kits Social Marketing Research Project. (March 1994). *Market Test Study Report*. Katmandu: Nepal.

(87) Ottong, J.G. et al. (1997). "Community Mobilization for Blood Donation, Cross River State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 181-190.

(88) Djan, J.O. et al. (1997). Upgrading Obstetric Care at the Health Center Level, Juaben, Ghana. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 83-91.

(89) Senah, K.A. (1997). "From Abandoned Warehouse to Life-saving Facility, Pakro Ghana." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 91-99.

(90) Oyesola, R. et al. (1997) Improving Emergency Obstetric Care at a State Referral Hospital, Kebbi State *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 75-83.

(91) Olukoya, A.A. et al. (1997). "Upgrading Obstetric Care at a Secondary Referral Hospital, Ogun State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 67-75.

(92) Ifenne, D. et al. (1997). "Improving the Quality of Obstetric Care at the Teaching Hospital, Zaria, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 37-46.

(93) Sengeh, P. et al. (1997) "Improving Blood Availability in a District Hospital, Bo, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 127-135.

(94) Leigh, B. et al. (1997). "Improving Emergency Obstetric Care at a the District Hospital, Makeni, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 55-66.

(95) Hessler-Radelet, C. (1993). Lessons Learned about the Impact of the Regionalization of Perinatal Care Project. (Arlington, VA: John Snow/MotherCare.)

(96) Daga, S.R. (February 1992). "Rural Neonatal Care: Dahanu Experience." *Indian Pediatrics*, Volume 29.

(97) Rochjati, P. et al. (January 1995) "An Antenatal Risk Scoring System: East Java Safe Motherhood Study, Technical Paper 2." Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

(98) UNICEF. (August, 1998). Programming for Maternal Survival. New York: UNICEF

REFERENCIAS

Referencias en orden alfabético por tena.
Se recomienda leer los documentos indicados en letra negrilla.

ADOLESCENTES

Alan Guttmacher Institute. (1996). Issues in Brief: Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide. (New York: AGI.)

Family Health International. (October 1993). *Network: Adolescents*. Volume 14, No. 2.

Farrell, B.L. (December 1997). *Adolescent Antenatal Care Training Curriculum for Nurses and Midwives*. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Weiss, E. et al. (1996). Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World. Washington, DC: International Center for Research on Women.

World Health Organization (1996). *Adolescent Health – Investing in the Future*. Safe Motherhood Newsletter. Geneva: WHO. Volume 22, No. 3.

CUIDADO PRENATAL

Acharya, S. (1995). "How Effective is Antenatal Care to Promote Maternal and Neonatal Health?" *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, Supplement 50, No. 2, pp. 79-80.

Chabot, H.J. and Eggens, K.H. (1986). "Antenatal Care for Illiterate Traditional Birth Attendants." *Tropical Doctor*, Volume 16, pp. 75-78.

Fortney, J. (1995). "Antenatal Risk Screening and Scoring: A New Look." *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, Supplement 50, No. 2, pp. 53-58.

Jucker, T. et al. (1996). *FWAs New Role in Antenatal Care and Use of Pictorial Card for Creating Awareness for Obstetric Emergencies*. ICDDR,B Working Paper No. 113.

Kumar, V. and Datta, N. (1995). "Home-based Mother's Health Records." *World Health Forum*, Volume 9, pp. 107-110.

McDonagh, M. (1996). "Is Antenatal Care Effective in Reducing Maternal Morbidity and Mortality?" *Health Policy and Planning Volume* 11, No. 1, pp. 1-15.

Rochjati, R.H. et al. *An Antenatal Risk Screening Card*. East Java Working Paper No. 21.

Rooney, Cleone. (1994). *Antenatal Care and Maternal Health: How Effective Is it?* Geneva: WHO.

Shah, K.P. and Shah, P.M. *The Mother's Card: a Simplified Aid for Primary Health Workers*. Geneva: WHO.

CUIDADO PRENATAL (cont.)

Shah, P.M. et al. (1993). "Evaluation of the Home-Based Maternal Record: A WHO Collaborative Study." *Bulletin of the World Health Organization*, pp. 535-548.

World Heath Organization. (1994). *Home-Based Maternal Records: Guidelines for Development, Adaptation and Evaluation*. Geneva: WHO.

Yuster, E.A. (1995). "Rethinking the Role of the Risk Approach and Antenatal Care in Maternal Mortality Reduction." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No.2, 59-62.

COMUNICACIONES

Belizan, J.M. (1995). "Impact of Women's Education During Pregnancy on Behavior and Utilization of Health Resources." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, No. 173, pp. 894-899.

Griffiths, M. et al. (November 1991). *Communicating Safe Motherhood: Using Communication to Improve Maternal Heath in the Developing World*. Working Paper No. 14. Arlington, Virginia: John Snow/ MotherCare.

Heichelheim, J. et al. (1995). From Research to Action: The Development of an I&EC Campaign in South Kalimantan, Indonesia. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Hull, V. et al. (1991). *By and for Women: Involving Women in the Development of Reproductive Health Care Materials*. New York: The Population Council.

Kamara, A. (May 1992). "Health Messages and Obstetric First Aid for the Community." Paper presented at Prevention of Maternal Mortality meeting in Accra, Ghana.

Moore, M. (1998). "Safe Motherhood, Safe Womanhood: Rethinking Reproductive Health Communication Strategies for the Next Decade." RHT Occasional Paper. Geneva: Maternal and Newborn/Safe Motherhood Unit, Division of Reproductive Health, WHO. (WHO/RHT/97.34)

Opoku, S.A. et al. (1997). "Community Education to Improve Utilization of Emergency Obstetric Services in Ghana." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 201-208.

Piotrow, P. et al. (1997). Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health. Westport, Connecticut: Praeger.

Starrs, A. and Rahan, R. (1995). Getting the Message Out: Designing an Information Campaign on Women's Health. New York: Family Care International.

Tabbutt, J. (1994). Strengthening Communication Skills for Women's Health: A Training Guide. New York: Family Care International.

PROGRAMAS COMUNITARIOS

Alisjahbana, A. et al. (1995). "An Integrated Village Maternity Service to Improve Referral Patterns in Rural Areas of West Java." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48.

Bello Gummi, F. et al. (1997). "Community Education to Encourage Use of Emergency Obstetric Services, Kebbi State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 191-200.

Bower, B. and Perez, A. (1993). Final Project Report: Cochabamaba Reproductive Health Project. Arlington, VA: John Snow/MotherCare

Chiwuzie, J. et al. (1997). "Emergency Loan Funds to Improve Access to Obstetric Care in Ekpoma, Nigeria" *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 231-236.

Essien, E. et al. (1997). "Community Loan Funds and Transport Services for Obstetric Emergencies in Northern Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 237-244.

Fauveau, V. et al. (November 1991). "Effect of Mortality on Community-Based Maternity Care Programs in Rural Bangladesh." Lancet, Volume 338, pp. 1183-86.

Figatalamanca, I. (1996) "Maternal Mortality and the Problem of Accessibility to Obstetric Care: The Strategy of Maternity Waiting Homes." *Social Science Medicine*, Volume 42, No. 10, pp. 1381-1390.

Fofana, P. et al. (1997). "Promoting the Use of Obstetric Services through Community Loan Funds." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 225-230.

Franco, C. et al (1997). "Employer-based Programs in Maternal and Child Health: Project HOPE's Strategy for Attaining Long-Term Sustainability of Health Promotion in Malawi." Technical Report. Arlington, Virginia: John Snow/BASICS.

Howard-Grabman, L., et al. (1993). "Planning Together: Developing Community Action Plans to Address Priority Maternal and Neonatal Health Problems in Rural Bolivia." Arlington, Virginia: John Snow/ MotherCare. Working Paper.

Howard-Grabman, L. et al. (1993). "The Warm Project: A Participatory Approach to Improve Maternal and Neonatal Health." Arlington, Virginia: John Snow/MotherCare.

Jafaraey, S.N. and Korejo, R. (1995). "Social and Cultural Factors Leading to Mothers Being Brought Dead to Hospital." International Journal of Obstetrics and Gynecology, Supplement 50, No. 2, pp. 97-100.

Kandeh, H.B.S. et al. (1997). "Community Motivators Promote Use of Emergency Obstetric Services in Rural Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 209-218.

PROGRAMAS COMUNITARIOS (cont.)

Kwast, B. (1995). "Building a Community-Based Maternity Program." International Journal of Obstetrics and Gynecology, Supplement 48, pp. 67-82.

Maine, D. (1993). Meeting the Community Halfway: Programming Guidelines for the Reduction of Maternal Mortality. New York: Prepared for UNICEF by Columbia School of Public Health.

Nachbar, N. (September 1997). *Report on the Use of the Community Diagnosis to Explore Safe Motherhood: A Two-Country Comparison and Methodological Critique*. Technical Paper 6. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Nwakoby, B. et al. (1997). "Community Contact Persons Promote Utilization of Obstetric Services, Anambra State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 219-224.

Olaniran, N. et al. (1997). "Mobilizing the Community to Utilize Obstetric Services, Cross River State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 181-190.

Ottong, J.G. (1997). "Community Mobilization for Blood Donations, Cross River State Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 119-126.

Poovan, P. et al. (1990). "Maternity Waiting Home Reduces Obstetric Risk." *World Health Forum*, Volume 11, pp. 440-445.

Rifkin, S. et al. (1988). "Primary Health Care: On Measuring Participation." *Social Science and Medicine*, Volume 26, No. 9, pp. 931-940.

Rifkin, S. (1990). Community Participation in Maternal and Child Health/Family Planning Programmes. Geneva: WHO.

Samai, O. and Sengeh, P. (1995). "Facilitating Emergency Obstetric Care Through Transportation and Communication, Bo, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 157-164.

Shears, P. and R. Mkerenga. (1985). "Evaluation on the Impact of Mother and Child Health Services at the Village Level: A Survey in Tanzania and Lessons for Elsewhere." *Annuals of Tropical Pediatrics*, Volume 5, pp. 55-59.

Shehu, D. et al. (1997). "Mobilizing Transport for Obstetric Emergencies in Northwestern Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 173-180.

Stirling, J.M. (November 1997). "Report on Community Diagnosis: MotherCare Safe Motherhood Project: South Kalimantan." Indonesia: MotherCare.

Suwannapong, N. (April 6-11, 1997) *Community-Based Approaches in Reducing Maternal Mortality in Thailand*. Asean Institute for Health Development. Paper Presented at the Safe Motherhood Asia 97 Workshop, Indonesia.

Wilson, J.B. et al. (1997). "The Maternity Waiting Home Concept: The Nsawam, Ghana Experience." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 165-173.

World Health Organization. (1991). *Community Involvement in Health Development: Challenging the Health Services*. WHO Technical Report Series 809, Geneva: WHO.

World Health Organization. (1996). Maternity Waiting Homes: A Review of Experiences. Geneva: WHO. WHO/RHT/MSM/96.21

COSTOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

Becharand, E. (1998) Costing package of drugs for EOC. Presentation at the MotherCare Technical Advisory meeting/Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

EiTahir, A. and Maine, D. (1994). *Estimating Resources for Emergency Obstetrical Care: A Management Tool*. Prepared for WHO.

Lister, C. (1998) Mother/Baby Costing Package. Geneva: WHO.

ATENCIÓN OBSTÉTRICA ESENCIAL Y DE EMERGENCIA

Ahmed, Y. et al. (March 1995). *Baseline Survey for Assessment of EOC Services in Bangladesh*. Dhaka: Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential Reproductive Health and Technologies (BIRPER-HT).

Ahmed, S. et al. (August 1996). *Introduction of Comprehensive EOC at the Thana Level: Experience from Mirsarai, Chittagong*. Dhaka: MOFHW and ICDDR.

Ande, B. et al. (1997). "Improving Obstetric Care at the District Hospital, Ekpoma, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 47-54.

Danquah, J.B. et al. (1997). "Improving Record Keeping for Maternal Mortality Programs, Kumasi, Ghana" *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 149-156.

Djan, J.O. et al (1997). "Upgrading Obstetric Care at the Health Center Level, Juaben, Ghana." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 83-90.

EITahir, A. et al. (1994). *Management of Obstetric Complications in the Community, Health Post, Health Center and Hospital*. New York: Columbia University School of Public Health.

Haque, J. and Mostafa, G. (1993). *A Review of EOC Functions of Selected Facilities in Bangladesh. Dhaka: UNICEF.*

Hussain, M.A. (1995). "Eclampsia: Modern Outlook on Prevention and Treatment." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No 2, pp. 63-66.

Ifenne, D. et al. (1997). "Improving the Quality of Emergency Obstetric Care in Hospitals." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No 2, pp. 37-46.

Juncker, T et al. (1996). *Interventions in Obstetric Care: Lessons Learned from Abhoynagar.* Working Paper No. 124 Dhaka: ICDDR,B.

ATENCIÓN OBSTÉTRICA ESENCIAL Y DE EMERGENCIA (cont.)

Leigh, B. et al. (1997). "Improving Emergency Obstetric Care at a District Hospital, Makeni, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 55-66.

Moore, M. (August 1996). *A Brief Background Paper and Suggested Revisions for the Detailed Implementation Plan: Guidelines for USAID PVO Child Survival Projects: Maternal and Newborn CARE Component*. Washington, D.C.

Mosfa, G. and Haque, A. (1993). *A Review of the Emergency Obstetric Care Functions of Selected Facilities in Bangladesh*. Dhaka: UNICEF.

Nirupam, S. (1992). *Availability of Emergency Obstetric Care in Three Districts: Current Status and Next Steps*. Government of India and UNICEF.

Nwagbo, D. et al. (1997). "Establishing a Blood Bank at a Small Hospital, Anambra State, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 135-140.

Olukoya, A.A. (1997). "Upgrading Obstetric Care at a Secondary Referral Hospital, Orgun State, Nigeria" *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 67-74.

Oyesotla, R. et al. (1997). "Improving Emergency Obstetric Care at a State Referral Hospital, Kebbi State Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp. 75-82.

Papiernik, E. (1995). "The Role of Obstetrics Medical Care in Preventing Deaths: A Historical Perspective on European Figures Since 1751." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 73-78.

Prevention of Maternal Mortality Network. (1992). "Barriers to Treatment of Obstetric Emergencies in Rural Communities in West Africa." *Studies in Family Planning*, Volume 23, No. 5, pp. 279-91.

Prevention of Maternal Mortality Network. (1995). "Situational Analyses of Emergency Obstetric Care: Examples from Eleven Operations Research Projects in West Africa." *Social Science and Medicine*, Volume 40, No. 5, pp. 657-667.

Obstetrical and Gynecologist Society of Bangladesh. (September 1993). "Emergency Obstetric Care: Interventions for the Education of Maternal Mortality." Dhaka: UNICEF

Sabitu, K. et al. (1997). "The Effect of Improving Maternity Services in a Secondary Facility, Zaria, Nigeria." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No 2, pp. 99-106.

Senah, K.A. et al. (1997). "From Abandoned Warehouse to Life-Saving Facility, Pakro, Ghana." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 91-98.

ATENCIÓN OBSTÉTRICA ESENCIAL Y DE EMERGENCIA (cont.)

Sengeh, P. et al. (1997). "Improving Blood Availability in a District Hospital, Bo, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 59, No. 2, pp. 127-134.

Sinclair, C. (1996). Handbook of Obstetrical Emergencies. Philadelphia, PA: B. Saunders Company.

Stewart, M.K. "Validation Study of Women's Reporting and Recall of Obstetric Complications Treated at the Philippines General Hospital." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48.

Sundrai, T.K. (1992). "The Untold Story: How the Health Care System in Developing Countries Contributes to Maternal Mortality." *International Journal of Health Services*, Volume 22, No. 3, pp. 513-528.

Thurray, H. et al. (1997). "Establishing a Cost Recovery System for Drugs, Bo, Sierra Leone." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 59, No. 2, pp.141-148.

UNFPA. (October 1996). *Strengthening MCH/FP Services at MCWCs in Bangladesh*. (Dhaka: University: UNFPA.)

UNICEF. (1995). *Report on the Project for Strengthening EOC in Bangladesh*. Prepared for the Meeting of the Central Project Management Board. Dhaka: UNICEF.

World Health Organization. (1991). *Essential Elements of Obstetric Care at the First Referral Level*. Geneva: WHO.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Arkutu, A. (1995). "Family Planning in Sub-Saharan Africa: Present Status and Future Strategies." *International Journal, of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 27-34.

Association for Voluntary and Safe Contraception. (1995). Talking with Clients about Family Planning. New York: AVSC.

Association for Voluntary and Safe Contraception. (1994). *Client Oriented Provider Efficiency*. New York: AVSC.

Blumenthal, P. and McIntosh, N. (1996). Pocket Guide for Family Planning Service Providers. Baltimore MD: JHPIEGO.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR (cont.)

CARE Uganda. (July 1997). Participants Workbook for Community-Based Sales Training. CBS Sales Training. CARE/Uganda.

Dwyer, J. and Jezowski, T. (February 1995). *Quality Management for Family Planning Services: Practical Experience from Africa*. AVSC Working Paper No. 7.

Hatcher, R.A. et al. (1997). "The Essentials of Contraceptive Technology: A Handbook for Clinic Staff." Baltimore, Maryland: Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health.

Kapoor, I. (1995). "Unmet Need in Family Planning in South Asia Region." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 50, No. 2, pp. 19-26.

Piya-Anant, et al. (1995). "Birth Control Counseling for HIV Seropositive Pregnant Women." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 50, No. 2, pp. 131-134.

Population Information Program. (September 1996). *Meeting Unmet Need: New Strategies*. Population Reports Series J, No. 43.

Program for Appropriate Technology in Health. (December 1995). *Outlook: Improving Contraceptive Access: WHO Reviews Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. Seattle: PATH, Volume. 13, No 4.

Rosenfield, A. et al. "Women's Health in the Third World: The Impact of Unwanted Pregnancy." *Special Supplement to International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement 3.

Senanayake, P. (1995). "The Impact of Unregulated Fertility on Maternal and Child Survival." *International Federation of Gynecology and Obstetrics*. Supplement 50, No. 2, pp.11-17.

World Health Organization. (1996). *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. Geneva: WHO.

REFERENCIAS FRANCESAS

De Brouwere, V. et al (1996) "Estimation des Besoins en Interventions Obstericales au Maroc. Une Approache Fondee sur l'Analyse Saptiale des Deficits". *Review of Epidemiology et Sante Publication*, Volume 44, pp. 111-124.

GENERAL

Alan Guttmacher Institute. (1996). *Hopes and Realities*. New York: AGI.

Department for International Development. (1997). *Time for Action: Reducing the Dangers of Pregnancy in Poor Societies*. Options Consultancy Services LTD.: London.

International Planned Parenthood Federation. (January 1998). "Safe Motherhood." *Planned Parenthood Challenges*. London: International Planned Parenthood Federation.

International Planned Parenthood Federation. (1993). *Sexual and Reproductive Health*. London: IPPF .

Johnson, R.H. (December 1996). Accelerating the Reduction of Maternal Mortality in Indonesia. Jakarta: JHPIEGO.

Kassass, M. et al. (1995). "The National Maternal Mortality Study to Reduce Deaths in Egypt." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 50, No. 2, pp. 101-108.

Koblinsky, M.A. (October 1995). "Beyond Maternal Mortality – Magnitude, Interrelationships, and Consequences of Women's Health, Pregnancy-related Complications and Nutritional Status on Pregnancy Outcomes." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 48, pp. 21-32.

Neft, N. and Levine, A. (1997). Where Women Stand. New York: Random House.

Nirupam, S. and Yuster, E.A. (October 1995). "Social and Cultural Factors Leading to Mothers Being Brought Dead to the Hospital." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Supplement 48.

Nurture/Center to Prevent Childhood Malnutrition. (1996). Factsheet. Washington, D.C.: Nurture.

Population Communications International. (December 1997). *Beyond Cairo…NGO responses to the 1994 International Conference on Population and Development*. New York: PCI.

Population Information Program. *Mothers Lives Matter – Maternal Health in the Community*. Population Reports, Series l, No. 7.

Population Information Program (1992). *The Reproductive Revolution: New Survey Findings*. Population Reports, M, No. 11.

Population Reference Bureau. (1997). *Improving Reproductive Health in Developing Countries*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Population Reference Bureau. (1996). *World Population Data Sheet*. Washington, D.C.: PRB.

Program for Appropriate Technology in Health. (August 1994). Outlook: Women's Reproductive Health. Seattle, Washington: PATH. Volume 12, No 2.

Rosenfield, A. and Maine, D. (July 13, 1985). "Maternal Mortality – Neglected Tragedy." *The Lancet*.

Tinker, A. (1996). Improving Women's Health in India. (Washington, D.C: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank.)

GENERAL (cont.)

Tinker, A. (1994). A New Agenda for Women's Health and Nutrition. Washington, D.C: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank.

UNFPA. (1998). *Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences*. (Washington, D.C.: Alan Guttmacher Institute.)

UNICEF. (April 1998). *Building Mother-Friendly Societies*. New York: UNICEF .

UNICEF. (1996). *Factsheet on Maternal and Neonatal Mortality*. New York: UNICEF.

UNICEF. (1996). *Factsheet on Women's Reproductive Health Issues*. New York: UNICEF.

UNICEF. (1997). State of the World's Children. New York: UNICEF.

UNICEF. (1996). *The Progress of Nations*. New York: UNICEF.

WHO (1998). *Safe Motherhood Day Press Packet*. Geneva: WHO

WHO. (1991). Global Maternal Mortality Factbook. Geneva: WHO.

LECCIONES APRENDIDAS

De Sweerner-Ba, C. (1994). Mothers and Child Survival. Lessons Learned in Adding Maternal Health Interventions to PVO Child Survival Projects. Baltimore: Johns Hopkins University.

El-Shafei, M. (1995). "Lessons Learned from the Maternal Mortality Study to Reduce Deaths in Egypt." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 109-112.

Elu, M.C. (October 1997) "Making Motherhood Safe: Power of Partnership." Presented at Technical Consultation on Safe Motherhood. Colombo: Sri Lanka.

Laukaran, V. et al. (November 1994). "Delivering Women-Centered Maternity Care with Limited Resources: Grenada." *Reproductive Health Matters*. Volume 4, pp. 11-19.

Koblinsky, M. (February 1997). Safe Motherhood: Lessons Learned 1987-1997. Prepared for Intersectoral Meeting, Indonesia.

Kwast, B. (1993). "Safe Motherhood – The First Decade." *Midwifery*, Volume 9, pp. 105-123.

MotherCare Matters. (October 1997). Learning in Action in the First Decade: The MotherCare Experience. Volume 6, No. 4, Special Edition.

MotherCare. (1993). *MotherCare Lessons Learned 1989-1993: Summary Final Report*. Arlington, VA: John Snow/MotherCare

LECCIONES APRENDIDAS (cont.)

National Population and Family Development Board of Malaysia. (April 1998) *Country Background Paper: Malaysia*. Presented at the Asia Regional Workshop on Orientation and Project Idea Development. Dhaka, Bangladesh.

Tinker, A. (1996) *Improving Reproductive Health in Pakistan and Saving Women's Lives*. Washington, DC: World Bank.

Turman, T. and AbouZhar, C. and Koblinsky, M. (1995). "Reproductive Health: The MotherCare Experience." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement 48.

World Health Organization. (1996). "Progress Report 1993-95: Safe Motherhood." Geneva: WHO.

MALARIA

Garner, P. and Brabin, B. (1994). "A Review of Randomized Control Trials of Routine Antimalarial Drug Prophylaxis during Pregnancy in Endemic Malarious Areas." *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 72, No. 1, pp. 89-99.

Program for Appropriate Technology in Health. (1990). "Malaria." *Health Technology Directions*. Volume 10, No.1, pp.1-12.

Rueben, R. (1993). "Women and Malaria: Special Risks and Appropriate Control Strategy." *Social Science and Medicine*, Volume 37, No. 4, pp. 473-480.

Skeete, R. et al. (1996). "Malaria Prevention in Pregnancy: The Effects of Treatment and Chemoprophylaxis on Placental Malaria Infection, Low Birth Weight, and Fetal, Infant, and Child Survival." The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. Volume 55, No. 1. Entire volume.

USAID. (1995). *Integrated Malaria Control Strategy for Sub-Saharan Africa*. Washington, D.C: USAID.

MORBILIDAD MATERNA

Bhatia, J. (1995). "Levels and Determinants of Maternal Morbidity: Results from Community-based study in Southern India." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 153-164.

Cottingham, J. and Royston, E. (1991). Obstetric Fistula: A Review of Available Information. World Health Organization. Volume C-34.

Fortney, J. (February 1994). Network: Maternal Health, Volume 14, No. 3. Durham: FHI.

Jain, A.K. et al. (1996). *Measuring Reproductive Morbidity with a Sample Survey in Peru*. Program Division Working Paper, No. 9, Population Council.

NUTRICIÓN MATERNA

Achadi, E.L. et al. (1995). "Women's Nutritional Status, Iron Consumption and Weight Gain during Pregnancy in Relation to Neonatal Outcome in West Java." *International Journal of Obstetrics and Gynecology,* Supplement 48, No. 2, pp. 19-26.

Alabi, E.M. (1984). *Nutritional Taboos in Africa: A Nigerian Experience*. Presented at a Meeting of the Senegal MOH and NGO Working Group on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children.

Baker, J. et al. (1996). *The Time to Act: Women's Nutrition and Its Consequences for Child Survival and Reproductive Health in Africa*. Washington, DC: Academy for Educational Development.

Brabin, B.J. (1992). The Role of Malaria in Nutritional Anemia. New York: Vevy/Raven Press.

Christian, P. (1998). "An Ethnographic Study of Night Blindness Among Women in the Terai of Nepal." *Social Science Medicine,* Volume 46, No. 7, pp. 879-889.

Galloway, R. (1995). Women's Nutritional and Reproductive Determinants, Consequences and Recommendations: Micronutrient Malnutrition. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

MotherCare Matters. (December 1996). "Micronutrient Supplementation for the Health of Women and Newborns." Volume 6, No. 1. Arlington VA: John Snow/MotherCare.

CARE (July 1997). Technical report on Anemia. Atlanta, GA: CARE.

Galloway, R. and Stanton, M,E. "Prepregnancy Nutritional Status and its Impact on Birthweight." SCN News, Volume 11.

George, N. (November 1990). *Interventions to Improve Maternal and Neonatal Health and Nutrition*. Working Paper No. 4. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Huffman, S. (1984). "Determinants of Breastfeeding in Developing Countries: Overview and Policy Implications." *Studies in Family Planning*, Volume 15, No. 4, pp. 170-183.

Koblinsky, M. (March 1, 1986). "Anemia and Women's Health." *MotherCare Matters*, Volume 4, No. 1.

Leslie, J. (1991). "Women's Nutrition: The Key to Improving Family Health in Developing Countries." *Health Policy and Planning,* Volume 6, No. 1.

MotherCare. (1992). *The Prevalence of Maternal Anemia in Developing Countries*. Working Paper 7b. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Program for Appropriate Technology in Health. (1996). *Anemia Detection in Health Services: Guidelines for Program Managers*. Seattle: PATH.

Ross, J. and Thomas, E. (January 1996). *Iron Deficiency Anemia and Maternal Mortality*. [A Paper in Progress] Washington, DC: Academy for Educational Development.

Rosso, P. (1985). "A New Chart to Monitor Weight Gain During Pregnancy." *American Journal of Clinical Nutrition,* Volume 41, pp. 644-652.

NUTRICIÓN MATERNA (cont.)

West, K. (1998) Vitamin A Supplementation of Pregnant Women in Nepal. Presentation at the CORE Micronutrient Meeting, Washington, DC.

MotherCare. (1998) Vitamin A Supplementation of Pregnant Women in Rural Indonesia. Preliminary findings presented at the MotherCare TAG, Washington, DC.

Sarin, A. (1995). "Severe Anemia of Pregnancy: Recent Experience." *International Journal of Obstetrics and Gynecology,* Supplement 50, No. 2, pp. 45-49.

Shah, K. P. et al. (1979). "Relation of Maternal Nutrition and Low Birth Weight." *Indian Pediatrics*, Volume 71, No. 5, pp. 535-548.

Sommer, A. (1995). Vitamin A Deficiency and Its Consequences. Geneva: WHO.

Stoltzfus, R. et al. (1993). "High Dose Vitamin A Supplementation of Breastfeeding Indonesian Mothers: Effects on Vitamin A Status of the Mother and Infant." *American Institute of Nutrition*.

Utomo, B. et al. (1993). *The Alleviation of Maternal Anemia in Indramayu Regency, Indonesia: Results from the MotherCare Project*. Working Paper 23. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

World Health Organization. (1998). Safe Vitamin A Dosage during Pregnancy and Lactation. Geneva:WHO.

World Health Organization. (1990). Maternal Anthropometry for Predication of Pregnancy Outcome. InterAgency Working Group USAID, WHO, PAHO and MotherCare.

OBSTETRICES/MÉDICOS

Achadi, A. et al. (1994). "Village Midwife (Bidan Di Desa) in Central Java and South Sulewesi." Published by the Ministry of Health of Indonesia.

Chaste, B. (1992). "Midwives Key to Rural Health Workers in Maternity Care." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Volume 38, No. 2, pp. 9-15.

Cominsky, S. (1992). "Traditional Midwifery and Contraception." *Traditional Medicine: A Reader for Health Administrators and Practitioners* Geneva: WHO.

The Family Health Service Project. (August 1993). *Interpersonal Communication and Counseling Curriculum for Midwives*. Nigeria: John Snow/MotherCare.

Greenberg, L. (1982). "Midwife Training Programs in Highland Guatemala." *Social Science and Medicine*, Volume 16, pp. 1599-1609.

Indonesian Ministry of Health and MotherCare/JSI. (1997). *Building Quality into a Training and Continuing Education System for Midwives: A Systems Approach*. Arlington, VA:John Snow/MotherCare.

OBSTETRICES/MÉDICOS (cont.)

Mantz, M.L. and Okong, P. (October 1994) Evaluation Report: Life-Saving Skills Program for Midwives. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

MotherCare. (1993). "Interpersonal Communication and Counseling Curriculum for Midwives." Arlington VA: MotherCare/Family Health Service Project in Nigeria.

Okong, P. (1997). Roles and Responsibilities of Physicians. Presented at the Technical Consultation of Safe Motherhood Meeting. Colombo, Sri Lanka.

Peters, M.H. (1995). "Midwives and the Achievement of Safer Motherhood." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 50, No. 2, pp. 89-92.

WHO/UNICEF. (1995). "Strengthening Midwifery Within Safe Motherhood." *Report of a Collaborative ICM/WHO/UNICEF Pre-Congress Workshop*, Geneva:WHO.

CUIDADO NEONATAL

Bang, A.T. (1994). "Management of Childhood Pneumonia by Traditional Birth Attendants." *Bulletin of the World Health Organization*. Volume 72, No. 6, pp. 897-905.

Ceesay, S.M. et al. (1997). "Effects on Birth Weight and Perinatal Mortality of Maternal Dietary Supplements in Rural Gambia: 5-Year Randomized Control Trial." *British Medical Journal*, Volume 315, pp. 786-790.

Daga, SR. (February 1992). "Rural Neonatal Care: Dahanu Experience." *Indian Pediatrics Volume* 29.

Gasse, F. (1995). "Neonatal Tetanus: Review of Progress." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 67-72.

Lanhsten, R. (June 1998). *Comments of Perinatal/Neonantal Mortality Study*. Presented at the MotherCare Technical Advisor Group.

Luther, N.Y. (April 1998). *Mother's Tetanus Immunization Is Associated Not Only With Lower Neonatal Mortality But Also With Lower Early-Childhood Mortality*. National Family Health Survey Bulletin. No. 10. Mumbai International Institute For Population Sciences.

Nicoll. A. et al. (1995). "Infant Feeding Policy and Practice in the Presence of HIV-1 Infection." AIDS Volume 9, No. 2.

Nieburg,P. (1998). "The Global Burden of Mother-to-Child Transmission of HIV-1." Presented at the Fourth World AIDS Congress, Geneva.

CUIDADO NEONATAL (cont.)

Pratinidhi, A.K. et al. (1985). "Birth Attendants and Perinatal Mortality." *World Heath Forum*. Volume 6, No. 2, pp. 115-117.

Ross, D. (1995). *The Trained Traditional Birth Attendant and Neonatal Tetanus*. Geneva: WHO. Offset Publication.

Schieber, B. et al. (1993). *Guidelines for the Management of Principal Neonatal Emergencies at Regional/Departmental Hospitals*. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Schieber, B. et al. (1995). *Medical Audit of Early Neonatal Deahts: INCAP/Quetzaltenango Maternal and Neonatal Health Project*. Technical Working Paper 1. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Singh, M. et al. (August 1997). "The State of India's Neonatal Units in the Mid-Nineties." Indian Pediatrics, Volume 34.

Stoll. B. (March 1997). "The Global Impact of Neonatal Infection." *Clinics in Perinatology,* Volume 24, No. 1.

World Health Organization. (1997). Basic Newborn Resuscitation: A Practical Guide. Geneva: WHO.

World Health Organization. (June 1995). *Management of the Sick Newborn: A Report of a Technical Working Group*. Ankara: WHO.

World Health Organization. (June 1995). *Essential Newborn CARE: A Report of a Technical Working Group*. Geneva: WHO.

Zupan, Jelka. (unpublished 1995). *Essentials of Newborn Care*. Geneva: WHO.

PRIMEROS AUXILIOS OBSTÉTRICOS

Sibley, L. and Armbruster, D. (March/April 1997). "Obstetric First Aid in the Community – Partners in Safe Motherhood." Journal of Nurse-Midwifery. Volume 42, No. 2.

PERINATAL

Espeut, D. (January 1998). Perinatal Mortality in Developing Countries: A Review of the Current Literature and Methodological Issues in Community-Based Assessment. Technical Working Paper 5. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

CUIDADO POST-ABORTO

Baird, T.L. et al. (September 1997). *Christian Hospitals in Nigeria Provide Post-abortion Care and STD Management Dialogue, Issues in Abortion Care 1,* Carrboro, NC: IPAS.

Benson, J. (1992). "Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions." Issues in Abortion Care, No. 2. Carboro: IPAS.

Bhatia, S. and Faruque, A. and Chakraborty, J. (June 1980). "Assessing Menstrual Regulation Performed by Paramedics in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning,* Volume 11, No. 6, pp. 213-215.

Billings, D.L. (1998). Training Midwives to Improve Post-abortion Care: A Study Tour in Ghana. October 12-19, 1997. IPAS.

Bleek, W. et al. (1994). "Illegal Abortion in Southern Ghana: Methods, Motives and Consequences." *Human Organization,* Volume 45, No. 4, pp. 333-334.

Greenslade, F. et al. (1994). "Post-Abortion Care: A Women's Health Initiative to Combat Unsafe Abortion." Volume 4, No. 1, pp.1-4. *Advances in Abortion Care.* Carboro: IPAS.

International Planned Parenthood Federation (1993). *Unsafe Abortion.* London: IPPF.

IPAS. (1994). "Post-aAbortion Care: Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods." *Advances in Abortion Care,* Volume 4, No. 2, pp. 1-4. Carboro: IPAS.

Maine, D. (September, 1994). "The Bad Old Days are Still Here: Abortion Mortality In Developing Countries." *Journal of the American Women's Association.* Volume 49, No. 5, pp. 137-42.

Ostea, K. (June 1997). "Midwives Deliver Post-Abortion Care Services in Ghana." *Dialogue,* Volume 1, No. 1.

Population Reports. (September 1997). *Care for Post-abortion Complications: Saving Women's Lives.* Series L, Number 10.

Potts, J. L. (1997). "Ensuring Sustainability of Post-Abortion Care Programs: The Framework of Sustainability in Action." *Advances in Abortion Care.* Carboro: IPAS.

Reproductive Health Matters. "Abortion: Unfinished Business." *Reproductive Health Matters.* Volume 9.

Tawab, N. A. et al. (December 1997). *"Counseling the Husbands of Post-Abortion Patients in Egypt: Effects on Husband Involvement, Patient Recovery, and Contraceptive Use."* Population Council: Asia & Near East Operations Research & Technical Assistance Project.

United States Agency for International Development. (1997) *Post-Abortion Care Information Packet.* Post-Abortion Care Working Group. Washington, DC: USAID

World Health Organization. (1998). "Unsafe Abortion." Geneva: WHO.

CUIDADO POST-PARTO

Beck, D. (October 1997). *Integrated Postpartum Care*. Technical Consultation on Safe Motherhood. Colombo, Sri Lanka. P

Finger, W. (Summer 1997). *"Better Postpartum Care Saves Lives"*. Network. Durham: FHI.

Goodburn, E. et al. (January/February 1995). "Beliefs and Practices Regarding Delivery and Postpartum Maternal Morbidity in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning,* Volume 26, No. 1.

Li, X.F. et al. (1996). "The Post-Partum Period: The Key to Maternal Mortality." *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* Volume 54, pp. 1-10.

DISEÑO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

Akalin, M. et al. (December 1997). "Why Perinatal Mortality is Not a Proxy for Maternal Mortality." *Studies in Family Planning,* Volume 28, No. 4.

Bailey, P.E. et al. (1994). Analysis of Vital Events Reporting System of the Maternal and Neonatal Health Project: Quetzaltenango, Guatemala. Paper No. 3, Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Bashir, A. et al. (1995). "5-Year Study of Maternal Mortality in Faisalabad, Pakistan." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 93-96.

Bertrand, J. and Tsui, A. (September 1995). Indicators for Reproductive Health Program Evaluation. Chapel Hill: University of North Carolina.

Bhuiyan, A.B. and Hussain, F. (1995). "Maternal Mortality: National versus Hospital Situation." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, pp. 165-168.

Campbell, O. and Koblinsky, M. and Taylor, P. (June 1995). "Off to a Rapid Start: Appraising Maternal Health and Services." *International Journal of Obstetrics and Gynecology,* Supplement 48.

Conroy, C. (June 1995). "Policy Change and its Application to Safe Motherhood Programming." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48, pp. 129-127.

Cornwall, A. (1995) *Towards Participatory Practice: PRA and Participatory Processes*. In K. de Konig and M. Martin (Eds) Participatory Approaches to Health and Community Development. London: Zed Publications

Donnay, F. et al. (1996). *Background Paper on UNICEF's Programming for the Reduction of Maternal Mortality*. New York: UNICEF.

UNICEF/WHO (1996). *Maternal Mortality: Guidelines for Monitoring Progress*. New York: UNICEF.

Graham, W. and Airey, P. "Measuring Maternal Mortality: Sense and Sensitivity," *Health Policy and Planning,* Volume 2, No. 4, pp. 323-333.

Graham, W. et al. (April 1995). "Asking Questions about Women's Reproductive Health in Community-based Surveys: Guidelines on Scope and Content." London School of Hygiene and Tropical Medicine.

DISEÑO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS (cont.)

Govindasamy, P. (June 1993). "High-Risk Births and Maternity Care." Demographic Health Surveys. Comparative Studies No. 8. Columbia, MD: Macro International.

Leete, R. (January 1998). *Issues in Measuring and Monitoring Maternal Mortality: Implications for Programmes*. Technical and Policy Paper No. 1. UNFPA.

Ojeda, N. (1992). "Evaluation of Maternal and Child Health Services in Latin America." *World Health Forum*, Volume 13, pp. 132-142.

Koblinsky, M., Tinker, A. and Daly, P. (1994). "Programming for Safe Motherhood: A Guide to Action." *Health Policy and Planning*. Volume 9, No. 3, pp. 252-266.

Kwast, B. (October, 1994). Indicators for Obstructed and Prolonged Labor, Puerpal Sepsis and Post-Partum Hemorrhage: Profile of Admission, Hospital Management Coverage and Referral. Working Paper 21. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Kwast, B. (1996). "Reduction of Maternal and Perinatal Mortality in Rural and Peri-urban Settings: What Works." *International Journal of Obstetricians and Gynecologists*. Volume 60.

Maine, D. et al. (July/August 1996). "Why Did Maternal Mortality Decline in Matlab?" *Studies in Family Planning*. Volume 27, No. 4, pp. 179-187.

Maine, D. et al. (1996). *Setting Priorities in International Reproductive Health Programs: A Practical Framework*. New York: Center for Population and Family Health, Columbia School of Public Health.

Maine.D, (1997) The Design and Evaluation of Maternal Health Programs. New York: UNDP.

McCarthy, J. and Maine, D. (1994). *Guidelines for Assessing National Capacity to Reduce Maternal Deaths and Disabilities*. New York: PMM.

Measham, D., and Koblinsky, M. and Tinker, A. (1993). *Towards the Development of Safe Motherhood Program Guidelines*. Report of a Workshop organized by the World Bank and MotherCare.

Nirupam, S. and Yuster, E.A. (1995). "Emergency Obstetric Care: Measuring Availability and Monitoring Progress." *International Federation of Gynecology and Obstetrics*. Supplement 50, No. 2, pp. 79-80.

ROSA Regional Team. (March 1997). *Regional Framework for Reducing Maternal Mortality in the Context of Women's Rights*.

Stanton, C., Hill, K., AbouZahr, C., and Wardlaw, T. (November 1995). *Modeling Maternal Mortality in the Developing World*. New York: UNICEF and WHO.

UNICEF. (August, 1998). Programming for Maternal Survival. New York: UNICEF.

Wardlaw, T. and AbouZhar, C. (1995). "Maternal Mortality: Worse than We Thought." *Safe Motherhood Newsletter*, Issue No. 19, Geneva: WHO.

DISEÑO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS (cont.)

Walker, G.J.A. et al. (March 1, 1986). "Maternal Mortality in Jamaica." *The Lancet,* Volume 1, pp. 486-488.

Winard, K. (June 1995). "No Longer Giving Life through Death." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Supplement 48, pp. 7-20.

World Health Organization. (1993). "Coverage of Maternity Care: A Tabulation of Information." Geneva: WHO, Third Edition.

World Health Organization. (1991). *Challenge for the 90s: Safe Motherhood in South Asia*. Delhi: WHO.

World Health Organization. (1994). *A Reproductive Health Approach to Safer Motherhood*. Delhi: WHO.

World Health Organization. (July 28, 1993). *Make Maternity Care More Accessible*. Geneva: WHO Press Release No. 59.

World Health Organization. (April 1996). *Regional Reproductive Health Strategy for South East Asia*. Delhi: WHO.

World Health Organization. (1994). *Women, Health and Development in the South East Asia Region*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1994). *The Mother-Baby Package: An Approach to Implementing Safe Motherhood*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1998). *A Workbook On How to Plan and Carry Out Research On the Risk Approach in Maternal and Child Health including Family Planning*. Geneva: WHO.

KITS DE PARTO SEGURO

Program for Appropriate Technology in Health. (1994). *Regional Delivery Kit Workshop*. Chandigarh: PATH.

Safe Home Delivery Kits Social Marketing Research Project. (March 1994). *Market Test Study Report*. Katmandu: PATH.

Survival for Women and Children Foundation. (1992). *Development, Use and Health Impact of Simple Delivery Kits in Selected Districts in India*. Chandigar: SWACH.

MATERNIDAD SEGURA

Feuerstein, M.T. (1993). *Turning the Tide: Safe Motherhood: A District Action Manual*. London: Save the Children.

Koblinsky, M. (undated). "Health Pregnancy, Safe Delivery – The Mother Care Experience." *MotherCare Matters*. Volume 4, No. 2.

Koblinsky, M. et al. (1992). The Health of Women: A Global Perspective. Boulder, Colorado: Westview Press.

Kwast, B.E. (1996). "Reduction of Maternal and Perinatal Mortality in Rural and Peri-urban Settings: What Works?" *European Journal of Obstetrics and Gynecology, and Reproductive Biology*. Volume 69, pp. 47-53.

Jinishan Memorial Program in Armenia. "Healthy Pregnancy: Advice for Pregnant Women". American University of Armenia Center for Health Services Research and the Ministry of Health of the Republic of Armenia.

Maine, D. et al. (1991). *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University.

Maine, D. et al. (1993). "Reduction of Maternal Mortality in Bangladesh 1995-2000." New York: Prepared for UNICEF.

Ministry of Health of Malaysia. (April 1997). *Safe Motherhood: The Malaysian Case Study*. Presented at the Safe Motherhood Asia '97 Workshop, Indonesia.

Moore, M. (1990). "*Behavioral Determinants of Maternal Health Care Choices in Developing Countries*." Working Paper No. 2. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

Rhode, J.E. (1995). "Removing Risk from Safe Motherhood". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Supplement 50, No. 2, pp. 3-10.

Russell, N. (1996). "CEDPA Safe Motherhood Network." Paper presented at the 1997 NCIH, Washington, DC.

Sherpa, H. and Rai, D. (March 1997) "Safe Motherhood: It is a Family Responsiblity." Report on National Safe Motherhood Awareness Campaign .

Sundai, T.K. (1992). "The Untold Story: How Health Care Systems in Developing Countries Contribute to Maternal Mortality." *International Journal of Health Service*. Volume 22, No. 3, pp. 513-528.

Tinker and Koblinsky. (1993). Making Motherhood Safe. Washington, DC: World Bank.

Thaddeus, S. and Maine, D. (1994) "Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context." *Social Science and Medicine*, Volume 38, No. 8, pp. 1091-1110.

Wedderburn, M. and Moore, M. (1990). Qualitative Assessment of Attitudes Affecting Childbirth Choices of Jamaican Women. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

AIDSCAP. (1995). Chapter 9: Sexually Transmitted Diseases During Pregnancy (Eds). Controlling Sexually Transmitted Diseases. Washington: Family Health International.

Centers for Disease Control. (March 1998). "Administration of Drugs in Late Pregnancy and Delivery to Prevent Perinatal HIV Transmission – Thailand, 1996-98." *MMWR*. Volume 47, No. 8.

Gray, R.H. (1998). "Sexually Transmitted Disease Control for Maternal and Infant Health." Presented at the MotherCare Technical Advisor Group.

Linkages. (January 1998). FAQ Sheet: Frequently Asked Questions On: Breastfeeding and HIV/AIDS. (Washington, DC: Academy for Educational Development.)

Marseille, E. (1998) "The Cost-effectiveness of Short-course ZDV Therapy to Reduce MTCT of HIV in Tanzania and Thailand." Presented at the CDC Prevention of Perinatal Transmission Meeting.

Mayhew, S. (1996). "Integrating MCH/FP and STD/HIV Services: Current Debates and Future Directions." *Health Policy and Planning*, Volume 11, No. 4, pp. 339-353.

Nieburg, P. and Stanecki, K.A. (June 1998). The Global Burden of Mother-to-Child Transmission of HIV-1. Presented at the Fourth World AIDS Congress in Geneva.

Fawzi, W.W. et al. (May 16, 1998). "Randomized Trials of Effects of Vitamin Supplements on Pregnancy Outcomes and T Cell Counts in HIV-1-infected Women in Tanzania." *Lancet*. Volume 351, No. 9114, pp. 1477-1482.

Oakley, A. et al. (1995). "Behavioral Interventions for HIV/Prevention." *AIDS*, Volume 9, pp. 479-486.

Soucat. A. (June 1998). From Efficiency to Effectiveness: The First Year Experience of The Ministry of Public Health's Experience to Prevent MTCT of HIV in Northern Thailand. Presented at the Fourth World AIDS Congress in Geneva

Van Dam, C.J. (1995). HIV, STD and Their Current Impact on Reproductive Health: The Need for Control of Sexually Transmitted Diseases. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, Volume 50, Supplement 50, No. 2, pp. 121-129.

UNAIDS Report (1997). World AIDS Report. Geneva: UNAIDS.

REFERENCIAS EN ESPAÑOL

Bobadilla, J.L. (1996). "La Magnitud y las Causas de la Mortalidad Materna en el Distrito Federal (1988-1989)." Gaceta Medica de Mexico. Volume 132, Numero 1, pp. 5-18.

Dallabetta, G.A. (31 Julio 1997). El Control de las Enfermedades de Transmision Sexual: Un Manual para el Enseño y la Administracion de Programas.

Organizacion Panamericana de la Salud. Plan de Accion Regional para la Reduccion de la mortalidad materna en las Americas.

Temmerman, M. "Las ETS y el Embarazo." El Control de las Enfermedadaes de Transmission Sexual. Capitulo 9, pp. 181-199.

COMADRONAS ADIESTRADAS TRADICIONALES

Ahammed, M. "Maternal Health and Child Care in Rural Areas. (1981). The Role of the Traditional Birth Attendant in Bendel State of Nigeria." *Journal of Tropical Pediatrics*, Volume 27, pp. 210-214.

Alisjahbana, A. et al. (1984). "A Method of Reporting and Identifying High-Risk Infants for Traditional Birth Attendants." *Journal of Tropical Pediatrics*, Volume 30, pp. 17-22.

Greenwood, A. et al. (1990). "Evaluation of a Primary Health Care Program in The Gambia. The impact of Trained Birth Attendants in the Outcome of Pregnancy." *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Volume 93, pp. 58-66.

Hoff, W. (1997). "Traditional Health Practitioners as Primary Health Care Workers." *Tropical Doctor.* Supplement 1.

Janowitz, B. et al. (1988). "Referrals by Traditional Birth Attendants in Northeast Brazil: Referral Patterns and Perinatal Mortality." *Health Policy and Planning.* Volume 3, No. 1, pp. 48-59.

Kumar, V. and Walia, I. (1981). "Pictorial Maternal and Neonatal Records for Illiterate Traditional Birth Attendants." *International Journal of Obstetrics and Gynecology.* Volume 19, pp. 281-284.

Levitt, M. (1996). *When the Training of TBAs is Cost Effective: Trained TBAs and Neonatal Essential Care in South Asia*. Redd Barrna/HMG Katmandu: Nepal.

Nessa, S. (1995). "Training of Traditional Birth Attendants: Success and Failure in Bangladesh." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 50, No. 2, 135-140.

Neuman, A. et al. Evaluation of a Programme to Train Traditional Birth Attendants in Ghana. Geneva: WHO.

O'Rourke, K. (1995). "The Effect of Hospital Training in Management of Obstetric Patients Referred by Traditional Birth Attendants." *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, Supplement 48.

Pratinidhi, A.K. et al. (1985). "Birth Attendants and Perinatal Mortality." *World Heath Forum.* Volume 6, No. 2, pp.115-117.

COMADRONAS ADIESTRADAS TRADICIONALES (cont.)

Ross, D. (1995). The Trained Traditional Birth Attendant and Neonatal Tetanus. Geneva: WHO Offset Publications.

Smith, J. et al. (1997). *The Impact of TBA Training on the Health of Mothers and Newborns in Brong-Ahafo, Ghana*. Final Report. (Durham: FHI.)

Smith, J.B. and Fortney, J.A. PhD, eds. *Traditional Birth Attendants: A Bibliography*. Durham: FHI.

Williams, B. and Yumkella. "An Evaluation of the Training of Traditional Birth Attendants in Sierra Leon and their Performance after Training." Geneva: WHO.

PRÁCTICAS TRADICIONALES

Bhatia, S. (1981). "Traditional Childbirth Practices: Implications for a Rural MCH Program." *Studies in Family Planning*. Volume 12, No. 2, pp. 66-75.

Browner, C.H. and Sondra, T.P. (1988). "Women's Secrets: Basis for Reproductive and Social Autonomy in a Mexican Community." *American Ethnologist*, Volume 15, No. 1, pp. 84-97.

Cominsky, S. (1986). "Traditional Birth Practices and Pregnancy Avoidance in the Americas." *The Potential of the Traditional Birth Attendant*, Offset Publication No. 95, pp. 75-89. Geneva: WHO.

Haque, R., Hossian, J. and Siddiquey, S. (November 1996). *Report on Situational Analysis of EOC in Rajnagar of Moulvinbazar District*. Dhaka: CARE Bangladesh.

Haque, R., Hossian, J. and Siddiquey, S. (November 1996). *Report on Situational Analysis of EOC in Dinjapur District*. Dhaka: CARE Bangladesh.

Pillsbury, B. et al. (1982). "Policy and Evaluation Perspectives on Traditional Health Practitioners in the National Health Care Systems." *Social Science and Medicine*. Volume 16, No. 1, pp. 1825-1834.

Pillsbury, B. et al. (1990). *Understanding and Evaluating Traditional Practices: A Guide to Improving Maternal Care*. Washington, DC: International Center for Research on Women.

MATERIALES PARA LA CAPACITACIÓN

Arkutu A. (1995). *Healthy Women, Healthy Mothers: An Information Guide*. New York: Family Care International.

American College of Nurse Midwives. (1997). Healthy Mothers, Healthy Newborns [Draft]. Washington, DC: ACNM

Brownlee, A. (1978). Community Culture and Care: A Cross Cultural Guide for Health Workers. St. Louis, MO: CV Mosby.

Harrison, A. (April 1994). *Assessing Maternal and Perineonatal Health: Tools and Methods*. Arlington, VA: John Snow/ MotherCare.

Klein, S. (1995). A Book for Midwives: A Manual for Training Traditional Birth Attendants and Community Midwives. (Palo Alto, California: The Hesperian Foundation.)

Burns, A. August, Lovich, R., Maxwell J., Shapiro K. (1997) Where Women Have No Doctor. Palo Alto, California: The Hesperian Foundation.

Marshall, M. and Buffington, S. (1998) Life Saving Skills for Midwives. Third Edition. Washington DC: American College of Nurse-Midwives.

Meijai, M. et al. (1993). *Management of Obstetric and Neonatal Emergencies in Community Health Centers*. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

PRIME. (1997). *Reproductive Health Resource Book*. [DRAFT]. Chapel Hill: INTRAH.

Schieber, B. et al. (1993). *Training Manual for Trainers of Traditional Birth Attendants*. Arlington, VA: John Snow/MotherCare.

UNICEF. (1994). *Safe Motherhood Training Package*. New York: UNICEF.

World Health Organization. (1996). Care in Normal Birth: A Practical Guide. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1996). Care of Mother and Baby at the Health Centers: A Practical Guide. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1994). Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1994). Detecting Pre-Eclampsia: A Practical Guide. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1996). Post-partum Hemorrhage Module. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1996). Foundation Module: The Midwife in the Community. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1996). Obstructed Labor Module. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1996). Puerperal Sepsis Module. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1996). Eclampsia Module. Geneva: WHO.

CONDICIÓN SOCIAL DE LA MUJER Y POBREZA

Buvinic, M. and Lycette, M. (1988). *Women, Poverty and Development in the Third World*. Washington, DC: International Center for Research on Women.

Buvinic, M. (March 1995). *Investing in Women*. Policy Series No. 2, Washington, DC: International Center for Research on Women.

Desai, S. and Jain, D. (1992). *Maternal Employment and Changes in the Family Dynamics: The Social Context of Women's Work in Rural South India*. Washington, D.C: International Center for Research on Women.

Ghosh, S. (1986). "Discrimination Begins at Birth." *Indian Pediatrics*, Volume 23, pp. 9-15.

Handa, S. Gender, (1994). *Headship and Intra-Household Resource Allocation*. Washington, D.C: International Center for Research on Women.

Richter, K. and Napaporn, H. (1994). *"Women's Economic Contribution to the Households in Thailand."* New York: International Center for Research on Women.

Roestam, K.S. (1994). "Women's impetus in community and health development." *World Health Forum*, Volume 15.

Sivard, R. (1995). *Women: A World Survey*. Washington, D.C.: ICRW

Tinker, A. (1994). (1994). *Investing in Better Nutrition and Health*. Washington, D.C.: World Bank

UNFPA. (1997). *Investing in Women: The Focus of the 90s*. New York: UNFPA.

Vlassoff, C. (1994). "Gender Inequalities in Health in the Third World: Uncharted Ground." *Social Science Medicine* Volume 39, No. 9, pp. 1249-1259.

Wedeen, L. and Weiss, E. (1993). *Women's Empowerment and Reproductive Health Programs: an Evaluation Paradigm*. Presented at the PAA.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Cook, R.J. (1994). *Women's Health and Human Rights*. Geneva: WHO.

Earth Times. (October 1996). *Growing Body of Evidence*.

Heise, L. et al. (1996). *Sexual Coercion and Reproductive Health*. Washington, D.C.: International Center on Research for Women.

Rich, S. and Joyce, S. (April 1997). *Eradicating Female Genital Mutilation: Lessons for Donors*. Washington, D.C: Wallace Global Fund.

World Health Organization. (1995). *Female Genital Mutilation: Report of Technical Working Group*. Geneva: WHO.