

Responder a los retos, introducir cambios, salvar vidas

No. 6

Febrero de 2003

ESTIMADOS COLEGAS:

En este número de AMDD Notebook se trata de la capacitación. A lo largo de nuestras carreras, hemos impartido o recibido capacitación, tanto en ámbitos académicos como en el empleo. Si bien podemos citar experiencias exitosas, también podemos mencionar muchos proyectos en que el tiempo y el dinero invertidos parecerían haber tenido poco o ningún efecto.

¿Cómo podemos asegurar que nuestra inversión en capacitación mejore las acciones para ofrecer atención de emergencia de calidad a las mujeres cuyas vidas están amenazadas por complicaciones obstétricas? En el Programa AMDD preferimos no reinventar la rueda, sino recurrir a los expertos y entablar con ellos estrechas relaciones.

La colaboración con aliados ha sido el criterio aplicado por el Programa AMDD desde sus comienzos, cuando entablamos alianzas con organizaciones que ya poseían redes sobre el terreno: UNICEF, UNFPA, Save the Children, CARE, la Red Regional de Prevención de la Mortalidad Materna y el Consorcio de Salud Reproductiva para Refugiados.

Esos aliados aportan su amplia experiencia a nivel internacional y nacional, inclusive las relaciones de confianza establecidas con gobiernos y comunidades. El Programa AMDD aporta un modelo programático de eficacia comprobada y la capacidad técnica para seguir desarrollándolo, sobre la base de la experiencia recogida sobre el terreno. Ambas partes aúnan sus recursos, en pro del bien común.

En lo concerniente a la capacitación, el Programa AMDD está colaborando estrechamente con JHPIEGO, organización miembro de Johns Hopkins University, que trata de reducir las barreras a la prestación de servicios de salud de buena calidad, mediante tareas de promoción, educación y mejora del desempeño. Hasta la fecha, nuestra iniciativa más ambiciosa ha sido la estrategia de capacitación formulada conjuntamente con expertos de Asia, en cooperación con la OMS y el UNICEF, que se está aplicando actualmente en el Asia meridional (véanse las páginas 7 a 10). También hemos preparado y ensayado un currículo de AOEm y estamos finalizando un módulo para anestelistas.

También hemos estado colaborando con la organización EngenderHealth en un conjunto de medidas de prevención de infecciones, que está disponible para su amplia difusión. En este caso, y en el de otros recursos descritos en la página 8, hemos efectuado inversiones para adaptar los materiales con que ya se cuenta y aprovechar los establecimientos existentes.

Este enfoque tiene muchas ventajas, principalmente el hecho de que así se acelera mucho el progreso hacia la consecución de nuestra meta común: evitar la muerte y la discapacidad maternas.

Finalmente, una dimensión que debe incluirse en todas nuestras actividades de capacitación para la AOEm es el fomento de la capacidad para las comunicaciones interpersonales. La experiencia me ha enseñado que cuando no se trata debidamente a las personas, éstas no tienen el mejor desempeño posible, sea cual fuere su nivel de capacitación técnica. Después de impartir cursos sobre comunicaciones interpersonales en Nigeria, una partera dijo: "De nada nos sirve tener conocimientos técnicos para salvar vidas, si carecemos de dotes para la comunicación interpersonal".

Barbara Kwast, PhD, FRCOG, MTD, MCommH
Profesora Titular, Columbia University
Asesora Superior, Programa AMDD

EN ESTE NÚMERO . . .

Buenas prácticas	2
El derecho a la información: Señalización en un hospital del Perú	3
Capacitación en AOEm: Inversiones en quienes salvan vidas de mujeres	4
Preguntas y respuestas: Monitoreo de Servicios de Obstetricia	6
Planteo de la AOEm ante los profesionales del desarrollo	7
Documentación disponible	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, Columbia University, a fin de cooperar con los países en desarrollo en mejorar la disponibilidad, la calidad y la utilización de servicios de atención obstétrica de emergencia (AOEm).

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 la vida 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 más de 55 proyectos que reciben el apoyo del Programa AMDD en 39 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

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

Entre los principales instrumentos del Programa AMDD figuran los Indicadores de Procesos, elaborados en la Columbia University 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:
Family Health International
John Snow International
Instituto Indio de Gestión en Ahmedabad (IIMA)
JHPIEGO
EngenderHealth

El Programa AMDD está financiado por la Bill and Melinda Gates Foundation (Fundación Bill y Melinda Gates)

BUENAS PRÁCTICAS

Traslados propicios para los médicos en zonas rurales de Maharashtra

Uno de los más arduos problemas que enfrentan los países, tanto desarrollados como en desarrollo, es enviar personal de salud calificado a zonas remotas y rurales. Es frecuente encontrar obstetras y cirujanos congregados en hospitales de ciudades o distritos, mientras quedan vacantes los puestos en poblados más pequeños. Ésta suele ser la situación, salvo cuando se aplica el enfoque utilizado en Maharashtra.

Lo usual es que los funcionarios gubernamentales se limiten a emitir una orden de traslado del especialista. En países como la India, un profesional de la medicina trasladado contra su voluntad a menudo preferirá solicitar una licencia en su trabajo, en lugar de ir a ocupar el puesto; y seguidamente, tratará de lograr que se cancele esa orden de traslado sirviéndose de influencias políticas, de familia o de otra índole, durante semanas o meses. Es evidente que esto perturba la prestación de los servicios. Por añadidura, aun cuando las pacientes en la India prefieren ser atendidas por médicas, el traslado de médicas a hospitales periféricos es aún más difícil, debido a que tienen responsabilidades adicionales en sus familias.

En el estado de Maharashtra (India), los funcionarios lograron el traslado de una médica obstetra y ginecóloga desde un hospital de distrito hasta el hospital rural de Washi (distrito de Osmanabad), un pequeño hospital de 30 camas, sin tropezar con ninguno de los problemas habituales. El hospital de Washi cuenta con un quirófano, un anestesista y personal de otro tipo, pero debido a la ausencia de un obstetra y ginecólogo, no se practicaban operaciones cesáreas y las pacientes que las necesitaban debían ser trasladadas al hospital de distrito.

Como parte del proyecto del UNICEF, apoyado por AMDD, "El derecho de la mujer a la vida y la salud", el hospital de Washi había recibido equipo, capacitación en investigaciones apreciativas y otras aportaciones, pero aún no funcionaba como establecimiento que ofreciera atención obstétrica de emergencia (AOEm) integral. El Dr. Karnataki, Director Adjunto para un grupo de distritos que incluía Osmanabad, decidió mejorar la dotación de personal en los hospitales rurales de esta zona. Podría haber procedido como de costumbre, pero, al percatarse de las realidades sociopolíticas, optó por otro método.

El Dr. Madusudan Karnataki y la Dra. Neelam Bharadwaj, Oficial Auxiliar de Programas del UNICEF, comenzaron por encontrar a una joven médica obstetra en el hospital de distrito. Asesoraron a la médica y a su esposo acerca del traslado propuesto y describieron las ventajas de trabajar y vivir en una zona rural, especialmente en la etapa en que sus hijos estaban en edad preescolar. El costo de la vida en zonas rurales es bajo y la médica podría alojarse en el predio del hospital. Dispondría fácilmente de ayuda en las tareas domésticas y el cuidado de sus hijos.

Los Dres. Karnataki y Bharadwaj también prometieron gestionar que su esposo, funcionario médico en un centro de atención primaria de la salud, fuera asignado a una localidad cercana. Además, la ayudarían a regresar a Osmanabad, donde las escuelas son mejores, cuando sus hijos llegaran a la edad escolar. Gracias a ese asesoramiento tan personal, la Dra. Usha Barate y su

familia aceptaron el traslado al hospital rural de Washi. Recién entonces el Gobierno emitió la orden oficial de traslado, y a los pocos días, la Dra. Barate ya estaba desempeñándose en el hospital de Wasi.

Después de su llegada, siguió recibiendo el apoyo del Director Adjunto, quien solicitó que indicara los instrumentos para operaciones cesáreas faltantes en Washi. La Dra. Barate presentó la lista el segundo día y, de inmediato, se le envió un nuevo juego de instrumentos. Esto reforzó su motivación para colaborar con sus colegas en el equipo de AOEm, entre ellos el Dr. Akash Kulkarni, Superintendente y Anestesiólogo, quien también la alentó. Al día siguiente se presentó un caso de parto obstruido y la Dra. Barate practicó la primera operación cesárea realizada en ese hospital después de muchos años. Tanto la madre como el niño sobrevivieron y la familia de la paciente, agradecida,

donó al hospital seis ventiladores de cielorraso. En los últimos seis meses, la Dra. Barate practicó operaciones cesáreas que salvaron la vida de nueve pacientes.

En una fábrica, el gerente puede desplazar las máquinas de un lugar a otro sin demasiados problemas, pero trasladar al personal es muy distinto y los funcionarios sanitarios deben tener presente que cuando el personal no está satisfecho, no presta buenos servicios. ■

Dileep V. Mavalankar, MD, DrPh

Asesor Superior de Gestión, Programa AMDD

Neelam Bhardwaj, MD,

Oficial Auxiliar de Programas,

Oficina del UNICEF en la India

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN: SEÑALIZACIÓN EN UN HOSPITAL DEL PERÚ

Esta contribución al AMDD Notebook fue aportada por los Dres. Jorge Rodríguez Rivas, MD, Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Huamanga, Luis Vega Centeno, MD, Coordinador Nacional del Proyecto FEMME, Oficina de CARE en el Perú, y Guillermo Frías- Martinelli, MD, MSc, Asesor Técnico del Proyecto FEMME, Oficina de CARE en el Perú

El Hospital de Huamanga proporciona servicios médicos a una zona de captación de 520.000 habitantes. Es el único establecimiento gubernamental que ofrece servicios integrados de AOEm en el Departamento de Ayacucho, ubicado en las mesetas centrales del Perú. En ese hospital se atienden, en promedio, 2.400 partos por año. Es el hospital al que se remiten las mujeres que padecen complicaciones obstétricas graves y para llegar deben transitar caminos escabrosos, estrechos, sinuosos y sin pavimentar.

Los funcionarios administrativos y el personal de servicios de obstetricia y ginecología realizaron visitas locales de supervisión con el apoyo de los copartícipes de CARE, para velar por que sus servicios satisfagan las necesidades de las mujeres y sus familias. Comprobaron, entre otras cosas, que el hospital debía esforzarse más por promover los derechos de las pacientes —y de sus parientes— a recibir información acerca de cada uno de los servicios de obstetricia disponibles. En las visitas se puso de manifiesto que:

- Se ofrecía al público insuficiente información acerca del personal de guardia de día o de noche.
- No se aclaraba debidamente la ubicación de los diferentes locales en que se dispensaba tratamiento regular o de emergencia —atención obstétrica, observación, dilatación y parto, procedimientos de poca magnitud y aspiración manual endouterina (AMEU)— y era insuficiente la información ofrecida acerca de las salas de maternidad y otros sectores del hospital.
- Los parientes de pacientes hospitalizadas y dadas de alta no obtenían clara información al respecto.

El personal de obstetricia y ginecología decidió diseñar un sistema de señalización que ayudara a orientar a las pacientes y al público a lo largo del proceso de atención

obstétrica. El personal decidió que la información debía ser simple, visible y de fácil interpretación y debía reflejar consideración y respeto por las pacientes y sus familias. El sistema fue instalado en mayo de 2002, con el apoyo del proyecto FEMME y un costo total de 1.100 dólares EE.UU.

Ahora se cuenta con una señalización completa de las diferentes salas de tratamiento y dependencias administrativas, con codificación por colores y descripciones por escrito, además de diagramas y dibujos para información de personas analfabetas. La descripción de las dependencias del hospital también abarca los puestos del personal, las fuentes de medicamentos y suministros de emergencia y las zonas reservadas a materiales esterilizados y materiales contaminados.

Se identifican y marcan claramente las salas de espera donde permanecen las familias o los acompañantes de las pacientes que reciben atención obstétrica de emergencia. A la entrada figura un panel indicativo del personal de obstetricia en cada turno. Los locales donde se atiende a pacientes ambulatorias también indican en cada puerta los respectivos nombres del personal. Se mantiene información actualizada acerca de cada mujer ingresada en el hospital, con indicación de la habitación donde se encuentra. Las listas de ingresos y altas están al día para que los parientes y amigos de las pacientes sepan cuál es la situación de éstas.

El nuevo sistema de señalización posibilita que las usuarias soliciten atención de manera más independiente; y también alienta al personal a prestar más atención a las buenas prácticas y renovar su compromiso en pro de una mejor relación con las pacientes, como componente de la calidad de la atención y del respeto a los derechos de éstas. En verdad, los resultados fueron tan buenos que, a iniciativa del personal, se considera la posibilidad de preparar un manual de buenas prácticas en las relaciones con las pacientes. ■



CAPACITACIÓN EN AOEM: INVERSIONES EN QUIENES SALVAN VIDAS DE MUJERES

La mayoría de los 55 proyectos que reciben apoyo del Programa AMDD en 39 países tienen un componente de capacitación. Pero la experiencia ha demostrado que si se quiere utilizar eficazmente las aptitudes prácticas impartidas para salvar vidas de mujeres y preservar su salud, es preciso que las inversiones se destinen tanto a crear condiciones propicias como a proporcionar apoyo ulterior. La consultora de AMDD en materia de documentación, Nadia Hijab, describe el sistema de capacitación que se está preparando en virtud de proyectos del UNICEF apoyados por AMDD y realizados en el Asia meridional. Nadia Hijab se refiere a un documento de estrategia preparado por Harshad Sanghvi, MD, Director Médico del Programa de Salud Materna y Neonatal en JHPIEGO. Rebecca Brodsky, Coordinadora del Programa AMDD, realizó investigaciones complementarias.

La capacitación en el servicio en cualquier tipo de establecimiento requiere que éste y sus dependencias realicen inversiones de considerable magnitud, desde los recursos asignados hasta el tiempo que los empleados pasan alejados de sus funciones. En los últimos años, se ha ido comprendiendo cada vez más que para que esta inversión rinda frutos, es necesario contar con una mejor planificación. De lo contrario, tal vez los cursos de capacitación estén bien diseñados y conducidos, pero no van a producir los resultados buscados. Esto es particularmente importante cuando los recursos son escasos.¹

En consecuencia, se ha efectuado una transición, desde actividades de capacitación independientes y autocontenidas hacia la mejora del desempeño en el empleo y ahora, muchas organizaciones hablan de capacitación basada en la competencia.² Aplicar este criterio a la AOEm entraña formular un programa de capacitación basado en una cuidadosa determinación de las deficiencias en la prestación de los servicios, así como de los sistemas dentro de los cuales operan los encargados de prestar servicios de salud.

Según el Dr. Harshad Sanghvi, al realizar diagnósticos de los servicios de AOEm en hospitales de distrito, con frecuencia se ponen de manifiesto graves deficiencias en la organización y la gestión de los servicios, agotamiento de las existencias de medicamentos y suministros esenciales, escasez de personal y deficiente moral, a lo que se agrega la falta de preparación para situaciones de emergencia, las deficientes medidas de prevención de infecciones, la capacitación inapropiada de médicos y parteras y las prácticas anticuadas y peligrosas.³

En consecuencia, una estrategia de capacitación debe abarcar más que la mera instrucción impartida a equipos hospitalarios: Requiere el involucramiento y la aprobación de las partes interesadas, la preparación de materiales didácticos (o la adaptación y adopción de materiales internacionales), la preparación de lugares e instructores para impartir capacitación y, por último, la conducción y la evaluación de la capacitación. Esos procesos insumen gran cantidad de tiempo y de recursos, pero son necesarios para responder a la necesidad de ampliar los servicios de alta calidad y distribuirlos equitativamente y, al mismo tiempo, tratar de asegurar su sostenibilidad".

Capacitación sobre AOEm en hospitales de distrito

El Dr. Sanghvi propone un enfoque en 11 etapas de la capacitación

Objetivos del Curso de Capacitación de equipos de AOEm a escala de distrito

- * Influir positivamente en las actitudes del participante respecto del trabajo en equipo y aumentar su capacidad para manejar y proporcionar servicios obstétricos de emergencia.
- * Proveer al participante los conocimientos y las aptitudes clínicas prácticas que necesita para atender correctamente las emergencias obstétricas.
- * Proveer al participante las aptitudes necesarias para adoptar decisiones que respondan correctamente a las emergencias obstétricas.

de equipos de hospitales de distrito. La capacitación propiamente dicha abarca sólo una de las etapas; las otras 10 etapas consisten en pasar revista a las evaluaciones preliminares por países, obtener el consenso de las partes interesadas (inclusive el Ministerio de Salud y los directores de hospitales), seleccionar y fortalecer los lugares donde se ofrecerá capacitación, formar a los instructores, proporcionar supervisión, ofrecer apoyo local, y realizar evaluaciones.

Sobre la base de esta estrategia, la Oficina Regional para Asia Meridional del UNICEF (UNICEF/ROSA) y el Programa AMDD han estado colaborando estrechamente con la organización JHPIEGO en la capacitación integral de equipo de AOEm, comenzando con la formación de instructores. El curso clínico propiamente dicho dura cinco semanas y prepara a los participantes para el manejo de emergencias obstétricas y el trabajo eficaz como miembros de un equipo de AOEm. Durante las primeras dos semanas, los participantes permanecen en el aula y las otras tres, en ámbitos clínicos designados, cercanos al aula. Después de las cinco semanas de capacitación, se ofrece durante tres meses un seguimiento práctico en el lugar de trabajo de cada participante, que recibe dos visitas ulteriores de los instructores con fines de orientación y evaluación.

Los materiales del curso son: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstétricas y médicos, publicación

¹ Véase, por ejemplo "Performance Improvement: Developing a Strategy for Reproductive Health Services" (Mejora del rendimiento: Formulación de una estrategia para los servicios de salud reproductiva), por Nancy Caiola, MPH, Asesora en Mejora del Rendimiento, y Richard L. Sullivan, PhD, Director, Oficina de Apoyo al Aprendizaje y al Rendimiento, JHPIEGO Strategy Paper, mayo de 2000. <http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6pi/pistrat/pistrat1.htm>

² Las "competencias" se definen como un conjunto de aptitudes, conocimientos, actitudes y comportamientos, todos ellos observables y relativos a las funciones respectivas. Véase, por ejemplo: "Integrating Performance and Learning Using Competencies" (Integración del desempeño y el aprendizaje mediante el criterio de competencias), por David A. Williams, Editor, <http://www.humancapitalmanagement.biz/>

³ Véase "Training District EmOC Teams: Strategy for Maximizing Investment in Training" (Capacitación de equipos de AOEm de distrito: Estrategia para maximizar la inversión en capacitación), documento preparado para el Programa AMDD.

de la OMS de fecha marzo de 2001; Infection Prevention: A reference booklet for health care providers (Prevención de infecciones: Folleto de referencia para agentes de salud), publicado por EngenderHealth en 2000; y otros materiales, producidos por JHPIEGO.

Preparación para la capacitación

En junio de 2002, el UNICEF, JHPIEGO, la OMS y otros coparticipes comenzaron los preparativos de una sesión de formación de instructores: personal de JHPIEGO realizó una evaluación preliminar de los dos hospitales de Bangladesh seleccionados como lugares de capacitación regional: el Hospital de la Facultad de Medicina de Dhaka y el Instituto de Capacitación en Salud Materno-infantil.⁴

Entre los temas que necesitaban mayor fortalecimiento figuraban la conducción activa de la tercera etapa del parto, el uso del partograma y la comunicación con las pacientes. Se observaron algunas intervenciones inapropiadas, que figuraron en las recomendaciones, además de las funciones y responsabilidades evaluadas, la preparación para casos de emergencia y las prácticas acogedoras para la madre y el niño. En junio, además de las visitas, se celebraron reuniones con funcionarios del Ministerio de Salud, en procura de su participación y apoyo.

En junio se realizó una reunión de seguimiento⁵, en la que se examinaron los adelantos hacia los cambios convenidos. Se intercambiaron ideas sobre la reubicación en un hospital de la sala para pacientes de operaciones cesáreas y trabajo de parto, los

incentivos que alientan las mejores prácticas y los protocolos para problemas comunes. Se entregó a ambos hospitales una lista de problemas y recomendaciones a tomar en cuenta antes del curso regional de capacitación. Además, el UNICEF organizó con EngenderHealth reuniones sobre prevención de infecciones.

Formación de instructores

En agosto, ambos hospitales de Dhaka estaban mucho mejor equipados para albergar el curso regional de capacitación de participantes procedentes del Asia meridional. En el curso, dictado del 1° al 24 de agosto, hubo 24 participantes: 7 médicos obstetras, 10 enfermeras-parteras y 7 anestesiistas. Los participantes procedían del Afganistán, Bangladesh, Bhután, la India, Nepal y el Pakistán. El curso fue impartido por los siguientes funcionarios de JHPIEGO: Emmanuel 'Dipo Tolorin, Harshad Sanghvi y Jeffrey M. Smith y los consultores de JHPIEGO S. Tipu Sultan, Sharen Blake, Ann Davenport y Grace Korula.

Las presentaciones en el aula abarcaron prácticas basadas en hechos científicamente comprobados, para el manejo de las cinco causas más comunes de defunción materna. Los participantes también abordaron la necesidad de no utilizar el enfoque de riesgo en la atención de la maternidad y eliminar prácticas nocivas como

la administración de enemas durante el parto, el rasurado del vello púbico, la presión ejercida sobre el fundus para la expulsión de la placenta, las episiotomías innecesarias, la amniotomía en la etapa latente del trabajo de parto y el aliento a que las mujeres pujen antes de que ellas mismas experimenten el impulso de hacerlo.

En la semana segunda y tercera se consideró la estandarización de aptitudes clínicas en los dos hospitales de Dhaka. Sólo se permitió que pasaran a la práctica clínica en ambos hospitales aquellos participantes que habían adquirido en sus conocimientos prácticos una competencia demostrada en modelos anatómicos. Aun cuando no hubo suficientes casos para que los participantes aplicaran sus conocimientos prácticos a salvar vidas de pacientes amenazadas por complicaciones del embarazo, algunos participantes tuvieron oportunidad de atender casos de shock hemorrágico, shock septicémico, embarazo ectópico, desgarramiento del útero, eclampsia, presentación de nalgas y alumbramiento de mellizos, además de la atención de la hemorragia de posparto mediante compresión bimanual, la extracción manual de la placenta y la sutura de laceraciones en la vagina y el cuello de útero. Los participantes y los instructores lograron salvar a muchas pacientes de operaciones cesáreas innecesarias.



Se evaluaron los conocimientos teóricos y prácticos de los participantes mediante un cuestionario administrado al promediar el curso y el empleo de listas de verificación de procedimientos. Los participantes que no lograran una calificación de al menos un 85% en dicho cuestionario, recibieron más información y se les permitió repetir la prueba. Todos los participantes lograron alcanzar el mínimo necesario de 85%, o bien en el

primer intento, o bien en el segundo. Durante el último día del taller, los participantes se comprometieron a utilizar al menos tres de las mejores prácticas de AOEm.

En el taller de agosto de 2002 se proporcionó la oportunidad de ensayar de manera preliminar el nuevo módulo de anestesia para la AOEm (en la reunión regional del Asia meridional celebrada en noviembre de 2001 ya se había preparado y presentado un currículo de AOEm). En las observaciones sobre el manual se expresó que los materiales estaban escritos, en general, para médicos y no siempre resultaban apropiados para quienes no eran médicos.

En octubre de 2002, los mismos participantes regresaron a Dhaka y siguieron un curso para adquirir conocimientos prácticos como instructores clínicos. Entre otras cosas, presentaron una conferencia ilustrada para demostrar sus nuevas aptitudes en tanto instructores y participaron en una sesión de demostración/instrucción. Al concluir el curso se sumaron a los participantes la Dra. Deborah Maine y el Dr. Ahmed Al-Kabir, ambos de AMDD, y la Sra. Dale Davis de la Oficina Regional del UNICEF para Asia Meridional, a fin de considerar los problemas y las limitaciones en la práctica, así como las estrategias que pueden emplearse para abordar tales problemas y limitaciones. ■

⁴ Realizaron una visita en el mes de junio los siguientes funcionarios y consultores de JHPIEGO: Emmanuel 'Dipo Tolorin, Jeanne-Marie Crowe, Harshad Sanghvi y S. Tipu Sultan.

⁵ Conducida por S. Tipu Sultan, Matthews Mathai y Diana R. Beck.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS: MONITOREO DE SERVICIOS OBSTÉTRICOS

Por Anne Paxton, PhD

En esta columna se responde a preguntas formuladas al utilizar los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas con fines de monitoreo de la provisión de servicios obstétricos de importancia crucial¹. Anne Paxton es una epidemióloga que ha trabajado en Asia y África. Se desempeña como Oficial Superior de Monitoreo y Evaluación de Programas en AMDD

P: No comprendo el tercer indicador de procesos de las Naciones Unidas. ¿Por qué se considera que un 15% de los partos deben ser atendidos en un establecimiento que ofrezca AOEm?

R: Las organizaciones copartícipes y los encargados de proporcionar AOEm (atención obstétrica de emergencia) formulan con frecuencia esta misma pregunta. El tercero de los seis Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas, "Proporción de alumbramientos en establecimientos que ofrecen AOEm" fija como meta que al menos el 15% del número estimado de alumbramientos en una población debe ser atendido en un establecimiento que ofrezca AOEm. Los seis indicadores de procesos de las Naciones Unidas, en su conjunto, miden la disponibilidad y la utilización de la AOEm.

El indicador 3, que mide la utilización de servicios de AOEm, se basa en el supuesto de que al menos un 15% de todas las embarazadas en una población determinada padecerán complicaciones obstétricas directas graves². Por consiguiente, si menos del 15% de los alumbramientos en una población dada ocurren sin ser atendidos en establecimientos con AOEm, es evidente que hay algunos casos de complicaciones que no reciben tratamiento y, por ende, las mujeres padecen lesiones o mueren. No obstante, la tesis recíproca no es válida. Si un 15% o más de los alumbramientos en una población son atendidos en establecimientos con AOEm, esto no significa que todas las complicaciones reciben atención y tratamiento, puesto que algunos de esos alumbramientos tal vez sean normales y sin complicaciones.

El indicador 3 es uno de los tres que miden la utilización de servicios de AOEm, los otros dos son: Necesidad satisfecha (proporción de complicaciones previstas que reciben tratamiento en un establecimiento con AOEm – Indicador 4) y Tasa de operaciones cesáreas (proporción de alumbramientos previstos en una población que se efectúan mediante operación cesárea – Indicador 5). Es importante considerar esos tres indicadores en forma conjunta para obtener información válida sobre el patrón de utilización. Es poco probable que las necesidades satisfechas o la tasa de operaciones cesáreas aumenten si no aumenta también la

proporción de alumbramientos atendidos en establecimientos con AOEm. Y si aumenta la proporción de alumbramientos atendidos en establecimientos con AOEm pero no aumentan las tasas de necesidad satisfecha y operaciones cesáreas, es posible suponer que la mayoría de esos alumbramientos son normales, de modo que los establecimientos deberían esforzarse especialmente por captar a las mujeres que padecen emergencias obstétricas.

Algunos países, entre ellos Marruecos y Sri Lanka, adoptan políticas de aliento del parto en establecimientos hospitalarios. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de Marruecos ha planteado como meta nacional de alumbramientos atendidos en establecimientos de salud el 52% del número estimado de alumbramientos³. No obstante, éste no es necesariamente el objetivo de los programas de AMDD. La filosofía de AMDD es que, en la medida en que las complicaciones obstétricas de emergencia reciben atención, los países podrán reducir sus tasas de mortalidad materna, aun cuando sean frecuentes los partos en el hogar.

También cabe señalar que hay otros dos indicadores de prevención de la mortalidad materna similares, aunque no iguales, al tercer Indicador de Procesos de las Naciones Unidas. Uno de ellos es la proporción de partos en instituciones, es decir, la proporción de los alumbramientos previstos que reciben atención en todos los establecimientos, tengan éstos o no capacidad para ofrecer atención obstétrica de emergencia. Otro indicador similar es la presencia de personal capacitado que atiende el parto, es decir, la proporción de alumbramientos atendidos por alguien capacitado al respecto, sea donde fuere que ocurra el parto, dentro o fuera de un establecimiento.

Estos indicadores pueden ser informativos, pero el factor más importante a los fines de abordar la muerte y discapacidad maternas es la posibilidad de que las mujeres tengan acceso a atención de calidad durante una emergencia obstétrica, dado que la enorme mayoría de las defunciones maternas (un 75%) se debe a complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o el puerperio. Los tres indicadores de utilización abordan directamente esta cuestión. ■

1. Los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas figuran en la publicación Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos, preparada en 1991 por Columbia University y el UNICEF y publicada en 1997 por el UNICEF, la OMS y el UNFPA.

2. La estimación del 15% fue propuesta en una versión anterior de los Indicadores de Procesos y posteriormente fue adoptada por el Grupo de Trabajo Técnico que estableció en 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS). Véase: Indicators to Monitor Maternal Health Goals: Report of a Technical Working Group, WHO, Geneva, 8 - 12 November 1993 (Indicadores para monitorear las metas de salud materna: Informe del Grupo de Trabajo Técnico, Ginebra, 8 a 12 de noviembre de 1993), OMS, Ginebra, 1994.

3. Cabe señalar que no todos los establecimientos de salud reúnen los requisitos para ofrecer AOEm. En las Guías de los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas se define claramente qué constituye un establecimiento con AOEm, sobre la base de la disponibilidad y la utilización regular de determinadas funciones de atención obstétrica de emergencia.

PLANTEO DE LA AOEM ANTE PROFESIONALES DEL DESARROLLO

El 9º Foro Internacional organizado por la Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo (www.awid.org) sobre el tema "Reinventar la globalización", atrajo aproximadamente a 1.300 mujeres y hombres procedentes de 105 países. El Foro, realizado en octubre en Guadalajara (México), proporcionó una buena oportunidad para que el Programa AMDD llegara a quienes se ocupan del desarrollo y de los derechos humanos y proporcionara información sobre la atención obstétrica de emergencia.

Unas 45 mujeres participaron en el taller sobre salud, derechos humanos y desarrollo conducido por las colegas de AMDD Lynn P. Freedman (JD, MPH, Profesora Asociada de Salud Pública Clínica y Directora del Proyecto de Legislaciones Políticas en Columbia University), Martha de la Fuente (MD, MPH, Investigadora Científica Asociada del Programa AMDD) y Nadia Hijab (Consultora de AMDD sobre documentación). El taller trató de la manera en que cada oradora, procedente de diferentes disciplinas (desarrollo, salud y derechos humanos), había comprobado que la focalización en la AOEM proporcionaba un útil punto de entrada para la reflexión acerca de algunas limitaciones con que se tropieza en esas disciplinas.

Nadia Hijab afirmó que los profesionales del desarrollo tienen "un problema de enfoque" en ésta y otras esferas e indicó cinco posibles razones: incompreensión de lo que significa la focalización: actuación sobre la base de suposiciones no comprobadas, falta de indicadores mensurables, presión para obtener resultados rápidos y cultura de las organizaciones. Señaló que los programas de maternidad sin riesgo tendían a abarcar diversas cuestiones —baja condición social, pobreza, educación, nutrición y salud en general— que son importantes pero no factores centrales causantes de pérdidas de vidas de mujeres.

Agregó: "La focalización no significa una perspectiva estrecha, sino un centramiento en el problema real. Puede lograrse una focalización dentro de un marco integral y, en verdad, ahora sabemos que ofrecer atención obstétrica de emergencia para evitar defunciones maternas requiere un conjunto bien integrado de intervenciones". Asimismo, la focalización en la AOEM "posibilita la apertura y la consideración de una gama mucho más amplia de cuestiones, incluidas las políticas".

Martha de la Fuente comunicó las experiencias recogidas en varios proyectos de AMDD que ponen en tela de juicio cuestiones de poder, sistemas de salud y derechos humanos. Explicó que los proyectos de AMDD no se limitan a cuestiones técnicas y que las acciones sociales requieren participación a nivel tanto local como nacional. En verdad, el enfoque adoptado reafirma posiciones clave que a lo largo de los años ha defendido el movimiento en pro de la salud de la mujer: la mortalidad materna es una cuestión política, un problema de salud pública y un síntoma de la injusticia social.

La oradora señaló que el reto era: "focalizar la atención, pero no aislarnos; resolver aspectos parciales de las situaciones y a la vez vincularlos e integrarlos con cuestiones más amplias y un mayor compromiso por parte de quienes prestan servicios de salud; además de mantener lo que ya hemos logrado".

Lynn Freedman señaló que el enfoque habitual de derechos humanos aplicado a un problema como la mortalidad materna se centra en determinar cuáles derechos son conculcados. Esto "contribuye a comprender la situación general desde una perspectiva de derechos humanos; pero no necesariamente aclara lo que hay que hacer al respecto", y esto restringe los medios de acción de los profesionales y las comunidades.

Lynn Freedman destacó: "La perspectiva de derechos humanos debe apuntar más bien a detectar los mecanismos de poder que perpetúan situaciones inaceptables y emplear una diferente visión del bienestar humano para promover el cambio. A fin de lograrlo en materia de salud en general y, por cierto, concretamente en materia de mortalidad materna, es preciso: 1) un racional modelo causal, pues no todas las intervenciones son iguales; y 2) un análisis a fondo del poder y la manera en que se ejerce. Sabemos que para introducir cambios en el sistema de salud a fin de que la AOEM sea accesible a todas las mujeres —y no sólo las que tienen posición económica holgada— es preciso enfrentarse con el poder. Necesitamos enfoques nuevos y constructivos de la rendición de cuentas, por parte tanto de la comunidad internacional como de los sistemas de salud locales. Y para esto es preciso que los promotores de los derechos humanos actúen con profundidad y, al mismo tiempo, focalicen su acción".

Además de participar en el taller sobre AOEM, en otro importante taller sobre "Derechos de la mujer, mundialización y ubicaciones internacionales estratégicas", Lynn Freedman presentó ante un grupo de más de 100 mujeres las experiencias recogidas en lo concerniente a la mortalidad materna. Dijo que en las conferencias mundiales y en los indicadores utilizados para determinar objetivos mundiales, no se ponía de manifiesto la manera en que se diezma el sistema de salud pública y, por ende, se menoscababa la estrategia fundamental para abordar la mortalidad materna (AOEM), aun cuando "lo que computamos conforma qué hacemos y cómo utilizamos los recursos".

Lynn Freedman manifestó que al computar "la proporción de alumbramientos atendidos por personal de salud capacitado" se dejan de lado "todas las cuestiones en torno a la reforma en el sector de salud, los cargos al usuario, la privatización, la descentralización, la equidad en la atención de la salud: en síntesis, las políticas económicas correlativas de la mundialización". Muchas mujeres se acercaron posteriormente a la oradora y dijeron que éste era un enfoque muy interesante, que nunca antes habían considerado para abordar esas cuestiones. ■

DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE

El comienzo de un nuevo año es el momento de reponer las existencias y actualmente la oficina en Nueva York del Programa AMDD cuenta con muchas de las principales publicaciones sobre mejora de la AOEm, entre ellas:

- * Mejora de la atención obstétrica de emergencia mediante la auditoría basada en criterios, Columbia University 2002 (Español, Francés e Inglés)
- * Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos, OMS, 2002 (Español e Inglés)
- * Reducing Maternal Deaths: Selecting Priorities, Tracking Progress (Reducción de las muertes maternas: Selección de prioridades, registro del progreso) Curso de aprendizaje a distancia sobre cuestiones de población, UNFPA y Columbia University, 2002 (Inglés)
- * Infection Prevention Multimedia Package: Training CD-ROM and Reference Booklet, EngenderHealth 2000 (Conjunto en multimedios sobre prevención de infecciones: CD-ROM para capacitación y folleto de referencia, EngenderHealth 2000) (Inglés)
- * Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos, UNICEF/OMS/UNFPA, 1997 (Español, Francés e Inglés)
- * Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna, Columbia University, 1997 (Español, Francés e Inglés)
- * Programas de Reducción de la Mortalidad Materna: Opciones y Planteamientos, Columbia University, 1991 (Español, Francés e Inglés)
- * Prevention of Maternal Mortality Network Abstracts (Trazos escogidos, Red de prevención de la mortalidad materna), Columbia University 1996 (Francés e Inglés)
- * Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO/UNICEF/UNFPA (Mortalidad materna en 1995: Estimaciones realizadas por OMS/UNICEF/UNFPA), OMS 2001 (Inglés)
- * Setting Priorities in International Reproductive Health Programs (Fijación de prioridades en programas internacionales de salud reproductiva), Columbia University 1996 (Inglés)

Las Guías, el manual sobre auditoría basada en criterios (Español, Francés e Inglés) y el manual sobre diseño y evaluación (Español e Inglés) también están disponibles en el sitio Web de AMDD (<http://www.amdd.hs.columbia.edu>). En dicho sitio Web también está disponible el enlace con Keystone, la reciente sección especial relativa a la experiencia sobre el terreno en prevención de la muerte y discapacidad maternas, del International Journal of Obstetrics and Gynecology. ■

AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY (AMDD)

HEILBRUNN DEPARTMENT OF POPULATION AND FAMILY HEALTH, MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, COLUMBIA UNIVERSITY

60 HAVEN AVENUE, B-3, NEW YORK, NY 10032

FAX: (212) 544-1933 WEBSITE: [HTTP://WWW.AMDD.HS.COLUMBIA.EDU](http://www.amdd.hs.columbia.edu)