

#### ESTIMADOS COLEGAS:

El segundo Taller anual del programa AMDD, realizado en Bangkok el pasado mes de febrero, proporcionó una excelente introducción al excelente trabajo del programa AMDD y de todos sus aliados, con el propósito de mejorar la disponibilidad, la calidad y la utilización de la atención obstétrica de emergencia (AOE) en todo el mundo.

Fue para mí un honor sumarme a ustedes, participar en la reunión y conversar individualmente con muchos de ustedes acerca de las tareas que realizan. En mi condición de Presidenta del Departamento que acoge al programa AMDD, aguardo con gran interés la continua participación en el programa.

Uno de los interesantes resultados documentados en el informe anual de AMDD (Año 3) es cuán eficazmente, incluso en lapsos breves, los proyectos han podido atraer nuevos recursos a los fines de ampliar y desarrollar los servicios, crear el impulso necesario para el cambio de las políticas, y entablar nuevas alianzas centradas en la AOE.

Las aportaciones de AMDD – proyectos, diagnósticos de situación, asistencia técnica, materiales de capacitación y documentos – redundan en múltiples e interesantes productos que impulsan el avance en la tarea de prevenir la muerte y discapacidad maternas. Esas aportaciones ayudan a lograr que se amplíe la escala de los proyectos, se los incorpore en las organizaciones y estructuras gubernamentales y se los sostenga a lo largo del tiempo.

En este número de AMDD Notebook se ofrecen ejemplos de los efectos de esas aportaciones (página 6). A medida que el programa vaya avanzando, lo propio ocurrirá con el alcance y la profundidad de estos efectos. Aguardamos con interés que ustedes nos comuniquen más relatos y ejemplos de sus tareas y que continuemos nuestra colaboración para mejorar la salud de la mujer en todo el mundo.

**Leslie L. Davidson, MD, MSc (Epid)**

*Profesora de Población Clínica y Salud de la Familia,  
Presidenta, Heilbrunn Department of Population and Family Health  
Mailman School of Public Health, Columbia University*

#### EN ESTE NÚMERO . . .

Buenas prácticas . . . . .	2
El arte, en vías de desaparición, del parto vaginal instrumentado . . . . .	3
Encontrar tiempo para poder usar el nuevo equipo . . . . .	4
Preguntas y respuestas: Las bases de la estimación del 15% para las complicaciones del embarazo . . . . .	5
Multiplicación de los efectos de recursos, prácticas y alianzas . . . . .	6
Una primicia para Gelemso . . . . .	8
Premio FIGO-AMDD en Armenia . . . . .	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, de la 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 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 (FNUAP): 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 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 (FNUAP).

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

### Medicamentos de emergencia: Acceso y control

En las salas de trabajo de parto es preciso contar en todo momento con medicamentos de emergencia, aun cuando no se los usa con mucha frecuencia. En consecuencia, suele suceder que al producirse una emergencia no haya existencias de esos medicamentos o haya expirado su validez. Si se los mantiene bajo llave para controlar el acceso, puede ocurrir que durante la emergencia no se tenga acceso inmediato a las llaves y esto puede acarrear demoras y crear riesgos para la vida de las pacientes. Por consiguiente, es importante proporcionar un acceso inmediato a los medicamentos de emergencia y, al mismo tiempo, mantener el control sobre su utilización.

En el Presbyterian Hospital de Nueva York (Pabellón Greenberg), los medicamentos de emergencia están almacenados en un pequeño carrito que se desplaza sobre ruedas. Dicho carrito se mantiene en el puesto donde se expiden los medicamentos, ubicado en el centro del pabellón de obstetricia, y puede llevarse fácilmente (en unos 15 segundos) a la sala de trabajo de parto o a la sala de parto, cuando ocurre una emergencia. En el carrito se encuentran todos los medicamentos de emergencia comunes, bolsas ambu, laringoscopio, cánulas endovenosas y otros suministros e instrumentos de emergencia.

El carrito se caracteriza por dos pequeñas innovaciones. En primer lugar, tiene un pequeño cerrojo de material plástico, similar a un broche, que se sujeta calzándolo a presión contra la puerta. Una vez cerrado, no es posible abrir este cerrojo. Cuando se necesitan los medicamentos, la barra de plástico debe cortarse con unas pequeñas tijeras o retorcerse a mano hasta que se rompa. Así, el acceso a los contenidos es inmediato, pues no se necesita una llave.

Se logra el control del uso no autorizado dado que cada cerrojo de plástico tiene un número que se asienta en un registro en el carrito. Quien rompa el cerrojo en situaciones de emergencia debe dejar constancia en el registro. Después de la emergencia, se reponen los artículos utilizados y se instala un nuevo cerrojo, cuyo número de identificación se consigna en el registro. Cada mañana, la enfermera de turno debe cerciorarse de que el cerrojo esté intacto y firmar el registro, como prueba de que el cerrojo fue verificado. Esto desalienta el uso no autorizado de medicamentos de emergencia.

La segunda innovación es aún más simple. Se indica con letras muy grandes, (tamaño 48 de los caracteres de imprenta) en un trozo de papel fijado con cinta adhesiva en la parte anterior del carrito, cuál es la fecha de expiración del medicamento que llegará antes a dicha fecha. Por consiguiente, el personal tiene claramente presente la fecha de expiración de los medicamentos. En la fecha de expiración, o antes, las enfermeras deben reemplazar con medicamentos nuevos a los que ya estén inutilizados, y al

hacerlo, deben colocar una nueva etiqueta en el carrito. Con esta práctica se asegura que en el carrito para emergencias siempre haya medicamentos activos.

Las innovaciones descritas pueden aplicarse fácilmente en países en desarrollo. Escribir una fecha de expiración en tamaño grande no cuesta nada y puede hacerse en cualquier lugar. Un libro de registro tiene un costo mínimo. Si bien el carrito con puerta y cerrojo tal vez cueste algo más que un carrito abierto, es una inversión que se hace por única vez y que dará lugar a economías, puesto que impide el uso no autorizado de los medicamentos

En cuanto al cerrojo de plástico, su costo no es muy alto, pero tal vez en un país en desarrollo no sea fácil conseguirlo. En cambio, se puede reemplazar con un cordel grueso y fuerte, anudado firmemente y de manera tal que sea preciso cortarlo para abrir la puerta del carrito. Dado que el cordel no puede identificarse con un número, es preciso adherir a



través de la hendidura entre la puerta del carrito y su marco una etiqueta donde se consigne un número de serie, la fecha y la firma de la jefa de enfermeras, de modo que sea preciso desgarrar el papel cuando se abre la puerta y así se acusará de inmediato que dicha puerta ha sido abierta. Es necesario hacer constar en el registro cada vez que se abra la puerta del carrito y luego, tras reponer los medicamentos y suministros, es preciso adherir una nueva etiqueta que selle la puerta.

En síntesis, con esta práctica es posible tener acceso inmediato a los medicamentos, suministros e instrumentos de emergencia y, al mismo tiempo, mantener un riguroso control del uso no autorizado.

Dileep V. Mavalankar, MD, DrPh

Asesor Superior de Gestión, programa AMDD  
Instituto Indio de Gestión, Ahmedabad

## EL ARTE, EN VÍAS DE DESAPARICIÓN, DEL PARTO VAGINAL INSTRUMENTADO

*Patsy Bailey, Profesora Superior de Columbia University y Especialista en Evaluación de la Salud Materno-infantil en Family Health International, escribió este artículo, en que recoge observaciones realizadas durante visitas sobre el terreno por cuenta del programa AMDD.*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un 8% de las defunciones derivadas de la maternidad en países en desarrollo se deben al trabajo de parto prolongado y/u obstruido (OMS 1996). Cuando no se le dispensa la atención apropiada, la mujer puede morir a causa de un desgarramiento del útero o de una infección y su hijito puede morir de asfixia. El parto obstruido también puede causar fístulas vesicovaginales y/o rectovaginales, problema común en África al sur del Sahara.

Uno de los componentes clave en la prestación de AOE es la asistencia al parto vaginal utilizando extractores al vacío o fórceps (Maine y otros 1992; OMS, 1996). No obstante, en recientes diagnósticos de necesidades de AOE realizados en virtud del programa AMDD en algunos países de América Latina se comprobó que la asistencia al parto vaginal instrumentado es infrecuente en todos los niveles de los servicios de salud y ya no se enseña en muchas facultades de medicina.

En realidad, en muchos países de América Latina y en varios del África occidental la asistencia al parto vaginal instrumentado puede ser muy infrecuente. La situación parece ser muy diferente en los Estados Unidos, Europa o Australia (Learman 1998; Read y otros 1994). Hace mucho tiempo que en la obstetricia europea reina la preferencia por la extracción al vacío, en lugar del uso de fórceps, mientras que en los Estados Unidos el uso de fórceps ha ido declinando en los últimos 10 años y, al mismo tiempo, fue aumentando la extracción al vacío. Por otra parte, la proporción de parto vaginal instrumentado ha permanecido invariable, en 10% a 12% del total de alumbramientos de

niños vivos (Learman 1998).

Los datos sobre tendencias muestran que en la mayoría de los países está aumentando la proporción de operaciones cesáreas, pero está disminuyendo al mismo tiempo la proporción de la asistencia al parto vaginal instrumentado (Notzon 1990). Aun cuando carecemos de datos sobre las tendencias del parto vaginal instrumentado en países de América Latina, el diagnóstico de necesidades realizado con el patrocinio del programa AMDD puso de manifiesto que el equipo era anticuado y había caído en desuso. El personal hospitalario señaló también la declinación en esa práctica e informó que sólo los profesionales de más edad tenían experiencia en materia de parto vaginal instrumentado, mientras que las operaciones cesáreas estaban reemplazando el uso de fórceps y la extracción al vacío.

Entre las razones que se aducen para no recurrir a la asistencia al parto vaginal instrumentado figuran los posibles traumas que podrían padecer el recién nacido y la madre. Entre las complicaciones posibles figuran los desgarramientos del aparato genital de la madre, que pueden requerir reparación. No obstante, esas complicaciones por lo general se subsanan al cabo de algunas horas o semanas (OMS y otros, 2000). Al pasar revista a los datos sobre extracción al vacío en comparación con el uso de fórceps, se llega a la conclusión de que el uso del extractor al vacío acarrea menos traumas a la madre y menor uso de anestesia general o regional y, además, redundaría en mayor número de partos vaginales y menor cantidad de operaciones cesáreas (Johanson y otros 2001).

*Continúa en la página siguiente*

## PARTO VAGINAL INSTRUMENTADO (continuación)

Si bien el parto vaginal instrumentado no es, por cierto, un sustituto de la operación cesárea, puede reducir la creciente cantidad de esta última, en particular en América Latina, donde se registran algunas de las más altas tasas del mundo (Notzon 1990). Allí donde el procedimiento de parto vaginal instrumentado se utiliza raramente, no es por azar que va aumentando la incidencia de la operación cesárea; esto se observa especialmente en los establecimientos urbanos y privados. En Managua, la proporción de operaciones cesáreas en 1998 fue del 25%; en el área metropolitana de Lima, en 1996 esa proporción fue del 16% (Datos de las Encuestas Demográficas y de Salud). La OMS recomienda que la proporción de operaciones cesáreas respecto del total de alumbramientos esté comprendida entre 5% y 15%.

El parto vaginal instrumentado reduce las tasas de morbilidad y los riesgos que conlleva la operación cesárea y, al mismo tiempo, reduce los costos de la atención obstétrica. Es posible impartir enseñanza sobre la extracción al vacío a profesionales de nivel intermedio, como las parteras, y aumentar así la cobertura de este servicio. Además, el parto vaginal instrumentado posibilita que las mujeres den a luz más cerca de su hogar, en establecimientos de nivel intermedio, cuando los hospitales no son fácilmente accesibles o están excesivamente ocupados. Las razones indicadas son todas válidas para promover que se preste renovada atención a la asistencia al parto vaginal instrumentado en los países donde se ha permitido que esta práctica vaya desapareciendo.

Johanson RB, Menon BKV. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2, 2001. Oxford: Update Software.

Learman L. Regional differences in operative obstetrics: a look to the South. *Obstet Gynecol* 1998; 92(4, Part I):514-519.

Maine D, McCarthy J, Ward VM. Guidelines for Monitoring Progress in the Reduction of Maternal Mortality: A Work in Progress. 1992. New York: UNICEF.

Notzon F. International differences in the use of obstetric interventions. *JAMA* 1990; 263(24): 3286-3291.

Read A, Prendiville W, Dawes V, Stanley F. Cesarean section and operative vaginal delivery in low-risk primiparous women, Western Australia. *Am J Public Health* 1994; 84(1): 37-42.

WHO, UNFPA, Unicef, World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: a guide for midwives and doctors. WHO/RHR/00.7, 2000. Geneva, Switzerland.

WHO. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Health, World Health Organization, Geneva. WHO/FHE/MSM/94.11, 1996.

### Encontrar tiempo para poder usar el nuevo equipo

Rwanda es un país serrano con caminos en malas condiciones y pocos vehículos. En realidad, en algunos lugares los vehículos sólo se ven en los días de mercado. Al igual que en otros países de África y Asia, en caso de emergencias médicas el transporte es sumamente costoso. La gente es tan pobre que en muchos casos sufragar una ambulancia está fuera de su alcance. Con frecuencia, cuando una parienta padece complicaciones obstétricas, la transportan en un coy cargado sobre la espalda y marchan cuesta arriba y cuesta abajo, hasta llegar a un hospital que ofrezca los servicios.

Los problemas en los transportes son parte de las razones por las que es importante que se disponga de AOE a distancia razonable para las mujeres que podrían padecer complicaciones obstétricas. En virtud de un proyecto CARE-AMDD, en los distritos de Gitwe, Kabgayi y Remera-Rujkoma, región de Gitarama, los hospitales están mejorando sus servicios de AOE. Los tres son hospitales gubernamentales que reciben pacientes remitidos por otros servicios, y ya estaban en funcionamiento.

En las visitas realizadas sobre el terreno en la primavera de 2002 se comprobó que con frecuencia los aparatos de extracción al vacío estaban arrumbados y sin uso. En lugar de atender localmente a las pacientes con placenta retenida, se las remitía a otro hospital, lo cual insumía varias horas de difícil transporte en angarillas. Cuando se preguntó al personal por qué no se usaban los aparatos, respondieron que no habían sido capacitados en esos procedimientos porque "no había tiempo para recibir instrucción".

Se planteó la cuestión al Director de Salud de la región, quien reconoció que no había políticas que impidieran que enfermeras o parteras realizaran extracciones al vacío; pero, en cambio, había escasez de personal calificado que dominara esa técnica. El Director convino en que era preciso impartir capacitación a enfermeras y parteras, pues esos procedimientos pueden salvar vidas. Actualmente hay planes de capacitación y se prevé la posibilidad de que un obstetra de Kigali imparta durante tres meses capacitación práctica sobre este procedimiento en uno de los establecimientos.

Durante las visitas sobre el terreno se comprobó también que en la región había numerosos casos de desgarramiento de útero debido a la práctica tradicional en las familias de dar a las mujeres yerbas oxitócicas que, según se cree, aceleran el parto, pero a riesgo de provocar desgarramientos del útero. El problema se ha subsanado parcialmente en el hospital de Kabgayi, donde un proyecto de CARE-AMDD ha ayudado a construir una confortable sala de espera para los parientes de mujeres que están en trabajo de parto. De esa manera, los parientes no pueden tener contacto directo con ellas y, por lo tanto, no les pueden suministrar yerbas oxitócicas posiblemente nocivas.

Mientras tanto, uno de los establecimientos ha estado remitiendo a hospitales todos los casos de desgarramiento de útero, pese a los graves problemas de transporte. El obstetra de Kigali también capacitará al médico encargado de las emergencias en técnicas quirúrgicas para que pueda atender los casos de desgarramiento de útero.

Grace Kodindo, MD

Jefa de la Sala de Obstetricia y Ginecología  
Hospital General de Remisiones, N'Djamena, Chad  
Equipo Técnico de AMDD

# PREGUNTAS Y RESPUESTAS: MONITOREO DE SERVICIOS OBSTÉTRICOS

Por Anne Paxton, PhD

*En esta columna se abordan algunos interrogantes planteados al usar los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, para monitorear el progreso en la provisión de servicios obstétricos de importancia crucial\*. Anne Paxton es una epidemióloga que ha trabajado en Asia y África. Es Oficial Superior de Programas encargada de monitoreo y evaluación en AMDD.*

**Pregunta:** ¿Sobre qué bases se estima que en una población dada de embarazadas, al menos 15% presentarán complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio?

**Respuesta:** Varios Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, utilizados para determinar el grado de disponibilidad y de utilización de los servicios y la calidad de la atención obstétrica de emergencia (AOE), se calculan utilizando la siguiente estimación: en una población dada de embarazadas, al menos 15% padecerán graves complicaciones obstétricas directas.

Por ejemplo, al Indicador 3 - Proporción del total de alumbramientos que deberían realizarse en establecimientos con AOE - se le asigna un mínimo del 15%. El Indicador 4 - Necesidad satisfecha - se calcula utilizando la estimación de 15% para las complicaciones previstas en el denominador. Muchas personas han preguntado de dónde sale esta estimación y si puede o no aplicarse a todas las situaciones.

La estimación del 15% fue propuesta en una versión inicial de los Indicadores de Procesos<sup>1</sup>, adoptada más tarde por un Grupo de Trabajo Técnico establecido en 1993 por la Organización Mundial de la Salud.<sup>2</sup> En esta reunión, se convino en establecer 15% como proporción mínima estimada de embarazadas que necesitan atención médica para evitar la muerte o la discapacidad.

Desde el punto de vista epidemiológico, puede considerarse que este 15% es el valor resultante de combinar la incidencia de las principales causas obstétricas directas de defunción. La gravedad de la mayoría de esas complicaciones obstétricas, entre ellas hemorragia, sepsis, complicaciones del aborto, trabajo de parto prolongado y obstruido y eclampsia o preeclampsia grave puede oscilar desde leve hasta mortal.

Una de las razones para establecer una estimación mundial de la morbilidad materna es que, en la práctica, es una medición extremadamente difícil. En primer lugar, hay dificultades prácticas tanto en ámbitos clínicos como en encuestas. Por ejemplo, muchas mujeres pierden sangre en el postparto; en algunas, esa pérdida es copiosa. En los libros de texto se suele definir la hemorragia como una pérdida de sangre superior a 500 ml. Pero no es ni fácil ni práctico medir la pérdida, aun en un ámbito clínico; además, al hacerlo se presupone que la mujer ha estado en el hospital desde el comienzo de la pérdida de sangre, en

lugar llegar cuando ya estaba en curso. No se utilizan métodos de encuesta para estimar la morbilidad materna debido a la dudosa validez de dichos métodos. Lo que parecería el procedimiento más obvio y directo para recopilar información - interrogar a las mujeres sobre lo que han experimentado - produce resultados sorprendentemente deficientes.<sup>3</sup>

Además, la forma en que se agrupan las complicaciones obstétricas en un estudio y la manera en que se definen operacionalmente influyen sobre los resultados del estudio. Por ejemplo, un estudio realizado en seis países del África occidental a mediados del decenio de 1990 sólo abarcó complicaciones obstétricas que desembocaron en hospitalización, muerte o intervención médica (operación cesárea, histerectomía o transfusión sanguínea).<sup>4</sup> No se incluyeron las complicaciones del aborto. Según ese estudio, la incidencia de la morbilidad materna grave fue de aproximadamente 6% del total de embarazos. Una de las razones por las que esa estimación tiene un nivel tan bajo es que se incluyó el tratamiento médico en la definición de complicación, cuando se trata de países donde hay grandes proporciones de mujeres que carecen totalmente de acceso a la atención médica.

En otra serie coordinada de estudios, la morbilidad potencialmente mortal se definió de modo de abarcar paludismo, hemorragia, eclampsia ("paroxismos/convulsiones") y desgarramientos del útero en cualquier momento del embarazo y el puerperio.<sup>5</sup> En la muestra recogida en la India se comprobó una morbilidad potencialmente mortal en 4,7% de los embarazos, en la muestra en Egipto 10,7% y en la muestra en Bangladesh, 32%.

Es importante señalar que 15% es sólo una estimación; lo probable es que, en la realidad, haya variaciones de un lugar a otro en lo concerniente a la morbilidad materna grave. Por cierto, la frecuencia de las complicaciones del aborto variará en función de las políticas y las prácticas relativas al aborto realizado en condiciones de seguridad. Por otra parte, con los Indicadores de Procesos no estamos tratando de medir la morbilidad o la mortalidad en una población, sino el nivel de servicios de AOE de los que tan frecuentemente carecen las mujeres. La utilidad de esa estimación reside en que es un valor básico de referencia que sirve de comparación al medir los cambios y mejoras en la utilización de la atención obstétrica de emergencia. ■

\* Los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, figuran en "Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services", preparado en 1991 por la Universidad de Columbia y el UNICEF y publicado en 1997 por el UNICEF, la OMS y el FNUAP.

1. Maine D. y otros. Guidelines for Monitoring Progress in the Reduction of Maternal Mortality, AWork in Progress. 1992, Sección de Estadística y Monitoreo del UNICEF. Véanse también: Hibbard, L.T., "Complications of Pregnancy and Delivery" en: Current Obstetric and Gynecological Diagnosis and Treatment, Lange, ed. Los Altos, CA: R.C. Benson, 1978, págs. 664 a 686. Hartfield, V.J. "Maternal Mortality in Nigeria Compared with Earlier International Experience". International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 1989, 18, págs. 70 a 75.

2. OMS, Indicators to Monitor Maternal Health Goals: Report of a Technical Working Group, Geneva, 8-12 November 1993, Ginebra, 1994.

3. Stewart K. y M. Festin. Validation study of women's reporting and recall of major obstetric complications treated at the Philippines General Hospital. International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 1995, 48, Suplemento, págs. 53 a 66.

4. Prual A. y otros. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(5), págs. 593 a 602.

5. Fortney J. A. y J. B. Smith, editores. The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries. Family Health International, 1997.

# MULTIPLICACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS RECURSOS

## AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS, PROMOCIÓN DE CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS, DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTOS

Los copartícipes en proyectos han utilizado fondos, asesoramiento técnico y materiales del programa AMDD, para desarrollar y ampliar los servicios de AOE, promover cambios en las políticas y difundir conocimientos en la creciente red mundial para impedir la defunción y discapacidad maternas. Lucille Pilling de Lucena, RN, MPH, Directora de Programas de AMDD; Katrina Stamas, Coordinadora de Programas de AMDD y Nadia Hijab, Consultora sobre Documentación de AMDD, pasan revista a los adelantos en esos diferentes temas. El texto proporciona algunos datos seleccionados y el cuadro ofrece un panorama más integral.

### Ampliación de los servicios

El UNICEF, el FNUAP, CARE y Save the Children están incorporando ahora la AOE en sus programas en diferentes partes del mundo. La labor del UNICEF en el Afganistán es sólo un ejemplo. El ex Representante Regional del UNICEF para el Asia meridional es ahora Representante Especial Adjunto de las Naciones Unidas en el Afganistán y tuvo un papel protagónico en cuanto a establecer la AOE como una de las tres prioridades de salud en el programa del UNICEF. El Afganistán forma ahora parte de la red de AOE del UNICEF-AMDD en el Asia meridional.

En verdad, el UNICEF está demostrando ahora en todo el mundo un firme compromiso en pro de la AOE. En marzo de 2002, Carol Bellamy emitió un llamamiento para reducir en todo el mundo la mortalidad derivada de la maternidad. Dijo que las acciones del UNICEF "para reducir la mortalidad de las madres en la región [del Asia meridional] se centran actualmente en velar por que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención obstétrica de emergencia".

En el estado de Rajasthan (India), un proyecto del FNUAP/AMDD sobre promoción y las conversaciones con el Secretario de Salud de ese estado redundaron en que se incorporara en el presupuesto de este año una partida para sufragar servicios de atención obstétrica y quirúrgica de emergencia en todos los hospitales de subdistrito de los 32 distritos de Rajasthan (el proyecto del FNUAP/AMDD abarca 7 distritos). En el plano local, funcionarios del programa AMDD y del FNUAP colaboraron con los gobiernos, los médicos de hospitales y los equipos de salud de distrito a fin de obtener un sustancial apoyo financiero del sector privado a los fines de la renovación hospitalaria y la resolución de problemas de gestión preexistentes.

Save the Children está ampliando los servicios en virtud de un proyecto financiado por AMDD en Malí y Viet Nam. Además, Save the Children está iniciando nuevos programas de AOE en el Pakistán y Guinea.

### Promoción de cambios en las políticas

El Gobierno de Bhután aplicaba una política según la cual sólo los médicos podían administrar anestesia. Esto significaba que en las zonas rurales, adonde los médicos no quieren radicarse para trabajar, la población tenía escaso acceso a servicios de emergencia. A raíz de lo expresado en conferencias y reuniones de AMDD, el Gobierno de Bhután inició un programa de capacitación en el país para enfermeras anestestistas. Después de finalizar el curso, las enfermeras trabajaron durante un año conjuntamente con un médico anestesista y ahora se encargan de administrar la anestesia en hospitales rurales. Además, se emitió una autorización normativa para que los centros de salud periféricos dispongan de servicios de tipificación de la sangre. La combinación de personal técnico competente y suministro de sangre posibilita que los centros de salud provinciales proporcionen tratamiento en casos de

### Experiencias personales de la multiplicación de los efectos de la AOE

Al comienzo del proyecto, era difícil y frustrante proponer cambios en el complejo ámbito hospitalario, donde las instalaciones estaban en mal estado, el personal no estaba motivado y tenía múltiples intereses individuales; y había numerosos problemas de gestión. Pero al cabo de un año y medio de ejecución del proyecto, la situación está cambiando:

El personal de la sala de obstetricia ha cambiado mucho, pues da pruebas de mayor respeto por las pacientes y mayor competencia en el manejo de los casos. En dicha sala hay un fuerte espíritu de equipo, que integra al personal de diferentes categorías. Ahora, cuando visitamos el servicio, las parteras quieren hablar con nosotros sobre los cambios que están presenciando. Los obstetras de más experiencia están proporcionando a los medios de difusión importantes informaciones sobre la mejora de la atención y la necesidad de realizar programas similares en otras partes del país. Los agentes de salud son ahora buenos promotores del programa.

Alo largo de los meses hemos ido poniendo en conocimiento del Ministerio de Salud lo que íbamos aprendiendo y los materiales que íbamos recibiendo. Al principio, fue difícil lograr que nos prestaran atención, pero ahora nos hemos transformado en importantes protagonistas de la AOE, representados en la fuerza laboral que presta servicios de salud reproductiva en el país. Pudimos influir sobre algunos enfoques programáticos al comunicar las enseñanzas recogidas a lo largo de la realización del programa y recibidas de la asistencia técnica y los materiales que proporcionó el programa AMDD.

Hemos participado activamente en el grupo encargado de preparar la guía y currículo nacionales sobre AOE. Ese grupo estuvo integrado por representantes del Ministerio de Salud, el UNICEF, la OMS, la Sociedad de Obstetricia de Etiopía y el Departamento de Obstetricia de la Facultad de Medicina. Hemos contribuido a subsanar la falta de comprensión acerca del contenido de esos materiales. Ahora, el Ministerio recurre a nosotros para que pongamos en su conocimiento las enseñanzas recogidas y los materiales recibidos. Además, en reuniones de las sociedades de obstetricia del África oriental, central y meridional, hemos presentado el proyecto, que suscitó valiosos intercambios de ideas entre los participantes. Varios donantes, entre ellos la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco Mundial y los Países Bajos, se han puesto en contacto con nosotros para conocer nuestra labor y algunos donantes están interesados en participar en el futuro.

Solomon Tesfaye, MD

Director del Proyecto de CARE, Etiopía

emergencia obstétrica en zonas remotas. (Un resultado inesperado fue que el Gobierno de Bhután apreció tanto el

proceso de diagnóstico de necesidades efectuado por AMDD que instituyó un procedimiento similar de diagnóstico y planificación en otros ministerios).

La Red Regional de Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM) ha promovido activamente cambios en las políticas relativas a la AOE en 19 países al sur del Sahara. Además de los ejemplos que figuran en el cuadro, cabe señalar que el Director de la RPMM ha presidido un comité del Grupo Interinstitucional para la Maternidad sin Riesgo, encargado de preparar guías para el apoyo a escala nacional en países en desarrollo. La RPMM también colabora con IPAS en la aplicación de estrategias para las complicaciones del aborto en países de África, y también colabora con la OMS-AFRO en estrategias de reducción de la mortalidad materna.

## Difusión de conocimientos

El FNUAP ha contribuido a distribuir información sobre la AOE mediante: la producción de un curso de aprendizaje a distancia sobre reducción de las defunciones maternas; la preparación de una serie de páginas en la Web para promover la AOE y los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, con excelentes hiperenlaces; la coordinación de un informe y una reunión sobre la fistula obstétrica; y la incorporación de proyectos de AOE en el informe anual del FNUAP para 2001.

El programa AMDD es una de las 12 instituciones aliadas que colaboran con el FNUAP y la Development Gateway

*Continúa en la página siguiente*

## EJEMPLOS DE AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS, CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS Y DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTOS

Ampliación de los servicios	
<b>Bangladesh</b>	El Organismo Japonés para la Asistencia Internacional ha convenido en proporcionar 47 juegos de equipo básico para AOE, así como otros suministros, por conducto del proyecto del Gobierno y el UNICEF que recibe apoyo de AMDD.
<b>Etiopía</b>	La capacitación sobre técnicas para salvar vidas que recibe apoyo de CARE, AMDD y ACNM ha atraído atención hacia la importancia de esta capacitación, que se presentó en programas periodísticos y televisivos. Esto, a su vez, creó demanda de ese tipo de capacitación en otros hospitales. Además, el Gobierno de los Países Bajos expresó su interés en duplicar la capacitación en un proyecto que financia en otra parte de Etiopía.
<b>Pakistán</b>	El Proyecto de salud de la mujer, por valor de 75 millones de dólares, iniciado en enero de 2002 por el Gobierno, el Banco Asiático de Desarrollo (BASD) y la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP), incorpora en su diseño el modelo de AMDD para la AOE. Dos de los establecimientos que reciben apoyo de UNICEF/AMDD han establecido escuelas de formación de parteras y movilizado recursos del sector privado y de otras fuentes.
<b>Guinea</b>	El Ministro de Salud preside el equipo local de RPMM, dedicado a mejorar la calidad de la AOE y el acceso a ésta. El Ministerio ha mejorado los establecimientos en cuatro distritos y prevé abarcar hasta 10 distritos; el Ministerio de Defensa ha aportado una ambulancia.
<b>Sri Lanka</b>	Tras la concertación de los recientes acuerdos de paz, el Gobierno convenció al Banco Asiático de Desarrollo de que proporcionara unos 20.000 dólares para realizar diagnósticos de necesidades de AOE en zonas donde anteriormente hubo hostilidades y que ahora son accesibles.
<b>Senegal</b>	El UNICEF patrocinó un curso sobre técnicas que salvan vidas, organizado por la RPMM. Una ONG española donó al proyecto una ambulancia.
<b>Tanzanía</b>	El UNICEF está proporcionando al proyecto de CARE/AMDD ambulancias que complementan la instalación de equipo en dos distritos para la comunicación por radio entre los centros de salud y el hospital adonde se remiten pacientes, y está promoviendo el acceso a los servicios de emergencia en zonas remotas.
<b>Viet Nam</b>	Como parte del proyecto de Save the Children/AMDD se intensifica la capacitación de instructores de AOE en las facultades de medicina de Hanoi y Hue. El resultado es no sólo una capacitación de mejor calidad para quienes prestan los servicios en los establecimientos apoyados por el proyecto, sino también para todos quienes pasan por esas dos instituciones, donde reciben formación dos tercios de los agentes de salud del país.
<b>África</b>	El programa AMDD apoyó diagnósticos de necesidades nacionales dirigidos por el FNUAP, que atrajeron fondos para formular proyectos y mejorar los servicios de AOE en Mauritania y el Senegal. Además, diagnósticos condujeron a la realización de otros en el Gabón, Guinea-Bissau y Guinea, con financiación del FNUAP.
Promoción de cambios en las políticas	
<b>Bangladesh occidental</b>	La iniciativa del UNICEF, apoyada por AMDD, creó una visibilidad suficiente para suscitar cambios normativos en las prácticas de adquisición. Se cuenta ahora con una lista nacional estandarizada y un sistema logístico para suministros y equipos destinados a servicios de AOE. Esto significa que tales suministros y equipos serán pedidos y distribuidos regularmente, reduciendo así los gastos y evitando episodios de escasez.
<b>Sierra Leona</b>	Gracias a las acciones de la RPMM, la política de salud reproductiva adoptada por el Ministerio de Salud asigna prioridad a mejorar la calidad de la AOE y el acceso a ésta. Los encargados de formular políticas, en su mayoría, son miembros de la red RPMM y el Vicepresidente del país ha convenido en patrocinar el equipo local de la dicha red. En todo el país se está tratando de equipar a los hospitales de distrito y mejorar los conocimientos prácticos del personal, con el apoyo del FNUAP, el UNICEF y la OMS.
<b>Zambia</b>	Como resultado de las acciones de la RPMM, el Ministro de Salud y otros encargados de formular políticas hicieron suyas las estrategias de reducción de la mortalidad materna, mejorando así la calidad de la AOE y el acceso a ésta.
Difusión de conocimientos	
<b>India</b>	Los talleres sobre auditoría de los servicios basada en determinados criterios, que fueron organizados por personal de AMDD en beneficio de oficiales de distrito, en proyectos apoyados por el UNICEF y el FNUAP, han generado una demanda de capacitación similar por parte de profesores de facultades de medicina, con miras a incorporar esta metodología en los hospitales y los currículos de postgrado. Otra novedad es que el grupo del hospital Emmanuel, laureado con un Premio de AMDD a los pioneros, invitó a un equipo integrado por un médico y dos enfermeras del Hospital para Fístulas de Addis Abeba a viajar a la India a fin de capacitar a médicos en la reparación de fístulas y la atención de pacientes de fistula. El viaje fue financiado por la Coryell Foundation.
<b>Región de África</b>	La RPMM organizó un taller regional, copatrocinado con AMDD, que se realizó en Côte d'Ivoire en beneficio de equipos nacionales de médicos, parteras, anestésistas, científicos sociales, médicos de la comunidad y abogados, sobre el tema "La prevención de muertes maternas es una cuestión de derechos humanos". La RPMM organizó otro taller regional en Zimbabwe sobre metodología de AOE, en beneficio de 19 equipos nacionales multidisciplinarios.

## MUPLICACIÓN DE LOS EFECTOS (continuación)

Foundation sobre el Portal POP/RH, iniciativa en la Internet relativa a cuestiones de población y salud reproductiva. Mientras tanto, tres centros regionales del FNUAP han solicitado los módulos de aprendizaje a distancia a los fines de la capacitación en AOE (Tailandia, Botswana y Uganda) y el proyecto AMDD/FNUAP en Mozambique ha traducido al portugués el Módulo 2 "Utilización de indicadores para determinar el progreso en la reducción del número de defunciones maternas" del Curso de Aprendizaje a Distancia, para su distribución entre todos los países de idioma portugués.

En Lima (Perú), CARE organizó reuniones con funcionarios del Ministerio de Salud, celebradas en mayo de 2002, a fin de informarles acerca de los programas de CARE para mejorar la salud materna en zonas rurales. Los representantes del Ministerio se interesaron particularmente en las estrategias de gestión empleadas en el proyecto de CARE apoyado por AMDD (Bases para Mejorar la Gestión de Emergencias Maternas – FEMME) cuyo objetivo es aumentar el acceso y la utilización de la AOE en el Departamento de Ayacucho, especialmente en lo concerniente a protocolos clínicos y diagramas murales que sintetizan las etapas de la atención clínica, además de los

Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas. También se interesaron en conocer de qué manera el personal de salud en servicios de AOE había simplificado los registros, en especial los de admisión, hospitalización y seguimiento de pacientes que reciben tratamiento en servicios de AOE. Otra cuestión importante fue la colaboración entre el proyecto, la Dirección Regional de Salud de Ayacucho y el Instituto Nacional Materno y Perinatal para impartir capacitación en AOE a médicos y parteras.

A raíz del interés del Ministerio, se invitó al personal del proyecto CARE y a otros aliados a participar en el Taller nacional para intercambio de experiencias sobre maternidad saludable y sin riesgo, realizado en Lima en mayo. Participaron altos funcionarios del Ministerio, representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el FNUAP y el UNICEF, así como representantes de programas de salud materno-infantil en las 34 direcciones regionales de salud de todo el país. El Director Regional de Salud de Ayacucho presentó el proyecto de FEMME. El Ministerio solicitó que cada representante de una Dirección Regional recibiera un juego de guías y diagramas sobre el protocolo de AOE. ■

### EL PREMIO FIGO-AMDD EN ARMENIA

En 2001 se estableció el Premio FIGO-AMDD al Servicio Comunitario Distinguido, como reconocimiento al mérito de los profesionales de salud que han hecho esfuerzos especiales por prevenir innecesarias pérdidas de vidas de mujeres a causa del embarazo y el parto. Una parte del Premio se destina a financiar una recepción en honor del premiado y de su contribución. El grueso del Premio se entrega al establecimiento donde trabaja el laureado, con el propósito de contribuir a mejorar los servicios.

La Dra. Lilit Poghosian, premiada en 2002, destinó el subsidio de 5.000 dólares a reparar el techo del Hospital de Maternidad de Gumri (Armenia). El Hospital, que tiene 50 camas, atiende unos 1.500 partos por año, al servicio no sólo de la población de su zona de influencia sino también de la población armenia transfronteriza, residente en el vecino país de Georgia. Se practican operaciones cesáreas en un 10% de los partos atendidos en el Hospital, y la tasa de defunción ha oscilado entre 1,2% y 1,7% en los últimos cuatro años. Si bien el importe del subsidio sufragó una buena parte de las tareas de renovación, se necesitan más fondos para finalizar el proyecto de reparación del techo y la Dra. Poghosian se está poniendo en contacto con donantes.

La recepción ofrecida en honor de la Dra. Poghosian fue la primera celebración después del terremoto que asoló la región, cuyos habitantes padecen graves privaciones económicas. Entre las 109 personas presentes figuraban funcionarios del Hospital de Maternidad de Gumri y representantes de la Oficina del Alcalde, además de otros profesionales de la medicina y varios dignatarios. La ceremonia fue difundida por la televisión de Armenia. ■

### UNA PRIMICIA PARA GELEMSO



A comienzos del verano de 2002, el programa AMDD recibió la foto del primer niño nacido mediante operación cesárea en el hospital de Gelemso (Etiopía). Cuando comenzó el proyecto CARE-AMDD había en este distrito sólo un pequeño dispensario que ofrecía un mínimo de servicios. En 2000, se construyó un hospital de distrito que no entró en funcionamiento debido a problemas de personal y gestión. Funcionarios técnicos de CARE y del programa AMDD efectuaron visitas al lugar para resolver los problemas, en colaboración con el personal del hospital y del Ministerio de Salud. Que se haya practicado la primera operación cesárea significa que ahora el establecimiento está completo y en funcionamiento, aun cuando sigue siendo el único al servicio de una población de 1,6 millón de personas, donde hay 72.000 alumbramientos por año. ■

#### 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 ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

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