

# AMDD

## NOTEBOOK

Responder a los retos, introducir cambios, salvar vidas

No. 3

Febrero de 2002

### ESTIMADOS COLEGAS:

A fines del decenio de 1960, cuando comencé mi carrera en Tailandia trabajando en el Ministerio de Salud Pública y Planificación de la Familia, sólo los médicos estaban autorizados a recetar anticonceptivos orales. Realizamos un estudio, basado en una lista de verificación, sobre la posibilidad de que las parteras distribuyeran anticonceptivos. Las conclusiones de ese estudio revolucionaron la planificación de la familia en Tailandia —el número de lugares donde las mujeres podían obtener píldoras aumentó pronunciadamente hasta 3.500—, y allende sus fronteras, dado que esa misma lista de verificación fue utilizada en otros países.

Como se informa en este número de *AMDD Notebook*, se han recogido experiencias en muchas partes del mundo acerca de la realización de diversos procedimientos por parte de agentes que no son médicos. Si realmente hemos de ofrecer una cobertura durante 24 horas diarias y 7 días a la semana para salvar vidas de mujeres, es preciso que consideremos maneras creativas de ofrecer esa atención.

No hay mucha justificación para que se limite a los médicos la administración de anestesia o a los obstetras la realización de operaciones cesáreas. Toda persona que pueda realizar una apendicectomía o reparar una hernia puede fácilmente recibir capacitación para efectuar cesáreas.

El factor fundamental es contar con programas bien supervisados y cuidadosamente preparados, que deberían centrarse especialmente en la experiencia práctica sobre la técnica que se desea impartir.

Lamentablemente, aún hay renuencia a considerar la mejor manera de prestar servicios en ámbitos donde los recursos escasean. Dicha resistencia se basa en la creencia de que sólo los médicos pueden prestar esos servicios o que cualquier otra solución es “atención médica de inferior calidad” y que “no queremos ofrecer a nuestra gente atención médica de inferior calidad”.

No obstante, hay hechos incontrovertibles que muestran que es posible ofrecer atención de calidad. En muchos lugares no hay leyes que impidan delegar esos tipos de servicios; es más bien una cuestión de práctica médica. En muchos países, la adopción de las decisiones normativas necesarias para delegar funciones, y así ampliar la base de agentes que prestan atención obstétrica de emergencia, recae estrictamente en el ámbito de incumbencia de los ministerios de salud.

Allan Rosenfield, MD

Decano

Mailman School of Public Health, Columbia University

Investigador Principal, Programa Averting Maternal Death and Disability (AMDD)

### EN ESTE NÚMERO

Buenas Prácticas	2
Privacidad de las pacientes: La clave de la dignidad	3
Preguntas y Respuestas : Registros	3
Ampliación de la base de agentes capacitados para atender emergencias obstétricas	4
Expertos en Asia meridional preparan un currículo sobre atención obstétrica de emergencia	6
Apoyo al diagnóstico de las necesidades de atención obstétrica de emergencia en el África occidental	6
La segunda D en AMDD: Tratamiento de la discapacidad y reparación de la fístula	7
Premios a los pioneros	8
Premios	8

## EL PROGRAMA AMDD

El Programa AMDD fue iniciado en 1999 en el Center for Population and Family Health, Mailman School of Public Health de la Universidad de Columbia, a fin de cooperar con países en desarrollo en mejorar la disponibilidad, la calidad y la utilización de servicios de atención obstétrica de emergencia.

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 abarca tres esferas conectadas entre sí: conocimientos técnicos, buena gestión y respeto de los derechos humanos.

El Programa AMDD ha entablado alianzas con organizaciones que ya realizan operaciones sobre el terreno. Esos aliados están ejecutando actualmente proyectos que reciben el apoyo del Programa AMDD en aproximadamente 50 países, entre ellos:

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 (RPM), 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 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  
JHPIEGO  
EngenderHealth (anteriormente, AVSC International).

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

## BUENAS PRÁCTICAS

### Una descontaminación oportuna

Los hospitales, en su mayoría, hacen hervir o pasan por autoclave los instrumentos que pueden seguir utilizando, como pinzas arteriales, portaagujas, catéteres y guantes. Antes de enviar al autoclave los instrumentos usados es preciso lavarlos a fondo para eliminar restos de sangre u otros tejidos de los pacientes. Actualmente, se recomienda la descontaminación química de esos instrumentos antes de lavarlos, para prevenir la infección accidental del personal que se encarga de esa limpieza. Esto es especialmente importante, tomando en cuenta la creciente incidencia del VIH y de otras enfermedades cuya vía de contagio es la sangre, como la hepatitis B. Dado que esta recomendación es relativamente reciente, no son muchos los hospitales que han establecido sistemas de descontaminación de los instrumentos.

Al sumergir los instrumentos en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos se eliminan la mayoría de los virus y muchas bacterias. No obstante, en la mayoría de los hospitales donde se ha instalado un sistema de descontaminación no se computa el tiempo que lleva ese proceso. Si los instrumentos permanecen en la solución de cloro durante más tiempo que el necesario, probablemente resultarán dañados; éste es especialmente el caso con los artículos de caucho. Por otra parte, si permanecen en la solución durante menos de 10 minutos, el procedimiento no es plenamente eficaz.

En la sala para trabajo de parto del **Hospital Ngudu, Tanzania**, que recibe la asistencia de la organización CARE y del Programa AMDD, se ha establecido un buen sistema de descontaminación. Al igual que en otros hospitales que cuentan con mecanismos de descontaminación, en la sala para trabajo de parto hay dos cubos cubiertos, parcialmente llenos de solución de cloro, para sumergir en ella los instrumentos después de su utilización. La innovación es que el hospital ha proporcionado un pequeño mecanismo de relojería, como el usado comúnmente en los laboratorios, que avisa cuando ha transcurrido un cierto lapso. En consecuencia, cuando una enfermera o un médico coloca los instrumentos en el cubo con solución de cloro, da cuerda al reloj para que al cabo de 10 minutos suene la alarma. En ese momento, se retiran los instrumentos y se los lava.

El Dr. Sutani Rugowe y su equipo en el Hospital Ngudu han demostrado de manera creativa cómo es posible perfeccionar el procedimiento de descontaminación utilizando un reloj de laboratorio de bajo costo, apenas 5 dólares.

Los relojes de ese tipo también pueden utilizarse al hervir los instrumentos o pasarlos por el autoclave, dado que el tiempo es un importante parámetro de control. Si el tiempo de hervido o paso por el autoclave es inferior al necesario, tal vez el proceso de esterilización no esté completo y los pacientes podrían correr riesgo de infección. Si el proceso es demasiado prolongado, se despilfarran un costoso combustible. Podemos aprender mucho de esta innovación en un remoto hospital de Tanzania.

**Dr. Dileep V. Mavalankar**

Asesor Superior de Gestión, AMDD

Profesor, Instituto Indio de Gestión en Ahmedabad

### Privacidad de las pacientes: La clave de la dignidad

El concepto de dignidad humana es intrínseco a los derechos humanos: toda persona, por el simple hecho de ser humana, tiene derecho a ser tratada con dignidad. Desde un punto de vista más utilitario, al establecer un ámbito donde las pacientes son tratadas con respeto es posible promover el uso de los servicios por parte de la comunidad.

La privacidad es un aspecto de la atención que suelen mencionar los profesionales de la medicina al intercambiar ideas acerca de los derechos de las pacientes. Como lo expresó el Dr. Luis Vega Centeno, Coordinador del proyecto CARE FEMME, que cuenta con el apoyo del Programa en el **Perú**: “A mi juicio, los derechos humanos requieren tres componentes: la privacidad; el derecho a saber cuál es el diagnóstico; y el derecho a ver la historia clínica”.

La obstetra Lidia Álvarez Enrique suele actuar como oficial a cargo del Centro de Salud de Tambo, ubicado en la provincia de La Mar en la zona central de las altiplanicies del Perú. En su opinión: “Las pacientes tienen derecho a la privacidad; derecho de ser respetadas como mujeres; y derecho a ser bien tratadas por el personal, a exigir un buen tratamiento y a estar satisfechas”. Dio el ejemplo de una mujer joven que había padecido complicaciones después del parto y que estaba en difícil situación física y psicológica. Aun cuando la mujer era pobre, el Centro le había asignado un sector separado para su recuperación.

En verdad, la privacidad de las pacientes es una de las maneras simples y poco costosas en que se puede promover su dignidad. En el Hospital Joypurhat de **Bangladesh**, el cirujano civil Dr. Anwar Ali ha colocado biombos para que las mujeres dispongan de privacidad en la sala para trabajo de parto, que se ha ubicado cerca del quirófano, para el caso de que haya complicaciones. El Dr. Ali tiene el propósito de ampliar la sala para trabajo de parto y cambiar la ubicación de la entrada para asegurar la privacidad y separación del vestíbulo común. Además, el Hospital ha construido retretes separados para las mujeres pacientes.

En el Hospital Ngudu, en **Tanzania**, se colocaron celosías en la sala de trabajo de parto a fin de ofrecer privacidad a las pacientes y, al mismo tiempo, permitir el paso de la luz y la ventilación. Al colocar una ventana a nivel más alto que el de las visuales puede alcanzarse el mismo objetivo, ofreciendo a las mujeres un ámbito privado para dar a luz e incorporando la dignidad y el respeto a las pacientes en el diseño general del establecimiento.



### PREGUNTAS Y RESPUESTAS: MONITOREO DE SERVICIOS OBSTÉTRICOS

Por Anne Paxton

*En esta columna se responde a las preguntas suscitadas por el uso de los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas para el monitoreo del progreso en la provisión de servicios obstétricos de importancia crucial. Anne Paxton es una epidemióloga que ha trabajado en Asia y África. Cumple funciones de Oficial Superior de Monitoreo y Evaluación de Programas en AMDD.*

**P:** ¿Qué registros deberían utilizarse para recoger datos sobre nacimientos, defunciones de madres, operaciones cesáreas y complicaciones obstétricas?

**R:** Para calcular los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas, es preciso que en los establecimientos se recojan los datos sistemáticamente. Casi todos los establecimientos de salud cuentan con algún sistema de rutina para consignar datos en forma de registros e historias clínicas de pacientes. La calidad de esos datos presenta enormes variaciones, al igual que los tipos y números de registros y sistemas de consignación de datos utilizados. Los datos que debe recopilar el establecimiento a fin de poder formular los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas son las cantidades de:

- partos,
- casos con complicaciones,
- operaciones cesáreas, y
- defunciones de madres<sup>2</sup>.

Los datos sobre partos, operaciones cesáreas y defunciones de madres suelen ser recogidos en los establecimientos de salud, aun cuando no siempre en un mismo registro. Los datos sobre nacimientos se encuentran fácilmente en el registro de admisiones, el registro de trabajo de parto y de alumbramientos, o el registro del pabellón de maternidad. Por lo general, el registro del quirófano contiene el más completo conjunto de datos sobre operaciones cesáreas. Los datos sobre defunciones de madres pueden encontrarse en un registro de altas de pacientes, a menos que exista un registro por separado para todas las defunciones en el establecimiento.

La recopilación de datos sobre complicaciones es menos directa. Por lo general, los registros de los establecimientos, incluso los de pabellones de maternidad,

no prevén espacios para consignar las complicaciones obstétricas; en ese caso, es preciso agregar una columna para esta información. Los directores de hospitales y de proyectos deben resistir la tentación de crear un registro nuevo por separado para las complicaciones obstétricas u otros datos con destino a los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas. Es más útil para el establecimiento mejorar y revitalizar los registros existentes, que crear más tareas administrativas para los atareados agentes de salud. Las mujeres que padecen complicaciones tal vez reciban tratamiento cuando están en la sala para trabajo de parto o el pabellón de maternidad (por ejemplo, mujeres cuyo trabajo de parto es prolongado), mientras que las mujeres con problemas de sepsis en el puerperio tal vez sean atendidas y tratadas en una sala de ginecología o de mujeres. Los datos sobre complicaciones del aborto o embarazo ectópico también pueden encontrarse en el pabellón de mujeres.

El personal del establecimiento debe analizar el desplazamiento de las pacientes por el edificio y dónde y de qué manera se registran los datos que las atañen, especialmente los atinentes a complicaciones obstétricas y defunciones de madres, antes de escoger los registros a utilizar para recopilar datos con destino a los Indicadores de Procesos. Los datos sobre pacientes, como los recogidos en la “cartilla de cabecera” o la historia clínica pueden ser útiles para validar los datos consignados en los registros y verificar que sean completos y fidedignos. No obstante, aquellos datos son demasiado engorrosos para utilizarlos en el registro sistemático y no deben emplearse como sustitutos de registros de pacientes. Es preferible utilizar los registros donde las variables principales se consignan de manera más completa y exacta, y no otros registros que tal vez dupliquen en parte esa misma información.

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

2. En los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas también se utilizan datos sobre intervenciones obstétricas clave efectuadas en un establecimiento de atención obstétrica de emergencia, llamadas “funciones señaladas”, pero esos datos serán considerados por separado en una columna futura.

# Ampliación de la base de agentes capacitados para atender emergencias obstétricas

*Nadia Hijab, Consultora sobre Documentación del Programa AMDD, pasa revista a las acciones encaminadas a ampliar el número de agentes de salud que proporcionan atención obstétrica de emergencia y delegar responsabilidades, sobre la base de investigaciones adicionales realizadas por Katrina Stamas, Coordinadora de Programas de AMDD.*

En muchos países en desarrollo, la cantidad de médicos obstetras es muy pequeña para absorber la cantidad de complicaciones obstétricas que ocurren, y la mayoría de esos obstetras residen en las principales ciudades. Otro grupo de profesionales de la medicina que escasea es el de los anestesiólogos. En algunos países, el problema está

exacerbado por la falta de agentes de salud capacitados y procedimientos adecuados. Quiénes no están en equilibrio entre el profesionalismo y la atención de emergencia.

El debate surgió en noviembre de 2001 cuando el presidente Bush rechazó la administración de anestesiólogos en la edición de la ley que se les aparecieron a los grupos profes-

Deborah Peckham, *Association of Anesthetists*, criticó, entre otras cosas, a las compañías de anestesiólogos por negligencia y por el mal uso del decenio pasado del país, las compañías pueden admitir que no quieren trabajar. El presidente de la Asociación se pronunció en contra de la capacitación; y

En 1993, *Epidemiology* destacó la necesidad de mejorar la atención de maternidad.



*el Director del Hospital Buzi, es un técnico de cirugía.*

Foto by CZIKUS CARRIERE

Bretaña”, donde había unas 35.000 parteras y 910 obstetras.<sup>1</sup> Es necesario autorizar a las parteras para que atiendan a las mujeres antes, durante y después del parto, a menos que haya complicaciones que requieran los servicios de un obstetra. Las parteras pueden “detectar los problemas tan eficazmente como los médicos”; “el sistema actual de parteras es un ejemplo de lo que puede lograrse a instancias de las autoridades y las tareas de las parteras no son diferentes de las de los médicos, y no la falta de un monopolio de los médicos”.

## África

En algunos países de África, como en India, son los anestesiólogos los que atienden a las mujeres antes de la anestesia; pero en otros países como Bhután, Etiopía, Nepal, Tanzania y

antes en un taller de capacitación Regional del Programa AMDD (véase el informe de la Comisión de la OMS sobre el consenso de capacitación de enfermeras como anestesiólogos en el uso de anestesia con anestesia espinal y los parteras podían cumplir con esas

funciones. El Dr. G. Pathak, que se impartía a las enfermeras, en el año 2001. El Gobierno de Nepal autorizó esa capacitación de las enfermeras de las instituciones de salud en un período de seis meses. Durante un período de seis meses, la labor de registrar una sola

complicación debida a la anestesia.

El Dr. L. K. Pathak, de **Nepal**, informó sobre experiencias de delegación de la atención al nivel apropiado cuando hubiera condiciones de seguridad, por ejemplo, capacitar a enfermeras en la atención básica en los casos de emergencia obstétrica. Al tropezar con la resistencia de los médicos, el Dr. Pathak replicó: “Si los médicos pueden garantizar que irán a zonas remotas, interrumpiré la capacitación de enfermeras. Las complicaciones después del aborto son otro grave problema de los hospitales y las

1. British Medical Journal, vol. 307, 7 de agosto de 1993, págs. 339 y 340.

enfermeras también reciben capacitación para atender esos casos. En Nepal sólo hay 52 anestesiistas; ¿podemos esperar hasta que haya un número suficiente de anestesiistas calificados para ofrecer servicios en zonas remotas? Hemos capacitado a enfermeras de hospitales y hemos preparado un currículo para impartir esos conocimientos”.

En **Etiopía**, la organización CARE, con el apoyo del Programa AMDD, está colaborando con el Ministerio de Salud en un proyecto de atención obstétrica de emergencia de tres años de duración que abarca tres hospitales en la región de Oromia, donde se estima que la mortalidad de madres es de 871 por cada 100.000 nacidos vivos, y donde el diagnóstico de necesidades destacó la insuficiencia de personal de salud capacitado. El personal de salud tiene una deficiencia media para asegurar que el equipo integrado por una enfermera instruida en tres meses, funciones simples y seguras, se convierten en rutina como de otros años, fueron es gentileza, honestic

## Técnicos africanos

En **Mozambique**, un profesional de técnico intermedio capacitado quirúrgicos tanto de víctimas de la guerra. 70% de los 17 médicos fueron capacitado el curso, de tres años en 1995 de 10.250 técnicos indicó que mortalidad postoperatoria, en intensidad,

Pese al éxito del curso previsto para los técnicos del intermedio y algunos nacional celebrados anunció su decisión de atraer a mayor posibilidad de arr limitarlos a los técnicos incluir a enfermeras

Se han registrado profesionales de quirúrgicas, como República Democrática del Congo.<sup>2</sup> El fundador de un hospital en Karawa capacitó a la primera enfermera cirujana en el decenio de 1950. De 321 operaciones cesáreas realizadas en Karawa en un período de 18 meses entre 1985 y 1986, 278 fueron practicadas por enfermeras cirujanas. Hubo dos defunciones, es decir, una tasa de mortalidad de 1%. ■

2. F. Vaz, S. Bergström, M. de L. Vaz, J. Langa y A. Bugalho, “Training medical assistants for surgery” en el Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77 (8).

3. Véase S. M. White, R. G. Thorpe y D. Maine en The Lancet, 12 de septiembre de 1987, págs. 612 y 613.

## Un técnico de cirugía en acción

El Hospital de Buzi es un hospital rural bien administrado, en la provincia de Sofala (Mozambique), al servicio de una población dispersa de 150.000 habitantes. El Director del Hospital, Silva Chirondo, es también el técnico de cirugía, y ocupa ese puesto desde su graduación en 1996. Cuando llegó, el quirófano había estado clausurado durante tres años, aun cuando había conservado los equipos, tras la

memoria. “trabajar”. emite tres de Beira, a mayoría

30 partos iones de Chirondo: estado de solíamos centros de averiadas n. Si los para las das, pues

equipo, el curso de trica de de Beira Naciones Programa iza en sí is ya no que solían promotor ar a las . Siempre área, las

aron las jar como el período embarazada n mensaje lo venir a murieron. ido cómo

operación, pero me quedé con la madre y al

niño. En ese momento, decidí seguir el curso”. ¿Está contento en Buzi? “Terminé sintiéndome a gusto. El trabajo es muy satisfactorio, especialmente la atención a las embarazadas. Antes teníamos estadísticas increíbles de mortalidad derivada de la maternidad, de modo que no estaba seguro de que fuéramos a salvar vidas. Pero ahora nuestras pacientes se reponen y se marchan caminando”.

## Expertos en el Asia meridional preparan un currículo sobre atención obstétrica de emergencia

En noviembre de 2001, los participantes en un taller convocado por la Oficina Regional del UNICEF para el Asia Meridional y el Programa AMDD en Dhaka (Bangladesh), examinaron y revisaron un proyecto de currículo sobre atención obstétrica de emergencia para capacitación de médicos, enfermeras y parteras, de modo de abordar las deficiencias de la formación en el país. Los 40 participantes también acordaron la adopción de medidas para elaborar un currículo relativo a las funciones de anestesia.

El Programa de Salud Materna y Neonatal de la JHPIEGO preparó los módulos de capacitación sobre la base de esquemas preliminares elaborados por la Dra. Sadiqua Jaffrey, la Sra. Imtiaz Kamal y el Profesor Tipu Sultan, a solicitud del Dr. Zafarullah Gill, Oficial Técnico Superior del Programa AMDD.

Se declaró que el taller era “acogedor para las parteras” y hubo un palpable entusiasmo al respecto. La Sra. Imtiaz Kamal, del Pakistán, dijo: “Tengo sumo agrado en haber llegado al día en que obstetras y parteras se sientan en torno a la misma mesa, intercambian ideas y llegan a acuerdos acerca de sus respectivas funciones para salvar vidas de madres ... Pienso que fue una reunión revolucionaria”.

La reunión comenzó con una presentación sobre las prioridades de la atención obstétrica de emergencia, los retos al respecto y los recursos de capacitación en los diferentes países. La Sra. Dale Davis, de la Oficina Regional para el Asia Meridional, del UNICEF, señaló la confluencia de la tecnología, la administración y los derechos humanos en “un nuevo enfoque sistémico integral para dispensar atención obstétrica de emergencia mediante acciones dinámicas para salvar vidas de mujeres”. El Dr. Harshad Sanghvi presentó el proyecto y se refirió a los principios de aprendizaje de adultos, así como a los aspectos fuertes y las limitaciones de la formación basada en la competencia. Destacó que el aprendizaje debe ser “innovador, muy interesante y divertido”. Los participantes convinieron en que “la sabiduría teórica” debía reflejarse en “la orientación en la acción”.

La Dra. Yasmin Ali Haque, de la Oficina del UNICEF en Bangladesh, al resumir los resultados del taller señaló que los participantes habían dedicado más de 900 horas/persona a examinar la cuestión de la capacitación basada en la competencia para salvar vidas de mujeres” y habían “generado una inmensa energía”. El primer programa de capacitación está previsto para mediados de 2002. En los seis países asiáticos mencionados, un equipo recibirá capacitación en un curso de 20 días de duración y se le proveerán materiales para continuar la instrucción en atención obstétrica de emergencia al regresar a sus lugares de origen. El programa completo de capacitación abarca cinco semanas de cursos en grupo, tres meses de práctica clínica autónoma y dos semanas de supervisión sobre el terreno. La capacitación se llevará también a otros países.

## Apoyo al diagnóstico de necesidades de atención obstétrica de emergencia en el África occidental

Con el apoyo del FNUAP y del Programa AMDD, los Gobiernos de cinco países del África occidental —el Camerún, la Costa de Marfil, Mauritania, el Níger y el Senegal— han conducido evaluaciones nacionales de necesidades relativas a la disponibilidad y el uso de la atención obstétrica de emergencia. En los diagnósticos de necesidades, que utilizan como base para la recopilación de datos los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas se seleccionaron los lugares más necesitados de ampliar los servicios obstétricos y se posibilitó el diseño de propuestas programáticas que habrían de ser consideradas conjuntamente con gobiernos y donantes.

La iniciativa ya ha atraído apoyo: se han movilizado recursos en tres de los países y hay buenas perspectivas de hacer lo propio en los otros dos. Dado el éxito logrado hasta la fecha, la iniciativa será duplicada en Gambia, el Gabón y Guinea-Bissau.

En octubre de 2000 se iniciaron las evaluaciones mediante un taller de metodología celebrado en Dakar, en beneficio de programadores de servicios de salud materna, tanto gubernamentales como del FNUAP. La decisión de organizar el taller fue resultado de la experiencia de evaluaciones de necesidades realizadas anteriormente en Marruecos y Malawi. Además, antes de comenzar los diagnósticos en cada país, los equipos acordaron por consenso las definiciones de complicaciones obstétricas y definieron y ensayaron estrategias para la recopilación de datos.

Se incluyeron en el estudio establecimientos de salud tanto públicos como privados y se contó con equipos nacionales que coordinaron las actividades a escala local, regional y nacional. En la recopilación de datos, los investigadores emplearon a personal paramédico capacitado. El FNUAP, el Programa AMDD y tres consultores independientes aportaron asistencia técnica. Se celebró un segundo taller subregional en que se presentaron los datos y se intercambiaron ideas sobre los planes para abordar algunos de los problemas detectados.

Las evaluaciones indicaron que, si bien la cobertura de servicios integrales era satisfactoria a nivel de la remisión a establecimientos de mayor capacidad, en todos los países era insuficiente el número de establecimientos que proporcionaban servicios básicos de atención obstétrica de emergencia. El grado de utilización de los servicios, tanto integrales como básicos, de atención obstétrica de emergencia era excesivamente bajo. La proporción de operaciones cesáreas, incluso en zonas urbanas, en muchos casos era inferior al valor mínimo del 5% del total de alumbramientos en la población, valor recomendado en los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas. Se están formulando medidas para obrar en consecuencia.

## Nuevos aliados

El Programa AMDD sigue forjando nuevas alianzas, con el propósito de evitar la muerte y discapacidad materna. Entre los aliados recientes cabe mencionar: **IPAS, Inc.**, para aumentar los centros de prestación de servicios de atención postaborto en Ayacucho (Perú), conjuntamente con el proyecto en curso CARE FEMME, que recibe el apoyo del Programa AMDD; y **The Hesperian Foundation**, para contribuir a apoyar la revisión de su publicación *A Book for Midwives* de 1995. Entre otras mejoras, la nueva edición incluirá todas las funciones básicas de la atención obstétrica de emergencia. Además, el Programa AMDD ha establecido una alianza técnica con **John Snow, Incorporated/USA** para proporcionar asistencia técnica a programas y proyectos de AMDD en países en desarrollo.

## La segunda D en AMDD

### Tratamiento de la discapacidad y reparación de la fístula

Por Katrina Stamas, Coordinadora de Programas en AMDD

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Programa AMDD han entablado una alianza internacional para colaborar en acciones relativas a la atención de fístulas. La fístula es un orificio anormal entre dos cavidades, o bien entre la vagina y la vejiga, o bien entre la vagina y el recto, que permite la filtración entre una cavidad y la otra. Al mejorar los servicios de atención obstétrica de emergencia se contribuirá en gran medida a prevenir esta discapacidad, resultante de complicaciones del embarazo; pero es necesario contar con capacidad para la reparación de dichas fístulas al producirse, y es preciso brindar tratamiento a los miles de mujeres que ya padecen esta discapacidad.

Aun cuando la reparación de la fístula es una operación relativamente simple, su costo medio de unos 400 dólares suele ser prohibitivo para la mayoría de las mujeres pobres y lo común es que los servicios no estén disponibles en zonas rurales. En consecuencia, esta discapacidad relacionada con el embarazo tiene devastadoras consecuencias físicas y sociales, entre ellas el aislamiento y la marginación de la víctima respecto de su familia y su comunidad.

Según la Dra. France Donnay, del FNUAP, los objetivos globales de la iniciativa interinstitucional son mejorar el acceso de las mujeres afectadas a servicios de calidad y facilitar la integración social de las pacientes que han recibido tratamiento, así como de las que aún están afectadas.

En los próximos tres años, se prestará apoyo directo a dos centros existentes que ofrecen reparación de fístulas, el Centro de Vida en Familia, en Nigeria, y el Hospital para Fístulas de Addis Abeba (Etiopía). Entre las actividades previstas cabe mencionar la financiación de trabajos de renovación, la ampliación de locales y la capacitación de personal. Los establecimientos colaborarán con sistemas locales de prestación de servicios de salud en lo tocante a los aranceles al usuario y recaudarán fondos de donantes africanos

**Puede obtenerse más información sobre el Hospital en el sitio Web del FNUAP: <http://www.unfpa.org/modules/populi/issues2001/april/feature3.htm>**

### “Una mujer tardó siete años en llegar hasta nosotros”

Ruth Kennedy, Coordinadora de Enlace en el Hospital para Fístulas de Addis Abeba, relata historias poco conocidas de mujeres que padecen fístulas y están llegando en grandes cantidades, a medida que se difunde información sobre la existencia de los servicios.

“El primer día, se sienta sola, mirando a las demás pacientes que sonríen, todas con pérdidas de orina igual que ella, y percibe la gentileza de las enfermeras, a quienes no preocupa el carácter repulsivo de las lesiones. Al día siguiente encuentra a una conocida que habla su idioma, comienza a hablar y se alivia su angustia. En su corta vida, ha padecido más traumas que los que hemos tenido los demás durante vidas más largas. Lo frecuente es que se haya casado joven, viva bajo la autoridad de su suegra, haya quedado embarazada cuando entraba apenas en la adolescencia y haya padecido un parto obstruido y prolongado, causante de la muerte del niño y lesiones a su vagina, su vejiga y/o su recto, con la consiguiente pérdida de orina y materia fecal. Rechazada por su esposo y sus parientes políticos, regresa a su propia familia, que no sabe qué hacer con esta hija enferma y maloliente. Se la ubica en un cuarto separado de la casa. Por primera vez en su vida, está totalmente sola.

El año pasado inauguramos otra sala —anteriormente, un depósito— para alojar a las mujeres que acuden al Hospital. A menudo, esas pacientes de fístula obstétrica se alojan en pequeñas habitaciones alquiladas en las proximidades, hasta que disponemos de espacio para ellas. Durante el día, permanecen con nosotros en el Hospital, que les ofrece comida. Cuando disponemos de espacio, aunque sea una cama compartida, se muestran encantadas. No tienen problemas en compartir el lecho con otra mujer que también tiene pérdidas, pues el contacto humano tiene especial importancia para estas mujeres marginadas.

Si las pacientes han acudido por iniciativa propia o enviadas por una amiga que ha recibido atención en el Hospital, lo probable

es internacionales para ofrecer la reparación de la fístula de manera gratuita o subsidiada.

Como parte de esa iniciativa, el Programa AMDD ya ha entregado al Hospital para Fístulas de Addis Abeba un subsidio para 2001. En Etiopía, donde se estima que tres de cada 1.000 embarazadas padecen de fístula, el personal hospitalario practica aproximadamente 1.200 operaciones por año. Merced al subsidio, se ayudará al hospital a ampliar los servicios estableciendo cuatro dependencias satélites, cada una de ellas para atender zonas insuficientemente servidas en las regiones septentrional, oriental, central y sudoccidental de Etiopía. Un equipo móvil procedente de Addis Abeba visitará esos lugares al menos una vez por año y permanecerá diez días para practicar operaciones de reparación y capacitar a especialistas locales en el procedimiento.

La demanda para recibir capacitación en este prestigioso establecimiento es tan grande que ya se han reservado plazas para 33 candidatos, hasta noviembre de 2004. La mayoría de ellos serán médicos africanos, pero algunos procederán del Pakistán y algunos de los médicos que trabajan en países africanos son europeos o estadounidenses; hay incluso un médico de un país tan lejano como Nicaragua.

Durante la estación de las lluvias, cuando disminuye el número de pacientes, el Hospital no acepta candidatos a la capacitación. En cambio, aprovecha el tiempo para impartir capacitación en zonas lejanas, lo cual es particularmente beneficioso debido a que el personal puede recibir formación en equipo, sin marcharse de los lugares donde suele trabajar. Recientemente, el Hospital ha comenzado a capacitar a enfermeras en la atención postoperatoria de la fístula.

El Programa AMDD también brinda apoyo a la capacitación para la reparación de fístulas en el Centro Médico Bugando (Tanzania), en virtud del proyecto CARE FEMME. El Director del hospital, Dr. Charles R. Majinge, se ha comprometido a mejorar la calidad de los servicios de atención obstétrica de emergencia en zonas rurales y envió un equipo de Bugando a fin de que recibiera capacitación en el Hospital para Fístulas de Addis Abeba.

es que lleguen muy debilitadas, es decir, cargadas por parientes, gravemente infectadas, sucias, malolientes, con grandes cantidades de parásitos, infecciones graves (a veces, septicemia), incapaces de caminar debido a su debilidad general o a graves contracturas nerviosas. Estas últimas se deben principalmente a haber estado en cuclillas durante mucho tiempo durante el parto y haber permanecido acostadas después de dar a luz, por lo general a un niño nacido muerto.

Para la mayoría de nuestras pacientes, el traslado hasta el Hospital es enormemente difícil. En algunas zonas reciben ayuda de misioneros, o algunos vecinos compasivos contribuyen a sufragar el viaje, o la familia vende una vaca, una oveja o un objeto valioso heredado en la familia. Algunas mujeres mendigan durante un tiempo, recorren un trecho del camino, vuelven a mendigar y repiten el proceso hasta llegar al Hospital. Una mujer tardó siete años en llegar hasta nosotros.

En promedio, el costo de una internación durante tres semanas y una operación quirúrgica en el Hospital para Fístulas es de 400 dólares. En algunos casos, las pacientes permanecen durante más tiempo debido a que se reabren las heridas y es necesario operarlas de nuevo. Otras permanecen más tiempo porque necesitan fisioterapia a más largo plazo. En el Hospital para Fístulas de Addis Abeba ofrecemos sin excepción tratamiento gratuito a todas nuestras pacientes. Se alienta a las mujeres a que sufraguen el viaje de regreso a su hogar, como contribución parcial a los gastos. No obstante, si una paciente no tiene medios, también sufragamos el regreso a su hogar.”

## Premios a los Pioneros

En 2001, se otorgaron otros dos Premios de AMDD a los Pioneros. Los laureados son el Proyecto Shimantik de Atención Primaria de la Salud Urbana en Dhaka (Bangladesh) y el Hospital Kunri Christian en Sindh (Pakistán).

El Programa AMDD ha establecido su Programa de Premios a los Pioneros, administrado por el Oficial Técnico Superior de AMDD, Dr. Zafarullah Gill, a fin de ayudar a las instituciones de países en desarrollo que ya están ofreciendo servicios obstétricos, pero necesitan alguna asistencia para iniciar o fortalecer la provisión de atención obstétrica de emergencia. Puede aportarse asistencia financiera de hasta 40.000 dólares. Las instituciones seleccionadas también pueden solicitar asistencia técnica de la red de especialistas del Programa AMDD.

Hay dos criterios principales de selección: que los candidatos tengan una historia de prestación de servicios en zonas insuficientemente atendidas donde hay una población usuaria de magnitud sustancial y que cuenten con capacidad para mejorar el acceso a la atención obstétrica de emergencia o su calidad. Hasta la fecha, se han otorgado premios a las siguientes instituciones: Asociación del Hospital Emmanuel (India); Hospital EPC De Metet (Camerún); Hospital Asha Kiran, Orissa (India); Hospital Solu, Phaplu (Nepal); y el Proyecto Integral de Salud Rural en Jamkhed (India). Las solicitudes pueden obtenerse en el sitio de Programa AMDD en la Web <http://www.amdd.hs.columbia.edu>

En diciembre de 2001, representantes de *AMDD Notebook* visitaron el Centro Integral de Atención de la Salud Reproductiva Khilgaon de Shimantik. Shimantik, una organización no gubernamental (ONG) fue establecida en 1979 en Shylet (Bangladesh oriental) por "algunos de quienes participaron en la guerra de liberación y pensaron que debían hacer algo en pro de la salud, el bienestar y la educación en su país", recordó el Dr. Ahmad Kabir, Presidente de la Junta Consultiva. Shimantik cuenta ahora con 122 funcionarios y apoya actividades de alfabetización, microcréditos y prestación de servicios en la zona rural donde está ubicada.

El caso de Shimantik es desusado dado que ofrece atención obstétrica en zonas urbanas de bajos ingresos; muchas ONG suelen trabajar sólo en zonas rurales. Shimantik posee cuatro clínicas en Dhaka, al servicio de unas 240.000 personas; cada clínica cuenta con dos equipos satélite que realizan visitas domiciliarias. La Clínica Khilgaon fue establecida en octubre de 2000 y en agosto de 2001 inauguró la atención durante las 24 horas del día. Los pacientes toman conocimiento de los servicios cuando los visitan los trabajadores sobre el terreno o cuando otras clínicas los remiten.

El Dr. Mizanur Rahman, Director de Proyectos, explica: "En agosto pasamos a estar equipados para el parto sin riesgo". Su equipo (médico, paramédico y enfermera) había finalizado su curso de capacitación en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Bangladesh.

En noviembre de 2001, la Dra. Syeda Bakr practicó su primera operación cesárea en la clínica, con el apoyo de un consultor en caso necesario. Después de finalizar su capacitación, se comprometió a permanecer en la clínica durante tres años.

El FNUAP sufragó los gastos de la capacitación y proporcionó los materiales necesarios. El Premio del Programa AMDD se destinará a mejorar los servicios en las cuatro clínicas a fin de proporcionar una atención obstétrica de emergencia integral.

*El equipo de Shimantik en el quirófano de Khilgaon, recientemente dotado de nuevas instalaciones.*



Foto:  
CZIKUS CARRIERE

## Premios

### Barbara Kwast: Miembro del Royal College



En septiembre de 2001, Barbara Kwast ingresó como Miembro ad eundem (por mérito) del *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) de Londres, y es una de las pocas parteras que han sido objeto de este reconocimiento. Como consta en el certificado, este reconocimiento se otorga a personas que han hecho una "contribución significativa al adelanto de la ciencia y el arte de la obstetricia y la ginecología".

La Dra. Kwast, ciudadana neerlandesa, es Asesora Superior del Programa AMDD. Ha trabajado en más de 30 países, principalmente en Malawi, Nigeria y Etiopía, donde enseñó obstetricia y contribuyó a la elaboración de currículos y el desarrollo institucional en materia de obstetricia.

Dame Lorna Muirhead, Presidenta del *Royal College of Midwives* y miembro del Consejo del RCOG, presentó a la Dra. Kwast para su admisión al RCOG y finalmente dijo: "Al leer acerca de la labor de la Doctora Kwast en el mundo en desarrollo, una se siente abrumada".

La Dra. Kwast, que también ha hecho numerosas publicaciones, continúa su cruzada en pro de la maternidad sin riesgo, en su carácter de asesora de instituciones internacionales, entre ellas el FNUAP, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

### Deborah Maine recibe el premio Carl Shultz



En la Conferencia Anual de 2001 de la American Public Health Association (APHA), celebrada en Atlanta, Deborah Maine recibió el prestigioso premio Carl Shultz. Carl S. Shultz era un pediatra y funcionario público que contribuyó a crear y poner en práctica el Programa Federal de Planificación de la Familia, conocido comúnmente como Título X. En la primera reunión de la Sección de Población de la APHA, en 1976, el Dr. Shultz propuso el establecimiento de este Premio. Poco después de que se hubo aceptado su idea, el Dr. Shultz falleció y los miembros de la Sección decidieron honrar su memoria dando su nombre al Premio. Desde entonces, el Premio se ha otorgado a quienes efectúan contribuciones en materia de salud reproductiva en varias partes del mundo. El primer Premio Carl Shultz fue conferido en 1977 a Christopher Tietze. Allan Rosenfield recibió el Premio en 1995 y entregó el Premio de este año a la Dra. Maine y a Henry P. David.

**AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY (AMDD)  
HEILBRUNN CENTER FOR POPULATION AND FAMILY HEALTH  
MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH,  
COLUMBIA UNIVERSITY  
60 HAVEN AVENUE, B-3, NEW YORK, NY 10032  
FAX: (212) 544-1933  
WEB: [HTTP://WWW.AMDD.HS.COLUMBIA.EDU](http://www.amdd.hs.columbia.edu)**