

Responder a los retos, introducir cambios, salvar vidas

Número 9

Verano De 2004

ESTIMADOS COLEGAS

En los últimos años, muchos de ustedes han trabajado para ampliar el acceso de las mujeres a servicios de atención obstétrica de emergencia (AOEm) y así salvar sus vidas. Ustedes han comprobado que es posible ampliar la cobertura y la calidad de esos servicios, en lapsos bastante breves y a un costo razonable. Ustedes han demostrado la manera de comenzar mejorando los establecimientos existentes, para luego ampliar la acción. Ustedes saben que mejorar los servicios de AOEm es imprescindible para reducir la cantidad de defunciones maternas y alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio al respecto.

Desde esta perspectiva, es fácil perder de vista que no todos están al tanto de lo que ustedes saben. Preciso es reconocer que actualmente hay un consenso mucho mayor acerca de la necesidad fundamental de AOEm para reducir la mortalidad materna. No obstante, hay aún algunas tendencias adversas que pueden desviar nuestro rumbo. Si eso ocurriera, no nos acercaríamos al logro del Objetivo de reducir la tasa de mortalidad materna hacia 2015, o sea dentro de sólo 10 años.

Para muchos de quienes trabajamos en este tema, es cada vez más evidente que, para poder reducir sustancialmente la mortalidad materna en los países en desarrollo, es preciso que exista un sistema de salud en funcionamiento. A diferencia de algunos otros servicios de salud (como la inmunización), no es posible ofrecer AOEm al margen del sistema de salud. Además, hemos aprendido que cuando se mejoran los servicios de AOEm en hospitales de distrito y centros de salud, se mejora el funcionamiento general de todo el sistema de salud. Por ende, uno de los mayores retos en los próximos años es adoptar un enfoque de la reducción de la cantidad de defunciones maternas basado en el sistema de salud, en lugar de tratar de soslayar el sistema, por ejemplo, centrándose en una categoría de agentes de salud o en una complicación obstétrica.

Una barrera de gran magnitud en la adopción de dicho enfoque basado en el sistema de salud es la creencia generalizada de que es demasiado arduo, insume demasiado tiempo, es demasiado costoso o es simplemente imposible. En consecuencia, muchos organismos y gobiernos están adoptando nuevas versiones de las anteriores estrategias que ya fracasaron, por ejemplo, crear nuevos cuadros de parteras capacitadas a medias, incapaces de ofrecer tratamiento a las complicaciones más graves y, no obstante, trabajando en localidades donde no hay establecimientos cercanos de AOEm adonde remitir a las mujeres.

La experiencia de los organismos aliados del Programa AMDD muestra que es posible mejorar los servicios de AOEm, que ello no insume excesivo tiempo o demasiados recursos financieros y que además beneficia a todo el sistema de salud. Pero muchos de nuestros colegas del sector de salud, muchos funcionarios ejecutivos y muchos donantes aún no están convencidos; y cuando se convencen, necesitan los conocimientos prácticos que posibiliten llevar ese criterio a la práctica. En consecuencia, en el corto plazo una de nuestras tareas más importantes es comunicar las experiencias que hemos adquirido. Éste es el tema del presente número del Notebook: llegar a un público muy diferente con diversos mensajes importantes.

Deborah Maine, DrPH

Directora, AMDD

EN ESTE NÚMERO . . .

Buenas prácticas	2
Conferencia de la mortalidad materna en Filipinas	3
Diagnóstico de las necesidades de atención obstétrica de emergencia en cuatro países africanos: obtención de pruebas para facilitar cambios en las políticas	4
Crear conciencia en la mayoría de los países en desarrollo no hay servicios básicos de AOEm	5
Medición de la reducción de la mortalidad materna en emergencias	6
Mejora de los servicios de AOEm en Viet Nam	7
Premio de las Naciones Unidas al Hospital de Fístula de Addis Abeba	8
El Programa AMDD da la bienvenida a su nueva Directora Adjunta	8

EL PROGRAMA AMDD

El Programa AMDD (Evitar la muerte y discapacidad maternas) fue iniciado en 1999 en el Heilbrunn Center for Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Universidad de Columbia, a fin de cooperar con los países en desarrollo para mejorar la disponibilidad, la calidad y la utilización de los servicios de atención obstétrica de emergencia (AOE).

La premisa básica del Programa AMDD es que la mayoría de las complicaciones obstétricas causantes de defunciones de madres no pueden ser ni pronosticadas ni prevenidas, pero que es posible salvar las vidas de una gran mayoría de esas mujeres si se ofrece tratamiento sin tardanza. El Programa AMDD aborda tres esferas conectadas entre sí: cuestiones médicas, capacidad de gestión y derechos humanos.

El Programa AMDD ha entablado alianzas con organizaciones que ya realizan actividades sobre el terreno. Esos aliados están ejecutando actualmente 89 proyectos que reciben el apoyo del Programa AMDD en 52 países:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): proyectos en Bangladesh, Bhután, la India, Nepal, el Pakistán y Sri Lanka.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): proyectos en la India, Marruecos, Mozambique y Nicaragua.

Red Regional de Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM): equipos y proyectos en 19 países de África al sur del Sahara.

CARE: proyectos en Etiopía, el Perú, Rwanda, Tanzania y Tayikistán.

Save the Children: proyectos en Malí y Viet Nam.

Consortio de Salud Reproductiva para Refugiados (RHR): proyectos en 12 países.

Entre los principales instrumentos del Programa AMDD figuran los Indicadores de Procesos (Naciones Unidas) elaborados en la Universidad de Columbia y dados a conocer por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Entre los aliados técnicos del Programa AMDD figuran:

EngenderHealth
Family Health International
Instituto Indio de Gestión en Ahmedabad (IIMA)
JHPIEGO
John Snow International

El Programa AMDD está financiado por la Bill and Melinda Gates Foundation

(Fundación Bill y Melinda Gates)

BUENAS PRÁCTICAS

Acción para influir sobre los interesados directos a fin de mejorar la atención obstétrica de emergencia en la India

La India, con su población superior a 1.000 millones de personas, tiene una alta mortalidad derivada de la maternidad, que en zonas rurales oscila entre 400 y 600 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Cada año, 100.000 mujeres pierden la vida en el parto, una de cada cinco defunciones maternas en todo el mundo. Si bien la India es un país pobre, con un PNB per cápita de 480 dólares anuales, cuenta con un importante grupo de profesionales médicos, y con servicios financiados tanto por el Gobierno como por el sector privado. La Federación de Sociedades de Obstetricia y Ginecología de la India (FOGSI), con más de 18.000 miembros, está integrada mayormente por profesionales en el ejercicio privado de la medicina.

Pese a su gran infraestructura de salud, en los últimos dos decenios no ha disminuido sustancialmente en la India la mortalidad derivada de la maternidad. Esto puede atribuirse en parte a estrategias ineficaces, entre ellas las de atención prenatal; el "enfoque de alto riesgo"; la capacitación de comadronas tradicionales; y la alimentación suplementaria durante el embarazo. Pero no se prestó la debida atención a una estrategia eficaz, la asistencia obstétrica de emergencia (AOEm), ni siquiera durante los últimos 10 años, en que se ejecutaron dos importantes programas con financiación externa para mejorar la salud materno-infantil y la salud reproductiva.

En los últimos tres años, el Programa AMDD ha apoyado la mejora de la atención obstétrica de emergencia en 13 distritos de dos estados, por conducto de proyectos ya existentes del UNICEF y el UNFPA, en colaboración con los gobiernos estatales. Esos proyectos se centran en mejorar la AOEm en hospitales de distrito escogidos y unos pocos centros de atención primaria de la salud. Este proyecto ha mejorado el acceso a los servicios de AOEm y su utilización.

Sobre la base de esta experiencia, el Programa AMDD y sus aliados, el UNICEF y el UNFPA, han creado conciencia acerca de la importancia de centrarse en la AOEm entre otros aliados que apoyan programas de gran magnitud en el país. A esos efectos, realizaron lo siguiente:

1. El equipo del UNFPA en Rajasthan colaboró estrechamente con el gobierno estatal en la formulación del componente de AOEm de un proyecto de gran magnitud con financiación del Banco Mundial, para fortalecer los sistemas de salud en ese estado, mejorando los hospitales de distrito y subdistrito. La experiencia en los proyectos apoyados por AMDD ha contribuido a perfeccionar los contenidos relativos a la AOEm.
2. El UNICEF y el UNFPA, junto con el equipo técnico de AMDD, han aportado insumos a la formulación del Programa de Salud Reproductiva y Salud Infantil, un importante programa nacional que cuenta con la asistencia del Banco Mundial, el DFID y otros donantes, con un componente sustancial relativo a la salud materna. Los tres copartícipes han celebrado reuniones y debates al formular el componente de AOEm del Programa. También han pasado revista al proyecto de

plan de ejecución del Programa y han aportado sus opiniones. basadas en la experiencia de proyectos apoyados por AMDD en Rajasthan y Maharashtra y en otros países. Esas actividades siguen en curso, pero en el proyecto de plan de ejecución se pone de manifiesto que actualmente el enfoque es mejorar la atención obstétrica de emergencia en el sistema de atención primaria de la salud en la India.

3. El equipo de AMDD ha colaborado con la FOGSI para reorientar el pensamiento de este poderoso grupo de obstetras privados hacia la AOEm en zonas rurales. Varias interacciones, entre ellas reuniones y conferencias ofrecidas por expositores invitados, Allan Rosenfield, Decano, Mailman School of Public Health, y Deborah Maine, Directora del Programa AMDD, Columbia University, convencieron al presidente y a algunos miembros de la comisión directiva de la FOGSI de iniciar un programa a fin de capacitar a médicos generalistas en la prestación de servicios integrales de AOEm en zonas rurales. El equipo de AMDD colaborará continuamente con la FOGSI en el desarrollo del programa durante los próximos dos años.
4. En colaboración con la Comisión de Mujeres del estado de Rajasthan, la oficina local del UNICEF organizó un taller a escala estatal sobre estrategias para reducir la

mortalidad materna en el estado. Asistieron también al taller varias ONG de mujeres y de salud, además de miembros de los medios de difusión, lo cual proporcionó una oportunidad sin par de sensibilizar a sectores mucho más amplios de la sociedad civil, además de los profesionales de la salud.

A estas acciones concretas se sumaron muchas otras de menor magnitud para comunicar las ventajas de la AOEm a varios organismos de los gobiernos central y estatales, a organizaciones de profesionales y a entidades de la sociedad civil. Es evidente que para lograr que en el próximo decenio la mortalidad materna en la India decline pronunciadamente, es preciso que las experiencias adquiridas en programas de AOEm sobre el terreno se incorporen mucho más ampliamente en las demás actividades de salud y desarrollo social. Dado que la India es un país de gran magnitud, será necesario transmitir el mensaje de la AOEm por conducto de diversas redes de interesados directos. El Programa AMDD, el UNICEF, el UNFPA y la FOGSI han estado colaborando en pro de ese objetivo. ■

Dr. Dileep V. Mavalankar
*Indian Institute of Management
Ahmedabad*

CONFERENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN FILIPINAS

Líderes de 38 organizaciones de mujeres en 46 comunidades de base de todo el país intercambiaron experiencias sobre los riesgos del embarazo y el parto y se comprometieron a pasar a la acción durante una Conferencia Nacional, de dos días de duración, que coincidió con el Día Internacional de la Acción para la Salud de la Mujer, 28 de mayo.

El concepto central de la AOEm—que las complicaciones que amenazan la vida durante el embarazo y el parto, en su mayoría, no pueden pronosticarse ni prevenirse, pero casi todas ellas pueden ser objeto de tratamiento cuando se dispone de atención médica oportuna y de buena calidad—fue una novedad para la mayoría de los participantes. Para muchos de ellos, la Conferencia disipó mitos acerca de muertes y complicaciones relacionadas con el embarazo. Muchas participantes tomaron conocimiento con asombro de que en todas las regiones de Filipinas las mujeres pierden la vida debido a la maternidad y que esas defunciones pueden evitarse. En Filipinas, el riesgo de una mujer a lo largo de toda su vida de fallecer debido a causas relativas al embarazo es de uno en 75, en comparación con uno en más de 4.000 en los países industrializados.

En la Conferencia se presentó el informe sobre un estudio efectuado por la ONG organizadora, Likhaan, que investigó en la Ciudad de Malabon los casos de 30 mujeres que padecieron complicaciones del embarazo: 18 sobrevivieron; 12 murieron. Algunos parientes estaban presentes y estallaron en sollozos cuando se presentaron las historias de esas mujeres con danzas y mímicas.

La Conferencia adoptó una declaración, que en parte establece:

En nuestro carácter de individuos, grupos y organizaciones, nos comprometemos a salvar a las mujeres de la mortalidad y

la discapacidad derivadas de la maternidad, y empeñamos nuestra voluntad y nuestra acción:

- ◆ Educaremos a las mujeres para que planifiquen su embarazo, estén alertas a las complicaciones y estén siempre preparadas para el caso de tener que recurrir a servicios de atención obstétrica de emergencia.
- ◆ Nos organizaremos y organizaremos a nuestras familias y comunidades para que formulen planes a fin de detectar sin tardanza las complicaciones, adoptar de inmediato la decisión de ir en busca de AOEm y disponer de transporte sin demora a un establecimiento de AOEm.
- ◆ Entablaremos vínculos con el personal en los establecimientos de AOEm para acelerar la atención de las pacientes que padecen complicaciones obstétricas y corren peligro de perder la vida.
- ◆ Persuadiremos a las instancias gubernamentales, a nivel nacional y local, de que asignen prioridad y fondos a la AOEm y velen por su disponibilidad, su accesibilidad geográfica y financiera, su adecuación y su carácter "acogedor".
- ◆ Persuadiremos al Gobierno y a las instituciones privadas de que adopten planes de financiación social de la AOEm para mujeres pobres.
- ◆ Apoyaremos las reformas legislativas que posibilitarán que profesionales de la salud, entre ellos parteras y enfermeras, ofrezcan AOEm que salve vidas.
- ◆ Propugnaremos ante la Comisión de Educación Superior la adopción de un currículo médico sensible a las necesidades obstétricas particulares de las personas discapacitadas. ■

DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN CUATRO PAÍSES AFRICANOS: OBTENCIÓN DE PRUEBAS PARA FACILITAR CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS

En 2003 y 2004, se efectuó un diagnóstico de las necesidades de atención obstétrica de emergencia (AOEm) en Kenya, Uganda, el Sudán meridional y Rwanda. La información así obtenida está ayudando a los gobiernos y a sus aliados para el desarrollo a replantear las intervenciones programáticas, a fin de reducir la mortalidad de madres y recién nacidos.

En los cuatro países, la cobertura de AOEm básica es muy inferior a la norma estipulada por los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas. La encuesta puso de manifiesto la escasez de servicios y falta de acceso, especialmente en zonas remotas y rurales. Los servicios carecen de personal capacitado, de equipo y medicamentos esenciales y de apoyo para comunicaciones y remisión de pacientes a otros establecimientos. Los sistemas de salud no están obligados a rendir cuentas y la moral del personal está deteriorada.

Diagnóstico básico de referencia (línea de base)

El diagnóstico básico de referencia de servicios de AOEm es un instrumento eficaz para detectar las lagunas en la cobertura y en la utilización de servicios que pueden salvar vidas cuando hay complicaciones obstétricas. Los encargados de formular políticas, así como los planificadores y directores de programas a nivel nacional, provincial y de distrito, pueden utilizar la información para aumentar la eficacia de las intervenciones. Dicho diagnóstico es también un medio fidedigno de observar los adelantos hacia la meta internacional de reducir la TMM en un 75% antes de 2015.

Utilizando los seis Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, el propósito del diagnóstico básico de referencia de la AOEm es:

1. Determinar el grado de cobertura y de utilización y, en alguna medida, la calidad de los servicios de AOEm para una determinada población;
2. Estudiar los factores que afectan la utilización de los servicios disponibles de AOEm;
3. Determinar cuáles son los obstáculos para ofrecer servicios de calidad de AOEm durante las 24 horas del día; y
4. Determinar cuáles son las lagunas y las intervenciones prioritarias a fin de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de AOEm.

Países

En 2003 y 2004 se realizó el diagnóstico de las necesidades de AOEm en Kenya, Uganda, el Sudán meridional y Rwanda. Los respectivos Ministerios de Salud organizaron las tareas con el apoyo de las oficinas del UNICEF regionales y en los países. La recopilación de datos estuvo a cargo de agentes de salud locales. El análisis de los datos y la preparación de informes se realizaron con la asistencia técnica de AMDD y de la Oficina Regional para África Oriental y Meridional del UNICEF (ESARO). En algunos países se capacitó al personal local para el procesamiento y el análisis de los datos.

Utilización de los resultados

Después de finalizar el diagnóstico de las necesidades, las principales constataciones se comunicaron a los encargados de formular políticas, entre ellos los Ministerios de Salud, los planificadores y directores de programas de salud reproductiva a nivel nacional, provincial y de distrito y las organizaciones profesionales médicas, además de los medios de difusión.

Los países han comenzado a utilizar dichas constataciones en los diálogos sobre políticas entablados entre gobiernos, donantes y funcionarios homólogos de los programas. En Uganda, se incluyó la AOEm en el presupuesto ordinario del Gobierno, como parte del proceso del Enfoque Sectorial (SWAp). En Rwanda, el Ministerio de Salud y el UNICEF decidieron que era prioritario impartir capacitación a los agentes de salud de nivel intermedio. En el Sudán meridional, las autoridades sanitarias y varias ONG y donantes se proponen integrar la AOEm en la rehabilitación del sistema de salud tras 19 años de guerra. En la provincia nororiental de Kenya, el UNICEF y otros donantes asignarán recursos para mejorar la situación de los centros de salud, capacitar a agentes de salud de nivel intermedio y mejorar las comunicaciones y la remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad.

Experiencias recogidas

- Es imprescindible involucrar a los encargados de formular políticas y los directores de programas en la planificación y la realización del diagnóstico de las necesidades.
- Es preciso que también participen en el diagnóstico de las necesidades obstetras y ginecólogos nacionales prestigiosos, de modo que los resultados sean creíbles y aceptables para los respectivos países.
- Cuando el personal homólogo local participa en la recopilación, el procesamiento y el análisis de los datos, los resultados son más fáciles de comprender e interpretar para los usuarios.
- El diagnóstico de las necesidades, por sí mismo, no necesariamente suscita de inmediato la adopción de medidas y la asunción de compromisos. Es sólo el primer paso en un largo proceso. Es necesario determinar uno o más puntos de entrada que no presenten dificultades, sobre la base de los resultados del diagnóstico de las necesidades.
- Cuando se trata de comprender cuáles son los factores que afectan la utilización de los servicios disponibles y de qué manera operan esos factores, es necesario no limitarse a los números. También es posible simplificar los instrumentos sin perder información sustancial.
- Es necesario integrar la AOEm en otras intervenciones, entre ellas prevención y tratamiento del paludismo en el embarazo; prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño; y atención prenatal focalizada, con el propósito de maximizar el beneficio de los recursos y reforzar los efectos de todas las intervenciones.

El enfoque de AOEm involucra un cambio paradigmático en los enfoques para reducir la TMM, desde formular intervenciones basadas en el grado de riesgo, hasta asegurar el acceso de las mujeres a la atención apropiada cuando aparecen complicaciones; y desde la planificación convencional hasta la programación basada en pruebas concretas. Los encargados de formular políticas y los directores de programas no van a adoptar el cambio paradigmático de la noche a la mañana. Necesitan tiempo para percibir la eficacia de la AOEm y considerar las pruebas al respecto, y para acostumbrarse a emplear esos servicios. No todos los

donantes están totalmente convencidos, de modo que hay un riesgo muy real de impulsar a los homólogos del gobierno en direcciones divergentes. En consecuencia, es importante comunicar ampliamente y sin tardanza los resultados del diagnóstico de las necesidades de AOEm a los encargados de formular políticas y los planificadores y directores de programas en todos los niveles, así como a los donantes. ■

Luwei Pearson y Rumishael Shoo
 UNICEF ESARO
 Nairobi, Kenya

CREAR CONCIENCIA EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO NO HAY SERVICIOS BÁSICOS DE AOEM

Una de las más importantes y sorprendentes constataciones de los diagnósticos de necesidades de servicios de AOEm realizados por el Programa AMDD y sus aliados es la ausencia sistemática de servicios básicos de AOEm. En la publicación *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, dada a conocer por el UNICEF, la OMS y el UNFPA en 1997, se propone un mínimo de cuatro establecimientos que ofrezcan AOEm básica por cada 500.000 habitantes. En ninguno de los países con altas tasas de mortalidad materna estudiados por AMDD y sus aliados se satisface este mínimo (véase el cuadro a continuación).

Los establecimientos que ofrecen AOEm deberían constituir la línea del frente para responder a las necesidades de mujeres que padecen complicaciones obstétricas. Las funciones señal que deberían ofrecerse en un establecimiento de AOEm básica – administración de antibióticos, oxitoxina y anticonvulsivos por vía parenteral, retiro manual de la placenta, retiro de productos retenidos y parto vaginal instrumentado – abordan la mayoría de las complicaciones obstétricas directas causantes de defunción de mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. El establecimiento que ofrece AOEm básica debe ser el más cercano a la comunidad y el de más fácil acceso. En condiciones ideales, las mujeres deberían poder acudir a este establecimiento de primera línea durante una emergencia, tanto de día como de noche, para recibir tratamiento o ser estabilizadas y transferidas a un hospital.

Las mujeres que necesitan una transfusión sanguínea y/o una operación cesárea deben disponer de acceso a un establecimiento que ofrezca AOEm integral. Es sorprendente que en los diagnósticos de necesidades se haya constatado que en países con altas tasas de mortalidad materna hay por lo menos cantidades mínimas de establecimientos con servicios integrales de AOEm (es decir, 1 establecimiento de AOEm por cada 500.000 habitantes) y que a medida que los países avanzan hacia la reducción de las tasas de mortalidad materna, va en aumento el número de establecimientos que ofrecen atención integral. Muchos países con bajas tasas de mortalidad materna parecen tener un buen índice de servicios de AOEm en relación con la población (por ejemplo, 5 establecimientos de AOEm por cada 500.000 habitantes, como en los Estados Unidos), pero esos establecimientos, en su totalidad, ofrecen servicios integrales. Nadie podría objetar que hubiera demasiados servicios obstétricos de emergencia para las mujeres, pero esta situación es costosa y a menudo va acompañada de una cultura de

atención de los partos en hospitales y posiblemente medicalizada en exceso. No obstante, el hecho es que en los países donde ocurre la mayor cantidad de defunciones maternas, los servicios integrales son escasos y distantes entre sí y no pueden atender todas las emergencias obstétricas. Por añadidura, esos servicios también están fuera del alcance de las mujeres campesinas, pues suelen ubicarse en centros urbanos.

Entonces, ¿sobre qué tenemos que crear conciencia? El mensaje a quienes participan en planificar y mejorar los servicios de salud materna es que no presuman que los centros de salud, y ni siquiera los hospitales, funcionan como servicios de asistencia obstétrica de emergencia. Es preciso realizar un diagnóstico de necesidades a fin de observar y documentar cuáles son las funciones señal que realmente se ofrecen. Muchos establecimientos de salud deberían estar ofreciendo AOEm básica, pero no lo hacen. En algunos casos, pequeñas mejoras en la capacitación del personal, o la reparación o la adquisición de equipo y la atención a cuestiones de gestión, como el mantenimiento de las existencias, bastarían para elevar los servicios de un establecimiento hasta el nivel de AOEm básica. Las inversiones necesarias son mínimas y arrojarían como resultado la reducción de la muerte y discapacidad maternas. ■

Anne Paxton, DrPH
 AMDD

País	Cantidad de población	Datos básicos de referencia (línea de base)		Cantidades recomendadas por cada 500.000 habitantes	
		Integral	Básica	Integral	Básica
Benin	6,752,569	26	19	14	54
Cameroon (5 provinces)	7,481,920	20	2	15	60
Chad	7,832,210	24	7	16	63
India (Rajasthan)	13,050,000	8	39	26	104
Mozambique (Sofala Province)	1,453,928	4	1	3	12
Nepal	12,734,979	18	5	26	102
Niger	11,136,706	22	54	22	88
Senegal	9,833,757	33	5	20	79

Disponibilidad de AOEm en algunos países con tasa de mortalidad materna (TMM) mayor que 500 por cada 100.000 nacidos vivos

Introducción

Las circunstancias desesperantes en que se encuentran las mujeres refugiadas e internamente desplazadas que huyen de hostilidades, las colocan en excepcional situación de riesgo de defunción, enfermedades y discapacidad en relación con el embarazo. Muchas tienen acceso a la AOEm gracias al Conjunto Mínimo de Servicios Iniciales de Salud Reproductiva, establecido por los organismos de asistencia humanitaria. Pero ese Conjunto Mínimo fue ideado para las etapas iniciales de emergencias complejas; en cambio, la mayoría de las poblaciones afectadas por conflictos permanecen en campamentos o están desplazadas internamente durante períodos prolongados. Para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, las mujeres en esas situaciones necesitan algo equivalente a un acceso permanente a la AOEm. Es imprescindible que los organismos evalúen los sistemas de salud locales y formulen en consecuencia los programas de AOEm.

Las *Directrices de las Naciones Unidas* pueden tener un valor incalculable a esos efectos, pues ofrecen un enfoque sistemático para el diagnóstico de los sistemas de atención de la salud y para planificar intervenciones sostenibles de salud materna. Las autoras pasaron revista a cinco manuales y guías utilizados por organizaciones de asistencia humanitaria, planteando cuatro preguntas:

- 1) ¿Incluyen las directrices la AOEm?
- 2) ¿Indican claramente las directrices cuáles son los servicios de AOEm que deben estar en funcionamiento?
- 3) ¿Incorporan las directrices los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, en los planes de evaluación preliminar, monitoreo o evaluación?
- 4) ¿Incluyen las *Directrices de las Naciones Unidas* como recurso?

Examen

- *El Proyecto "Sphere": estatutos humanitarios y las normas mínimas para intervenciones en desastres*. Proyecto Esfera, 2004. Este manual incluye la necesidad de ofrecer servicios de AOEm y de efectuar diagnósticos de la infraestructura local de salud. En el formulario de recopilación de datos figura el número de defunciones maternas. El manual señala las diferencias entre servicios básicos e integrales de AOEm y menciona algunos servicios específicos de AOEm que deben ofrecerse, o "funciones señal". No obstante, omite indicar las aptitudes necesarias para que el personal proporcione tratamiento a las complicaciones obstétricas; incorporar los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, o las variables necesarias; o hacer referencia a las *Directrices de las Naciones Unidas*.
- *La salud reproductiva en situaciones de refugio: Manual de campo interorganizacional*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 1999. En este manual se señala la importancia de los servicios de AOEm de buena calidad para reducir la mortalidad materna, se establece cuáles son los servicios obstétricos esenciales y se hace

referencia a las *Directrices de las Naciones Unidas*. Si bien se mencionan los Indicadores de Procesos en términos generales, dichos Indicadores no se incluyen concretamente.

- *La salud de refugiados: Un método para situaciones de emergencia*. Médecins sans frontières, 1997. Este manual incluye la necesidad de AOEm, la importancia de colaborar con los sistemas de salud existentes y el vínculo directo entre complicaciones obstétricas y morbilidad y mortalidad maternas. No se incluyen específicamente los servicios de AOEm o las aptitudes necesarias, ni se hace referencia a los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, o a las variables necesarias, o a las *Directrices de las Naciones Unidas*.
- *La salud reproductiva durante conflicto y desplazamiento: Un manual para administradores de programas*. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, 2000. En esta guía se resalta la importancia de la AOEm; la calidad de la atención; los derechos humanos; se consideran algunos servicios de AOEm y tipos de profesionales capacitados necesarios; se indica una lista general de Indicadores de Procesos, así como una referencia a la publicación *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth*, de la OMS. No se mencionan todos los servicios de AOEm necesarios ni las aptitudes requeridas, como tampoco se analizan concretamente los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, ni las *Directrices de las Naciones Unidas*.
- *Pautas para la protección de mujeres refugiadas*. ACNUR, 1991. Esta guía incluye la necesidad de contar con servicios de salud accesibles para la mujer, pero no menciona concretamente la AOEm.

Conclusiones y recomendaciones

Si bien se han logrado grandes adelantos, sigue siendo necesario contar con una norma universalmente aceptada para los programas que monitorean y evalúan la reducción de la mortalidad materna en situaciones de emergencia. Las *Directrices de las Naciones Unidas* deben ser puestas en conocimiento de todos los organismos que trabajan con esas poblaciones. Dadas las condiciones singularmente difíciles reinantes en esas situaciones, una mejor coordinación entre quienes trabajan sobre el terreno y los copartícipes a nivel nacional en la recopilación de información sobre los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, mejoraría en gran medida la calidad de los datos y la eficacia del monitoreo. ■

Janet Meyers

Asesora Técnica de AOEm
RHRC Consortium

Samantha Lobis

Oficial de Monitoreo y Evaluación
AMDD

Henia Dakkak

Asesora en Salud
International Medical Corps

MEJORA DE LOS SERVICIOS DE AOEM EN VIET NAM

Establecer una buena comunicación con el personal, mejorar sus aptitudes, ofrecerle respaldo con infraestructura adecuada, equipo y suministros suficientes, e involucrarlo en las decisiones de planificación, han sido aspectos clave para mejorar los servicios y la capacidad obstétrica en el Centro de Salud del distrito de Hai Lang, provincia de Quang Tri (Viet Nam central).

Antes de las medidas de mejora, el personal carecía de capacidad y de equipo para el tratamiento de las complicaciones que requieren operaciones cesáreas y transfusiones sanguíneas. El Centro sólo atendía 10 partos por mes, todos ellos sin complicaciones; los demás casos debían remitirse a otros establecimientos.

El personal estaba desmoralizado porque no podía contribuir a mejorar la situación. El techo del Centro de Salud tenía filtraciones y carecía de agua no contaminada y electricidad. En la sala de trabajo de parto no había retrete, ni cortinas que aseguraran la privacidad de las pacientes. Las prácticas de lucha contra las infecciones no satisfacían los estándares del Ministerio de Salud.

En 2001 comenzó el Proyecto de Maternidad sin Riesgo, con el apoyo del Programa AMDD y de Save the Children US, en colaboración con los Servicios de Salud de la provincia y el distrito. Hacia 2003, las salas de parto y tratamiento estaban limpias y equipadas; había nuevos retretes en la zona para trabajo de parto y nuevos pabellones dotados de camas, frazadas, almohadas y mosquiteros.

Gracias a la capacitación, mejoraron pronunciadamente las aptitudes clínicas: ahora el personal puede aumentar el trabajo de parto, practicar operaciones cesáreas, administrar transfusiones sanguíneas, practicar ovariectomías y salpingectomías en casos de embarazo ectópico, así como histerectomías subtotales. Actualmente, se han incorporado a los procedimientos habituales la atención activa en la tercera etapa del trabajo de parto y su monitoreo utilizando un partógrafo; ha aumentado sustancialmente la utilización de sulfato de magnesio como medicamento de primera elección para el tratamiento de la preeclampsia.

Pero la competencia técnica es sólo una parte de la cuestión. Los administradores han aprendido a utilizar un enfoque "desde las bases hacia arriba" que los ayuda a involucrar más a su personal en el proceso de planificación. El proyecto ha introducido COPE (Estrategia práctica de servicios y prestaciones orientada al cliente) y Auditoría Basada en Criterios (CBA) como instrumentos para la mejora constante, el monitoreo de los derechos de las pacientes y de quienes prestan servicios y la calidad de la atención. El nuevo enfoque da lugar a una actitud positiva del personal respecto del cambio. El Director del

Hospital, Dr. Nguyen Xuan Tiet, dice: "Antes, el personal se limitaba a cumplir órdenes; ahora inicia el proceso de mejora; se ha apropiado de su departamento y se ha responsabilizado de lo que hace".



Cuando las nuevas iniciativas para mejorar la calidad acusaron debilidades en las aptitudes para el asesoramiento psicosocial, se capacitó al personal de AOEm a fin de que ofreciera a las pacientes el apoyo emocional y psicológico necesario, y ahora se ofrece asesoramiento regularmente. Se designa un agente de salud a cada paciente para que la asesore y se permite que un familiar esté presente en la

sala de partos para mayor tranquilidad de la parturienta.

Finalmente, el proyecto estableció una red telefónica que vincula el centro con los 21 puestos comunitarios de salud existentes en el distrito. El personal de los puestos de salud puede ahora solicitar asesoramiento, además de los servicios de apoyo de un equipo móvil, durante las 24 horas del día, y también puede solicitar una ambulancia cuando es necesario.

Asimismo, con la ayuda de personal de Save the Children US, el Departamento de Obstetricia ha establecido un simple sistema de registro e información sobre complicaciones obstétricas que proporciona datos sobre los seis Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, utilizados para monitorear el progreso en la provisión de servicios obstétricos. En el Departamento de Obstetricia hay una cartelera donde se actualizan esos datos trimestralmente, de modo que el personal esté al corriente.

Los registros indican que el número de partos atendidos en el Centro es, en promedio, de 28 por mes, en comparación con la cantidad anterior, de 10 por mes. La necesidad satisfecha de AOEm en Hai Lang ha aumentado desde 34% en la primera mitad de 2002 hasta 63% en la primera mitad de 2003. Una paciente, Truong Thi Day, dijo: "Durante mi estada aquí, me sentí segura"; se le practicó una salpingectomía. "Me considero afortunada", dijo la Sra. Day. "Si hubiera acudido aquí hace algunos años, habría muerto. Ahora, el personal está capacitado para practicar la operación que me salvó la vida". ■

Ha Thanh Binh (MD)

Oficial de Programas, Save The Children/US, Viet Nam

Susan Otchere (MSc)

Asesora en Salud Materna, Save the Children/US

PREMIO DE LAS NACIONES UNIDAS AL HOSPITAL DE FÍSTULA DE ADDIS ABEBA

El Hospital de Fístula de Addis Abeba, entidad pionera del tratamiento de lesiones del parto y aliada del Programa AMDD, mereció el Premio de Población de las Naciones Unidas 2004. Las Naciones Unidas otorgan el Premio todos los años a individuos e instituciones, en mérito a su labor sobresaliente en materia de población y promoción de la salud y el bienestar de las personas. El Premio fue entregado a la Directora Ejecutiva del Hospital, Dra. Catherine Hamlin.

El 6 de julio, al hacer entrega del Premio a los laureados en Nueva York, la Vicesecretaria General de las Naciones Unidas, Louise Fréchette, señaló que el Hospital de Fístula de Addis Abeba ofrece un conjunto de servicios médicos, sociales y psicológicos, para ayudar a las

pacientes de fístula a reintegrarse dignamente en la comunidad. El Hospital también capacita a jóvenes médicos en técnicas quirúrgicas, subsidia en la medida de lo posible la atención de la fístula y realiza campañas para crear conciencia pública sobre este trastorno y su tratamiento. El Hospital, fundado en 1974, ofrece tratamiento médico gratuito a más de 1.200 mujeres por año y ya ha atendido a más de 25.000 mujeres.

El Programa AMDD ha financiado un proyecto del Hospital a fin de establecer cinco centros satélite en zonas distantes, adonde llegan equipos del Hospital para la reparación de la fístula. El Hospital también se propone iniciar actividades de prevención en esos centros. ■

EL PROGRAMA AMDD DA LA BIENVENIDA A SU NUEVA DIRECTORA ADJUNTA



La Dra. Therese McGinn ha sido designada Directora Adjunta del Programa AMDD. Fue ascendida desde su puesto de Asociada Superior y Directora Administrativa del Programa de Salud Reproductiva para Migrantes Forzados, en el Departamento Heilbrunn de Población y

Salud de la Familia, que forma parte de la Mailman School of Public Health, Columbia University, donde también está ubicado el Programa AMDD.

La Dra. McGinn ha colaborado con AMDD durante varios años y está entusiasmada con respecto a su nuevo cargo. "La atención obstétrica de emergencia proporcionada por conducto del Programa AMDD está salvando vidas que hasta hace pocos años se habrían perdido; y esto está ocurriendo en gran escala". Lo que es aún más importante, la Dra. McGinn prevé un cambio en la manera en que el enfoque de AMDD basado en los sistemas de salud aborda la necesidad de una buena atención de la salud. "Lo que realmente afectará la mortalidad materna es contar con sistemas de salud que proporcionen la atención que las mujeres necesitan, en el momento en que la necesitan. Esto es lo que tenemos que contribuir a plasmar en la realidad". ■