

3 La atención continua a través del tiempo y del espacio: riesgos y oportunidades



La atención continua es la que presta servicios esenciales a las madres, los niños y las niñas en momentos críticos de la adolescencia, del período antes del embarazo, del nacimiento y de la fase posnatal y neonatal, en lugares clave como los hogares y las comunidades, por medio de intervenciones de extensión y ambulatorias y en establecimientos sanitarios de fácil acceso para las mujeres y los niños. Las alianzas comunitarias en materia de salud constituyen componentes esenciales de una atención continua. No obstante, puede que lo más importante para reducir la mortalidad materna y neonatal sea la atención prenatal, la asistencia en el parto de personal capacitado y la atención posnatal a las madres y sus recién nacidos. Garantizar que existen servicios obstétricos de emergencia y de atención al recién nacido para abordar las complicaciones que puedan surgir en relación con el parto podría salvar muchas vidas que actualmente se pierden durante el parto y en el periodo neonatal temprano. El tercer capítulo del Estado Mundial de la Infancia de 2009 examina los servicios clave que integran la atención continua y cómo estas intervenciones pueden ampliarse y mejorarse.

La atención continua: prestación de servicios en momentos clave

Cada fase de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez, viene acompañada de exigencias apremiantes en materia de salud. Los servicios orientados a responder a las necesidades sanitarias interrelacionadas de las madres y los recién nacidos exigen unos altos niveles de continuidad e integración, características que no siempre han sido evidentes en las políticas, programas y alianzas dirigidas a mejorar la salud materna y neonatal.

El objetivo del marco de actuación de la atención continua es trascender el enfoque tradicional centrado en las intervenciones simples, concebidas para abordar enfermedades específicas, propugnando en su lugar un modelo de atención sanitaria primaria que abarque todas las etapas de la salud materna, neonatal e infantil. El éxito de este marco de actuación, no obstante, depende de la prestación de unos servicios esenciales y de la ejecución de unas prácticas mejoradas en momentos clave del ciclo vital con

el objeto de crear un nexo de unión entre las madres, los recién nacidos, sus hogares y sus comunidades, y los servicios de maternidad y de atención sanitaria básica¹.

El Capítulo 3 ofrece una visión general de los servicios esenciales que son necesarios para que exista una atención continua materna y neonatal, entre ellos la mejora de la nutrición, de las instalaciones de agua y saneamiento así como de las prácticas de higiene, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, unos servicios de salud reproductiva de calidad, una atención prenatal adecuada, la asistencia en el parto de personal capacitado, unos cuidados de emergencia básicos e integrados, tanto obstétricos como de atención al recién nacido, la atención posnatal y la Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia.

Este capítulo examina también brevemente los puntos idóneos para la prestación de servicios sanitarios: en el ámbito del hogar y las comunidades, mediante servicios de extensión y ambulatorios y en los establecimientos sanitarios.

Servicios de la salud reproductiva de calidad

Si bien inicialmente los objetivos de salud reproductiva no estaban incluidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en la Cumbre Mundial celebrada en septiembre de 2005 se adoptó la decisión de lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015. A continuación se adoptó un nuevo marco de actuación para los ODM, de modo que en los objetivos revisados de enero de 2008 se incluye un objetivo sobre salud reproductiva (*para conocer más detalles acerca del nuevo objetivo y sus indicadores, véase el recuadro de la pág. 20*).

El nuevo objetivo refleja en parte el consenso cada vez mayor existente en torno a la necesidad de mejorar la salud reproductiva. Otro objetivo consiste en revertir la incidencia creciente de las infecciones del tracto reproductivo y las enfermedades de transmisión sexual, en especial el VIH. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que las prácticas sexuales sin protección constituyen el segundo factor de riesgo más importante de muerte y discapacidad

Una nutrición materna adecuada, que incluya el aumento de la ingesta de alimentos y la administración de suplementos de micronutrientes, es fundamental para la salud y la supervivencia de las madres y los recién nacidos.

en los países más pobres, y el noveno más importante en los países desarrollados². Casi la mitad de las infecciones por VIH se dan entre personas jóvenes, en especial mujeres: en África subsahariana el número de mujeres que viven con el VIH es casi el doble que el de hombres³.

Fortalecer la capacidad reproductiva a escala nacional exigirá detectar los problemas, fijar prioridades y formular estrategias con la participación de todas las partes interesadas. La OMS ha definido cinco actuaciones prioritarias clave en relación con los servicios de salud reproductiva, consistentes principalmente en reforzar la capacidad de los sistemas sanitarios, mejorar la información empleada a la hora de determinar las prioridades, estimular la voluntad política, crear unos marcos de actuación legislativos y regulativos que respalden el proceso, y mejorar los procesos de supervisión, evaluación y rendición de cuentas⁴.

Mejorar la nutrición de las madres y de los recién nacidos

La nutrición adecuada de las niñas adolescentes y las mujeres embarazadas es fundamental para la salud y la supervivencia tanto de las madres como de sus recién nacidos. La desnutrición de las madres jóvenes incrementa los riesgos de salud tanto para ellas como para sus bebés. Un índice bajo de masa corporal (inferior a 18,5 kg/m²) en las mujeres embarazadas aumenta el riesgo de mortalidad materna y neonatal, al igual que ocurre cuando la madre padece retraso en el crecimiento. Un bajo índice de masa corporal puede restringir el crecimiento del feto, lo que constituye un factor de riesgo de afecciones tales como el bajo peso al nacer⁵.

Los programas orientados a mejorar la salud materna cada vez se centran más en mejorar la alimentación de las niñas y las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital. Junto con el incre-

mento de la ingesta de alimentos, se fomenta la administración de suplementos de ácido fólico y hierro durante el embarazo, y de vitamina A durante el periodo posparto. Además, la diversificación de alimentos, el uso de sal yodada y la eliminación de parásitos constituyen intervenciones clave para fortalecer el estado nutricional de las mujeres embarazadas y las madres.

La administración de suplementos de ácido fólico ha demostrado ser eficaz para prevenir defectos del tubo neural, y en general, los programas de atención prenatal deberían ofrecer también otros micronutrientes tales como el zinc. Se ha probado que existe una relación directa entre las deficiencias de zinc y el retraso en el crecimiento, la diarrea y el paludismo⁶.

Ganarse la confianza de las mujeres embarazadas por medio de estos programas de administración de



Se precisan más trabajadores sanitarios a fin de prestar servicios esenciales a las mujeres en momentos críticos durante el embarazo. Una enfermera practica una revisión prenatal a una mujer embarazada en el Centro de Salud de Enguela, Djibouti.

Reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas y prevenir y tratar el VIH y el paludismo son medidas cruciales para mejorar la salud materna y neonatal.

suplementos puede resultar una forma muy útil de animarlas a que continúen asistiendo a los centros para recibir otros servicios profesionales de atención prenatal. El uso cada vez mayor de clínicas y hospitales contribuirá también a recabar datos sobre la salud de las mujeres embarazadas y las madres, que son particularmente escasos en las regiones menos desarrolladas y en los países y comunidades más pobres.

Abordar las enfermedades infecciosas, el VIH y el paludismo

Tal como se subrayaba en el Capítulo 1, las infecciones graves figuran entre las principales causas directas de

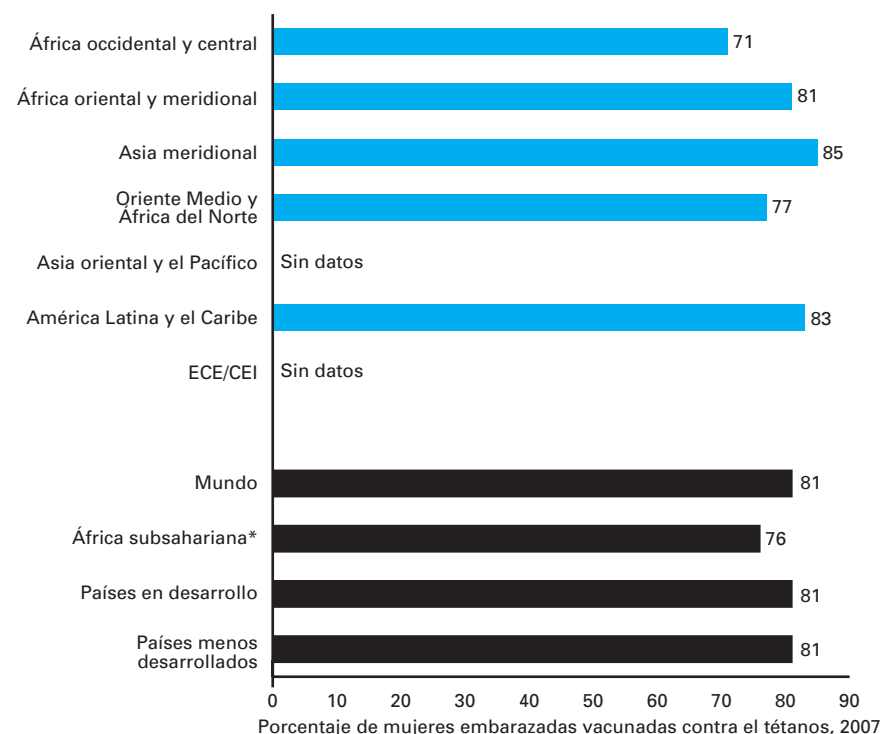
muerte materna y neonatal. En 2000 –el último año para el que se dispone de datos fehacientes acerca de las causas de mortalidad– ocasionaron el 36% de las muertes neonatales. Reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas tales como la sepsis/neumonía, el tétanos y las infecciones de transmisión sexual, así como prevenir y tratar el VIH y el paludismo son, por tanto, medidas fundamentales a la hora de mejorar la salud materna y neonatal (*véase el recuadro en la pág. 49 sobre la Erradicación del tétanos materno y neonatal*).

Prevenir la infección por VIH de las mujeres en edad de concebir y tratar a

las mujeres embarazadas mediante los medicamentos combinados existentes puede reducir de forma importante la transmisión del virus a sus bebés. Aumentar los conocimientos acerca del VIH entre los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años –tanto hombres como mujeres– es fundamental para evitar que esta enfermedad se propague. En 11 de los 15 países para los que se dispone de datos suficientes, los índices de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de entre 15 y 24 años han descendido desde 2001⁷. Si bien es cierto que se trata de un progreso alentador, aún es necesario hacer mucho más con el fin de impulsar las actividades de prevención del VIH y de abordar las causas sociales, económicas y políticas de la epidemia del SIDA.

Gráfico 3.1

Protección contra el tétanos neonatal



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: UNICEF y la Organización Mundial de la Salud.

Siguiendo la línea del nuevo enfoque de los ODM en materia de salud reproductiva, los programas dirigidos a mejorar la supervivencia materna deberían incluir intervenciones que contribuyan a tratar y disminuir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual.

La distribución de mosquiteros tratados con insecticida a las mujeres embarazadas en las zonas endémicas de paludismo puede reducir la incidencia de esta enfermedad, mejorando la salud tanto de las mujeres embarazadas como de sus futuros bebés. El tratamiento preventivo intermitente del paludismo durante el embarazo se está empleando a la vez para prevenir y para tratar la enfermedad. El método consiste en administrar una dosis sencilla de un medicamento antipalúdico al menos dos veces durante el embarazo, con independencia de que la embarazada

Erradicar el tétanos materno y neonatal

El tétanos sigue siendo una causa importante de muerte materna y neonatal: en 2002 se cobró las vidas de 180.000 recién nacidos y de entre 15.000 y 30.000 madres. Esta enfermedad sobreviene cuando una bacteria, el *Clostridium tetani*, infecta un corte o una herida. El alumbramiento o la práctica de abortos en condiciones de higiene inadecuadas pueden causar el tétanos materno, mientras que el tétanos neonatal está causado por la falta de higiene al manipular el cordón o el muñón umbilical en los bebés. Si no se dispensa atención médica de emergencia en un hospital, el tétanos neonatal resulta casi siempre mortal. Al igual que ocurre con otras causas de muerte materna y neonatal, la mayor parte de las muertes derivadas del tétanos se registran en África subsahariana y en Asia, en especial en las comunidades pobres y marginadas donde el acceso de las mujeres a una atención sanitaria de calidad es escaso o inexistente y hay pocos conocimientos acerca de las prácticas relacionadas con el parto seguro.

El tétanos es fácil de prevenir inmunizando a las mujeres adultas y empleando prácticas higiénicas durante el parto. La aplicación creciente de ambas medidas –en particular la inmunización de las mujeres embarazadas– ha reducido de forma importante la cantidad de casos y de muertes por tétanos materno y neonatal registrados desde 1980, el primer año para el que se dispone de datos integrados. En 1988, el tétanos fue la causa de cerca de 800.000 muertes neonatales, y más de 90 países declararon la incidencia a escala de distrito de uno o más casos de tétanos neonatal por cada 1.000 nacidos vivos. A mediados de 2008 el número de países que declaraban registrar uno o más casos de tétanos materno y neonatal a escala de distrito había descendido a 46.

La inmunización se cuenta entre las intervenciones más importantes para combatir el tétanos materno y neonatal. La vacuna del tétanos toxoide ha demostrado su eficacia en la lucha contra esta enfermedad, ya que con dos dosis se alcanza la concentración suficiente de antitoxinas en la mayoría de los casos, y casi un 100% de inmunidad después de la tercera dosis. La tasa mundial de inmunización contra el tétanos neonatal en las mujeres embarazadas ha aumentado de forma espectacular desde 1980, en que era del 9%, hasta el 81% en 2007. No obstante, esto implica que 1 de cada 5 recién nacidos permanece aún desprotegido. Ello se debe en parte a que se desaprovecha la oportunidad de inmunizar a las mujeres embarazadas cuando visitan los establecimientos sanitarios para recibir atención prenatal, a que cuando éstas llegan ya es demasiado tarde para vacunarlas, o a que no se les administra la vacuna después del parto para protegerlas en futuros embarazos.

Las víctimas potenciales del tétanos viven en comunidades en las que el acceso a los servicios de salud e inmunización es escaso. Con el fin de llegar a estas personas se puso en marcha una solución innovadora, conocida como el “enfoque de alto riesgo”. El objetivo de esta iniciativa es inmunizar a todas las mujeres en edad fértil que residen en zonas consideradas de alto riesgo con al menos dos dosis de la vacuna de tétanos toxoide. Además, se imparte información a las comunidades acerca de los factores de riesgo del tétanos –entre los que figuran la falta de higiene durante el parto y la falta de inmunización–, se promueve la mejora de las prácticas durante el parto, y se intensifica la vigilancia para detectar los casos de tétanos neonatal. Cuando no existe constancia de que una mujer haya recibido la vacuna del tétanos toxoide siendo niña, se le administra una dosis de refuerzo.

El enfoque de alto riesgo se ha adoptado de forma muy amplia, lo que ha permitido que 64 millones de mujeres recibieran al menos dos dosis de tétanos toxoide entre 1999 y 2005. Los resultados a escala nacional han sido impresionantes:

- En *Nepal*, antes de dar comienzo el proceso de inmunización a principios de la década de 1980, las encuestas revelaban unos índices elevados de tétanos neonatal entre los recién nacidos. Después de que se iniciaron las actividades de inmunización de las mujeres adultas y se aplicó el enfoque de alto riesgo, para 2005 el índice había descendido en todos los distritos a menos de 1 muerte por tétanos neonatal por cada 1.000 nacidos vivos.
- Una encuesta practicada en *Egipto* en 1986 revelaba que por cada 1.000 recién nacidos, 7 morirían por causa del tétanos neonatal, mientras que el índice en las zonas rurales era de 10 por cada 1.000 nacimientos. Tras la aplicación del enfoque de alto riesgo, en 2007 el índice había descendido en todos los distritos hasta un nivel inferior a 1 muerte por cada 1.000 nacidos vivos.
- A mediados de la década de 1980, el índice de tétanos neonatal de *Bangladesh* era de hasta 20 y 40 casos por cada 1.000 nacidos vivos en algunas partes del país. En aquella época sólo el 5% de las mujeres en edad de procrear eran inmunizadas con el tétanos toxoide, y sólo el 5% de las mujeres tenían oportunidad de dar a luz en condiciones higiénicas. La adopción del enfoque de alto riesgo contribuyó a que los índices de mortalidad por causa del tétanos neonatal de Bangladesh se redujeran a menos de 1 muerte por cada 1.000 nacidos vivos para 2008.

En algunos lugares se ha aprovechado el enfoque de alto riesgo para prestar otro tipo de intervenciones junto con la vacuna del tétanos toxoide, entre las que figuran la inmunización contra el sarampión (como es el caso de Kenya y el Sudán meridional), y la administración de vitamina A (en la República Democrática del Congo). Otros países como Etiopía, Uganda y Zambia han incorporado este enfoque a los mecanismos de prestación de intervenciones esenciales. Un beneficio clave del enfoque de alto riesgo es que además de reducir el tétanos neonatal disminuye las desigualdades en el acceso a la atención materna y neonatal dentro de los países y demuestra que es posible prestar servicios de atención sanitaria a poblaciones que a menudo se han visto excluidas o relegadas al olvido.

Véanse las referencias, pág. 109.

La atención prenatal brinda la oportunidad de llegar a las mujeres embarazadas mediante múltiples intervenciones, tales como la inmunización, la administración de suplementos de micronutrientes y las prácticas de higiene mejoradas.

padezca o no la enfermedad. Pese a considerarse un tratamiento eficaz, la cobertura de este tratamiento sigue siendo restringida en las zonas endémicas de paludismo⁸.

Ampliar la atención prenatal

Muchos de los problemas de salud que afectan a las mujeres embarazadas se pueden prevenir, detectar o tratar mediante las visitas prenatales. La atención prenatal permite llegar a las mujeres embarazadas por medio de múltiples intervenciones que pueden resultar vitales para su bienestar y el de sus bebés. Los suplementos nutricionales de proteínas, ácido fólico y hierro suministrados por el personal sanitario capacitado o los tra-

bajadores sanitarios comunitarios pueden tener efectos beneficiosos, al reducir el riesgo de que la madre padezca anemia y de que el bebé nazca con un peso inferior al normal.

UNICEF y la OMS recomiendan un mínimo de cuatro visitas prenatales durante el embarazo. Estas visitas facilitan la prestación de servicios clave a las mujeres embarazadas, como por ejemplo medidas para detectar y tratar el paludismo y la anemia, inmunizaciones contra el tétanos, el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y terapia antirretroviral para las mujeres embarazadas que viven con el VIH, y la difusión de información

vital para las mujeres embarazadas acerca de los riesgos asociados al embarazo y el parto. Debido a la escasez de datos y al hecho de que en numerosos países se prestan muchos menos servicios que el mínimo recomendado por el grupo interinstitucional de Naciones Unidas, la mayor parte de los datos se refieren a mujeres que han realizado al menos una visita prenatal⁹.

En el mundo en desarrollo en su conjunto, tres cuartas partes de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal por parte de un trabajador sanitario capacitado en al menos una ocasión, si bien las encuestas en los hogares de las que provienen estas cifras no especifican nada acerca de la calidad del servicio o de la información que reciben.

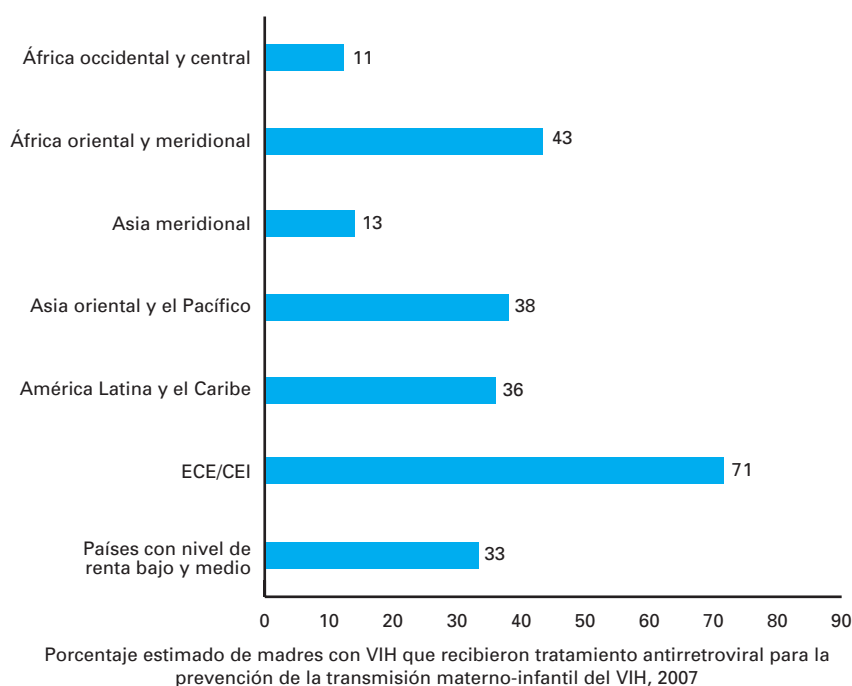
En tres regiones –América Latina y Caribe, Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes, y Asia meridional y Pacífico– cerca de 9 de cada 10 mujeres embarazadas reciben visitas prenatales en una o más ocasiones. Estos porcentajes son mucho menores en Oriente Medio y África del Norte, África subsahariana (en ambos es del 72%) y Asia meridional (el 68%).

Incluso considerando el índice de cobertura relativamente bajo de estas regiones, la atención prenatal representa una oportunidad importante de hacer llegar intervenciones esenciales a una gran cantidad de mujeres embarazadas¹⁰.

La integración por módulos de las intervenciones esenciales, en especial las que actualmente son objeto de mayor interés –como los mosquiteros

Gráfico 3.2

Profilaxis antirretroviral para las madres que viven con el VIH para prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH

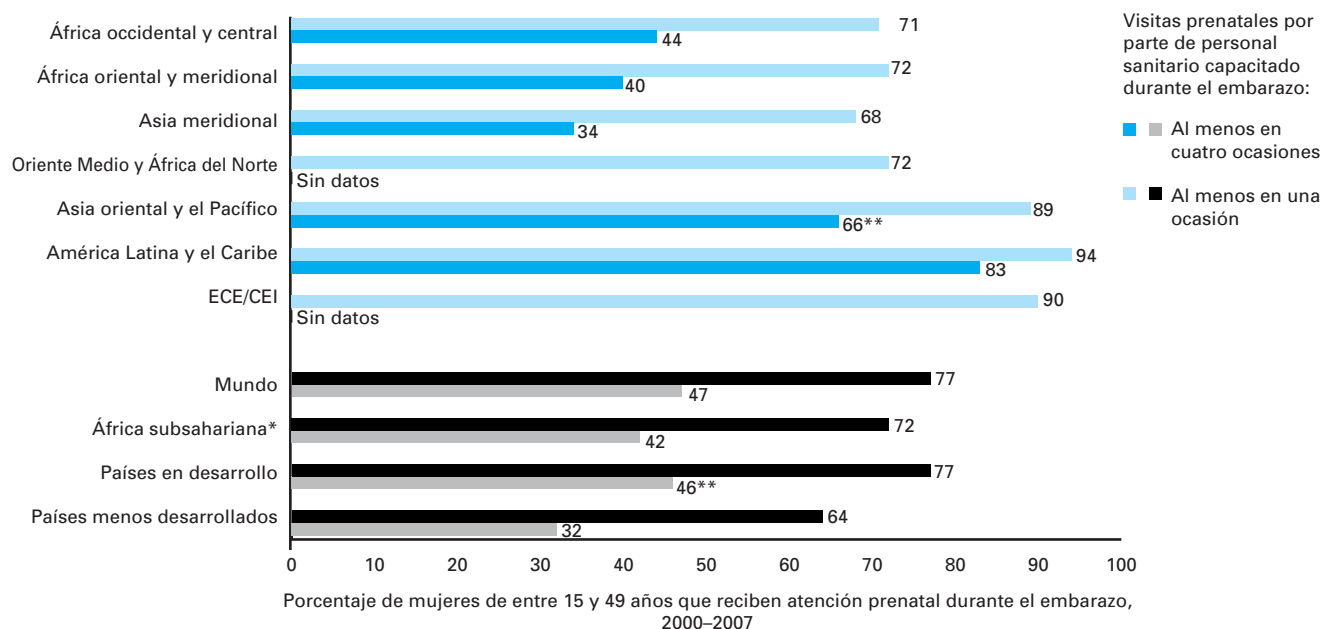


Fuente: UNICEF, ONUSIDA y OMS, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008*, UNICEF, Nueva York, 2008, pág.43.

En los países menos desarrollados, 1 de cada 3 mujeres no reciben atención antenatal durante el embarazo, y 3 de cada 5 mujeres dan a luz sin asistencia de un trabajador sanitario capacitado.

Gráfico 3.3

Cobertura de la atención prenatal



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central. ** Excluida China.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas del hogar de ámbito nacional.

tratados con insecticida— puede ser un medio para fortalecer la demanda y el uso de los servicios prenatales. Asimismo puede ser un modo de animar a las mujeres a que acudan a las clínicas y a los lugares donde se prestan servicios de extensión para recibir atención prenatal en una fase más temprana de su embarazo.

Garantizar la asistencia de personal capacitado en el parto

El parto puede constituir una ocasión de riesgo no sólo para el bebé sino también para la madre. Tres cuartas partes de todas las muertes maternas se producen como resultado de complicaciones durante el parto o en el periodo posparto inmediato. Entre estas complicaciones figuran las hemorragias (que ocasionan el 25% de las muertes maternas), las infeccio-

nes (15%), complicaciones derivadas de la práctica de abortos (el 13%), la eclampsia o los trastornos de hipertensión relacionados (el 12%), y la obstrucción en el parto (el 8%)¹¹.

Reducir las muertes maternas derivadas de complicaciones en el parto es totalmente posible aumentando el número de nacimientos asistidos por un trabajador sanitario capacitado, es decir un médico, un auxiliar de enfermería o una partera capacitada. El personal sanitario capacitado debería no sólo ser capaz de atender un parto normal o un parto con complicaciones moderadas, sino que también debería poder reconocer cuando se trata de complicaciones graves que requieren atención más especializada. De cualquier modo, incluso aunque existan trabajadores sanitarios capa-

citados, es preciso que cuenten con los medicamentos, los suministros y los equipos básicos que les permitan prestar unos servicios adecuados, sobre todo cuando se producen complicaciones graves como las hemorragias, la sepsis y la obstrucción del parto. Deberán contar también con la formación y el buen juicio necesarios para detectar las complicaciones graves y gestionar la remisión eficaz de la paciente a un especialista.

Durante la última década se ha registrado un acusado aumento en el número de partos atendidos por personal capacitado en todo el mundo en desarrollo, con la notable excepción de África subsahariana. En el periodo comprendido entre 2000 y 2007, los trabajadores sanitarios capacitados atendieron el 61% del total de los

Dado que tres cuartas partes de todas las muertes maternas se producen durante el alumbramiento o en el periodo posparto inmediato, contar con la asistencia de personal capacitado en los partos es crucial para reducir la mortalidad materna.

nacimientos acaecidos en el mundo en desarrollo. Esta mejoría ha sido especialmente llamativa en el Oriente Medio y África del Norte, regiones en las que la cobertura aumentó del 55% en 1995 al 81% entre 2000 y 2007. Las dos regiones que presentan los niveles más bajos de atención sanitaria capacitada –África subsahariana (45%) y Asia meridional (41%)– son también las regiones que registran la incidencia de mortalidad materna más elevada¹².

Una cuarta parte de los alumbramientos desasistidos que se producen en el mundo tienen lugar en la India, que es además uno de los 10 países que, juntos, abarcan dos terceras partes de los nacimientos no asistidos por personal sanitario capacitado. Actualmente la India se ha fijado el objetivo de abor-

dar el problema estimulando la atención en establecimientos sanitarios mediante incentivos económicos¹³ (véase el recuadro en la pág. 85 sobre *Integración de la atención materna y neonatal en la India*).

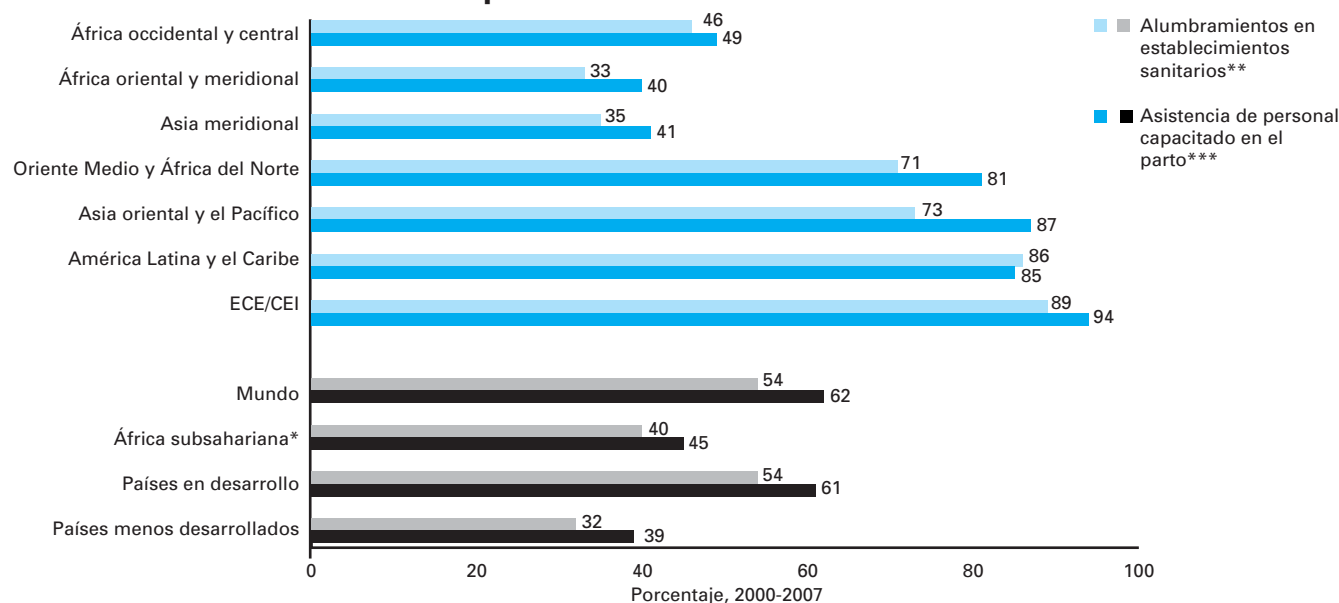
En todo el mundo hay más probabilidades de que los nacimientos que se producen en las zonas urbanas sean atendidos por personal capacitado que los que se dan en zonas rurales. En África Occidental y Central, donde existe la mayor disparidad, la probabilidad es de dos veces y media más. Las desigualdades de carácter económico son también notables: en el mundo en desarrollo en su conjunto, las mujeres de los hogares más pobres tienen cerca de la mitad de probabilidades de ser atendidas por trabajadores sanitarios capacitados

que las mujeres de los hogares más prósperos¹⁴ (En la página 38 figura un estudio más exhaustivo de las desigualdades que afectan al acceso a los servicios de maternidad, *Hacia una mayor igualdad en la salud de las madres y los recién nacidos*).

La OMS ha formulado diversas recomendaciones para reducir las hemorragias posparto, que constituyen una de las principales causas de muerte materna. Las causas más comunes de las hemorragias posparto son la incapacidad del útero de contraerse lo suficiente, el rasgado del tracto genital y la retención del tejido placentar. El método de intervención más ampliamente aceptado es el tratamiento activo en la tercera fase del parto, que sigue a la expulsión completa del recién nacido y dura hasta la expulsión completa de la

Gráfico 3.4

Cobertura de la atención en el parto



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

**Los alumbramientos en establecimientos sanitarios se refieren a la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que dieron a luz en los dos años previos a la práctica de la encuesta y lo hicieron en un establecimiento sanitario.

*** La asistencia de personal capacitado en el parto se refiere al porcentaje de nacimientos atendidos por personal sanitario capacitado (médicos, auxiliares de enfermería y parteras).

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Organización Mundial de la Salud y UNICEF.

Abordar las desigualdades resultará esencial para mejorar la salud materna. Las mujeres pertenecientes al quintil más pobre tienen sólo la mitad de probabilidades que las mujeres del quintil más próspero de contar con la asistencia de personal capacitado.

Trastornos de hipertensión: habituales pero complejos

Los trastornos de hipertensión constituyen el problema médico más habitual en el embarazo y son el origen de una cantidad considerable de las muertes maternas que se registran en todo el mundo (entre el 12% y el 20%). Afectan a mujeres de todas las regiones, ocasionando casi el 10% de las muertes maternas de África y Asia, más del 16% en los países industrializados, y más de una cuarta parte en América Latina y el Caribe. La hipertensión en el embarazo puede desencadenar una serie de afecciones entre las que figuran la presión arterial elevada –que es la menos grave–, el parto prematuro y el derrame cerebral, que es mortal. También puede causar la muerte del feto, el parto prematuro y el nacimiento con un peso inferior al normal.

Las causas de la hipertensión aún no se entienden por completo, si bien los estudios sugieren que la obesidad, un consumo elevado de sal y la predisposición genética son factores. Ciertos tipos de hipertensión que aparecen durante el embarazo pueden ser consecuencia de la propia biología del embarazo. La preeclampsia, que se manifiesta después de las primeras 20 semanas de embarazo, se define como una hipertensión inducida por el embarazo, que viene acompañada de un exceso de proteínas en la orina y que amenaza gravemente la salud de la madre y el feto, en particular cuando viene acompañada de hipertensión crónica. Es una de las principales causas de partos prematuros.

Existen numerosos factores de riesgo que predisponen a las madres a estos trastornos, entre ellos, que se trate del primer embarazo, que sea un embarazo múltiple, que la madre padezca hipertensión crónica, que tenga más de 35 años, que sufra diabetes gestacional, obesidad y malformación fetal. Un estudio revelaba que los intervalos entre embarazos de 59 meses o más se asocian con unos índices más elevados de preeclampsia y eclampsia. Los investigadores sugieren asimismo que los desequilibrios hormonales, las deficiencias de calcio y la resistencia a la insulina son posibles causas.

La administración de suplementos de calcio ha demostrado ser una intervención eficaz en los países en desarrollo donde las mujeres embarazadas tienen propensión a padecer deficiencias de calcio, reduciendo la incidencia de la preeclampsia en un 48%. Si el efecto de esta intervención es similar en el caso de las muertes maternas debidas a trastornos de hipertensión, la administración de suplementos de calcio podría prevenir 21.500 muertes

maternas. El experimento Magpie, el más extenso practicado tanto en países industrializados como en países en desarrollo entre 1998 y 2002 en relación con los trastornos de hipertensión durante el embarazo, arroja pruebas concluyentes de que la administración de sulfato de magnesio a las mujeres en fase de preeclampsia puede reducir el riesgo de que sobrevenga la eclampsia. Estudios realizados posteriormente han aportado aún más pruebas acerca de la eficacia de esta rentable intervención.

Lo idóneo es que los cuidados comiencen antes de la concepción a fin de poder examinar la historia médica reproductiva de la mujer e informarla de las opciones existentes para el tratamiento de la hipertensión crónica. Las mujeres hipertensas precisan también información acerca de los riesgos que esta enfermedad supone en el embarazo, y de los cambios que han de efectuar en su estilo de vida como consecuencia de la misma. El descanso es una recomendación habitual para las mujeres embarazadas hipertensas. Las revisiones periódicas por parte de trabajadores sanitarios capacitados son necesarias a fin de detectar una posible preeclampsia y otros trastornos de hipertensión.

La hipertensión en el embarazo se considera desde hace tiempo una afección ginecológica, de modo que las intervenciones se centran de forma especial en los resultados relacionados con el embarazo, más que en los efectos a corto y largo plazo para la madre. Investigaciones recientes muestran, no obstante, que la hipertensión en el embarazo puede también afectar a la salud posnatal de la madre, aumentando los riesgos de que contraiga una hipertensión crónica y trastornos cardiovasculares. Las cifras de mortalidad y morbilidad materna que se derivan de estos trastornos son elevadas, por lo que se hace necesario investigar más a fondo. La gestión o el tratamiento de estas afecciones tendrán un mayor protagonismo en el contexto del modelo de atención continua de la salud materna y neonatal.

Véanse las referencias, pág. 109.

Prestar atención obstétrica de emergencia y facilitar la atención posnatal constituyen desafíos y oportunidades importantes para la mejora de la salud materna y neonatal.

placenta. El tratamiento activo consiste en la administración de un uterotónico para facilitar las contracciones a fin de que se expulse la placenta, y en retrasar el pinzamiento, la amputación y la tracción del cordón umbilical.

La OMS recomienda el tratamiento activo por parte de personal capacitado para todas las madres, si bien no recomienda el uso de esta intervención por parte de personal sanitario no capacitado. Este organismo ha exhortado a realizar estudios ulteriores a fin de determinar cuáles son los momentos óptimos para amputar el cordón umbilical y, de ser el caso, los medicamentos que deberían administrar los trabajadores sanitarios no capacitados.

Mediante la atención por parte de personal capacitado también pueden abordarse otros riesgos relacionados

con el parto. La Organización Mundial de la Salud, recomienda hospitalizar a las mujeres que padecen eclampsia o preeclampsia en los días previos al alumbramiento a fin de tratarlas con sulfato de magnesio. La mayoría de las infecciones pueden tratarse con antibióticos. Algunas infecciones, como el tétanos, pueden evitarse mediante los programas de inmunización y mediante la manipulación del cordón umbilical en condiciones de asepsia (*véase el recuadro en la pág. 49, Erradicar el tétanos materno y neonatal*)¹⁵.

Prestar servicios de atención al recién nacido y de atención obstétrica de emergencia

A menudo es necesaria la atención oportuna en un establecimiento sanitario para salvar la vida de una mujer que experimenta complicaciones rela-

cionadas con el parto. La calidad de los cuidados dispensados por el establecimiento es fundamental: para prestar una asistencia adecuada ha de contar con los medicamentos, suministros, equipos y el personal adecuado. Además, el personal debería ser capaz de practicar intervenciones que pueden salvar vidas, como cesáreas, transfusiones de sangre y prácticas de resucitación del recién nacido.

Los datos sobre la atención obstétrica de emergencia en los países en desarrollo son a menudo escasos. Los estudios muestran que cerca del 15% de los partos de los nacidos vivos suelen precisar atención obstétrica de emergencia y que entre el 5 y el 15% de los nacimientos precisan una cesárea. Es evidente que existen muchos vacíos importantes en lo que respecta a la cobertura, sobre todo en las zonas rurales de África subsahariana, donde los índices de cesáreas rondan el 2%¹⁶.

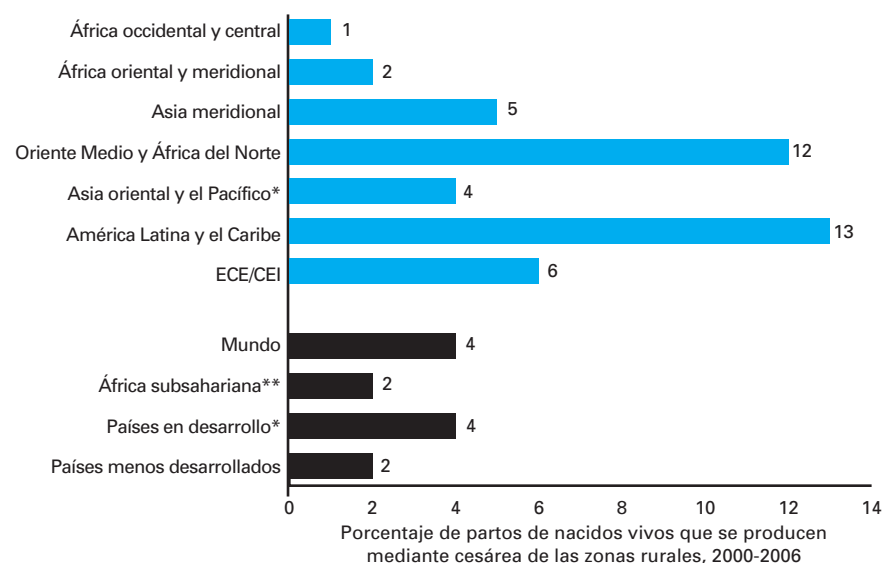
Entre los factores que impiden la prestación de atención obstétrica de emergencia figuran la distancia, los costes directos para el usuario, los costes de transporte y alojamiento, las barreras culturales y la falta de información, entre otras. Además, la escasa calidad del servicio dispensado puede resultar también un elemento disuasorio, tal como revela un estudio practicado en la República Unida de Tanzania, que indicaba que la deficiente calidad de la atención en los establecimientos sanitarios constituía el principal obstáculo para el acceso a los mismos¹⁷.

Impulsar la atención posnatal

Existe una necesidad notoria de fomentar la atención posnatal, una intervención que durante mucho

Gráfico 3.5

Atención obstétrica de emergencia: cesáreas en las zonas rurales



*Con exclusión de China. ** África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas del hogar de ámbito nacional y UNICEF.



© UNICEF/HQ07-0367/Dan Thomas

Establecer un sistema de atención continua materna y neonatal exigirá la contratación y formación de personal sanitario capacitado y de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario. *Una enfermera atiende a un recién nacido en un hospital pediátrico, República de Corea.*

tiempo se ha descuidado en numerosos países en desarrollo, generando un vacío en la atención continua. La necesidad más urgente atañe al periodo posparto, dado que las pruebas apuntan un riesgo elevado de mortalidad y morbilidad materna en las 48 horas siguientes al parto. La atención posnatal es a menudo fundamental para los recién nacidos, sobre todo inmediatamente después del nacimiento. Cerca de tres cuartas partes de las muertes neonatales se producen en la primera semana, y de éstas, la mitad ocurren dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento.

En muchos países en desarrollo es probable que las madres reciban el alta de los establecimientos sanitarios dentro de las 24 horas después de haber dado a luz, o que carezcan de acceso a una atención sanitaria por parte de personal capacitado. Las pruebas indican que incluso después de transcurrido el periodo de alto riesgo, la amenaza de mortalidad y morbilidad materna y neonatal persiste al menos durante 42 días, o

incluso seis meses o un año, después del nacimiento. Las causas principales de la mortalidad posparto son la hemorragia grave, las infecciones y los trastornos de hipertensión. Para tratar estas afecciones se precisa la atención y asistencia de personal capacitado en el parto, tal como se describía en secciones anteriores del presente capítulo¹⁸.

Las visitas posnatales periódicas son necesarias en el periodo posparto, cuando es preciso detectar con rapidez cualquier complicación y remitir a la paciente a servicios más especializados si fuera el caso. E incluso cuando no existen complicaciones, estas visitas permiten ofrecer información y orientación esencial acerca de la salud materna y neonatal, sobre todo en lo tocante al cuidado y la alimentación de los bebés, a las señales de alerta sobre posibles enfermedades, a los procesos de remisión de pacientes y a la mejora de las prácticas de higiene. Los estudios demuestran que se producen menos muertes maternas y neonatales cuando se visita a la madre y al bebé dentro de las 48 horas posteriores al parto. Las madres que viven con el VIH y los bebés nacidos prematuramente requieren especial atención¹⁹. Los recién nacidos con bajo peso requieren una atención especial, sobre todo el control de la temperatura (*véase el recuadro en la pág. 62, Las madres canguro de Ghana*).

Incluso las madres que reciben atención posparto inmediata con frecuencia son desatendidas en los días y semanas sucesivas. Su siguiente contacto con un trabajador sanitario puede ser seis semanas después, cuando corresponde administrar al

bebé la primera batería de vacunas. Los datos revelan que las madres recurren con menos frecuencia a la atención posnatal que a la atención prenatal o a la atención en el parto, incluso cuando padecen hemorragias posparto o afecciones tales como la fístula y el prolapso uterino²⁰.

Para que la atención posnatal sea eficaz es preciso que se dispensen cuidados y atención durante el periodo posparto inmediato y en varias visitas de seguimiento. Posibilitar que las madres regresen a los establecimientos sanitarios o hacer un seguimiento mediante visitas ambulatorias en los días y semanas siguientes al parto puede resultar complicado, debido a los posibles costes o dificultades relacionados con el transporte y la visita, o por motivos culturales que hacen improbable su regreso a la clínica u hospital. Es por ello que las visitas ambulatorias desempeñan un papel crucial a la hora de preservar la salud materna y neonatal, con independencia de dónde se produzca el nacimiento (*véase el recuadro en la pág. 57, Los primeros 28 días de vida, y el recuadro en las págs. 80 y 81, Salvar las vidas de las madres y de los recién nacidos: los primeros días cruciales*).

Poco se sabe acerca de los efectos y el alcance de la depresión durante el embarazo y el periodo posparto en los países en desarrollo. Según las investigaciones, la falta de apoyo por parte de la sociedad y de la pareja, las propias vivencias, la experiencia de la maternidad y el temperamento del bebé constituyen factores críticos que pueden conducir a una depresión durante el año siguiente al parto.

Promover conductas saludables para las madres y los recién nacidos, en particular en lo que atañe a la nutrición y la higiene, es vital para reducir la morbilidad y los riesgos para la salud.



© UNICEF/HQ05-1795/Giacomo Pirozzi

Un personal capacitado, que cuente con los equipos y la ayuda adecuada, puede prestar intervenciones esenciales y capaces de salvar vidas cuando se suscitan emergencias durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Una trabajadora sanitaria examina a un recién nacido en un hospital infantil de Ucrania.

Si bien se calcula que entre el 10% y el 15% de las mujeres de los países industrializados experimentan depresión durante las semanas y meses siguientes al parto, la información que existe en relación con esta afección en el mundo en desarrollo es escasa. Estudios practicados a pequeña escala en el Pakistán y Viet Nam revelan que las mujeres que padecen depresión tienden a tener bebés con un peso inferior al normal, y según los resultados de estudios realizados en la India, los niños y niñas nacidos de madres con depresión podrían estar expuestos a un mayor riesgo de padecer retraso en el crecimiento²¹.

Prácticas saludables en la atención al recién nacido

Para prevenir las muertes neonatales, más que tecnología se precisa atención por parte de personal capacita-

do, así como unos sistemas de intervención que sean flexibles y sensibles a las necesidades imperantes. La situación del sistema sanitario, el contexto social y las prácticas locales influyen casi tanto como las amenazas epidemiológicas. La salud neonatal puede mejorarse, por ejemplo, mediante prácticas que no suponen gastos elevados, como la asepsia durante el parto, la promoción de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación y velando por que la salud de la madre sea óptima cuando da a luz.

Recientemente se han logrado progresos en la prestación de intervenciones sencillas y rentables que tienen un efecto positivo para la salud neonatal, entre las que figuran la inmunización contra el tétanos, el uso de mosquiteros tratados con insecticida

para combatir el paludismo y la administración de suplementos de micronutrientes. Según un estudio practicado sobre la cobertura de las intervenciones dirigidas a la supervivencia materna, neonatal e infantil, la prestación de este tipo de intervenciones preventivas traía consigo mejores resultados que los cuidados paliativos. Los progresos de las medidas centrados en los cambios de comportamiento, como la lactancia materna, fueron desiguales²².

Desde comienzos de la década de 1990, la forma de abordar estas amenazas complejas que se ciernen sobre las vidas de los niños y niñas ha consistido en un enfoque amplio y multidisciplinar, basado en la premisa de que normalmente las causas de cualquier enfermedad son de origen múltiple. Este enfoque, introducido

Los primeros 28 días de vida

por Zulfiqar A. Bhutta, Profesor y Director del Departamento de Pediatría y Salud Infantil de la Universidad de Aga Khan, Karachi, Pakistán

Es un hecho ampliamente reconocido que una gran parte de las muertes infantiles se producen en el periodo neonatal, es decir, durante los 28 primeros días de vida. De los 9,2 millones de muertes de niños y niñas menores de cinco años que se calcula acaecieron en todo el mundo en 2007, cerca del 40% tuvieron lugar en el periodo neonatal. En numerosos países en desarrollo las muertes de recién nacidos suponen más de la mitad de todas las muertes de niños y niñas en la primera infancia, y la mayoría de ellas suceden en los primeros días de vida. Las principales causas de estas muertes son las infecciones graves (el 36%), el nacimiento prematuro (el 27%), la asfixia al nacer (el 23%) y las malformaciones congénitas (el 7%). Estas cifras no incluyen los 3 millones de partos mortinatos que se calcula se producen anualmente. Entre el 30 y el 40% de estos partos mortinatos podrían guardar relación con complicaciones durante el trabajo de parto y el alumbramiento, que a su vez pueden derivar de problemas intrauterinos y de la asfixia.

La relativa falta de progreso en lo que se refiere a la reducción del número de muertes neonatales se debe a diversos factores. El más importante es que, a diferencia de la salud en el periodo posnatal (que comprende desde los 29 días a los 59 meses), la salud neonatal se halla estrechamente vinculada a la salud materna. Para mejorarla es necesario aplicar intervenciones que aborden cuestiones complejas como la promoción de la autonomía de la mujer, los tabúes socioculturales y la capacidad de los sistemas sanitarios de responder a las necesidades existentes.

Entre los factores específicos que conducen a la muerte neonatal figuran:

- La falta de atención a la salud materna, como consecuencia del acceso limitado a trabajadores sanitarios capacitados.
- La situación precaria de la atención materna, en especial en lo que atañe a los partos que se producen en el hogar, a los que se asocian al menos la mitad de todas las muertes neonatales.
- La incapacidad de las familias y de las comunidades para reconocer las enfermedades infantiles y recurrir a ayuda profesional.
- Un repertorio limitado de intervenciones para tratar trastornos neonatales tempranos tales como la asfixia en el parto y los problemas derivados del parto prematuro.
- La falta de consenso acerca de las intervenciones y estrategias más idóneas para prevenir y tratar las infecciones neonatales graves –aparte del tétanos neonatal– en el ámbito comunitario.

Durante los últimos años se han registrado mejoras importantes en nuestra comprensión de las enfermedades y la mortalidad neonatal. Las desigualdades en la incidencia de muertes maternas y neonatales indican que la mayoría de las muertes se producen en poblaciones rurales y en colonias de precaristas, a menudo ignoradas. Numerosos países reconocen asimismo que para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad infantil es imprescindible mejorar la atención que se dispensa a las madres y los recién nacidos, centrando los esfuerzos en reducir el número de muertes que se producen durante los 28 primeros días de vida.

Los datos que avalan las estrategias e intervenciones basadas en alianzas comunitarias también han mejorado. Especialmente en Asia meridional, mediante una serie de programas se ha intentando reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en el ámbito comunitario empleando enfoques innovadores. En un novedoso estudio practicado en las zonas rurales de Maharashtra, la India, el Dr. Abhay Bang y sus colegas formaron a trabajadores sanitarios comunitarios, que colaboraban con parteras tradicionales, al objeto de enseñarles a detectar los síntomas de enfermedades neonatales graves tales como la asfixia en el parto o posibles infecciones bacterianas, y tratarlas mediante

prácticas de resucitación en el hogar o mediante la administración de antibióticos inyectables, respectivamente.

Los resultados del programa mostraban una reducción importante de la mortalidad neonatal gracias a estas estrategias de atención en el hogar. Más recientemente, investigadores de la Johns Hopkins University han demostrado la eficacia de emplear a trabajadores comunitarios capacitados para prestar un módulo integrado de intervenciones preventivas y paliativas a los recién nacidos de Sylhet, en la zona rural de Bangladesh. Si bien la prestación de atención en el hogar era importante en estos estudios, es posible que se derivaran también beneficios considerables en lo que atañe a la mejora de la atención neonatal y los hábitos familiares. En un estudio practicado en Makwanpur, en Nepal rural, gracias a los grupos de apoyo femeninos, asistidos por facilitadores capacitados, se logró una importante reducción de la mortalidad materna. Estudios ulteriores han demostrado que una estrategia concertada de educación comunitaria sobre el cuidado del recién nacido puede originar un cambio significativo en los hábitos y una reducción importante de la mortalidad neonatal.

Todos estos estudios recientes indican claramente que impartir formación en las comunidades acerca de la mejora de la atención materna y neonatal y del tratamiento en el hogar de las infecciones neonatales puede revertir en una mejora considerable de la supervivencia infantil. Para que estas estrategias puedan influir en los sistemas sanitarios en un futuro próximo es preciso ampliarlas a escala empleando todos los medios posibles para motivar y formar a los trabajadores sanitarios existentes. Esta ampliación ya se ha producido en el Pakistán rural, donde las Trabajadoras Femeninas de la Salud colaboran con los comités de salud y los grupos femeninos de las aldeas. Una evaluación reciente de esta iniciativa del Pakistán revelaba una disminución importante de la mortalidad perinatal y neonatal, y una mejora de la situación en lo que se refiere a recurrir a la atención materna profesional.

Estos datos recientes corroboran la utilidad de las estrategias dirigidas a mejorar la salud materna y neonatal en las comunidades y familias que registran las cifras más elevadas de mortalidad y el acceso más precario a una atención sanitaria de calidad. El desafío consiste en integrar estrategias e intervenciones eficaces en todo el espectro de la atención continua materna y neonatal, tanto en entornos comunitarios como en establecimientos sanitarios. Estimaciones recientes indican que, con unos niveles prácticos de cobertura, la prestación de intervenciones preventivas y paliativas para las madres y los recién nacidos en entornos de atención primaria puede reducir las muertes maternas y neonatales entre el 20 y el 40%.

Aunque estas medidas son prometedoras, en particular cuando se agrupan varias intervenciones complementarias y se prestan por medio de una gama de profesionales sanitarios, en muchos países en desarrollo aún subsisten estrangulamientos importantes que obstaculizan la mejora de la prestación de los servicios, entre ellos el mal funcionamiento de los establecimientos sanitarios y la escasez de trabajadores sanitarios capacitados. Estos estrangulamientos pueden y deben abordarse mediante estrategias cuyo objetivo sea llegar a las familias, comunidades y distritos más proclives a quedar excluidos de los servicios sanitarios básicos y de maternidad. A pesar de estas dificultades y de las importantes carencias de que adolecen nuestros conocimientos acerca de cómo enfrentar problemas tan complejos como la asfixia en el parto, la fragilidad de los bebés prematuros y las infecciones bacterianas graves en los entornos comunitarios, hay algo que sí está claro: sabemos lo suficiente acerca de lo que da resultado como para instaurar un cambio. Se impone la necesidad de aplicar lo que sabemos y de crear un marco de políticas adecuado para la atención materna y neonatal allí donde más importa: entre las poblaciones pobres y marginadas.

Véanse las referencias, pág. 109.



Las alianzas comunitarias en materia de atención sanitaria pueden contribuir a ampliar la cobertura de servicios esenciales y a mejorar las prácticas de salud y nutrición. *Una trabajadora sanitaria de ámbito comunitario, que es también partera profesional, visita a una mujer embarazada en una aldea de Nepal.*

por UNICEF y la Organización Mundial de la Salud, llegó a conocerse con el nombre de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Los resultados obtenidos por medio del mismo son cada vez mejores. Este modelo integrado se ha incorporado en los últimos años al sistema de atención continua de la madre, del recién nacido y del niño.

La atención continua: establecer un vínculo de unión entre las vidas y los lugares

Actualmente se reconoce que vincular las intervenciones mediante módulos puede también incrementar su eficiencia y su rentabilidad. Además, cuando los servicios están integrados las personas se sienten más inclinadas a utilizarlos y hay más oportunidades de ampliarlos y de mejorar su cober-

tura. El objetivo es crear un sistema de atención primaria que preste servicios esenciales a mujeres, niños y niñas, y que fortalezca los vínculos existentes entre los hogares y los establecimientos sanitarios que tantas veces han faltado en el pasado.

Prácticas y conductas en el ámbito del hogar

Cuando los niños y niñas caen enfermos, inevitablemente son sus familias –en especial los progenitores, los parientes cercanos y los cuidadores– los primeros en intervenir. El primer diagnóstico de cualquier enfermedad infantil a menudo recae no en un médico o en un auxiliar de enfermería, sino en las madres, que son las que se encargan de valorar los síntomas y decidir si son graves, y, en función de ello, optan por el tratamiento y la atención en el hogar o deciden acudir a un trabajador sanitario. Con

independencia de que se acuda o no a un trabajador sanitario, también corresponde a los miembros de la familia atender a los niños y niñas enfermos y administrarles los medicamentos u otros remedios necesarios.

El proceso es similar cuando se trata de una mujer embarazada o que ha dado a luz recientemente, aunque en menor grado. La propia mujer tendrá su propio punto de vista acerca de la gravedad de cualquier problema que pueda surgir antes, durante y después del nacimiento, pero las familias juegan un papel fundamental, sobre todo en lo que se refiere a decidir si es necesario buscar ayuda médica externa, a menudo costosa. Además, debido a factores socioculturales, las mujeres podrían precisar la autorización de sus esposos o de otro miembro de la familia para buscar atención médica

Las alianzas comunitarias en materia de salud pueden promover la lactancia materna temprana como método exclusivo de alimentación esencial para evitar la salud precaria en los recién nacidos y protegerlos de la enfermedad.

durante el embarazo, el parto o en el periodo posparto.

Si bien es obvio que la capacidad de los miembros de la familia para decidir sobre cuestiones médicas varía enormemente, no existe ningún sistema de salud que pueda permitirse ignorar el papel crucial que desempeñan las familias o los miembros del hogar a la hora de detectar y abordar las enfermedades infantiles y maternas. Además, aunque en el mundo en desarrollo en su conjunto una pequeña mayoría de los nacimientos (el 54%) tienen lugar en clínicas u hospitales, tanto en África subsahariana como en Asia meridional –las regiones que registran las cifras más elevadas de mortalidad materna y neonatal– más del 60% de las mujeres dan a luz en el hogar²³. Incluso aquellas

mujeres que lo hacen en establecimientos sanitarios por lo general reciben el alta dentro de las 24 horas siguientes al parto, con lo que la supervisión posnatal y neonatal recae en su mayor parte en los miembros de la familia de la madre y su bebé.

En un nivel más básico, las prácticas de nutrición e higiene son los principales determinantes de los riesgos de salud que afectan a las madres y sus recién nacidos. Una nutrición materna inadecuada, la falta de higiene durante el parto y en la manipulación del cordón o el muñón umbilical, la ausencia de medidas de higiene básicas como el lavado de las manos con jabón o cenizas después de utilizar las letrinas y antes de preparar y consumir alimentos, y la contaminación del aire en el hogar, pueden incrementar la propa-

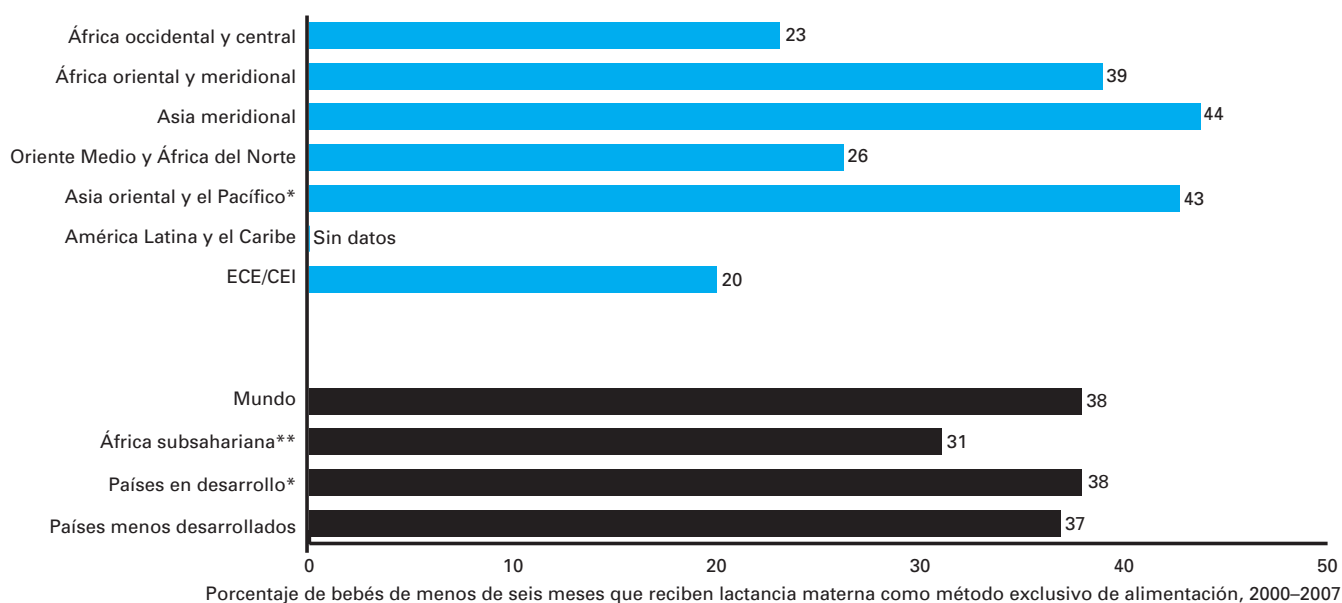
gación de infecciones y enfermedades tales como el tétanos, la diarrea y las infecciones respiratorias agudas.

Sensibilizar acerca de la mejora de determinadas prácticas y conductas en el hogar, tales como la lactancia materna como método exclusivo de alimentar a los recién nacidos y a los bebés de hasta seis meses, podría ser una buena forma de mejorar la salud y el bienestar de las familias.

Los mensajes sencillos relativos al uso de unas prácticas higiénicas a la hora de preparar los alimentos –como, por ejemplo, guardarlos en recipientes tapados a fin de evitar los insectos y secar al sol los trapos que se utilizan para limpiar los platos y las cacerolas– pueden traer consigo resultados beneficiosos. Mejorar los conocimientos de los miembros de la familia

Gráfico 3.6

Lactancia materna temprana como método exclusivo de alimentación



* Con exclusión de China. ** África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, otras encuestas del hogar de ámbito nacional y UNICEF.

Décadas de conflicto han deteriorado gravemente la infraestructura básica del Afganistán. Las mujeres han sufrido de manera especial la falta de acceso a los servicios sanitarios. Como consecuencia, el índice de mortalidad materna de las mujeres afganas es extremadamente elevado: en 2005, según las estimaciones interinstitucionales más recientes, se situaba en 1.800 muertes por cada 100.000 nacimientos.

El riesgo de por vida que padecen las mujeres afganas de morir por causas relacionadas con el embarazo o el parto es de 1 entre 8, lo que supone la segunda cifra más elevada del mundo. En el Afganistán hay más mujeres que mueren por estos motivos que por ningún otro, siendo las hemorragias y la obstrucción del parto las causas más frecuentes. La proporción de muertes maternas va de desde el 16% de todas las muertes de mujeres en edad de procrear registrado en Kabul (el mayor núcleo urbano del Afganistán) al 64% registrado en el distrito de Ragh de Badakhshán.

Los elevados índices de muerte materna son el reflejo de diversos factores, entre ellos el acceso limitado a una atención materna de calidad, en particular en las zonas rurales del Afganistán, la falta de conocimientos sobre salud materna y seguridad en el parto y la escasez de trabajadoras sanitarias capacitadas (dado que las mujeres muestran una marcada preferencia cultural a ser tratadas por otras mujeres). Se calcula que 9 de cada 10 mujeres de las zonas rurales dan a luz a sus bebés en el hogar sin contar con ningún tipo de asistencia capacitada ni acceso a atención obstétrica de emergencia. Los factores socioculturales que impiden a las mujeres desplazarse a cualquier sitio sin permiso o si no van acompañadas por un familiar varón, pueden asimismo limitar su acceso a los servicios básicos. Otros factores que contribuyen a la mortalidad materna son la precaria condición social de las mujeres y las niñas, la pobreza, la nutrición deficiente y la falta de seguridad.

Mejorar los índices de supervivencia de las madres en el Afganistán es asunto de máxima importancia. Las parteras pueden prestar servicios cruciales. La Organización Mundial de la Salud recomienda que haya una partera u otro tipo de asistente al parto capacitado por cada 175 mujeres durante el embarazo, el alumbramiento y el periodo posnatal. Sobre la base de esta estimación y considerando el número de nacimientos, en el Afganistán debería haber 4.546 parteras para abarcar el 90% de los embarazos. En 2002, la cifra real de parteras en el país era de tan sólo 467. Un poco menos de la mitad de los establecimientos sanitarios carecían de personal femenino. En el Nooristán rural, el coeficiente entre personal sanitario masculino y femenino es de 43 por 1.

Aunque aún queda mucho por hacer a fin de mejorar la salud materna y neonatal en el Afganistán, hasta la fecha se han realizado numerosos esfuerzos fructíferos orientados a ampliar y fortalecer el ámbito de actuación de las parteras.

El Gobierno del Afganistán colabora con aliados de ámbito local e internacional, entre ellos UNICEF, para crear un enfoque integrado consistente en medidas como fortalecer y ampliar la formación que se imparte a las parteras, generar políticas orientadas a garantizar el papel crucial que desempeñan las parteras en lo que atañe a la prestación de atención obstétrica y neonatal básica, apoyar la creación de una asociación profesional de parteras y elaborar iniciativas orientadas a fomentar el acceso a la atención en el parto de personal capacitado.

El Programa de formación de parteras comunitarias, un programa de capacitación de 18 meses de duración cuyos requisitos de ingreso son menos estrictos que los de otros programas anteriores de formación de parteras, se considera un enfoque adecuado para ampliar la formación y el despliegue de parteras capacitadas. En 2008 había 19 programas de formación de parteras comunitarias, en cada uno de los cuales se formaba a entre 20 y 25 alumnas. Esto refleja un importante aumento de la capacidad formativa en comparación con 2002, cuando el Instituto de las Ciencias de la Salud sólo gestionaba seis programas de formación de enfermeras parteras en centros regionales y un programa de formación de parteras comunitarias en la provincia de Nangahar. El número de parteras en el país se ha incrementado con rapidez, pasando de 467 en 2002 a 2.167 en 2008.

El Programa de formación de parteras comunitarias anima a matricularse a las mujeres que viven en los distritos en los que hay carencias de personal, a condición de que trabajen en los mismos una vez que obtengan la capacitación. Esta política ha traído consigo un aumento espectacular del número de establecimientos que cuentan con personal sanitario femenino capacitado (médicos, auxiliares de enfermería o parteras), que ha pasado del 39% en 2004 al 76% en 2006. Asimismo está repercutiendo de forma notable en la atención materna: la cantidad de partos atendidos por personal capacitado ha aumentado desde apenas un 6% en 2003 al 19,9% en 2006. Como resultado del éxito del enfoque basado en la capacitación, los programas existentes de formación de parteras han adoptado el plan de estudios y el proceso de certificación del Programa de formación de parteras comunitarias.

Véanse las referencias, pág. 109.

Los servicios de extensión y ambulatorios pueden actuar como nexo de unión entre los hogares y los establecimientos sanitarios, dispensando servicios de salud reproductiva y prenatal, de atención en el parto y posnatal.



© UNICEF Perú/2005

Abordar las barreras culturales, sociales y geográficas que dificultan la atención sanitaria contribuye a aumentar el acceso a los servicios sanitarios en las comunidades rurales. Una madre y su recién nacido son atendidos por una trabajadora sanitaria en un centro de salud del Perú.

sobre salud básica, nutrición e intervenciones de salud medioambiental, promoviendo a la vez la autonomía de la mujer a fin de que pueda tomar las decisiones que afectan a su propia salud y la de su prole, podría repercutir muy positivamente en los resultados en materia de salud, tanto para los niños y niñas como para las mujeres embarazadas o primerizas.

Alianzas comunitarias en la atención primaria

Las comunidades desempeñan un papel fundamental en el cuidado de la salud y la nutrición de las madres, los recién nacidos y la infancia. En la Declaración de Alma-Ata de 1978

se reafirmaba la idea de la comunidad como piedra angular de la atención sanitaria, y es evidente que el objetivo de la atención sanitaria para todos no puede lograrse sin la participación comunitaria, especialmente en las zonas más remotas y pobres. Resulta beneficioso que las comunidades participen activamente en la mejora de la atención sanitaria, las prácticas de higiene, la nutrición y los servicios de agua y saneamiento. Esto, no obstante, lejos de ser simplemente una herramienta necesaria en ausencia de alternativas más caras, es más bien un cauce deseable para promover la autonomía y la participación²⁴.

Las alianzas comunitarias son especialmente valiosas a la hora de mejorar la salud materna, neonatal e infantil. Existen casi tantos tipos distintos de alianzas comunitarias como comunidades. Algunas son pequeñas y de carácter local, mientras que otras forman parte de una red nacional. Unas tienen carácter voluntario, mientras que otras ofrecen algún tipo de remuneración. Las hay que operan con independencia del sistema nacional de salud, mientras que otras están plenamente integradas en él. Es importante velar por que los programas que emplean como enfoque las alianzas comunitarias se adapten al contexto local concreto.

En condiciones óptimas, las alianzas comunitarias en materia de salud y nutrición no sólo facilitan el acceso de las personas a los servicios, propiciando un contacto más cercano entre los trabajadores sanitarios y los hogares y familias, sino que además fomentan el cambio de actitudes y la movilización social. En los casos más difíciles, las alianzas comunitarias padecen carencias de personal, están mal coordinadas, escasamente financiadas y mal provistas. Los ejemplos fructíferos de alianzas comunitarias en materia de salud que se encuen-

tran por todo el mundo en desarrollo demuestran que, en conjunto, el balance es positivo²⁵.

El papel de los trabajadores sanitarios comunitarios en la salud materna y neonatal

Las alianzas comunitarias en materia de salud a menudo consisten en formar a trabajadores sanitarios comunitarios. Estos trabajadores desempeñan actividades básicas de atención sanitaria y nutrición, ya sea por medio de visitas a los hogares o en un establecimiento concreto.

Asimismo, los trabajadores sanitarios comunitarios llevan a cabo campañas orientadas a mejorar la atención o las prácticas de higiene. La lactancia materna como método exclusivo de alimentación, el lavado de las manos con jabón o cenizas y el uso de mosquiteros tratados con insecticida son tres de las intervenciones más habituales que los trabajadores sanitarios comunitarios se encargan de promover. Además, numerosas alianzas comunitarias de ámbito sanitario cuentan con trabajadores cuya misión es informar acerca de la

Las madres canguro de Ghana

El proyecto madres canguro, una iniciativa consistente en la atención a los bebés que nacen con un peso inferior al normal, fue iniciado en Colombia en 1979 por los doctores Héctor Martínez y Edgar Rey en respuesta, entre otras cuestiones, a los elevados índices de infección y mortalidad registrados como resultado de hacinamiento en los hospitales. Desde entonces se ha adoptado en todo el mundo en desarrollo, hasta llegar a convertirse en un elemento esencial de la atención continua neonatal en todo el mundo.

Cada uno de los cuatro componentes de la atención dispensada por las madres canguro es igualmente esencial para garantizar el mejor cuidado posible, en especial para los bebés que nacen con un peso inferior al normal. Entre ellas figuran la colocación del bebé en contacto directo con el pecho de la madre, la nutrición adecuada mediante la lactancia materna, la atención ambulatoria cuando la madre y el bebé reciben el alta del hospital antes de tiempo, y el apoyo a la madre y a su familia en el cuidado del bebé.

El método más importante de difusión de los servicios de las madres canguro han sido los programas de formación, que a menudo tiene lugar en los hospitales. En Ghana se adoptó un nuevo enfoque en el contexto de un proyecto de madres canguro (las Madres Canguro de Ghana) puesto en vigor en cuatro regiones con la ayuda de UNICEF y de la Unidad de estrategias de atención sanitaria materna y neonatal del Consejo de investigación médica de Sudáfrica. En lugar de ofrecer únicamente formación, se estableció un enfoque longitudinal de "puertas abiertas", basado en el apoyo continuado por parte de los establecimientos sanitarios.

El programa consiste en seleccionar el cuidado de las madres canguro para prestarle una atención especial durante dos o tres años,

lo que obliga a las participantes a centrarse en un aspecto de la atención neonatal, a aplicarlo debidamente y, en el proceso, integrarlo en el espectro normal de las prácticas de atención neonatal.

El modelo de ejecución asigna funciones concretas a los distritos y regiones, dependiendo del modelo de autoridad del país. En Ghana, la región constituye el eje central de la aplicación, siendo los distritos los responsables de llevarla a cabo mediante las actividades de puesta en práctica. Aunque la mitad de los nacimientos continúan teniendo lugar en el hogar, una de las piedras angulares del proyecto madres canguro de Ghana es la creación de centros de excelencia en los hospitales regionales y la aplicación de unos servicios continuados las 24 horas del día en todos los hospitales de distrito.

En cada región hay un comité de dirección que se encarga de supervisar la aplicación y que está integrado por un miembro de cada uno de los distritos. Estos representantes, a su vez, establecen otros comités de dirección a escala de los distritos. Si bien el objetivo primordial es aplicar el proyecto madres canguro en los hospitales de distrito, se está intentando también formar alianzas con otros establecimientos sanitarios y organizaciones comunitarias.

Aunque aún no se ha realizado una evaluación íntegra del programa madres canguro de Ghana, los datos de que se dispone por el momento sugieren que es una forma eficaz de mejorar la supervivencia de los bebés nacidos con un peso inferior al normal y de fortalecer el vínculo entre las madres y sus recién nacidos.

Véanse las referencias, pág. 109.

La infección conjunta por VIH y paludismo en el embarazo

La infección por VIH y paludismo acarrea ciertas complicaciones para las mujeres embarazadas y para el desarrollo del feto. El VIH mina la inmunidad contra el paludismo que es específica del embarazo y que normalmente se adquiere durante el primer y el segundo embarazo. El paludismo placentario está asociado con un aumento del riesgo de la mujer de padecer anemia materna y de contraer el VIH, sobre todo entre las mujeres más jóvenes y primerizas. No se conoce con certeza cómo incide la infección conjunta en la transmisión materno-infantil del VIH, ya que algunos estudios informan de un mayor número de casos mientras que según otros no se registra variación. Los riesgos potenciales de una interacción adversa de los medicamentos tienen implicaciones importantes para la lucha eficaz contra la infección conjunta, por lo que es preciso investigar más a fondo.

Aunque el paludismo afecta a Asia, América Latina y el Caribe y África subsahariana, las cifras más elevadas de infecciones conjuntas se dan en África, el continente con más casos de paludismo, y donde viven más de tres cuartas partes de todas las mujeres que padecen el VIH. Existen variaciones entre las regiones. Las más afectadas son la República Centroafricana, Malawi, Mozambique, Zambia y Zimbabwe, países en los que cerca del 90% de los adultos están expuestos al paludismo y en los que el promedio de la prevalencia del VIH en adultos sobrepasa del 10%. En partes de la zona más meridional de África, donde la epidemia de VIH azota con más fuerza, los índices de paludismo son más bajos, aunque sí se producen brotes en zonas concretas como Kwazulu-Natal, en Sudáfrica.

Aunque los datos correspondientes a otras regiones no son tan claros, puede que se produzcan casos de infecciones conjuntas entre las poblaciones de Belice, El Salvador, Guatemala, Guyana y Honduras, y en menor medida el Brasil. Las investigaciones indican que determinadas poblaciones, como los trabajadores migratorios de las minas de oro del Brasil y Guyana, están expuestos a un riesgo mayor de padecer infecciones conjuntas. La epidemia de VIH está generalizada en países asiáticos como Myanmar y Tailandia, aunque la transmisión del paludismo es desigual y heterogénea en toda esta región, como ocurre en América Latina y el Caribe. Las especies más habituales de paludismo en cada una de estas regiones también varían (*P. falciparum* en África, *P. Vivax* en Asia y América Latina y el Caribe), y los efectos de la enfermedad pueden variar según los grados de inmunidad que la mujer haya alcanzado en el momento en que queda embarazada. Las mujeres de Asia están menos expuestas a una transmisión intensa del paludismo y por tanto tienen menos oportunidades de desarrollar una inmunidad adquirida. Esto también ocurre en las zonas de transmisión inestable del paludismo, como algunas partes de África meridional. La mayoría de los estudios sobre el paludismo en el embarazo provienen de África, y es necesario realizar más investigaciones sobre otras regiones y sobre especies que no son *falciparum*.

Los enfermos de paludismo que padecen anemia grave y requieren transfusiones de sangre, en particular los niños y niñas, tienen un riesgo mayor de contraer el VIH. Cada año, entre 5.300 y 8.500 niños y niñas de zonas endémicas de paludismo de África contraen el VIH a causa de las transfusiones de sangre que les son administradas por padecer paludismo grave.

Pese a las diferencias regionales, las infecciones conjuntas afectan a todas las mujeres embarazadas de forma similar. En combinación con el paludismo, el VIH en el embarazo aumenta el riesgo de

padecer anemia grave y disminuye la respuesta inmune que hayan podido desarrollar las mujeres que viven en zonas donde la transmisión del paludismo es estable, lo que en la práctica significa que las mujeres que padecen VIH en su segundo, tercero y cuarto embarazo tienen un nivel tan bajo de inmunidad al paludismo como las mujeres que se hallan en su primer embarazo. Las mujeres embarazadas que padecen VIH tienen una susceptibilidad dos veces mayor de contraer paludismo clínico, con independencia de su estado grávido. En el caso de estas mujeres, el paludismo puede restringir el crecimiento del feto, ser causa de parto prematuro y de que los bebés nazcan con un peso inferior al normal, y disminuir la transmisión al bebé de las respuestas inmunitarias y las reacciones celulares generadas por la madre frente a enfermedades infecciosas como la neumonía bronquial, el tétanos y el sarampión. Pruebas recientes apuntan que las madres que padecen VIH y paludismo a la vez son más propensas a tener bebés con un peso inferior al normal; por otra parte, los bebés nacidos con un peso inferior al normal mostraban un riesgo significativamente mayor de contraer el VIH por transmisión materno-infantil que los que nacen con un peso normal.

Los efectos del paludismo en el VIH no están tan claros, aunque se sabe que los episodios de paludismo grave pueden incrementar la carga viral en la sangre y acelerar la progresión de la enfermedad. La infección por paludismo durante el embarazo puede aumentar el riesgo de transmisión materno-infantil del VIH en el útero, y el incremento de la carga viral puede resultar en un mayor riesgo de transmisión durante la lactancia. Ciertos estudios prueban que es posible que la carga viral retorne a los niveles previos a la infección después de un tratamiento antipalúdico, lo cual sugiere que el tratamiento del paludismo podría resultar crítico a la hora de ralentizar la proliferación del VIH y su progresión hasta convertirse en SIDA.

Una de las cuestiones más acuciantes en relación con las infecciones conjuntas se refiere a las terapias con medicamentos. La Organización Mundial de la Salud recomienda que todas las mujeres embarazadas que viven en zonas de prevalencia elevada del VIH (>10%) reciban al menos tres dosis de sulfadoxina-pirimetamina como tratamiento preventivo intermitente, incluso en casos asintomáticos, salvo que tomen cotrimoxazol para tratar las infecciones oportunistas del VIH.

Muchos gobiernos africanos están empleando una terapia combinada basada en la artemisinina para la gestión de los casos de paludismo durante el embarazo; aunque por ahora los estudios al respecto son escasos, la OMS continúa recomendando el uso de este tratamiento para casos poco complicados de paludismo durante el primer trimestre del embarazo, si es el único tratamiento eficaz disponible. En casos de anemia grave, debería administrarse un tratamiento terapéutico ya sea con artemisinina o con quinina, si bien el uso del primero es preferible en el segundo o tercer trimestre del embarazo. Hay poca información publicada acerca de los riesgos de la administración simultánea de medicamentos antirretrovirales y antipalúdicos, en especial los derivados de la artemisinina, aunque de momento no se ha observado que la toxicidad de las artemisininas sea importante cuando se administran conjuntamente con medicamentos antirretrovirales o en fases tempranas del embarazo.

Véanse las referencias, pág. 109.

Los desafíos que enfrentan las adolescentes en Liberia

Por la Excelentísima Señora Vabah Gayflor, Ministra de Género y Desarrollo de Liberia

Garantizar que las niñas adolescentes disfruten de un entorno de apoyo para su crecimiento y desarrollo, y que se hallen protegidas del maltrato, la explotación, la violencia y de la vivencia prematura de experiencias propias de los adultos, como el matrimonio y el parto, es un desafío particularmente importante en mi país, Liberia.

Una adolescente que vive en Liberia:

- probablemente no ha asistido a la escuela primaria. La matriculación de las niñas en la escuela primaria es solamente de un 39%, según los últimos cálculos nacionales.
- probablemente no asistirá a la escuela secundaria: sólo el 14% de las niñas en edad de asistir a la escuela secundaria están matriculadas en la misma.
- padece un alto riesgo de ser analfabeta, al igual que el 24% de las niñas adolescentes y las jóvenes de entre 15 y 24 años del país.
- padece un alto riesgo de ser violada. La violación es el delito más común, y sus víctimas más frecuentes son las niñas de entre 10 y 14 años.
- tiene muchas probabilidades de poseer un conocimiento limitado acerca del VIH y el SIDA: únicamente el 21% de las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años poseen conocimientos completos sobre el VIH y el SIDA.
- tiene muchas posibilidades de estar casada o viviendo en pareja: el 40% de las mujeres de entre 20 y 24 años de Liberia contrajeron matrimonio antes de haber cumplido los 18 años.
- tiene muchas probabilidades de quedarse embarazada: el índice de embarazos en las niñas de entre 15 y 19 años se sitúa en 221 por 1.000, el segundo más elevado del mundo.
- tiene pocas probabilidades de dar a luz en un hospital o un establecimiento sanitario, puesto que sólo el 37% de los nacimientos se producen en establecimientos sanitarios.
- posiblemente tenga que dar a luz sin la asistencia de un trabajador sanitario capacitado, que únicamente asisten al 51% de los nacimientos.
- padece un grave riesgo de morir como consecuencia del embarazo o durante el parto: el índice de mortalidad materna se sitúa en 1.200 por cada 100.000 nacidos vivos.
- padece un riesgo aún más alto de muerte materna si es menor de 15 años: las niñas de entre 10 y 14 años tienen cinco veces

más probabilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto que las jóvenes de entre 20 y 24 años.

- si sobrevive al embarazo, puede padecer de por vida una lesión relacionada con el parto, como la fístula ginecológica o el prolapso uterino.
- enfrenta un alto riesgo de por vida de morir como consecuencia del primer embarazo y los siguientes: el riesgo de por vida de morir por causas derivadas de la maternidad es de 1 entre 12.
- puede perder a su hijo durante el primer año de vida: el número de bebés que mueren antes de su primer aniversario es de 1 de cada 10.
- probablemente no cuente con ningún apoyo de su compañero, incluso estando casada.
- apenas goza de protección –o carece de ella por completo– contra el maltrato, la explotación y la falta de autonomía.

La labor de crear un entorno de apoyo para las niñas adolescentes en Liberia comienza por protegerlas contra la violencia y el maltrato, y asegurarse de que reciban una educación de calidad.

Para ello es preciso también asegurarse de que las familias no permitan que sus hijas contraigan matrimonio antes de los 18 años, ni que sean explotadas laboralmente.

Es necesario promover los conocimientos acerca del VIH y el SIDA entre los jóvenes, y lograr que las víctimas de la violencia sexual tengan recurso a la justicia.

Es necesario invertir en salud reproductiva y materna y en una atención sanitaria básica para millones de niñas adolescentes.

Y sobre todo, se requiere que las comunidades y la sociedad respeten los derechos de las mujeres y las niñas y que tengan la valentía de poner en tela de juicio las costumbres y las prácticas que las perjudican y las discriminan.

Bajo el mando de la Presidenta Ellen Johnson-Sirleaf, el Gobierno de Liberia realiza esfuerzos con el fin de proveer la atención que las niñas adolescentes precisan y de ayudarlas a que adquieran las aptitudes necesarias para protegerse. Animamos a la comunidad internacional del desarrollo a que nos ayuden a actuar con rapidez y eficacia.

Véanse las referencias, pág. 109.

La atención en establecimientos sanitarios es fundamental para la remisión de pacientes y para prestar una gama de servicios habituales y de emergencia a las madres y los recién nacidos.

prevención materno-infantil del VIH y ayudar a tratar enfermedades infantiles como el paludismo, la neumonía y la sepsis neonatal.

Nepal constituye un claro ejemplo. En este país los trabajadores comunitarios colaboran con personal sanitario capacitado en la prestación de servicios a las madres, a los recién nacidos y a los niños. Un estudio aleatorio realizado en Nepal rural revela que gracias a estas alianzas se ha logrado reducir la mortalidad neonatal en un 30%. Estos resultados se complementan con los obtenidos a partir de un estudio practicado en la India rural, que revelaba una reducción del 62% en la mortalidad infantil cuando los trabajadores sanitarios comunitarios prestaban servicios de atención al recién nacido en el hogar, entre ellos la resucitación en los casos de asfixia y el tratamiento de la sepsis con antibióticos²⁶.

Las alianzas comunitarias en materia de atención sanitaria pueden ayudar a ampliar la cobertura de los servicios esenciales y de unas prácticas mejoradas de salud y nutrición. Y lo que tal vez sea más importante, dichas alianzas pueden hacer posible también que los sistemas sanitarios lleguen a sus comunidades, por pobres y marginadas que éstas sean.

Servicios de extensión y ambulatorios

Los servicios de extensión y ambulatorios, como la atención prenatal y la inmunización, se prestan de forma habitual por medio de dos modalidades distintas: en clínicas permanentes que reciben visitas de las mujeres embarazadas y sus bebés, o mediante servicios móviles en los que trabaja-

dores sanitarios dispensan intervenciones esenciales a mujeres, niños y niñas en sus comunidades. En casi todos los casos no se hace una valoración clínica del paciente, sino que recibe un servicio estandarizado. En el caso de muchas de estas intervenciones, para que resulten beneficiosas no es preciso que las preste un profesional médico capacitado, sino que basta con que sean trabajadores sanitarios con una capacitación media y trabajadores sanitarios comunitarios con algo de formación. Esto, a su vez, hace que sea más fácil y más rentable ampliar la cobertura de estos servicios de extensión a sectores más amplios de la población²⁷.

Los servicios de extensión y los servicios ambulatorios pueden actuar como nexo de unión entre la atención en el hogar y las comunidades y la atención en los establecimientos sanitarios. Constituyen mecanismos vitales para la prestación de servicios de atención prenatal y posnatal, así como para la promoción de la salud sexual y de la reproducción. Por ejemplo, la atención prenatal puede muy bien prestarse en clínicas u hospitales, pero es perfectamente factible hacerlo por medio de servicios de extensión.

Los servicios prenatales de extensión deberían encargarse de detectar y tratar enfermedades como la anemia, la hipertensión, la diabetes, la sífilis, la tuberculosis y el paludismo, así como de supervisar la posición del bebé. Además deberían administrar vacunas contra el tétanos, distribuir mosquiteros tratados con insecticida y ofrecer tratamiento preventivo intermitente del paludismo en las zonas endémicas de esta enfermedad, además de informar sobre cuestiones

como el régimen alimentario, la higiene, las señales de alerta en el embarazo y la lactancia materna. No obstante, también es importante que los servicios de extensión o ambulatorios no se sobrecarguen hasta el punto de estar desbordados²⁸. Los servicios de extensión pueden también adaptarse para prestar atención posnatal, tal como se mencionaba anteriormente en este capítulo. Entre los servicios clave figuran reconocer y detectar los indicios de peligro en las madres y los recién nacidos, ofrecer información sobre nutrición –en particular sobre la lactancia materna temprana como método exclusivo de alimentación–, atender a los recién nacidos, remitir a la madre o al bebé a un especialista cuando sea necesario, y brindar ayuda y asesoramiento acerca de prácticas saludables²⁹.

La salud reproductiva es otro ámbito que se presta a los servicios de extensión y ambulatorios. Los servicios de extensión pueden encargarse de informar sobre las opciones de servicios y prácticas de salud reproductiva, como por ejemplo el espaciamiento de los nacimientos. Asimismo pueden detectar infecciones de transmisión sexual y tratarlas con rapidez. No obstante, en la actualidad, muchos de los servicios de extensión o ambulatorios que se dedican a la salud reproductiva dispensan intervenciones de escasa calidad, lo que disuade a sus posibles usuarios³⁰.

La atención en establecimientos sanitarios

Los establecimientos sanitarios cuentan por lo general con la gama más amplia de tratamientos preventivos y paliativos para la salud materna e infantil y con los profesionales sanita-

rios más capacitados. Estos establecimientos suelen clasificarse en dos tipos: clínicas y hospitales. Lo más probable es que el más cercano a una comunidad sea una clínica en la que se ofrecen servicios de atención inmediata y de carácter general, posiblemente bajo supervisión de un auxiliar de enfermería. Lo normal es que el personal de las clínicas esté capacitado para atender partos sin complicaciones y para ofrecer información y ayuda en lo que respecta al cuidado del recién nacido. También deberían estar capacitados para tratar algunas de las complicaciones más frecuentes (por ejemplo, para extraer la placenta manualmente o para practicar técnicas de resucitación al recién nacido). No obstante, dados los riesgos potenciales que se asocian al trabajo de parto y al parto, es preciso que tanto el personal de las clínicas como el personal que se encarga de atender los partos en los servicios de extensión estén suficientemente capacitados para detectar enseguida si una complicación en el parto o el grado de enfermedad del recién nacido se hallan fuera del alcance de sus competencias, a fin de remitir el caso a un profesional de una instancia superior.

Esa instancia superior suele ser un hospital de distrito, que contará con médicos capacitados para ofrecer servicios de diagnóstico, tratamiento, atención, asesoramiento y rehabilitación. Aunque en algunos sistemas sanitarios puede haber hospitales de consulta que presten servicios de atención complejos, en muchas comunidades del mundo en desarrollo, las madres y los bebés que precisan atención en un establecimiento sanitario sólo pueden recurrir a las clínicas o los hospitales de distrito, si es que los hay³¹.

El acceso a la atención obstétrica de emergencia puede suponer una dificultad importante para las mujeres embarazadas que viven en zonas rurales, debido a la distancia que han de recorrer para llegar a un establecimiento adecuado y a la falta de transporte o de carreteras adecuadas por las que viajar. Incluso existiendo vehículos de transporte e infraestructuras, los costes del viaje y el alojamiento, junto con otros costes indirectos, como la pérdida de ingresos por parte de los familiares acompañantes, pueden hacerlo prohibitivo. En consecuencia, las familias que viven en zonas geográficamente aisladas enfrentan un elevado riesgo de mortalidad materna y neonatal cuando surgen complicaciones en el parto. Un estudio practicado recientemente en relación con las muertes maternas en el Afganistán, por ejemplo, revelaba que la lejanía física aumentaba los riesgos epidemiológicos que afectaban a las mujeres³².

Sin embargo, la distancia geográfica no es el único obstáculo que dificulta el acceso a los establecimientos sanitarios; existen casos en que las mujeres que viven en las cercanías de un establecimiento sanitario acuden a él sólo para recibir atención prenatal, pero no para dar a luz. Los prejuicios culturales acerca de la presencia de extraños en el parto de una mujer y los costes económicos de la asistencia por parte de personal cualificado son ejemplos de elementos disuasorios que impiden el uso de los establecimientos sanitarios. La escasez de personal sanitario y de equipos médicos y medicamentos adecuados podrían también disuadir a las familias de dar a luz en establecimientos sanitarios.

Un desafío particularmente importante consiste en disminuir la incidencia de las enfermedades contraídas en los establecimientos sanitarios –lo que en África subsahariana supone una grave amenaza–, que pueden aumentar el riesgo de contraer infecciones como resultado de una transfusión de sangre o de la reutilización de las agujas³³. A pesar de estos obstáculos, está claro que una medida importante para reducir la mortalidad materna y neonatal es mejorar las clínicas de maternidad, los centros de salud y los hospitales para ofrecer por lo menos atención obstétrica de emergencia.

La atención continua: medidas prácticas en la atención primaria de madres y recién nacidos

Los servicios de atención sanitaria dan mejores resultados cuando existe un vínculo de unión entre la atención dispensada en los hogares por medio de la comunidad, los servicios de extensión y los servicios que se prestan en clínicas y hospitales. Pero esta teoría no es nueva: desde hace décadas existen datos y conocimientos que la corroboran. Mediante su aplicación se podría reducir considerablemente el número de muertes maternas y neonatales prevenibles. Actualmente el desafío consiste en disponer unos niveles de inversión en servicios sanitarios que garanticen una atención continua. En el Capítulo 4 se expone brevemente un marco de actuación para formular estrategias y para asignar los recursos en aras de lograr las mejoras en materia de salud materna y neonatal que el mundo en desarrollo necesita urgentemente.