



En buenas manos ● ● ● ● ●



Informes sobre avances logrados en los países



Índice

Introducción	2
Atención del parto por personal calificado: Apoyo del UNFPA a los países en el período 2002-2004	3
■ África	4
■ América Latina y el Caribe	7
■ Asia y el Pacífico	9
■ Estados Árabes y Europa	14
Investigaciones de SAFE: Estrategias para la adopción de medidas	16
■ Modelo de atención del parto por personal calificado en Bangladesh	16
■ Mejor atención del parto en el distrito de Dangbe Occidental, Ghana	17
■ Estrategias para mejorar la atención del parto en Jamaica	18
■ Superación de las barreras que se oponen a la atención obstétrica en Malawi	19
■ Proyecto experimental sobre atención por personal calificado en México	21

Introducción

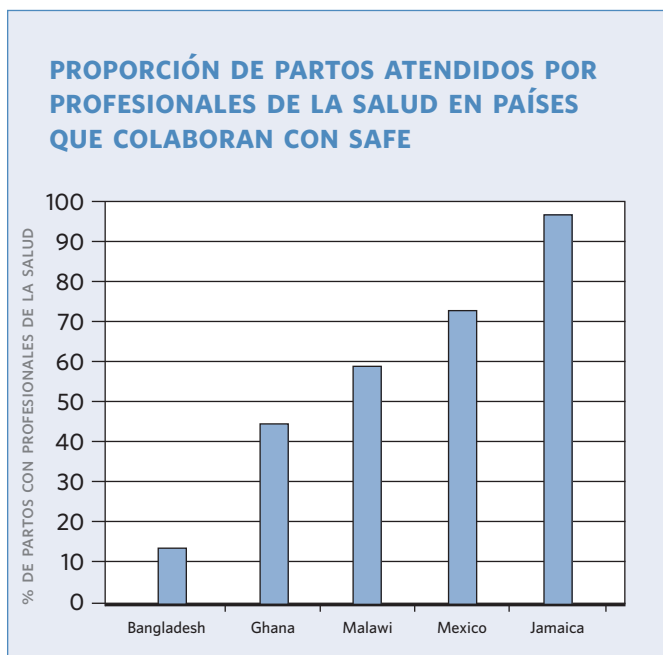


El presente folleto, que acompaña a el Informe *Mortalidad Materna – Actualización 2004*, documenta la investigación y las intervenciones realizadas en todo el mundo en desarrollo para mejorar la atención del parto por personal calificado. Incluye un panorama general de las acciones del UNFPA y sus copartícipes en materia de políticas y promoción, capacitación, mejoras de los sistemas de salud y movilización de la comunidad, así como resúmenes de las estrategias de SAFE aplicadas en cinco países.

Los aspectos destacados de las acciones del UNFPA también ponen de manifiesto la gama de enfoques y de puntos de entrada necesarios para abordar las diversas limitaciones a los servicios de atención del parto por personal calificado en diferentes ámbitos. Las intervenciones del UNFPA al respecto abarcan apoyo técnico y financiero a programas de capacitación, adquisición de equipo y suministros para la atención obstétrica, y colaboración con los gobiernos en la formulación de políticas y protocolos relativos a la atención por personal calificado. Esas intervenciones se han integrado en programas nacionales para asegurar niveles óptimos de apoyo y coordinación. Las investigaciones de SAFE en Bangladesh, Ghana, Jamaica, Malawi y México ilustran claramente la gama de problemas con que puede

tropezarse en diferentes ámbitos. Esos estudios también destacan la necesidad de seleccionar estrategias de modo de superar determinadas barreras y limitaciones.

Considerados en su conjunto, los ejemplos de este informe indican que lograr que la atención por personal calificado esté universalmente disponible es un complejo proceso que involucra a la totalidad de los sistemas de atención de la salud. Para responder al reto de salvar vidas de madres, deberían utilizarse las lecciones recogidas y las pruebas obtenidas en estos proyectos en curso a fin de perfeccionar las acciones futuras. Además, los proyectos que se realicen con éxito deberían aumentar su escala y transformarse en programas nacionales.



FUENTE: SAFE, University of Aberdeen

Atención del parto por personal calificado: Apoyo del UNFPA a los países en el período 2002-2004

Asegurar que todos los partos sean atendidos por personal calificado es un requisito indispensable para que todas las mujeres que presentan complicaciones puedan obtener a tiempo atención obstétrica de emergencia.

La atención de personal calificado puede proporcionarse en diversos ámbitos: el hogar, centros de salud y hospitales públicos o privados. Si bien el ámbito en que se dispensa dicha atención puede variar de un lugar a otro, es imprescindible el apoyo de un sistema de salud fiable para que los partos puedan realizarse en condiciones de seguridad. En general, una buena estrategia para reducir el número de defunciones derivadas de la maternidad ha sido que los partos se realicen en establecimientos de salud, pero en algunos países, especialmente los que tienen grandes poblaciones rurales y pocos profesionales de la salud, tal vez esto no sea viable en el corto plazo. Sea cual fuere el enfoque que se aplique, la clave para salvar vidas es la presencia de un agente de salud calificado, respaldado por un sistema de salud que facilite el tratamiento eficaz de las complicaciones obstétricas.

El UNFPA se ha comprometido a colaborar con sus aliados – organizaciones no gubernamentales (ONG), donantes, gobiernos nacionales y entidades de la sociedad civil – en la formulación y la aplicación de un objetivo y una estrategia comunes en relación con la atención del parto por personal calificado en todas las regiones del mundo donde la maternidad sin riesgo aún no es una realidad. En todas las regiones, el UNFPA apoya estrategias y actividades para aumentar la atención del parto por personal calificado. En la sección siguiente se describen políticas, estrategias y actividades para mejorar la atención del parto, que fueron adoptadas por diversos países y apoyadas por programas del UNFPA en esos países en 2002 y 2003.

La gama y la combinación de enfoques reflejan la diversidad de contextos económicos, sociales y políticos entre diversas regiones y dentro de un mismo país. Unos pocos países han adoptado un enfoque transitorio que incluye la capacitación y distribución de trabajadores de la salud comunitarios que poseen limitados conocimientos prácticos para salvar vidas, a fin de que atiendan los partos en el hogar. Además, algunos países están estableciendo estrechas alianzas con parteras tradicionales y aprovechando sus importantes papeles sociales en la comunidad, a fin de que se encarguen de alentar a las mujeres a que den a luz en establecimientos de salud con atención de profesionales de la salud. El contexto local – tomando en cuenta la disponibilidad de recursos, el compromiso político y las normas y prácticas culturales – tiene una importancia crucial en la conformación de las estrategias para mejorar la atención del parto. Si bien no hay un único enfoque correcto de aplicación universal, es necesario seguir centrando la atención en aumentar el acceso a la atención del parto por personal calificado.

La presente publicación se basa en los informes anuales de 2002 y 2003 presentados por las Oficinas del UNFPA en los países, así como la información aportada directamente por dichas Oficinas. Si bien muchos países han logrado apreciables adelantos, en este informe sólo fue posible incluir unos pocos ejemplos. Las divisiones geográficas del UNFPA ayudaron a seleccionar esos ejemplos de nuestra labor.

División de África



En África al sur del Sahara, región donde ocurre casi la mitad de las 529.000 defunciones maternas registradas cada año, hay una aguda necesidad de atención del parto por personal calificado. Según las encuestas de población, entre 1990 y 2000, el porcentaje de partos atendidos por personal calificado en esa región sólo aumentó desde 40% hasta 43%. En esta región, muchos factores complican el acceso de las mujeres a la atención por personal calificado. Es frecuente que las mujeres den a luz en el hogar debido al costo prohibitivo de la atención médica o a creencias culturales que propician el parto en el hogar. Algunas mujeres simplemente no tienen confianza en el sistema de salud. Los terrenos intran-sitables y la limitación en los transportes pueden ser obstáculos para llegar hasta el personal calificado. Otra limitación es la gran escasez de personal calificado y la situación se exagera por la escasez de recursos en los sistemas de salud, que ofrecen pocos incentivos a los profesionales calificados para que ejerzan su profesión en zonas rurales o aisladas. Los efectos devastadores del VIH/SIDA sobre el personal de salud limitan aún más el número de trabajadores de la salud calificados. En algunos ámbitos, se tiene más confianza en las parteras tradicionales que en los profesionales médicos, dado que las parteras son miembros conocidos y respetados de la comunidad.

En febrero de 2004, muchos copartícipes y aliados a escala mundial – entre ellos *EngenderHealth*, *Family Care International*, *Family Health International*, la Alianza Mundial para la Maternidad sin Riesgo y la Salud del Recién Nacido, JHPIEGO, UNFPA, UNICEF, USAID y OMS – reunidos en Harare (Zimbabwe), convinieron en elaborar un plan de campaña para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la región. Se determinó que un objetivo primordial era mejorar la atención del parto por personal calificado. Entre las estrategias para alcanzar ese objetivo figuran: fortalecer el sistema de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad, realizar tareas de promoción para obtener el compromiso político y los recursos necesarios (inclusive recursos humanos) con destino a la salud de la maternidad, y ampliar

las alianzas entre organismos gubernamentales, ONG, instituciones educacionales y asociaciones profesionales. Muchos países ya han adoptado numerosas estrategias relativas a la atención del parto por personal calificado. Está surgiendo la reforma del sector de salud, en el marco de los Enfoques Sectoriales (SWAP), como oportunidad de financiar y distribuir recursos humanos más equitativamente entre zonas urbanas y rurales. Otra estrategia de importancia crucial empleada por muchos países es la relativa a impartir capacitación. Dado que reconocen el importante papel desempeñado por las parteras tradicionales en la comunidad, muchos países se esfuerzan por incluirlas en las intervenciones de maternidad sin riesgo, para la remisión a establecimientos de atención de la salud y como fuentes de información. En condiciones ideales, un diálogo continuo entre los interesados directos fomentará un consenso regional sobre estrategias y actividades encaminadas a mejorar la atención del parto y reducir la mortalidad y discapacidad maternas.

Políticas y promoción

Botswana, Burundi, el Senegal, Uganda y Zimbabwe han formulado políticas para definir al agente de salud calificado y estrategias para aumentar la proporción de partos que éste atiende. En 1995, en **Burundi** sólo 9,5% de los partos ocurrieron en establecimientos de salud. Desde entonces, el programa de salud reproductiva en Burundi ha diseñado estrategias para aumentar la proporción de alumbramientos atendidos, entre ellas, aumentar la capacidad técnica del personal y los establecimientos y promover el uso del partógrafo durante el trabajo de parto. Con el apoyo del UNFPA, el Ministerio de Salud de Burundi elaboró normas para los servicios de salud reproductiva, inclusive las relativas a la atención por personal calificado. En el **Senegal**, el Plan Nacional de Acción sobre la Mortalidad Materna especifica que sólo los médicos, parteras diplomadas o enfermeras son trabajadores de la salud calificados. Se inauguraron escuelas regionales de capacitación de parteras,

con el apoyo financiero del Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA). La Política Nacional de Salud de **Uganda**, formulada en 1999, limita su definición de agente de salud calificado a los trabajadores de la salud que han recibido capacitación oficial, entre ellos médicos y enfermeras parteras. No obstante, en los últimos 20 años, menos de un 40% de los alumbramientos contaron con la atención de personal calificado. En respuesta, el Gobierno de Uganda, en colaboración con el UNFPA, está prestando atención a capacitar al personal, mejorar la infraestructura, proporcionar atención obstétrica de emergencia y fortalecer el sistema de remisión a establecimientos de mayor capacidad, en casos de emergencia obstétrica. En **Zimbabwe**, la Política Nacional de Maternidad sin Riesgo define la atención del parto por personal calificado como atención obstétrica básica (inclusive atención obstétrica de emergencia y atención prenatal y postnatal) dispensada por una enfermera partera, un agente clínico o un médico en un establecimiento de salud. Esta definición especifica que es preciso contar con atención obstétrica de emergencia básica e integral, disponibilidad de sangre y sus derivados, y un sistema fiable de remisión a establecimientos de mayor capacidad en casos de emergencia obstétrica. En 2002, el Ministerio de Salud de Zimbabwe integró la atención de la salud reproductiva en los programas de salud materno-infantil, en virtud de su estrategia para ampliar la atención del parto por personal calificado. En Botswana, los Protocolos de Maternidad sin Riesgo indican que la atención por personal calificado debe entenderse como atención del parto por un médico o una partera diplomada. Entre las estrategias para mejorar la atención del parto figuran el desarrollo de la infraestructura, la realización de inversiones en personal de salud y las tareas de difusión en la comunidad. Esta focalización de la respuesta contribuyó al aumento del número de partos atendidos, desde 66% en 1984 hasta 87% en 1996.

Capacitación de personal calificado

La capacitación de personal de salud sigue siendo una de las más importantes estrategias regionales

encaminadas a aumentar la proporción de mujeres que reciben atención del parto por personal calificado. El UNFPA la ha apoyado mediante la formulación de protocolos y currículos de capacitación, y la financiación de los estudios del personal que asiste a cursos nacionales de capacitación. En 2003, el Ministerio de Salud de **Burundi** inició la capacitación de un grupo de parteras en la prestación de servicios de salud sexual y salud reproductiva, inclusive la atención obstétrica. El UNFPA también apoyó la capacitación de médicos en hospitales de nivel primario y provincial. En el **Senegal**, el UNFPA ha prestado apoyo a la capacitación de trabajadores de la salud en distintos niveles. En las dos provincias donde el UNFPA realiza proyectos piloto, Tambacounda y Kolda, recibieron capacitación en atención obstétrica básica 89 trabajadores de la salud a nivel de dispensario. A nivel de centro de salud, 25 trabajadores de la salud recibieron capacitación en atención posterior al aborto, manejo del suministro de sangre, resucitación del recién nacido y ecografía (ultrasonido) en obstetricia. El Ministerio de Salud del Senegal ha multiplicado los recursos de donantes externos con destino a la capacitación y atención obstétrica de emergencia en Zinguichor, una provincia vecina. La política de **Uganda** sobre capacitación refleja la prioridad que asigna el Ministerio de Salud a la atención por personal calificado. Mientras anteriormente las enfermeras y las parteras recibían capacitación por separado, actualmente se estipula que todas las enfermeras deben recibir capacitación en atención del parto. Además, el Ministerio de Salud estipula la capacitación periódica en el servicio como parte de la educación permanente, a tomar en cuenta para los ascensos. El número de facultades de medicina en el país aumentó de una a tres y los médicos se están especializando cada vez más en obstetricia y ginecología. En **Zimbabwe**, el UNFPA apoyó la capacitación de instructores en atención posterior al aborto. Las enfermeras y las parteras son las principales fuentes de atención de la maternidad en **Botswana**. El UNFPA apoyó la capacitación de enfermeras en la atención del parto, además de capacitación en el servicio para que parteras y médicos adquirieran conocimientos prácticos que salvan vidas. Asimismo, el UNFPA contribuyó a

cursos de actualización para médicos sobre operaciones cesáreas.

Establecimiento de un ámbito propicio

En **Burundi**, el UNFPA proporcionó botiquines de maternidad y equipo y suministros para atención obstétrica a centros de salud y hospitales de primer nivel, algunos de los cuales prestan servicios a personas internamente desplazadas. El UNFPA también apoyó el perfeccionamiento de los instrumentos de recopilación de datos y la supervisión de 25 establecimientos donde se atiende el parto. En el **Senegal**, el suministro de equipo para atención obstétrica de emergencia básica ha pasado a ser una importante estrategia para mejorar el ámbito de trabajo. En **Uganda**, se dotó de médicos y enfermeras a 961 centros de salud y se elevó la categoría de los servicios para que ofrecieran atención obstétrica de emergencia. El UNFPA también apoyó la creación de un sistema de remisión a establecimientos de mayor capacidad en casos de emergencias obstétricas, denominado RESCUER, que abarca un sistema de comunicaciones por radio, servicios de ambulancias y atención de mayor calidad en las dependencias de salud. El sistema RESCUER, ensayado con carácter experimental en un distrito en 1997, ahora se utiliza en 10 distritos y otros cuatro se están preparando para poner en práctica el programa. El UNFPA adquirió y distribuyó equipo para atención obstétrica de emergencia básica en centros rurales de salud en **Zimbabue**. Aun cuando casi un 86% de la población de **Botswana** vive en un radio de 15 kilómetros de un establecimiento de salud, en algunas zonas remotas aún hay problemas para el acceso a los servicios. Como parte de una iniciativa multisectorial en curso, Botswana está estableciendo nuevas dependencias de salud y mejorando el nivel de las existentes. El UNFPA ha apoyado este proceso mediante la adquisición de equipo. Los establecimientos, en su mayoría, han recibido equipo para radiocomunicaciones y vehículos para el transporte de emergencia.

Movilización comunitaria

Involucrar a la comunidad es otra estrategia que están adoptando muchos países para mejorar la atención del

parto por personal calificado. En **Burundi**, activistas de la comunidad han sensibilizado a la población acerca de la necesidad de contar con atención por personal calificado y están logrando que las mujeres acudan a los centros de salud para la atención del parto. En el **Senegal**, los imanes están promoviendo la importancia de la maternidad sin riesgo. En **Uganda**, las comunidades participan en un sistema que remite a las mujeres a centros de salud que ofrecen atención obstétrica de emergencia y las transporta allí. Dado que reconoce el importante papel que desempeñan las parteras tradicionales en las comunidades, el UNFPA apoyó en **Zimbabue** un programa de base comunitaria con el propósito de fomentar la capacidad de dichas parteras para reconocer los síntomas de las complicaciones obstétricas y remitir a las mujeres a las clínicas más cercanas en caso necesario. Los educadores sobre el bienestar de la familia en **Botswana** han desempeñado un importante papel en educar a la comunidad con respecto a la maternidad sin riesgo y alentar a las mujeres a dar a luz en establecimientos de salud. El UNFPA también apoyó campañas de información, educación y comunicación para crear conciencia y promover el uso de los servicios en la comunidad.



División de América Latina y el Caribe

La mortalidad derivada de la maternidad en América Latina y el Caribe, de 190 por cada 100.000 nacidos vivos, es baja en comparación con otras regiones del mundo. No obstante, podría evitarse la mayoría de las 23.000 defunciones maternas registradas cada año. Hay pronunciadas disparidades entre los países en lo tocante a las defunciones maternas. Se registran altas tasas de mortalidad derivada de la maternidad en Haití (550 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos) y en Bolivia (390 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos), mientras que en Chile, Costa Rica, Cuba, México y Panamá esas tasas son inferiores a 100 por cada 100.000 nacidos vivos. Además, hay disparidades dentro de un mismo país y las poblaciones pobres e indígenas suelen tener las más altas tasas de defunción derivada de la maternidad. En 2002, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció un Equipo Regional de Tareas encargado de crear un consenso interinstitucional sobre la reducción de la mortalidad materna en la región. El Equipo de Tareas, en colaboración con organizaciones como *Family Care International*, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el *Population Council*, el UNFPA, el UNICEF, la USAID y el Banco Mundial, está elaborando una iniciativa conjunta para abordar la defunción derivada de la maternidad de manera coherente y unificada entre distintos países y distintos organismos. El Equipo de Tareas determinó cinco esferas prioritarias: apoyar acciones nacionales y municipales, ofrecer servicios de salud materna de calidad, aumentar la demanda pública de los servicios, crear alianzas y asegurar el apoyo financiero y la sostenibilidad de los programas de atención de la salud materna. Aprovechando las lecciones recogidas en países tanto desarrollados como en desarrollo, el Consenso Estratégico Interinstitucional Regional formulado en Santa Cruz (Bolivia) en 2004 determinó que la atención del parto por personal calificado es una prioridad. En el taller regional del UNFPA sobre reducción de la mortalidad materna realizado en Tegucigalpa (Honduras) en mayo de 2004, se volvió a hacer el mismo hincapié en la atención por personal calificado. Las Oficinas del UNFPA en 12 países, así como representantes de las direcciones regionales y divisiones de apoyo técnico

del Fondo colaboraron en la formulación de un plan para la aplicación de la estrategia en cada país.

Se están concertando alianzas a nivel regional, nacional y local para promover los servicios de salud materna como medio esencial de aumentar la proporción de mujeres que reciben atención del parto por personal calificado. Este proceso ha sido facilitado por un firme apoyo político, a nivel nacional y regional, para abordar la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad. La estrategia requiere colaborar con amplias coaliciones, inclusive gobiernos, universidades, asociaciones profesionales, instituciones de enseñanza, ONG y asociaciones de consumidores. Las características regionales también están conformando los enfoques estratégicos. A partir de 1990, se ha registrado en la región un aumento de 12% en la atención por personal calificado, un aumento de 26% en la cantidad de partos atendidos por médicos y un aumento de 54% en el número de partos mediante operación cesárea. No obstante, las altas tasas de alumbramiento en establecimientos de salud, un promedio de 79%, no necesariamente entrañan que las mujeres estén recibiendo buena atención en la práctica. Las altas tasas de operación cesárea, que en algunas zonas urbanas llegan al 40% de los partos, sugieren que tal vez se use excesivamente este procedimiento. Por consiguiente, ha surgido como cuestión de importancia crucial la calidad de la atención. Para abordar la ausencia de personal de salud calificado, algunos países están considerando la posibilidad de realizar inversiones para lograr un conjunto de parteras profesionales y ampliar la gama de funciones que éstas pueden cumplir legalmente. Asimismo, los encargados de formular políticas están considerando maneras de integrar los servicios de maternidad sin riesgo en los programas existentes de salud reproductiva.

Políticas y promoción

Bolivia, el **Ecuador** y el **Perú** están aplicando varias modalidades de políticas de seguro de salud a la cobertura de la salud materna. **Bolivia** es uno de los primeros países de la región que ofrece atención



gratuita del parto por personal calificado a todas las mujeres. En virtud del plan de Seguro Universal de la Madre y el Niño, se garantiza la atención médica gratuita del embarazo, el parto y el puerperio. El Programa Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, que recibe un firme apoyo del UNFPA, incluye un plan de maternidad sin riesgo con medidas concretas para mejorar la atención del parto por personal calificado y la atención obstétrica de emergencia. A partir de 1998, la atención por personal calificado en zonas rurales ha aumentado desde 40% hasta 48%. El porcentaje de partos en los servicios de salud aumentó desde 56% hasta 57%. **El Salvador, Honduras y Nicaragua** también han formulado políticas concretas para abordar esta cuestión. La política de **El Salvador** se centra en capacitar al personal de salud y elaborar protocolos para la atención del embarazo y el parto en todo el país. En los últimos 10 años, **Honduras** ha reducido la mortalidad materna en un 40%, mediante estrategias como la mejora de la capacidad institucional y del personal, la organización de comunidades y la mejora de la infraestructura. La atención del parto por personal calificado aumentó desde 42% a mediados del decenio de 1980 hasta 55% a mediados del decenio de 1990. En **Nicaragua**, todas las embarazadas tienen derecho a recibir atención antes, durante y después del parto. Por conducto de su Programa de Salud Materno-infantil, el Gobierno ha elaborado reglamentaciones para velar por que todos los partos reciban atención de personal calificado. Además, el Gobierno ha establecido protocolos para la atención obstétrica, como parte de la respuesta nacional a la necesidad de reducir la mortalidad derivada de la maternidad.

Capacitación de personal calificado

En **Bolivia, El Salvador, Honduras y Nicaragua**, el UNFPA apoyó activamente la capacitación en obstetricia. En **El Salvador**, el UNFPA contribuyó a capacitar a médicos y enfermeras en establecimientos públicos y privados de nueve de los 14 distritos de salud. En dos distritos, el UNFPA apoyó la capacitación

de parteras. En el Ecuador, los trabajadores de la comunidad recibieron capacitación en temas de maternidad sin riesgo y las parteras recibieron capacitación en atención del embarazo de alto riesgo.

Establecimiento de un ámbito propicio

En **Bolivia**, el UNFPA realizó en 2003 un diagnóstico de necesidades en cuanto a accesibilidad, disponibilidad y utilización de la atención obstétrica de emergencia en 85 establecimientos para remisión de pacientes. El UNFPA ha brindado en la región apoyo de importancia crítica para la adquisición de equipo y suministros con destino a servicios de maternidad. En **El Salvador**, el UNFPA apoyó un análisis de la situación relativa a emergencias obstétricas en 28 centros de maternidad. En colaboración con el programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD) de la Universidad de Columbia, el UNFPA estableció una iniciativa piloto de atención obstétrica de emergencia en tres distritos de **Nicaragua**. Hacia 2003, se había satisfecho la necesidad de atención obstétrica de emergencia en los tres distritos piloto.

Movilización de la comunidad

Dado que reconocen que la mortalidad derivada de la maternidad se concentra más entre las poblaciones indígenas, muchos países de la región están formulando estrategias para mejorar los servicios de atención de la salud en zonas rurales e insuficientemente servidas. Además de abordar la accesibilidad de los establecimientos, esas estrategias también abarcan la aceptabilidad cultural de los protocolos de servicios y del comportamiento y las actitudes del personal. En **Bolivia**, el UNFPA apoyó un importante estudio sobre las percepciones por parte de los trabajadores de la salud de la comunidad acerca de las barreras culturales que obstaculizan la atención por personal calificado. Esta información servirá de base para futuras estrategias encaminadas a aumentar la proporción de partos atendidos, particularmente en las comunidades indígenas e insuficientemente servidas.

División de Asia y el Pacífico

La región de Asia y el Pacífico se caracteriza por llamativas diferencias entre distintos países, en lo tocante a la atención del parto por personal calificado. En Sri Lanka, casi todos los partos (98%) reciben atención de personal calificado. En Malasia, casi un 90% de todos los alumbramientos ocurren en establecimientos de salud. En cambio, en muchos de los países más populosos, es menor la proporción de alumbramientos atendidos por personal calificado: 42% en la India y 13% en Nepal. En el Afganistán, sólo un 8% de los alumbramientos reciben atención de personal calificado. Dada esa variación entre distintos países y dentro de un mismo país, la creación de consenso sobre las estrategias apropiadas es un proceso continuo. En octubre de 2003, la OMS patrocinó en Manila (Filipinas) un taller regional sobre el progreso en la reducción de la mortalidad materna en la región de Asia y el Pacífico, al que asistieron representantes de países y de organizaciones aliadas, entre ellas el Banco Asiático de Desarrollo (BASD), el Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA), el UNFPA, el UNICEF y la USAID. El propósito era pasar revista a las lecciones recogidas en los últimos cuatro años y formular planes de acción nacionales para la maternidad sin riesgo. El componente central del temario fue el bajo nivel regional de atención del parto por personal calificado. Los participantes consideraron estrategias para mejorar la atención del parto por personal calificado, incluso el reemplazo de las parteras tradicionales. Se determinó que un componente importante de la estrategia era definir los papeles y las competencias de los trabajadores de la salud calificados, de conformidad con el contexto local. También se destacó el compromiso político en cuanto a mejorar los conocimientos de los trabajadores de la salud y su capacidad para efectuar remisiones de pacientes a establecimientos de mayor capacidad.

En abril de 2004, se realizó en Islamabad (Pakistán) un taller regional del UNFPA sobre personal calificado para la atención del parto en el Asia meridional y occidental, con el propósito de elaborar una iniciativa conjunta para mejorar la atención por dicho personal en la región. Muchos países insistieron en disponer

de flexibilidad en la definición del personal calificado para la atención del parto, en función del contexto local y del alcance de la práctica. Surgieron como temas importantes la duración y la calidad de la capacitación necesaria para preparar a un agente de salud calificado capaz de dispensar atención obstétrica. También se intercambiaron ideas en cuanto a definir los papeles apropiados para las parteras tradicionales. En gran parte de Asia predominan los alumbramientos en el hogar. En los países con gran proporción de población rural que posee limitado acceso a servicios de calidad, surgió como importante tema de estrategia y de políticas la asignación de personal calificado y dotado de la competencia necesaria para atender el parto en el hogar. Bangladesh, la India, Indonesia, Nepal y el Pakistán adoptaron enfoques provisionales del parto en establecimientos de salud que apoyan el alumbramiento en el hogar con trabajadores de la salud de base comunitaria. Muchos proveedores, si bien poseen mayor capacitación que las parteras tradicionales, no pueden prestar la totalidad de los servicios para salvar vidas de que son capaces las parteras y las enfermeras diplomadas, dotadas de conocimientos en la atención del parto y actuando en un ámbito propicio. En respuesta, los equipos en los países han propuesto listas en que se distingue entre funciones de atención obstétrica de emergencia que pueden cumplir la parteras comunitarias en el hogar y funciones que requieren remisión a niveles más altos de atención. Al respecto, como medio de aumentar el acceso a la atención calificada y al parto en los establecimientos, surgió la necesidad de entablar alianzas entre los trabajadores de la salud calificados en la atención del parto y las comunidades (inclusive las parteras tradicionales y los líderes comunitarios). Asimismo, muchos países están trabajando a nivel del sistema de salud para ofrecer atención de más alta calidad, mejorar las instalaciones en los establecimientos, mejorar las prácticas de dotación de personal y estandarizar los sistemas de capacitación y supervisión.



Políticas y promoción

En **Bangladesh**, uno de los objetivos primordiales de la Estrategia Nacional de Salud Materna planteados por el Gobierno es aumentar en todos los niveles del sistema de salud el número de trabajadores de la salud calificados. En 2002, el Ministerio de Salud colaboró con la OMS y el UNFPA emprendiendo un programa de seis meses de duración para capacitar en atención del parto a los trabajadores de salud de la comunidad. En la **India**, el éxito de un programa piloto de atención obstétrica de emergencia promovido por el UNFPA en el estado de Rajastán fue un factor fundamental en el planteo de la estrategia de reducción de la mortalidad

materna para el segundo programa del Gobierno relativo a salud reproductiva e infantil. Además, el programa piloto impulsó al gobierno de Rajastán a mejorar el suministro de sangre a escala de subdistrito e iniciar un curso de anestesiología para médicos. Con 105 millones de dólares aportados por el Banco Mundial, el Gobierno está considerando la duplicación de este programa en varios otros estados. En **Indonesia**, la iniciativa “Menor riesgo en el embarazo” tuvo el propósito de asegurar que todos los partos reciban la asistencia de personal calificado y que se atiendan adecuadamente las complicaciones obstétricas y neonatales. Hasta un 60% de los partos en Indonesia ocurren en el hogar, muchos

CONSENSO DE LA CONFERENCIA DE ISLAMABAD SOBRE FUNCIONES DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA A DESEMPEÑAR POR TRABAJADORES DE LA SALUD CALIFICADOS EN EL HOGAR O EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Funciones de atención obstétrica de emergencia a desempeñar por un agente de salud calificado durante el parto en el hogar (conocimientos prácticos para salvar vidas):

- Infusión endovenosa de suero, antibióticos, anticonvulsivos (primera dosis de MgSO₄) y oxitócicos;
- Atención activa de la tercera etapa del parto;
- Atención de la hemorragia en el postparto;
- Detección de la evacuación incompleta de la placenta y remisión a atención de mayor nivel;
- Detección del desgarramiento cervical/ruptura uterina: estabilización de la paciente y remisión a atención de mayor nivel;
- Detección de la pérdida de sangre durante el trabajo de parto (por ejemplo, placenta previa): estabilización de la paciente y remisión a atención de mayor nivel;
- Atención de convulsiones en caso de preeclampsia o eclampsia: estabilización de la paciente y remisión a atención de mayor nivel;
- Remisión a atención de mayor nivel de los casos de distocia/mala presentación/trabajo de parto prolongado;
- Resucitación básica del neonato (vías respiratorias, entubamiento, boca a boca).

Funciones de atención obstétrica de emergencia a cargo de trabajadores de la salud calificados cuando el parto se realiza en un establecimiento de salud.

- Reparación de desgarramientos;
- Retiro manual de la placenta;
- Preparación para transfusión sanguínea (remisión a atención de mayor nivel);
- Atención de los casos de eclampsia (remisión a atención de mayor nivel);
- Parto vaginal instrumentado (extracción al vacío);
- Preparación para operación cesárea (remisión a atención de mayor nivel);
- Resucitación neonatal avanzada: atención del bajo peso al nacer.

de ellos con la atención de parteras tradicionales. En respuesta, el Gobierno ha elaborado un enfoque denominado “supervisión del parto”, en que se posibilita que las parteras tradicionales ayuden a las comadronas de aldea en partos normales. La proporción de partos atendidos por trabajadores de la salud calificados ha aumentado desde 41% en 1992 hasta 68% en 2002. A fin de mejorar el acceso a la atención obstétrica de emergencia, el Gobierno inició un programa para aumentar la capacidad de determinados centros de atención primaria de la salud. En la **República Democrática Popular Lao**, a partir de 1997 la Política de Salud Maternoinfantil se ha centrado en la maternidad sin riesgo, inclusive el parto en condiciones de seguridad y la atención del neonato. El UNFPA también apoyó la preparación de un conjunto básico de servicios de salud reproductiva que estará disponible en distritos escogidos de tres provincias meridionales. Este conjunto de servicios promueve la maternidad sin riesgo mediante la atención prenatal y postnatal, así como la capacitación en la atención obstétrica de emergencia para los encargados de prestar servicios a nivel de distrito. En **Nepal**, el programa de maternidad sin riesgo, iniciado en 1997, es una de las esferas de acción prioritaria en el país. En 2002 se introdujo un plan de maternidad sin riesgo a 15 años que incluye capacitación de los encargados de los servicios e importantes estrategias de información, educación y comunicación. En el **Pakistán**, el Ministerio de Salud está elaborando una estrategia nacional de salud materna que abordaría la atención del parto por personal calificado. El UNFPA también ha prestado apoyo al Comité Nacional de Desarrollo Humano en la finalización del Proyecto Nacional sobre Parteras que ha sido presentado a la aprobación del Gobierno. Además, el Gobierno está preparando un nuevo proyecto de salud reproductiva, por valor de 45 millones de dólares, que ofrecería tanto atención obstétrica de emergencia como atención del parto por personal calificado, a nivel de la comunidad.

Capacitación de personal calificado

Un programa de capacitación de trabajadores de la salud calificados en Bangladesh tiene el propósito de ubicar al menos un agente de salud en cada comunidad

durante al menos cinco años. En virtud de este programa, los trabajadores de la salud comunitaria reciben seis meses de capacitación para adquirir competencia, inclusive aprendizaje en el aula y práctica en ámbitos clínicos y comunitarios. El proyecto piloto comenzado en 2002 capacitó en la atención del parto a 90 trabajadores de la salud, que ahora están trabajando sobre el terreno. Desde entonces, el Gobierno aumentó la escala de la iniciativa de capacitación y la convirtió en un programa nacional¹. El programa está en curso en 19 distritos y se ha capacitado a 295 trabajadores de la salud para que atiendan el parto. Otros 270 trabajadores de la salud comenzarán a atender partos hacia fines de 2004. En la **India**, el programa piloto realizado en Rajastán ha capacitado a 59 equipos de médicos y paramédicos en atención obstétrica de emergencia básica. Como resultado de ello, ahora se dispone en el estado de 40 establecimientos dotados de personal médico calificado y paramédicos de apoyo. También se diseñó un programa de capacitación para la prevención de infecciones, que se puso en práctica en Rajastán. En **Indonesia**, el UNFPA colaboró con el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial en el apoyo al Ministerio de Salud para la evaluación de su programa de capacitación en el servicio y la formulación de un plan de capacitación de parteras comunitarias. El UNFPA también ayudó al Gobierno a impartir capacitación en el servicio a más de 800 parteras comunitarias que trabajan en 43 distritos. En la **República Democrática Popular Lao**, el UNFPA ha desempeñado un papel prominente en la capacitación de trabajadores de la salud para que atiendan complicaciones obstétricas en hospitales de distrito. Se prevé que hacia fines de 2004, la capacitación de instructores abarcará las 17 provincias y una

1 En 1993, el Gobierno de Bangladesh colaboró con el UNFPA en un proyecto piloto en el que se integraban los servicios de atención obstétrica de emergencia con los de atención de la salud reproductiva. El proyecto se emprendió en el distrito de Rajshahi, predominantemente rural, cuya población se estima en 27,5 millones de personas. El tema del proyecto fue la calidad y disponibilidad de servicios dentro del sistema existente de centros de salud, mediante mejoras en la capacitación, la infraestructura, los sistemas de información para la gestión, la supervisión para el control de calidad y los vínculos entre distintos establecimientos. El resultado de este proyecto fue un aumento en la utilización de los servicios. Debido al éxito del proyecto piloto original, el Gobierno decidió aumentar la escala de sus actividades hasta el nivel nacional. Hacia 2003, los 64 centros de salud maternoinfantil del país habían mejorado la calidad de los servicios. Puede obtenerse más información en: Gill Z y Ahmed JU (2004). *Experience from Bangladesh: implementing emergency obstetric care as part of the reproductive health agenda. International Journal of Gynecology and Obstetrics* 85: págs. 213 a 220.



zona especial. En colaboración con la Universidad de Khonkaen en la vecina Tailandia, el Ministerio de Salud impartió capacitación complementaria a trabajadores de la salud en la atención obstétrica de emergencia. En **Nepal**, se ofrece capacitación básica durante 3,5 meses y cursos de actualización durante seis semanas para trabajadores de la salud materno infantil que prestan servicios como personal calificado a nivel de subdispensario. Además de la capacitación básica, se ha preparado un plan de estudios de seis semanas de duración para la capacitación en el servicio en materia de atención del parto, en beneficio de enfermeras y enfermeras parteras auxiliares que se desempeñan en hospitales, centros de atención primaria de la salud y dispensarios. El UNFPA brindó apoyo a cursos básicos y de actualización para trabajadores de la salud mediante el suministro de botiquines de atención obstétrica en todo el país. En 2003, el Fondo también apoyó la capacitación en atención obstétrica de emergencia de médicos y enfermeras en seis distritos piloto. En el **Pakistán**, el UNFPA apoyó el Proyecto de Salud de la Mujer, una iniciativa gubernamental para capacitar a parteras comunitarias. Este proyecto, aún en curso, funciona en 20 de los 105 distritos. El UNFPA también se ha ocupado de preparar programas de capacitación en la atención del parto y adquirir equipo para la capacitación.

Establecimiento de un ámbito propicio

Para asegurar apoyo y supervisión de respaldo a nivel comunitario en **Bangladesh**, el Gobierno imparte conocimientos sobre la atención del parto a los trabajadores de la salud que se desempeñan en centros de bienestar de la familia. En la **India**, se replantearon los registros y formatos del Sistema de Información sobre Gestión (MIS) y se introdujeron cambios para generar información que sirva en la medición del progreso respecto de los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas. Gracias a los formatos revisados hay uniformidad en la preparación de informes sobre esos indicadores, lo cual facilitará el seguimiento de los progresos regional es en la reducción de la mortalidad materna. En **Indonesia**, el UNFPA apoyó la aplicación de normas y protocolos clínicos a fin de elevar la calidad de los servicios. El UNFPA aportó botiquines para el parto sin riesgo en beneficio de la población en general, así como de las personas internamente desplazadas. Además, el UNFPA proporcionó equipo de salud reproductiva, inclusive apoyo a bancos de sangre en beneficio de algunos hospitales de distrito. En la República Democrática Popular Lao, el UNFPA sigue proporcionando a los establecimientos de salud equipo y suministros en apoyo de la Iniciativa para la Maternidad sin Riesgo. Además, también para mejorar los sistemas de remisión de pacientes se están adoptando medidas especiales que conectan

a las comunidades con los establecimientos de salud. En **Nepal**, el UNFPA está mejorando y equipando establecimientos e instituciones de enseñanza a escala regional y de distrito, y también dispensarios. Además, el UNFPA participó en la formulación de estrategias y guías para personal calificado. En el **Pakistán**, el UNFPA propicia y financia el despliegue de personal médico hasta zonas muy remotas, a fin de que proporcionen apoyo de respaldo.

Mobilización de la comunidad

Muchos países de la región se han comprometido a fomentar la buena relación entre las comunidades y los establecimientos de salud. Se ha destacado la importancia de las parteras tradicionales y el apoyo social que pueden ofrecer a las madres y las familias. En **Bangladesh**, los trabajadores de la salud contratados localmente suelen ser bien aceptados por las comunidades como trabajadores de la salud calificados. En la **India**, se realizaron talleres con grupos de

los medios de difusión para destacar la cuestión de la maternidad sin riesgo, suscitar interés y consenso y movilizar el apoyo en las zonas rurales. Además, se ha sensibilizado a líderes locales electos respecto de las cuestiones de maternidad sin riesgo, inclusive los signos de peligro en el embarazo y el trabajo de parto, la necesidad de remitir a las pacientes sin tardanza a establecimientos de mayor capacidad y la necesidad de que los miembros de la comunidad donen sangre. Hacia diciembre de 2003, casi 1.500 líderes habían recibido orientación. En **Indonesia**, el UNFPA apoyó al Gobierno al otorgar pequeños subsidios a las comunidades con el propósito de establecer sistemas de transporte de emergencia para las mujeres que padecen complicaciones obstétricas. En varios distritos se ha duplicado el programa de pequeños subsidios debido al éxito registrado a escala de aldea. El UNFPA también ha participado en la creación de conciencia en las comunidades acerca de la maternidad sin riesgo.



División de los Estados Árabes y Europa

La reducción de la mortalidad derivada de la maternidad sigue siendo un problema de magnitud en muchos países de esta región, donde la creciente pobreza y el deterioro de las infraestructuras de salud limitan la disponibilidad y calidad de la atención de la salud materna. En algunos países, las crisis políticas y los desastres naturales complican el acceso de las mujeres a la atención del parto por personal calificado, especialmente entre poblaciones de refugiados, móviles o internamente desplazadas. Aun cuando todavía no se ha establecido un consenso regional sobre las estrategias y las actividades encaminadas a mejorar la atención del parto por personal calificado, hay algunos países que ya están adoptando importantes medidas.

Políticas y promoción

En Azerbaiyán, la estrategia nacional de salud reproductiva específica que la prestación de servicios obstétricos debe estar exclusivamente a cargo de personal médico calificado. No obstante, en los últimos cinco años el personal de salud no capacitado ha atendido a un 11% de los partos; un 26% de los partos se han realizado en el hogar. A fin de alentar el parto en los establecimientos de salud, el Gobierno ha establecido una red de 26 centros de salud reproductiva. Además de prestar asistencia a la formulación de la estrategia nacional de salud reproductiva, el UNFPA aprobó el establecimiento de un organismo nacional para aplicar y examinar la estrategia. En Kirguistán, está aumentando la frecuencia de partos no atendidos,

particularmente en aldeas remotas donde son deficientes los sistemas de transporte. Asimismo, el costo de la atención médica puede ser una barrera que impide que muchas mujeres acudan a recibir atención en esos establecimientos. A partir de 2004, las embarazadas deben sufragar en parte todos los servicios médicos recibidos durante el embarazo y el parto. En el Sudán, en virtud de la política nacional sobre atención por personal calificado, el requisito mínimo de calificación es haber egresado del curso de capacitación básica en atención del parto, de 12 meses de duración, inclusive rendir examen y obtener certificación. Según la Encuesta sobre Maternidad sin Riesgo realizada en 1999, un 57% de los partos recibieron atención de personal que poseía esas credenciales, entre ellos médicos, parteras diplomadas y parteras de aldea. Con la asistencia del UNFPA, el Gobierno ha formulado una estrategia para colocar en cada aldea al menos un agente de salud calificado para atender el parto. Además, en respuesta a la promoción del UNFPA, el Gobierno ha agregado parteras profesionales a la plantilla del Ministerio de Salud. En Tayikistán, el Plan Nacional de Estrategia de Salud Reproductiva incluyó la atención del parto por personal calificado. En 2003, el UNFPA promovió decididamente y apoyó la formulación de la Ley de Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos, que también trató de la atención del parto por personal calificado. Si bien en el Yemen la política de salud materna establece que el personal calificado está constituido



por médicos, enfermeras y parteras diplomadas, casi un 21% de los partos reciben atención de parteras tradicionales. El UNFPA ha apoyado al Gobierno en la formulación de políticas, estrategias y normas relativas a la salud materna, inclusive la atención del parto por personal calificado. En Somalia, donde el índice de mortalidad materna oscila entre 828 y 921 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, se carece de una política claramente definida sobre la atención del parto por personal calificado. Sólo un 10% de las mujeres recibieron atención de personal calificado durante el embarazo o el parto.

Capacitación de personal calificado

El UNFPA ha aportado apoyo de importancia crítica a la capacitación de personal médico en **Azerbaián**. En los 26 centros de salud reproductiva establecidos por el Gobierno, el UNFPA ha prestado asistencia a la capacitación de 568 ginecólogos y 89 parteras. En **Kirguistán**, el UNFPA aporta apoyo técnico y financiero a la ampliación de la capacidad del Sistema de Protección Social, cuyo personal paramédico capacitado presta diversos servicios de salud reproductiva. En 2002, el UNFPA capacitó a 425 trabajadores del Sistema de Protección Social en materia de asesoramiento a las embarazadas sobre la maternidad sin riesgo y otorgó apoyo financiero a 385 trabajadores. En 2003, se inició la capacitación de personal médico para la atención del embarazo y el parto. En el **Sudán**, entre 2002 y 2003 se certificó en total a 2.220 parteras egresadas de las 39 escuelas de parteras del país, 15 de las cuales eran instituciones recientemente establecidas. El UNFPA otorgó becas a 800 parteras para asistir a los cursos de capacitación y prestó apoyo a cursos de actualización para mejorar la calidad de la atención. En 2003, el UNFPA apoyó la capacitación de ginecólogos y parteras en **Tayikistán**. En el Yemen, se ha comprobado que la capacitación de las parteras tiene importancia crucial para mejorar la atención de la salud materna y aumentar el número de mujeres que prestan servicios de salud. Hacia 2002, se había impartido capacitación a 12.000 parteras comunitarias.

Establecimiento de un ámbito propicio

En **Azerbaián**, el UNFPA apoyó la creación de 26 centros de salud reproductiva, financiados por el Gobierno y dotados de equipo médico y apoyo técnico. En **Kirguistán**, el UNFPA apoyó la realización de seminarios para el personal médico sobre la introducción y puesta en práctica de protocolos clínicos para atención del embarazo y el parto. Hacia 2003, los trabajadores de la salud estaban familiarizados con 33 tipos de protocolos clínicos relativos a la maternidad sin riesgo. En el **Sudán**, el UNFPA proporcionó a las parteras botiquines para el parto en condiciones de seguridad y prestó asistencia para dotar de equipo a establecimientos de salud en todo el país. El UNFPA mejoró la capacidad del personal médico en **Tayikistán** proporcionando equipo médico, materiales didácticos y equipo audiovisual con fines de capacitación. En el **Yemen**, las actividades se encaminaron a mejorar los sistemas de remisión y supervisión. En el **Sudán** se rehabilitaron dos importantes salas de maternidad, con el apoyo del UNFPA. Además, el UNFPA adquirió equipo médico básico y medicamentos con destino a nueve establecimientos de salud y botiquines para la maternidad sin riesgo para 11 establecimientos.

Movilización de la comunidad

Un componente importante de las acciones para reducir la mortalidad materna en **Kirguistán** ha sido la determinación de las barreras que obstaculan a la atención del parto por personal calificado. El UNFPA apoyó una encuesta nacional sobre registros de nacidos vivos en que también se evaluaron los servicios por personal calificado y las barreras culturales y financieras que obstaculan a que las mujeres utilizaran esos servicios. En el **Sudán**, el UNFPA prestó asistencia a misiones de promoción de la maternidad sin riesgo en distritos de alto riesgo. En el **Yemen**, el UNFPA apoyó actividades para crear conciencia en la comunidad.



Investigaciones de SAFE: Estrategias para la adopción de medidas

Las investigaciones de SAFE se encaminaron a proporcionar nuevos conocimientos sobre la selección, aplicación y evaluación de estrategias eficaces, costeables y equitativas para aumentar la atención del parto por personal calificado en los países en desarrollo. Las investigaciones se realizaron durante un período de dos años y medio, en colaboración con cinco países: Bangladesh, Ghana, Jamaica, Malawi y México.

SAFE no aplicó estrategias de intervención; en cambio, realizó investigaciones sobre cómo podían recogerse pruebas y utilizarse en la formulación de estrategias para mejorar la atención por personal calificado. En las investigaciones se formuló una metodología sistemática para determinar cuáles eran las ventajas y limitaciones en un determinado país o ámbito, además de colmar lagunas y abordar los problemas.

La participación en ese proceso de planificadores de programas y encargados de formular políticas contribuyó a crear conciencia e interés sobre el tema y las constataciones. Las investigaciones ya han propiciado un fomento recíproco de la capacidad y también la concertación de alianzas entre instituciones de países desarrollados y en desarrollo que participan en iniciativas de maternidad sin riesgo, especialmente las investigaciones sobre políticas pertinentes.

Se utilizó un producto de SAFE, el Instrumento para Formulación de Estrategias², con el propósito de recoger e interpretar información y formular propuestas detalladas sobre proyectos de demostración relativos a la atención por personal calificado. En cada país se celebraron reuniones de grupos directivos y de interesados directos a fin de determinar los componentes de los proyectos de demostración. En muchos casos, los Ministerios de Salud realizaron parte de las investigaciones y en todos los casos estuvieron representados en el respectivo grupo directivo. Esto facilitó que los Ministerios hicieran suyas las propuestas de protocolos de demostración.

Se sigue previendo que habrá un pleno apoyo a la

aplicación de las estrategias propuestas a escala de país; muchas de las estrategias formuladas ya se están incorporando en programas nacionales. Sólo cuando se cumpla esta etapa de importancia vital en la aplicación, las acciones de planificación podrán traducirse en acciones para reducir el número de defunciones relacionadas con el embarazo.



MODELO DE ATENCIÓN DEL PARTO POR PERSONAL CALIFICADO EN BANGLADESH

En Bangladesh, sólo 14% de los partos cuentan con la asistencia de profesionales de la salud; un 22% reciben asistencia de parientes y casi la mitad, de parteras tradicionales. Entre los factores que afectan la atención del parto por personal calificado figuran la edad y el nivel de educación de la madre, su religión, su lugar de residencia, su nivel económico y el número de hijos. Las mujeres en situación económica más holgada tienen más probabilidades de dar a luz en un establecimiento que las mujeres pobres. Los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) correspondientes a 1999 y 2000 pusieron de manifiesto que las mujeres que acudían a establecimientos de salud en procura de otros servicios, como inmunización, anticoncepción y atención prenatal, tenían más probabilidades de dar a luz en esos establecimientos.

Las mujeres tropiezan con obstáculos a diferentes niveles, los cuales impiden que reciban atención de personal calificado. En lo personal, las mujeres evitan el parto en un establecimiento porque tienen vergüenza o temen las operaciones cesáreas y la muerte. En la familia, una importante barrera son las limitaciones económicas. Los principales miembros de la familia que adoptan decisiones (suegras y esposos) suelen ser los que menos conocimientos tienen acerca de los diferentes servicios obstétricos disponibles, lo cual redundará, en última instancia, en mayores gastos en atención obstétrica. En los servicios de salud, los trabajadores de la salud poco cordiales, la escasez de mujeres médicas y los problemas en la remisión a otros servicios limitan el acceso a la atención médica del parto.

Se detectaron varios problemas. A nivel comuni-

² El Instrumento para Formulación de Estrategias elaborado por SAFE está libremente disponible para los profesionales de la salud pública en países en desarrollo y puede obtenerse en: imppact@abdn.ac.uk



tario, hay pocas actividades que motiven a las mujeres e importantes limitaciones financieras. A nivel del sistema de salud, los trabajadores de la salud calificados están concentrados en zonas urbanas. La falta de capacitación obstétrica especializada limita aún más las cantidades de trabajadores de la salud calificados. La atención obstétrica de emergencia integral sólo está disponible a nivel de división y de distrito. La escasez de suministros, medicamentos y equipo impide que los trabajadores de la salud realicen debidamente sus tareas y suele contribuir a la imposición de gastos extraoficiales. Los sistemas de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad son deficientes debido a la falta de organización y al alto costo del transporte entre las comunidades y los establecimientos. Además, los establecimientos carecen de estándares para la adopción de decisiones, la remisión a otros establecimientos y el seguimiento.

En respuesta, la organización BRAC (anteriormente, Comité para el Adelanto Rural de Bangladesh) formuló una estrategia para superar esas barreras y complementar las actividades en curso encaminadas a:

- Motivar a las comunidades para que utilicen servicios de atención profesional del parto;
- Alentar el apoyo comunitario para que las mujeres acudan a los servicios de atención de emergencia, aumentando los conocimientos sobre servicios obstétricos, planificando el respaldo de transporte e introduciendo planes de seguros para la atención del parto;
- Mejorar la calidad de la atención clínica en los establecimientos, con mejores registros;
- Aumentar la cantidad de trabajadores de la salud calificados que prestan servicios en la comunidad.

Para alcanzar esos objetivos, se ha planificado un proyecto de demostración de tres años de duración.

Solicite más información a los colaboradores de SAFE en BRAC:

Dr. Mushtaq Chowdhury, Director Adjunto, y
Amina Mahbub, Investigadora Superior
Research & Evaluation Division of BRAC, Floor 19
75 Mohakhali, Dhaka 1212, Bangladesh

MEJOR ATENCIÓN DEL PARTO EN EL DISTRITO DE DANGBE OCCIDENTAL, GHANA

El distrito de Dangbe Occidental, ubicado en la sabana de la costa de Ghana, es uno de los tres centros de investigación nacionales creados por el Ministerio de Salud a fines del decenio de 1980 con miras a la investigación de enfermedades y la fundamentación de la formulación de políticas oficiales de salud. El centro se ha encargado de la inscripción de la comunidad en el seguro de salud, lo que ha permitido crear una base de datos en beneficio de los residentes de la comunidad. Esta iniciativa facilitará muchísimo la supervisión longitudinal de la dinámica demográfica de la población.

Aproximadamente 44% de las mujeres ghanesas reciben atención profesional del parto. Las consultas celebradas con importantes profesionales de la salud y miembros de la comunidad pusieron de manifiesto tres problemas principales en la atención que reciben las mujeres: escasez de personal, deficientes actitudes en los trabajadores de la salud y falta de preparación de la comunidad. Las primeras dos cuestiones exigen estrategias programáticas más integrales y a más largo plazo. La tercera podría abordarse en un lapso relativamente breve mediante acciones suficientes y apropiadas de información, educación y comunicación. La propuesta elaborada para Ghana se centra en una mejor preparación para el parto de las mujeres en la comunidad y la mejora de la calidad de la atención del parto en los establecimientos.

La Directora de los Servicios de Salud del distrito de Dagbe Occidental y su equipo han convenido en ensayar en todo el distrito la aplicación de dicha propuesta. Se ha previsto un estudio experimental de 24 meses de duración, cuyos componentes principales serán: un estudio para establecer datos básicos de referencia, la introducción de varias estrategias de comunicación comunitaria y el seguimiento periódico de los criterios clínicos para la atención por personal calificado en los establecimientos. Entre los objetivos del proyecto figuran: aumentar los conocimientos comunitarios de los indicios de riesgo obstétrico y alentar a las mujeres a que elaboren un plan para el parto. El proyecto también se propone aumentar el número de enfermeras parteras capacitadas en la

atención obstétrica básica y velar por que los oficiales médicos de distrito puedan dispensar atención obstétrica básica integral. Se abordará la cuestión de la calidad de los servicios con hincapié especial en la documentación en los centros donde se atiende el parto. Otro importante objetivo es establecer un sistema de remisión de pacientes a establecimientos mejor preparados.

Se ha previsto la realización de este proyecto en dos subdistritos, y los otros dos subdistritos servirán como fuentes de datos de control. Al cabo de dos años, se realizará una verificación ulterior para determinar si en los distritos donde se aplicó el proyecto se han logrado apreciables adelantos en los indicadores básicos de referencia relativos a la atención por personal calificado. Solicite más información a los colaboradores de SAFE en Ghana.

Dr. Sam Adjei, Director General Adjunto y Mercy Abbey, Investigadora Superior
Health Research Unit, Ghana Health Service
PO Box 184
Accra, Ghana



ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DEL PARTO EN JAMAICA

En Jamaica, el 93% de todos los partos se realizan en hospitales³. No obstante, desde 1986, el índice de mortalidad materna ha permanecido invariable: 106 por cada 100.000 nacidos vivos⁴. El Gobierno se propone reducir ese índice hasta 80 hacia 2015.

Entre los principales problemas cabe mencionar la escasez de personal (con tasas de vacantes de parteras entre 45% y 70%), la irregularidad en el suministro de artículos esenciales y el descontento de las clientas, causado por las prolongadas demoras en la prestación de servicios. Todos los problemas dimanaban de la falta de capacidad institucional. Anteriormente se trató de subsanar esta situación, pero el Gobierno apenas acaba de instituir un marco estratégico integral para la salud reproductiva⁵.

Se utilizó el Instrumento para la Formulación de Estrategias de SAFE a fin de determinar el nivel de atención por personal calificado en Jamaica. Se detectaron obstáculos a la atención por personal calificado y se formularon estrategias para tratar de hallar una solución. En lugar de preparar distintos proyectos experimentales, los colaboradores en el país consideraron más útil establecer actividades y productos que se incorporan a los programas existentes.

Sobre la base de las consultas celebradas con los proveedores de servicios obstétricos, las mejoras abordarán cuestiones de políticas, formación profesional, sistemas de remisión de pacientes a instancias superiores, la creación de ámbitos propicios y la determinación de las necesidades de las usuarias. Entre los principales objetivos para superar los obstáculos a la atención por personal calificado y a ámbitos más propicios, cabe mencionar:

- El perfeccionamiento de las políticas, incluidas las orientaciones y los protocolos que rigen la com-

³ Jamaica Ministry of Health. Hospital Monthly Statistical Report. 2001. Kingston, Ministerio de Salud, 2002.

⁴ McCaw-Binns A. Access to Care and Maternal Mortality in Jamaican Hospitals: 1993-1995. International Journal of Epidemiology 30 (2001): págs. 796 a 801.

⁵ Jamaica Ministry of Health. Strategic Framework for Reproductive Health within the Family Health Programme 2000-2005. Kingston, Ministerio de Salud, 2000.

posición del personal, la adquisición de equipo, las necesidades de espacio y los mecanismos de lucha contra las infecciones;

- La formulación de estrategias de recursos humanos a fin de buscar solución a los bajos porcentajes de dotación de personal y a las altas tasas de vacantes;
- La mejora de los sistemas de remisión de pacientes a la atención en centros mejor preparados, con directrices más claras y mecanismos de retroinformación;
- La búsqueda de solución a las necesidades de las clientas creando un sistema de concertación de citas para las consultas externas, la educación de las mujeres en cuestiones de salud reproductiva y la capacitación del personal a fin de mejorar las competencias y la calidad de los servicios.

Se establecerán comités técnicos de coordinación a escala nacional y regional a fin de velar por el logro de cada objetivo. Se establecerán sistemas de vigilancia a fin de proporcionar información y facilitar el seguimiento y la evaluación del programa. Además, se efectuarán investigaciones operacionales donde sea necesario para orientar el proceso de realización y evaluar el éxito de los programas.

Solicite más información a los colaboradores de SAFE en Jamaica:

Dra. Deanna Ashley, Directora de Promoción y Protección de la Salud
Ministry of Health
2-4 Kings Street
Kingston, Jamaica



SUPERACIÓN DE LAS BARRERAS QUE SE OPONEN A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN MALAWI

En Malawi, hay un limitado acceso a la atención del parto por personal calificado. Si bien casi un 55% de los alumbramientos se realizan en establecimientos de salud, no hay garantías de que éstos cuenten con personal calificado. Es frecuente el parto sin atención o atendido por personal no especializado. Pese a las importantes medidas adoptadas por el Gobierno, los índices de mortalidad materna en Malawi son alarmantemente altos y van en aumento⁶.

Entre los numerosos obstáculos con que tropiezan las mujeres de Malawi para obtener servicios de salud figuran la falta de información, el escaso interés en los servicios o el rechazo hacia éstos, las limitaciones financieras, los problemas en el transporte y la incomodidad con trabajadores de la salud de sexo masculino⁷.

Dado que la cultura promueve el parto en el hogar con parteras tradicionales, queda limitada la aceptabilidad de las parteras profesionales diplomadas. El problema se agrava debido a la aguda escasez de enfermeras, parteras y anestesistas en todo el país. Las deficientes actitudes del personal con respecto a su trabajo y a las pacientes son exacerbadas por los sistemas inadecuados de supervisión y el deterioro de los estándares de salud. El deterioro de la infraestructura de salud se pone de manifiesto en los prolongados procedimientos de adquisición de materiales, los problemas de comunicación y la deficiente gestión, que redundan en constante escasez de medicamentos y suministros. Pese a las medidas gubernamentales para adquirir más ambulancias, la falta de gasolina y las deficiencias en el uso de los vehículos menoscaban la eficacia del transporte.

A fin de determinar cuáles son las causas profundas de esos factores y generar ideas sobre la manera de resolverlas, se llevaron a cabo detallados proyectos de diagnóstico de los problemas. Se comprobó, por ejemplo, que el número insuficiente de

6 Malawi Demographic and Health Survey 2000. National Statistical Office, Zomba, Malawi/ORC Macro, Maryland, USA, August 2001.

7 Malawi Social Indicators Survey 1995, Ministry of Economic Planning and Development/National Statistical Office/Centre for Social Research.

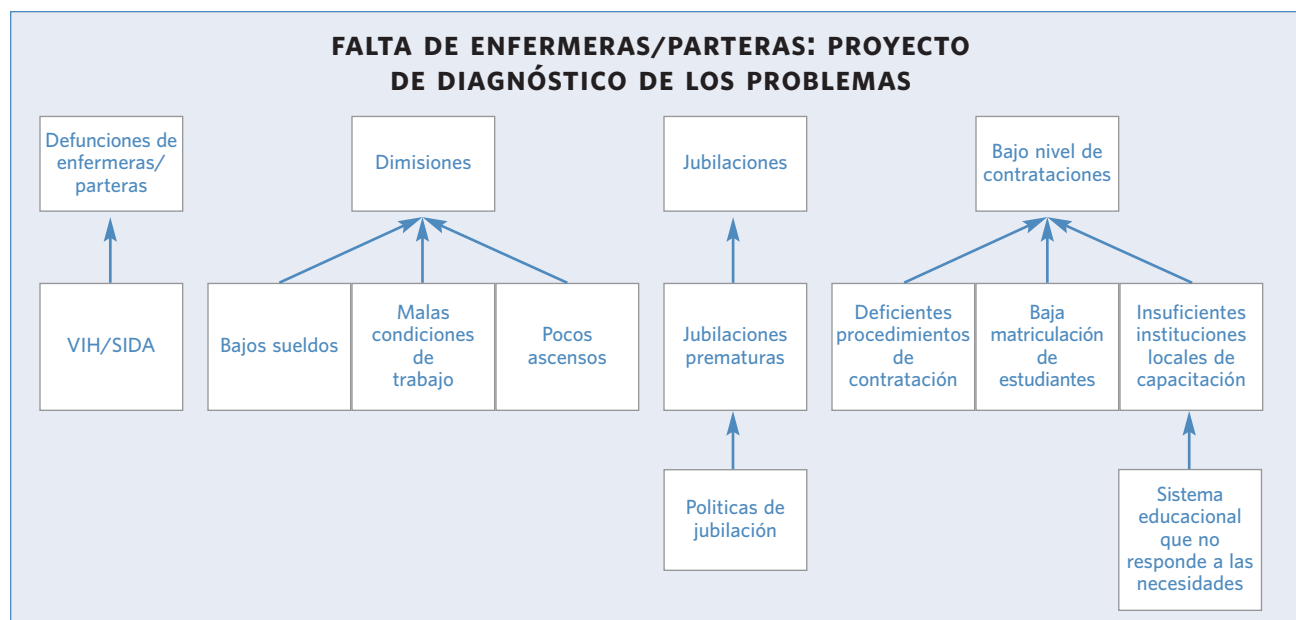
enfermeras/parteras tenía múltiples causas, entre ellas la baja remuneración, la falta de recursos, el escaso número de candidatas a la formación profesional y la alta mortalidad de profesionales debido al VIH/SIDA. Se propusieron varias actividades a fin de abordar esos problemas, entre ellas cambios en los procedimientos de contratación y capacitación, aumentos de sueldos, cambio en la edad de la jubilación y medicamentos antirretrovirales gratuitos para las enfermeras parteras que viven con el VIH/SIDA.

También se formularon recomendaciones con respecto a otros factores que influyen sobre la atención del parto por personal calificado. Se propusieron actividades de información, educación y comunicación para abordar la preferencia por dar a luz en el hogar. Se propuso establecer comités de transportes, adquirir más ambulancias y movilizar a las comunidades,

a fin de subsanar los problemas de transporte. Se recomendó instituir más altos sueldos, mejor supervisión y menor carga de trabajo para corregir las actitudes deficientes del personal y el deterioro de los estándares sanitarios. Se sugirieron procedimientos concretos de mejor gestión para subsanar la escasez de medicamentos y suministros. Las acciones propuestas se han puesto en conocimiento del Ministerio de Salud y Población, para su posible inclusión en la Estrategia Nacional para la Maternidad sin Riesgo.

Solicite más información a los colaboradores de SAFE en Malawi:

Dra. Ann Phoya, Directora de Servicios de Enfermería
 Ministry of Health and Population
 PO Box 30377
 Lilongwe 3, Malawi



PROYECTO EXPERIMENTAL SOBRE ATENCIÓN POR PERSONAL CALIFICADO EN MÉXICO

En 2001, México tenía un índice de mortalidad materna de 45 por cada 100.000 nacidos vivos y se registraron en total 1.253 defunciones derivadas de la maternidad⁸.

Pese a que desde los años treinta la mortalidad materna ha disminuido paulatinamente en México, esta tendencia se ha quedado estancada y, en los últimos 10 años, los índices de mortalidad materna se han mantenido en alrededor de 50 por cada 100.000 nacidos vivos⁹. Lo más importante es que muchas de las defunciones maternas en México podrían prevenirse si las mujeres tuvieran acceso a servicios de salud de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio¹⁰.

El estado de Guerrero, al sur del país, es uno de los más pobres de México. Su índice de mortalidad materna es de 51 por cada 100.000 nacidos vivos y un 20% de los partos son atendidos por parteras tradicionales. Chilapa es una comunidad de 113.218 habitantes, en su mayoría indígenas, ubicada a 40 millas de Chilpancingo, capital de Guerrero. El Ministerio de Salud de Guerrero determinó que Chilapa era una buena ubicación para las actividades de SAFE. El Hospital Público de Chilapa atiende a la mayoría de los partos en la comunidad, 800 partos por año.

La información reunida por medio del Instrumento para la formulación de estrategias posibilitó la determinación de diversos problemas relativos a la atención del parto por personal calificado, entre ellos:

- Se dispone de muy pocos trabajadores de la salud calificados para atender partos, especialmente durante el turno de la noche;
- Es preciso mejorar los conocimientos prácticos de obstetricia que posee el personal de diversas categorías;
- Es necesario sensibilizar a los trabajadores de la salud respecto de las necesidades y las prácticas culturales de las mujeres;
- Los sistemas de supervisión, seguimiento y evaluación son inadecuados;
- Hay poco espacio, equipo y suministros en los hospitales.

Sobre la base de esas constataciones, el Instituto Nacional de Salud Pública de México propuso la creación de un grupo de colaboración, integrado por

representantes del Ministerio de Salud y de las ONG con presencia en Guerrero, y encargado de acciones concretas para mejorar la calidad de la atención en Chilapa. Se organizarán talleres para el personal en que se considerarán y formularán normas técnicas para la atención obstétrica y también se abordarán los aspectos técnicos y humanos de la calidad de los servicios. Se promoverá la certificación periódica del personal médico y se organizarán equipos para la atención del parto, a fin de asegurar la presencia en todo momento de personal calificado. Además, se pondrán en práctica en el hospital mecanismos de supervisión y rendición de cuentas, los cuales se vincularán con centros de salud externos para detectar los problemas en la cadena de tratamientos ofrecidos a las mujeres. Esas estrategias se pondrán en práctica mediante la colaboración de funcionarios locales y del Ministerio de Salud del estado y del personal del Hospital de Chilapa.

Solicite más información a los colaboradores de SAFE en México:

Dr. Bernardo Hernández, Director de Salud Reproductiva
Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatlán
Cuernavaca
Morelos, México 62508

8 Secretaría de Salud. Mortalidad 2001. México D.F., 2002.

9 Lezana MA. Niveles y tendencias de mortalidad materna en México. En Elu MC y Santos E. Una nueva mirada a la mortalidad materna. Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, México D.F., 1999.

10 Langer A, Hernández B. La mortalidad materna. Una prioridad para la investigación y la acción. Gac Med Mex 2000; 36(S3): S49-S53.

11 SISPA: Sistema de información en salud para población abierta. Secretaría de Salud, 2000.



United Nations Population Fund

220 East 42nd Street
New York, NY 10017
Estados Unidos de América
www.unfpa.org

©UNFPA 2004



**The Dugald Baird Centre for
Research on Women's Health**

University of Aberdeen
Aberdeen Maternity Hospital
Cornhill Road, Aberdeen AB25 2ZL,
Scotland, United Kingdom

Tel: ++ 44 1224 559737
Fax: ++ 44 1224 553708