

# 4

## Fortalecer los sistemas sanitarios para mejorar la salud de la madre y del recién nacido



*Poner en marcha un esquema eficaz de prestación continua de servicios de salud requerirá medidas prácticas para fortalecer los sistemas sanitarios. Los gobiernos nacionales y los organismos locales e internacionales cada vez concuerdan más en que los elementos clave para el desarrollo de los sistemas de salud son mejorar la base de datos empíricos; aumentar y mejorar la dotación de personal sanitario; modernizar y ampliar la infraestructura y la logística; buscar soluciones financieras equitativas; y estimular la demanda de servicios de salud por medio de la movilización social, la calidad de la atención y el fomento del compromiso y la capacidad de liderazgo políticos basados en la colaboración. El capítulo 4 del Estado Mundial de la Infancia de 2009 examina las seis primeras medidas y, con ejemplos de diversos países, explica cómo se llevan a la práctica. La séptima medida –capacidad de liderazgo y compromiso políticos– se trata en el último capítulo del informe.*

Cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 constituirá un enorme desafío. El mundo está bastante atrasado en la tarea de mejorar la salud materna, y África subsahariana, en particular, ha avanzado muy poco desde 1990. Incluso en los países y las regiones en desarrollo que más progresos han registrado, las bolsas de pobreza y la marginación siguen impidiendo que muchas mujeres accedan a los servicios de maternidad esenciales y a una atención médica básica (*véase el capítulo 1 para una descripción completa de las tendencias en mortalidad materna*).

Es posible acelerar el progreso y lograr mejoras importantes en materia de salud y supervivencia de las madres y los recién nacidos reuniendo un conjunto de intervenciones de eficacia comprobada, y ampliando su escala, mediante un esquema de prestación continua de los servicios de salud que cuente con el respaldo de un entorno propicio para la realización de los derechos de las mujeres y los niños.

Las recomendaciones de políticas sobre los marcos necesarios para

acelerar el progreso se enriquecen continuamente con nuevos datos, investigaciones y análisis, vigilancia y evaluación, y adopción de medidas basadas en la colaboración. El capítulo 4 contribuye a estos esfuerzos resumiendo una serie de medidas prácticas que permitirán afianzar los sistemas de salud en apoyo de la prestación continua de los servicios, como se explica en el capítulo 3. Esas medidas incluyen las actividades siguientes:

- Mejorar la recopilación de los datos y el análisis de las tendencias, los niveles, los riesgos, las causas de la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales, y las intervenciones para hacer frente a este grave problema.
- Ampliar la dotación de personal que presta servicios de salud primaria en los países en desarrollo y mejorar su nivel de especialización.
- Movilizar a las sociedades para que exijan una mejor atención de la salud materna y neonatal, al igual que entornos propicios para la realización de los derechos de las mujeres y los niños.

- Establecer mecanismos de financiación prácticos, equitativos y sostenibles para la atención médica básica y los servicios de maternidad.
- Invertir en infraestructura, logística, tecnología de la información y comunicaciones, instalaciones y capacidad de gestión para garantizar una atención de calidad y sistemas eficientes de remisión.
- Mejorar la calidad de la atención en todo el sistema de salud.
- Fomentar el compromiso y el liderazgo políticos mediante una mayor colaboración entre los aliados.

Este capítulo examina las seis primeras medidas y, sobre la base de ejemplos de diversos países, explica cómo se llevan a la práctica. La séptima medida se tratará en el capítulo 5.

### **Medida 1: Mejorar la recopilación y el análisis de los datos**

Debido a que no existe un único indicador que describa adecuadamente las diversas dimensiones de la salud

## Los datos de buena calidad sobre salud y supervivencia de la madre y del recién nacido constituyen la base para formular políticas sólidas, elaborar programas eficaces y concertar alianzas de colaboración.

materna y neonatal, es preciso utilizar una gran variedad de indicadores para orientar y supervisar los programas. La información vital para formular políticas y programas incluye datos demográficos, estado nutricional, condición socioeconómica, prestación de servicios médicos, comportamientos de búsqueda de asistencia y prácticas mejoradas de salud y nutrición.

Estas medidas ayudan a conocer mejor la carga de la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales, así como también sus tendencias, riesgos y causas. Sin embargo, todavía queda mucho por hacer. La falta de conocimientos sobre múltiples aspectos de la salud de las madres y los recién nacidos —desde la estimación de las cifras de mortalidad hasta los riesgos que implican para el embarazo el VIH y el SIDA, para mencionar solamente dos—, sigue siendo muy grande. Los sistemas de información sobre salud de muchos países en desarrollo aún están incompletos, lo que representa un obstáculo para determinar el estado de la salud materna y neonatal y determinar las estrategias e intervenciones más apropiadas<sup>1</sup>.

Reforzar la base de conocimientos en los que se basan las políticas, los programas y las alianzas es, por lo tanto, crucial para el desarrollo de los sistemas sanitarios. Ya se está haciendo lo necesario para mejorar la recopilación de datos. La Organización Mundial de la Salud definió una serie de directrices para ayudar a los gobiernos y a otros organismos a ampliar la recolección de datos sobre salud materna y mejorar su calidad. La OMS recomienda que los sistemas de información sobre salud obtengan



© UNICEF/HQ04-1257/Giacomo Pirozzi

Brindar a las mujeres embarazadas servicios esenciales, como vacunación y la administración de suplementos con micronutrientes, puede protegerlas contra las enfermedades y la desnutrición. En Papua Nueva Guinea, una trabajadora de salud pesa a una mujer, antes de medirle la tensión arterial, vacunarla contra el tétanos y administrarle suplementos de hierro.

datos en cinco esferas clave de la salud materna e infantil:

- Tasas de mortalidad materna y neonatal.
- Factores determinantes de la mortalidad y la morbilidad.
- Percepciones de las comunidades sobre estos problemas de salud

y las medidas que convendría tomar para solucionarlos, incluyendo clases de servicios y actitudes hacia la búsqueda de atención sanitaria.

- Disponibilidad de servicios de salud de calidad y acceso a ellos.
- Calidad de la atención<sup>2</sup>.

Se están aplicando numerosos métodos para mejorar la recopilación de datos sobre supervivencia materna y neonatal, como censos, encuestas domiciliarias y reunión de datos en los centros médicos.

Gráfico 4.1

## Atención obstétrica de urgencia: Indicadores de procesos de las Naciones Unidas y niveles recomendados

Indicador de procesos de las Naciones Unidas	Definición	Nivel recomendado
1. Número de servicios disponibles de atención obstétrica de urgencia	Número de centros de salud que prestan atención obstétrica de urgencia	Mínimo: Un establecimiento de salud que ofrezca servicios integrales de atención obstétrica de urgencia y cuatro establecimientos de atención básica por cada 500.000 habitantes
2. Distribución geográfica de los centros de salud que ofrecen atención obstétrica de urgencia	Centros de salud que prestan atención obstétrica de urgencia y están bien distribuidos a nivel subnacional	Mínimo: El 100% de las zonas subnacionales deben contar con el mínimo número aceptable de centros sanitarios que ofrecen servicios de atención básica y global de urgencia en obstetricia
3. Proporción de todos los nacimientos que tienen lugar en establecimientos que atienden emergencias obstétricas	Proporción de todos los nacimientos de la población que tienen lugar en establecimientos que atienden emergencias obstétricas	Mínimo: El 15%
4. Necesidad satisfecha de servicios obstétricos de urgencia	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que reciben tratamiento en centros médicos que atienden esta clase de emergencias	Mínimo: El 100% (calculado como el 15% de los partos previstos)
5. Partos por cesárea como porcentaje de todos los nacimientos	Partos por cesárea como proporción de todos los nacimientos que tienen lugar entre la población	Mínimo: El 5%. Máximo: El 15%
6. Tasa de letalidad	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que mueren luego de ser admitidas en un centro de salud	Máximo: el 1%

Fuente: Naciones Unidas.

Hoy existen numerosas herramientas para facilitar la compilación de datos, incluyendo censos, autopsias verbales, registros de defunción, encuestas y estudios, además de datos provenientes de los centros asistenciales y de los sistemas de vigilancia de las enfermedades. En vista de que todos los métodos tienen ventajas e inconvenientes, la evaluación de la salud de las madres y de los recién nacidos exige emplear varios al mismo tiempo.

### Censos, cuestionarios y encuestas a hogares

Los censos nacionales son una fuente importantísima de datos e informa-

ción sobre salud materna. Suelen ser las únicas encuestas a nivel familiar lo suficientemente amplias como para arrojar datos que permitan medir las variaciones geográficas y socioeconómicas relacionadas con la mortalidad materna. Los censos pueden incluir preguntas de seguimiento cuyo propósito es conocer en qué momento de los últimos 12 meses tuvieron lugar las defunciones de mujeres en edad reproductiva en cada hogar. Se debe señalar, sin embargo, que algunos países no utilizan sus censos para recopilar esta clase de datos, perdiendo así la oportunidad de obtener valiosa información sobre la salud materna.

La autopsia verbal es otro método útil para recopilar información sobre mortalidad y morbilidad. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud elaboró tres cuestionarios –uno para obtener información sobre las defunciones que tuvieron lugar durante las primeras cuatro semanas de vida; otro para los niños de 4 semanas a 14 años; y el tercero para las personas mayores de 15 años– con el propósito de ayudar a estandarizar los métodos y criterios de medición. Este nivel de escrutinio toma en consideración el momento en que ocurren las defunciones, un aspecto de suma importancia al que no se

## Las encuestas a los hogares, como las Encuestas Demográficas y de Salud y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, proporcionan datos de suma importancia sobre una amplia gama de indicadores de cobertura y resultados.

prestaba la debida atención en el pasado<sup>3</sup>.

Obtener información sobre las causas de muerte es una tarea a menudo difícil. Según la Organización Mundial de la Salud, solamente 31 de sus 193 Estados miembros elaboran estadísticas de alta calidad sobre causas de defunción. En zonas geográficas más pequeñas, varios países están utilizando instrumentos de vigilancia para determinar las causas de los fallecimientos, como los Sistemas de Vigilancia Demográfica. Entre los métodos que se utilizan figuran las investigaciones de seguimiento de las muertes que recurren a la autopsia verbal para pedir a los miembros de las familias, los proveedores de servicios de salud y los miembros de las comunidades que expliquen las circunstancias que rodearon las muertes. Estos son los llamados sistemas de registro por muestreo de datos vitales con autopsia verbal. La política de no buscar culpables, es decir, de no responsabilizar a las personas por sus respuestas, es decisiva para que las comunidades respalden estos esfuerzos<sup>4</sup>.

Numerosos factores influyen en la salud de la madre y del recién nacido, entre ellos, factores biológicos como el estado nutricional; aspectos socioeconómicos, como los ingresos y el nivel educativo; comportamientos de búsqueda de asistencia médica y observancia de prácticas saludables; obstáculos para acceder a los servicios de salud; y conductas de riesgo, como la violencia doméstica y el hábito de fumar. Los estudios y las encuestas domiciliarias son los principales métodos para evaluar la frecuencia de este tipo de determinantes,

que luego se analizan para conocer mejor a las poblaciones a las que se dirigen los programas de salud.

Entre las encuestas transversales más importantes que se llevan a cabo periódicamente en los hogares están las Encuestas Demográficas y de Salud (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (UNICEF) y las Encuestas sobre Salud Reproductiva (Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos). Estas encuestas internacionales proporcionan datos cuantitativos completos sobre una amplia gama de temas de salud. Desde 1995 se han realizado casi 200 Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados en 100 países.

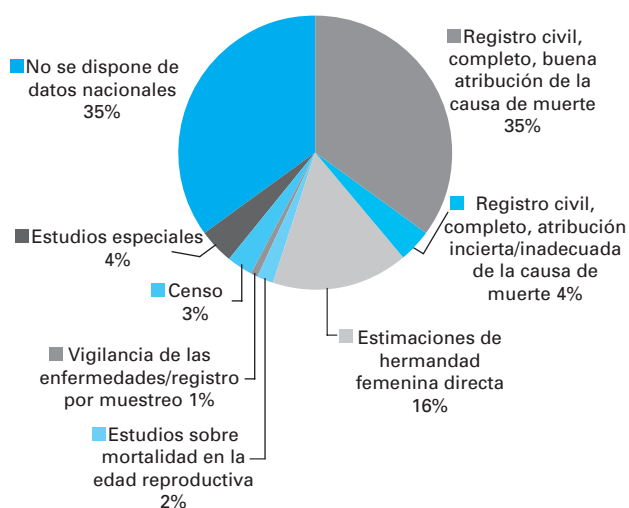
### Recopilación de datos en las comunidades y los establecimientos médicos

Los datos provenientes de la amplia gama de centros asistenciales públicos y privados también sirven para evaluar el estado de la salud materna y neonatal. El número de muertes en los establecimientos sanitarios se puede verificar fácilmente, permitiendo conocer las mejoras que se requieren para evitar muertes futuras – particularmente las que se presentan en los centros de salud–, en un proceso conocido como “examen de la mortalidad materna”. Esta clase de datos también son importantes para mejorar la calidad de los servicios, pues arrojan luz sobre las complicaciones que ponen en peligro la vida y aumentan el riesgo de mortalidad, pero no desembocan en la muerte<sup>5</sup>.

Gráfico 4.2

### Distribución de fuentes de datos clave utilizados para estimar la mortalidad materna en 2005

Número total de países: 171



**Fuente:** Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005, Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*, OMS, Ginebra, 2007, pág. 9.





© UNICEF/H06-0550/Shehzad Noorani

Aumentar el número de partos asistidos por profesionales calificados puede reducir las muertes maternas causadas por complicaciones durante el alumbramiento. Dos maestras hacen una demostración sobre la manera apropiada de sostener a un bebé que acaba de nacer, durante una sesión de capacitación para mujeres en un centro de formación de parteras, en el Sudán.

Los gobiernos, los centros de investigación y otros organismos también llevan a cabo labores de vigilancia de la salud, que los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos definen como “la recopilación, el análisis, la interpretación y la difusión permanentes y sistemáticos de datos sobre un fenómeno relacionado con la salud, que se emplean en las actividades de salud pública encaminadas a reducir la morbilidad y la mortalidad y a mejorar la salud<sup>6</sup>”. Este método de reunión de datos se puede combinar con otros para evaluar la salud de una población a través del tiempo y por zonas geográficas.

También se están evaluando otros aspectos de la atención de la salud materna, con el decidido apoyo de varios organismos internacionales. Con el objeto de establecer indicadores útiles para la atención obstétrica de emergencia, UNICEF y sus aliados están recopilando datos en establecimientos sanitarios. Por su parte, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Universidad de Columbia emprendieron la evaluación de las necesidades para la atención obstétrica de urgencia por medio del Programa de Prevención de la Mortalidad y la Discapacidad Maternas<sup>7</sup>.

La Red de Sanimetría, una alianza internacional que ayuda a los países

a fortalecer la gestión de sus sistemas de información de la salud, creó una herramienta para evaluar su integridad y su calidad (*véase el recuadro en la pág. 105, Mejorar los Sistemas de Información sobre Salud: Red de Sanimetría*). Como parte de las iniciativas para reducir la mortalidad materna, la Organización Mundial de la Salud dirigió la elaboración de una guía titulada *Beyond the Numbers*, que describe varios métodos por medio de los cuales se podría relatar la historia de la muerte de una mujer. Entre esos métodos se cuentan las autopsias verbales en las comunidades, los exámenes de la mortalidad materna en los establecimientos de salud y el análisis de las complicacio-

# Utilización del método de detección de eslabones críticos en los sistemas de atención de la salud para evitar las muertes maternas

por Rosa María Núñez-Urquiza, Instituto Nacional de Salud Pública, México

El método de detección de eslabones críticos en los procesos de atención analiza cada caso de muerte materna como si de un evento centinela se tratara. Con este método se examinan todas las interacciones que se llevan a cabo en el ámbito hospitalario entre la paciente y el personal sanitario previas a su defunción, y revela las fechas en que se buscó asistencia médica y los cuidados que dispensó el sistema de salud.

El método de detección de eslabones críticos evalúa tres dimensiones de la atención de la salud:

- Desempeño clínico (demoras, omisiones y cumplimiento de las normas de calidad frente a las directrices establecidas).
- Organización interna del hospital.
- Continuidad de la atención entre establecimientos de salud.

Por medio de este proceso, el método de detección de eslabones críticos se centra en las intervenciones cruciales que, de brindarse de manera expedita, tienen la capacidad de evitar futuras muertes maternas. Así mismo, permite que los comités sobre maternidad sin riesgo pasen de un enfoque centrado en las causas médicas de las defunciones a un enfoque basado en la pérdida de oportunidades por parte de las instancias administrativas. Las siguientes preguntas ilustran este cambio de perspectiva:

- *¿Durante cuáles interacciones entre la paciente y el sistema de salud se habría podido afrontar mejor el problema que desembocó en su muerte?*
- *Sobre la base de este análisis, ¿qué medidas concretas se deben adoptar de una manera distinta en el futuro para evitar que mueran mujeres en circunstancias similares?*
- *Para mantener estos cambios, ¿qué procesos requieren modificación en las diferentes unidades de atención médica para garantizar la calidad de los servicios, y qué aspectos del sistema de salud se deben rediseñar para asegurar la continuidad de la atención durante las urgencias obstétricas?*

Además, al comparar casos de mortalidad materna con casos en que la vida corre peligro pero no se produce la muerte, se ve que es imperativo prestar la asistencia de manera oportuna. Esto ha generado una nueva categoría de análisis, a saber, el intervalo terapéutico, que amerita investigaciones clínicas para definir los intervalos de tiempo durante los cuales las intervenciones son eficaces. El intervalo terapéutico demuestra que incluso un tratamiento adecuado puede resultar inútil para salvar la vida de una mujer cuando no se aplica en el momento oportuno.

## De los estudios de casos de “alerta roja” a una investigación más profunda

Una comunicación abierta y regular entre los supervisores del método de detección de eslabones críticos y las autoridades federales hizo que las alertas detectadas en estudios de casos individuales incentivaran un análisis más profundo de los sistemas

ordinarios de recolección de datos (registros de 1.029.000 pacientes obstétricas por año provenientes de 617 hospitales públicos), a fin de averiguar la magnitud y la distribución de esas fallas en la atención materna en todo el sistema de salud.

Un ejemplo proviene de un estudio sobre mujeres con hemorragia posparto que murieron mientras eran trasladadas de hospitales comunitarios a hospitales de remisión. La evaluación concluyó que no haber estabilizado a las mujeres antes de su traslado había constituido una omisión con consecuencias fatales. En los siete estados donde el porcentaje de defunciones maternas por hemorragia posparto era superior al promedio nacional, hasta el 60% de las muertes ocurrieron mientras trasladaban a las pacientes a hospitales más grandes. Cuando se dotó de ambulancias y personal calificado a uno de esos distritos de salud, al año siguiente se registró un descenso del 30% en la tasa de mortalidad materna por hemorragia posparto.

El método de detección de eslabones críticos en el proceso de atención materna está ayudando a rediseñar la manera como las unidades médicas se interconectan en cada sistema distrital de salud. Por otra parte, su aplicación exige la participación de un grupo más numeroso de interesados –por ejemplo, jefes de laboratorios clínicos y de bancos de sangre, y administradores de los distritos de salud– y no solo de quienes han estado vinculados tradicionalmente a los comités que trabajan por una maternidad sin riesgo.

Un resultado del método es que las secciones de salud reproductiva del Ministerio de Salud y del Instituto Mexicano de Seguridad Social ya no se enfocan exclusivamente en las causas médicas de las muertes maternas, como preeclampsia, sepsis, etc., sino también en las fallas detectadas durante el proceso de atención. Por ejemplo, en los informes sobre mortalidad materna de cualquier sistema de salud distrital o estatal hoy es posible leer: “El 15% de las muertes maternas se debieron a la falta de soluciones intravenosas en los centros médicos, lo que impidió estabilizar a las pacientes antes de su traslado” o “El 10% de las muertes maternas se debieron a que los cirujanos que estaban de turno demoraron en llegar a los hospitales distritales, pues las emergencias se presentaron en fin de semana”. Ir más allá de las causas médicas contribuye a detectar fallas en los sistemas de salud que, de solucionarse de inmediato, pueden evitar muchas muertes maternas.

Véanse las referencias, pág. 111.

## Las nuevas tecnologías también pueden ser de gran ayuda para la recopilación de datos sobre salud materna y neonatal.

nes que representan una amenaza para la vida, las auditorías clínicas y las investigaciones confidenciales a nivel regional o nacional<sup>8</sup>. Un examen de la mortalidad materna efectuado en unidades médicas de Mozambique dejó importantes lecciones sobre los factores que incidieron en esas muertes y que se habrían podido prevenir, y ha servido para orientar políticas y respuestas por parte de los sistemas<sup>9</sup>.

También se han desarrollado métodos para evaluar la calidad de la atención que prestan los proveedores de servicios de salud. Dos de ellos son el Método para Mejorar la Calidad del Desempeño, ideado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, y

la Estrategia Práctica de Servicios y Prestaciones Eficientes, diseñada por EngenderHealth<sup>10</sup>.

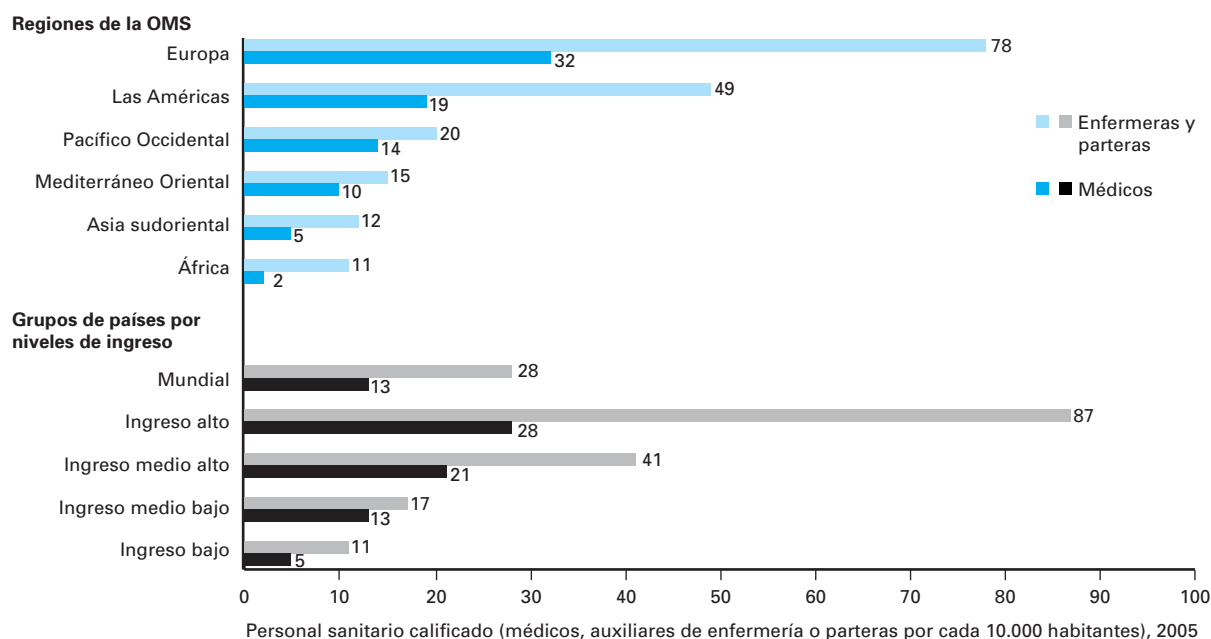
Aparte de las nuevas herramientas de medición, se están aplicando tecnologías novedosas para reunir información. Por ejemplo, emplear tecnologías digitales en las encuestas podría agilizar el proceso de recolección de datos en las zonas más remotas. En un estudio que la organización The Initiative for Maternal Mortality Programmed Assessment (IMMPACT) dirigió en la zona oriental de Burkina Faso, 127 entrevistadores que utilizaron asistentes digitales personales recopilaron datos de 86.376 hogares en poco más de tres meses. Cada unidad costó alrededor de 350 dólares y el costo total del

equipo fue de 60.000 dólares. Aun cuando no se analizó la eficacia en función del costo, utilizar formularios tradicionales habría requerido más de 1 millón de páginas impresas, 100 receptores de satélites de posicionamiento global y 20 computadoras de escritorio, y su costo habría sido mayor. El experimento con los asistentes personales digitales tuvo la ventaja de la inmediatez del ingreso de los datos, lo que suele ser un problema en las encuestas con papel y lápiz. También capacitó y empleó a niños y niñas de las escuelas locales que tenían la competencia lingüística requerida y que estaban familiarizados con los teléfonos móviles<sup>11</sup>.

Es evidente que existen numerosos métodos de recopilación de datos

Gráfico 4.3

### La escasez de personal sanitario calificado es muy grave, particularmente en África y Asia sudoriental



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 82–83.



## Nuevos rumbos en el ámbito de la salud materna

por Mario Meriardi, Organización Mundial de la Salud, y Jennifer Harris Requejo, Alianza para la Salud de la madre, el Recién Nacido y el Niño

Bajo los auspicios de la Iniciativa sobre la Maternidad sin Riesgo, la comunidad mundial de la salud se unió, hace 21 años, para luchar contra la mortalidad materna, cuyos límites superior e inferior representan la desigualdad más brutal en materia de salud pública. No obstante, para 1990, el año base de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, más de medio millón de mujeres, el 99% en los países en desarrollo, aún morían todos los años por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Las estimaciones sobre mortalidad materna para 2005 indican que aproximadamente 536.000 mujeres siguen muriendo todos los años durante el embarazo y el parto, lo que equivale, más o menos, a una defunción materna cada minuto por causas que se pueden prevenir. Estas muertes, altamente concentradas en los grupos de población más desfavorecidos de los países de bajos recursos, reflejan una desigualdad social persistente e injusta que hace mucho tiempo ha debido recibir la atención que merece. El número de defunciones maternas es desproporcionadamente alto en África subsahariana –la región a la cual corresponde la mitad de todas las muertes maternas que se registran anualmente– y Asia meridional (35%), lo que aleja seriamente al mundo de su meta de reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015 (Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, Meta A).

Pese a la desalentadora falta de progresos en la reducción de la mortalidad materna desde que se puso en marcha la Iniciativa sobre la Maternidad sin Riesgo, ha habido importantes avances en varias esferas. Una cantidad sin precedentes de recursos internacionales para la salud; un renovado compromiso político hacia la atención primaria; y la adopción de iniciativas complementarias enfocadas concretamente en la salud materna, neonatal e infantil, reflejan un creciente interés por buscar solución al problema de la mortalidad materna, desatendido durante demasiado tiempo. Entre otras medidas en esta dirección figuran la adopción de un esquema de prestación continua de servicios de salud como marco fundamental para los programas de salud pública; el establecimiento, en 2005, de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, para orientar y promover el esquema de atención continua; la ratificación del Plan de Acción de Maputo para la ejecución del marco continental sobre derechos y salud sexual y reproductiva en África; la adición de una nueva meta (5.B) al ODM 5, tendiente a lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015; y la inclusión de la supervivencia materna en las evaluaciones de la Cuenta Regresiva para 2015. Todo lo anterior demuestra la importancia que la comunidad mundial de la salud atribuye actualmente a la supervivencia y el bienestar de las madres y los recién nacidos.

El mejoramiento de los métodos para calcular la mortalidad materna, las últimas estimaciones sobre la incidencia del aborto y los esfuerzos por trazar un mapa de la carga mundial de enfermedades maternas son importantes avances epidemiológicos que llevarán a los gobiernos y a sus aliados a tomar mejores decisiones. El creciente reconocimiento del papel de la desnutrición en la mortalidad materna ha producido un renovado interés en la administración de micronutrientes durante el embarazo, a la vez que ha creado conciencia sobre la necesidad de solucionar los factores causales, como la pobreza, la discriminación por razón de género y la falta de autonomía de la mujer –incluyendo el limitado acceso de las niñas y las mujeres jóvenes a la enseñanza y su alta exposición a las infecciones. También se ha producido un gran consenso en torno a las estrategias fundamentales que requiere el sector de la salud para disminuir la mortalidad materna. Se considera que la atención integrada de la salud reproductiva debe incluir servicios de planificación familiar, atención prenatal y obstétrica calificada para todas las mujeres, y cuidados de urgencia para todas las mujeres y los niños con complicaciones que pongan en riesgo sus vidas. Los gobiernos nacionales, los organismos de las Naciones Unidas, las alianzas

internacionales en materia de salud y las organizaciones no gubernamentales están registrando en la Cuenta Regresiva para 2015 tanto los indicadores sobre cobertura de intervenciones de eficacia comprobada como los indicadores sobre actividades y estrategias relacionadas con cada uno de estos tres componentes esenciales –incluyendo atención prenatal, disponibilidad de atención obstétrica de urgencia, tasas de nacimientos por cesárea, tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos, atención calificada durante el parto, atención posnatal y necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar.

Importantes hallazgos de investigación sobre mecanismos para contrarrestar los factores de riesgo para la salud materna han complementado el mejoramiento de la documentación sobre la distribución mundial de la mortalidad y la morbilidad maternas y los sistemas de identificación y seguimiento de las intervenciones eficaces. Diversas intervenciones cuya eficacia para elevar las tasas de supervivencia materna ha quedado demostrada en estudios epidemiológicos, y apropiadas para ser adoptadas a nivel mundial, ya están listas para su aplicación a gran escala. Entre ellas están administrar suplementos de sulfato de magnesio y calcio para prevenir los trastornos hipertensivos del embarazo, dar a conocer las directrices sobre prevención y tratamiento de la hemorragia posparto y proporcionar, al menos, cuatro consultas prenatales a las mujeres embarazadas y una consulta posparto a las madres primerizas. Una mayor conciencia sobre la inextricable relación entre la salud de la madre y del recién nacido también ha conducido a iniciativas para prevenir y tratar el paludismo y el VIH; por ejemplo, programas para ampliar la distribución de mosquiteros tratados con insecticida y la cobertura de tratamiento preventivo intermitente del paludismo durante el embarazo; intervenciones para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo y para prevenir la infección con el virus –particularmente entre la gente joven–; y tratamiento antirretroviral para las madres y los niños VIH positivos.

Entre las esferas de investigación más prometedoras está el desarrollo de estrategias para garantizar la prestación de un conjunto integral de servicios de salud materna y neonatal en el marco de un proceso continuo de atención. Un componente esencial de estas estrategias es idear mecanismos para integrar los servicios que tradicionalmente se han prestado sobre la base de enfoques verticales –como la inmunización y la suplementación con micronutrientes– con la atención prenatal y posnatal, como parte del fortalecimiento del sistema de salud. En los últimos años también se ha observado una tendencia alentadora hacia la concertación de alianzas de colaboración entre las organizaciones internacionales, los organismos gubernamentales, las instituciones de investigación, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, con el objeto de promover proyectos de investigación, entre varios países, sobre las principales complicaciones del embarazo y el parto –entre ellas, parto prematuro, mortinatalidad, alteración del crecimiento fetal, trastornos hipertensivos, hemorragia posparto, obstrucción del parto y fístula obstétrica.

El creciente apoyo político y financiero a las iniciativas programáticas y de investigación cuya finalidad es mejorar la salud materna y neonatal, y el paso de un enfoque sectorial en materia de salud a un enfoque sobre prestación de servicios sanitarios primarios basado en la colaboración y en el marco de un proceso continuo de atención, permiten abrigar la esperanza de que los anhelados progresos en salud materna, neonatal e infantil, tan importantes para el bienestar y el desarrollo de las poblaciones, serán una realidad en el futuro cercano.

Véanse las referencias, pág. 111.

## El fortalecimiento del sistema de salud en la República Democrática Popular Lao

La República Democrática Popular Lao es un país montañoso y básicamente rural de Asia sudoriental, cuyo ingreso nacional bruto per cápita en 2007 fue inferior a un promedio de 600 dólares. Cerca del 40% de los habitantes de este país tan diverso desde el punto de vista étnico –comprende casi 50 grupos étnicos diferentes– viven por debajo de la línea de pobreza. Aun cuando el país va en camino de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, pues logró reducir su tasa de mortalidad de menores de cinco años un 57% entre 1990 y 2007, todavía afronta enormes dificultades para mejorar la salud de las madres y de los recién nacidos.

Entre las principales dificultades están la desnutrición, la modificación de las prácticas de alimentación e higiene, la vacunación, la salubridad ambiental, y la prestación de servicios de salud de calidad por parte de personal calificado. Más de uno de cada siete recién nacidos presenta bajo peso al nacer, una condición que usualmente se relaciona con la deficiente nutrición de la madre. La alimentación exclusiva con leche materna –un 23%, según las últimas estimaciones– se halla bastante por debajo del promedio de la región de Asia oriental y el Pacífico, a saber, el 43%. Solamente el 60% de la población tiene acceso a un suministro mejorado de agua potable y apenas el 48%, a instalaciones de saneamiento adecuadas. El acceso a estos dos servicios vitales es, incluso, mucho más bajo en las zonas rurales. En 2007, no más del 40% de los bebés menores de un año recibieron la vacuna contra el sarampión y solamente el 47% de las mujeres embarazadas se vacunaron contra el tétanos neonatal. Con 660 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, la República Democrática Popular Lao tiene la tasa de mortalidad materna más alta de la región. En 2005, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto era de 1 en 33.

Pese a las dificultades mencionadas, el país está logrando beneficiar con servicios sanitarios a su inmensa población rural. En uno de esos programas participa Save the Children Australia, que, junto con la Oficina Provincial de Salud y otros aliados, ha trabajado en Sayaboury para ampliar y mejorar la infraestructura de la atención primaria de la salud sobre la base de cuatro fases de tres años cada una. Sus metas son:

- **Fase I:** Fortalecer el equipo de gestión provincial responsable de capacitar a los equipos distritales, a los voluntarios sanitarios de las aldeas y a las matronas tradicionales; establecer clínicas maternas e infantiles fijas y móviles; y dotar a esas clínicas de los elementos básicos.
- **Fase II:** Integrar la atención primaria de la salud a todos los niveles, es decir, en las provincias, los distritos y las aldeas.
- **Fase III:** Ejecutar los programas en cuatro distritos remotos.
- **Fase IV:** Reforzar las destrezas del personal del sector de la salud adoptando el marco de la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.

Debido a que varios estudios han mostrado una estrecha relación entre las prácticas inadecuadas de alimentación y la desnutrición infantil en la República Democrática Popular Lao, el programa también da prioridad a la enseñanza de prácticas de nutrición saludables a las mujeres, incluyendo amamantamiento y alimentos complementarios. La difusión de otros temas de salud, como la vacunación y los cuidados clínicos, también son componentes importantes del programa.

El programa de Sayaboury ha tenido un gran éxito y su costo ha sido altamente asequible: alrededor de 4 millones de dólares durante un período de 12 años, lo que representa un gasto per cápita de apenas 1 dólar por año. Entre 1998 y 2003, la tasa distrital de mortalidad materna bajó de 218 por cada 100.000 nacimientos vivos a 110 por cada 100.000 nacimientos vivos. La edad promedio a la cual los bebés recibieron alimentos complementarios se elevó de 2,8 meses en 1999 a 3,7 meses en 2001, mientras que la tasa de alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida pasó del 28% en 1999 al 66,2% en 2004. No obstante, la cobertura de vacunación continuó siendo baja y, en 2007, solo el 50% de los bebés menores de un año recibieron tres o más dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina –el indicador de la cobertura periódica de vacunación.

La campaña de comunicación de Padres Solícitos durante el Embarazo alienta a los padres a apoyar a las mujeres embarazadas y a las madres para que cuiden de sí mismas y de sus bebés. Con ayuda de UNICEF y el Sindicato Lao, el Ministerio de Salud ha promovido la participación de los hombres en el cuidado de los miembros de la familia. Estas campañas van dirigidas, ante todo, a los padres con empleos remunerados, el grupo que tiene la mayor probabilidad de involucrarse con trabajadores sexuales, la fuente de la cada vez más alta prevalencia del VIH en este país. Si bien la prevalencia del VIH entre los adultos de la República Democrática Popular Lao es menor que entre los adultos de algunos países vecinos, la pobreza y la migración transfronteriza contribuyen a la propagación del virus. Como consecuencia de la demanda, inesperadamente alta, ha sido necesario reimprimir afiches y folletos sobre el tema de la campaña de Padres Solícitos durante el Embarazo.

Programas como estos, junto con campañas más amplias de vacunación y administración de suplementos que recibieron apoyo de UNICEF en 2007, y la construcción de infraestructura sanitaria, están reduciendo, de manera lenta pero segura, la aún alta carga de mortalidad materna y neonatal en la República Democrática Popular Lao.

*Véanse las referencias, pág. 111.*

## Solucionar la crisis de trabajadores sanitarios es fundamental para mejorar la salud materna y neonatal. La escasez más grave de personal se registra en África y Asia.



© UNICEF/H007-1307/Anita Khemka

*Evitar las muertes maternas contribuye a la supervivencia y la salud de los recién nacidos. Luego de un parto sin complicaciones, una madre descansa, junto con su hija, en un pabellón de maternidad, en el Pakistán.*

que arrojan información valiosa para orientar los programas y las políticas. Difundir y analizar esos datos a nivel local, nacional e internacional es definitivo para encauzar la asignación de los recursos y las respuestas normativas, así como también para ejercer la mayor influencia posible en la reducción de las muertes maternas.

### **Medida 2: Aumentar los recursos humanos y mejorar la capacitación y la supervisión**

Muchos países en desarrollo están afrontando una aguda escasez de

trabajadores sanitarios calificados. La migración a gran escala, el SIDA y los conflictos armados son algunos de los factores que más repercuten en la dotación de personal sanitario en los países, restringiendo los avances en materia de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales. Además, la distribución de los trabajadores sanitarios es desigual; en efecto, la mayor concentración se observa en los países desarrollados y en la zonas urbanas tanto de los países desarrollados como de los países en desarrollo.

En 2006, una investigación de la Organización Mundial de la Salud recomendó que los países mantengan un promedio de 2,28 profesionales de la salud por cada 1.000 habitantes, a fin de asegurar una cobertura adecuada de personal calificado durante los partos. De los 57 países que no alcanzan este umbral, 36 pertenecen a África subsahariana. En Asia se registra la escasez más crítica de trabajadores sanitarios en términos absolutos, especialmente en Bangladesh, la India e Indonesia, pero la mayor necesidad en términos relativos corresponde a África subsa-

**Cincuenta y siete países, 36 en África subsahariana, tienen menos de 2,28 trabajadores sanitarios por cada 1.000 habitantes, el umbral mínimo establecido por la OMS para prestar una asistencia adecuada y calificada durante el parto.**

hariana, donde el número de trabajadores de la salud debe aumentar un 140% para lograr la densidad exigida<sup>12</sup>. En el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005*, la Organización Mundial de la Salud calcula que incrementar la cobertura de los servicios de salud materna para 2030 exigirá triplicar los niveles actuales de cobertura. También indica que para conseguir una cobertura del 73% de los partos mundiales en 2015, se necesitarán 334.000 trabajadores sanitarios calificados, además de miles de médicos, cirujanos, anestesiólogos, técnicos y unidades de maternidad adicionales<sup>13</sup>.

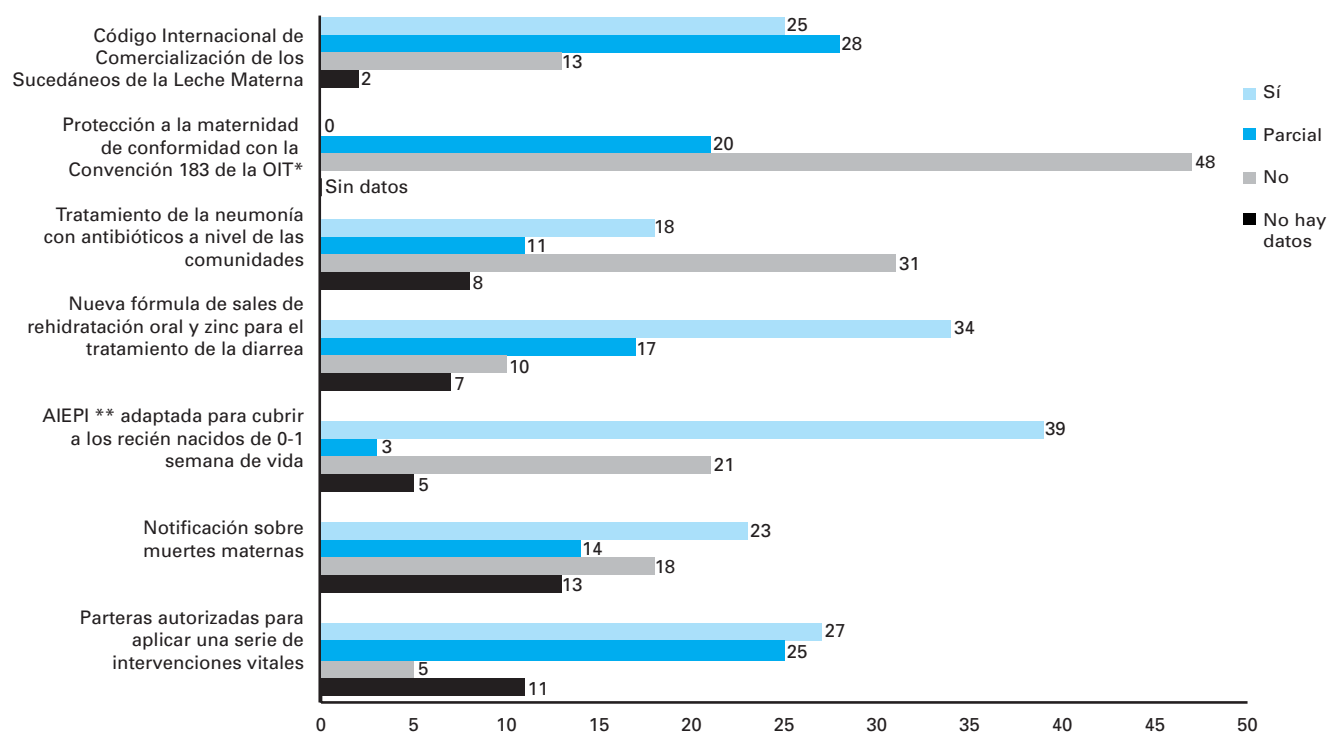
Nadie ni nada puede sustituir a un trabajador sanitario calificado durante el parto. La asistencia especializada durante el alumbramiento ha sido un común denominador de un grupo de países que, pese a tener perfiles diferentes, han logrado bajar sus tasas de mortalidad materna. Según la Organización Mundial de la Salud, un trabajador sanitario calificado “es una partera, un médico o una enfermera que han recibido capacitación en la manera correcta de proceder durante los partos que no presentan complicaciones, así como también en atención posnatal y en la detección y el manejo de las compli-

caciones en las mujeres y los recién nacidos”<sup>14</sup>. Sin embargo, las habilidades del personal sanitario que se ajusta a esta descripción varían considerablemente entre países, y no todos cuentan con las destrezas y los conocimientos necesarios.

Las parteras u otros trabajadores sanitarios de nivel intermedio que han recibido capacitación durante periodos más cortos y a quienes se exige un menor nivel educativo para ser admitidos en el programa, deben formar un cuadro dentro del espectro de trabajadores del sector de la salud para asumir distintas funciones,

**Gráfico 4.4**

### Adopción de políticas clave para la salud materna, neonatal e infantil por parte de los 68 países prioritarios para la Cuenta Regresiva



\* OIT: Organización Internacional del Trabajo.

\*\* AIEPI: Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.

**Fuente:** Cuenta Regresiva para 2015, *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report*, UNICEF, Nueva York, 2008, págs. 200–201.



Reforzar la plantilla de personal sanitario mediante la contratación, formación y retención de trabajadores de la salud calificados y agentes de salud comunitarios constituye un desafío clave para los países del mundo en desarrollo. En un hospital del Afganistán, una doctora dirige un curso de capacitación para parteras.

distribuir la carga de trabajo y crear un sistema de remisión para las mujeres embarazadas y los recién nacidos. También es fundamental que el entorno valore y utilice los conocimientos de las parteras que han recibido capacitación. Esto exige equipos eficaces, suministros, supervisión y sistemas de remisión a especialistas. Por ejemplo, en zonas de

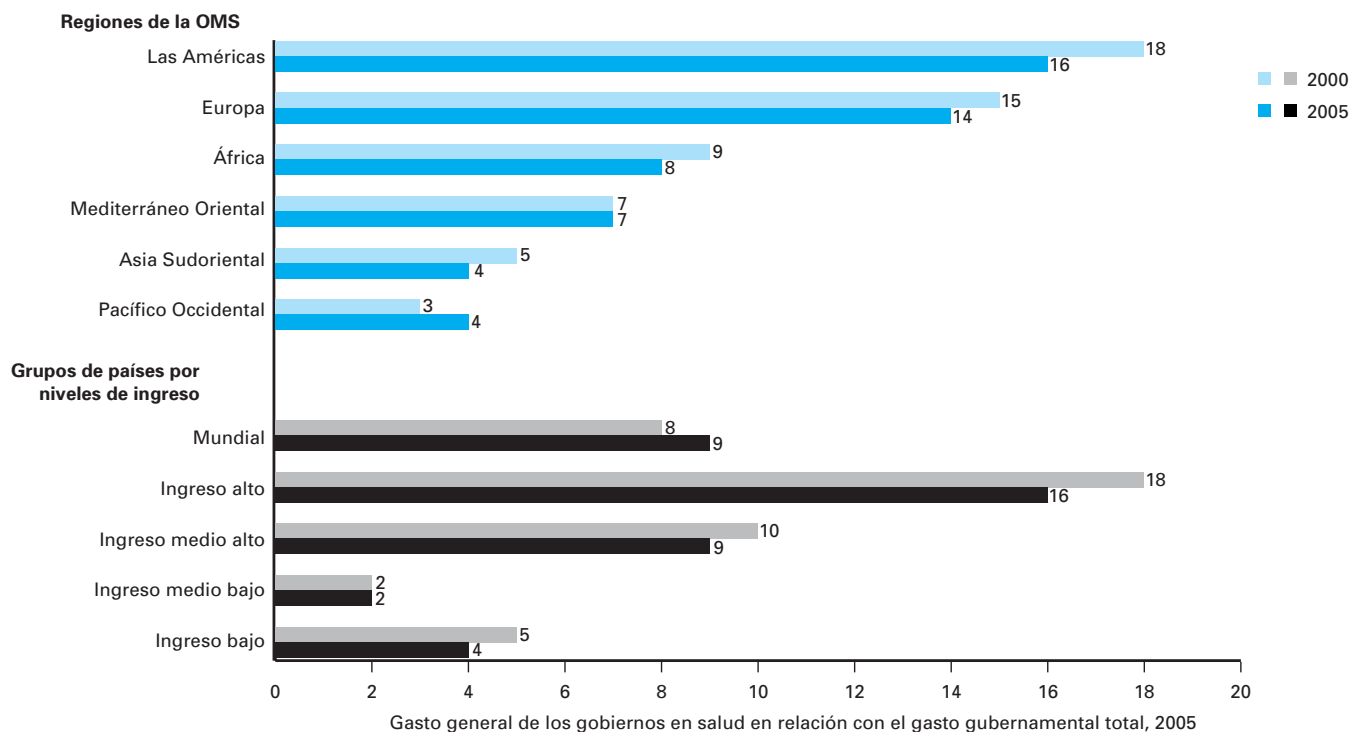
Mozambique que carecen de servicios adecuados, las parteras y las parteras-enfermeras ayudan a los médicos a prestar atención obstétrica de urgencia de buena calidad y eficaz en función del costo<sup>15</sup>. En el Perú, trabajadores sanitarios de las comunidades hacen una visita mensual a los hogares “en alto riesgo” –definidos como aquellos donde hay niños menores de

un año, mujeres embarazadas y mujeres en edad reproductiva– y prestan asistencia a los bebés con dificultades respiratorias<sup>16</sup>. La distribución de las responsabilidades permite dedicar más cuidados a las mujeres embarazadas y a los niños, a la vez que disminuye la sobredependencia de una plantilla de personal insuficiente y con una carga excesiva de trabajo.

Los países también enfrentan la dificultad de idear estrategias para retener al personal, entre las cuales se debe incluir una remuneración justa y dar respuesta a sus necesidades. En Malí, por ejemplo, el Ministerio de

Gráfico 4.5

### Los gobiernos de los países de Asia se encuentran entre los que menos gastan en salud en relación con el gasto público total



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 90–91.



# Salvar vidas maternas y neonatales – los primeros días cruciales

por Joy Lawn, Asesor Superior de Investigaciones y Política, Saving Newborn Lives/Save the Children-Estados Unidos, Sudáfrica

## Invertir en atención posnatal eleva las tasas de supervivencia de las madres y los recién nacidos

A lo largo de todo su ciclo vital, el ser humano corre el mayor riesgo de morir durante el parto y los primeros 28 días de vida, es decir, el periodo neonatal. Todos los años fallecen durante este periodo casi 4 millones de recién nacidos, lo que equivale a cerca de 10.000 defunciones por día. Tres cuartas partes tienen lugar durante la primera semana de vida, y entre 1 y 2 millones de bebés fallecen al día siguiente de nacer. La mayoría de estas muertes ocurren en el hogar, no se registran y son invisibles para todos, excepto para las familias. Millones de niños más sufren graves enfermedades todos los años, y un número desconocido de niños quedan con discapacidades que les afectan durante toda su vida. Además, el riesgo de mortalidad y morbilidad maternas también es más alto durante el parto y el periodo inmediatamente posterior, o sea, el periodo posnatal.

Para los bebés y las madres que presentan complicaciones como sepsis neonatal o hemorragia posparto, una demora de incluso pocas horas antes de recibir los cuidados necesarios puede resultar fatal u ocasionar lesiones o discapacidades que deterioran la calidad de sus vidas a largo plazo. Datos recientes de Bangladesh indican que realizar una visita al hogar un día o dos después del parto puede reducir las muertes neonatales en dos terceras partes, mientras que visitar a las madres y a los recién nacidos más tarde es menos eficaz para disminuir la mortalidad. El periodo posnatal temprano –los siete primeros días de vida– también es decisivo para iniciar acciones que pueden salvar vidas, como la alimentación exclusiva con leche materna. El amamantamiento no debe empezar a las seis semanas, cuando se realiza la consulta para vacunar al bebé. Hay pruebas de que brindar apoyo y asesoramiento en los primeros días de vida del bebé aumenta las tasas de alimentación exclusiva con leche materna. Otras prácticas clave durante el periodo neonatal, como la higiene del cordón umbilical y mantener abrigado al bebé, pueden representar la diferencia entre la vida y la muerte, en especial para los bebés que nacen prematuramente. Así mismo, el periodo posnatal es una época determinante para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo y para dar a las mujeres opciones de planificación familiar.

## Vacíos en la cobertura de la atención posnatal temprana

Brindar una atención eficaz a las madres y a los recién nacidos durante el periodo posnatal temprano produce mejores resultados en supervivencia y salud que brindar la atención en cualquier otro momento del continuo. Sin embargo, la cobertura de servicios adecuados es menor durante los primeros días después del nacimiento. En promedio, solamente el 21% de las mujeres de los 68 países que reciben asistencia prioritaria de la Cuenta Regresiva para 2015 se beneficiaron de los servicios de atención posnatal.

## Cambio de paradigmas sobre atención posnatal

La conciencia cada vez mayor sobre la importancia de los servicios de salud para las madres y los recién nacidos, los grandes vacíos en la cobertura que existen hoy en día y la evidencia generada especialmente en ensayos realizados en Asia meridional, han llevado a un cambio de paradigmas con tres principios fundamentales:

- **¿A quién?** Integrar los servicios de atención posnatal para la madre y el recién nacido permite brindar una atención mucho más eficaz y eficiente que prestar los servicios por separado.
- **¿Dónde?** Las consultas posnatales de rutina se deben efectuar en el hogar o cerca del lugar donde vive la familia, tanto para promover comportamientos saludables como para hacer ver su relación con la curación, en vez de esperar a que la madre o el bebé vayan a un centro de salud, sobre todo cuando surgen problemas.
- **¿Cuándo?** Es de suma importancia realizar la primera visita a las madres y a sus bebés lo más pronto posible luego del nacimiento, en vez de esperar seis semanas, como es lo habitual. Idealmente, la primera visita se debe realizar dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento o, como máximo, 48 horas más tarde. El indicador para medir las tasas de atención posnatal que publicó la iniciativa Cuenta Regresiva para 2015 en su informe de 2008 se basa en la atención dentro de los dos primeros días después del parto. Encuestas a gran escala están introduciendo cambios para incluir mediciones con este indicador en más países y comunidades.

## Cerrar la brecha entre las políticas y la acción

Modificar las políticas y los indicadores de manera que reflejen la importancia de la atención posnatal es necesario, pero no suficiente, para salvar vidas. También se debe ampliar la escala de los servicios para garantizar una cobertura alta y una atención de calidad durante este periodo. Aunque hay claridad sobre el conjunto de servicios que se deben dispensar durante el periodo posnatal, los mecanismos más eficaces para su prestación varían, especialmente cuando están destinados a poblaciones de zonas rurales remotas o a las madres y a sus hijos inmediatamente después del nacimiento. El Gráfico 4.5 muestra algunas opciones para la prestación de los servicios, las condiciones de acceso a los centros de salud y la disponibilidad de recursos humanos en los centros asistenciales y en las comunidades. Muchas de las tareas inherentes a los cuidados posnatales se pueden delegar a un agente de divulgación sanitaria vinculado con el sistema de salud y debidamente supervisado.

## Tratar los casos de infección neonatal es una prioridad urgente

Mientras que realizar las visitas posnatales en las primeras horas después del alumbramiento es crucial para prevenir futuras complicaciones, integrarlas con los cuidados curativos puede reducir aún más las tasas de mortalidad. Casi la tercera parte de las muertes de recién nacidos se deben a las infecciones, aun cuando la proporción es mucho más alta en entornos pobres y con altas tasas de mortalidad. Muchos de estos bebés nacen prematuramente.

Un conjunto de medidas eficaces para atender la salud de los recién nacidos permitirá detectar las infecciones precozmente. Pero, en muchos países, solo es posible tratar las enfermedades de los recién nacidos mediante remisión a establecimientos sanitarios. Desafortunadamente, solo un pequeño porcentaje de los bebés que son derivados a centros de especialistas recurren a esos servicios. Una opción consiste en que los trabajadores sanitarios de primer nivel de la estrategia Atención integrada a las

enfermedades prevalentes de la infancia inicien el tratamiento con antibióticos. En los países donde personal sanitario de las comunidades ya está tratando casos de neumonía o paludismo, se podría pensar en tratar las infecciones neonatales más cerca de los hogares. Varios estudios efectuados en Asia han demostrado que este tipo de estrategias se traducen en notables disminuciones de la mortalidad de recién nacidos, y el tratamiento de la sepsis neonatal a nivel de las comunidades se está imponiendo en Nepal, junto con el tratamiento de la neumonía infantil. De los 68 países prioritarios para la Cuenta Regresiva, 39 han modificado sus políticas para incluir el tratamiento de la sepsis neonatal en el marco de la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Ahora, el principal reto consiste en identificar, en cada país, a los trabajadores sanitarios más idóneos para llevar a cabo esta tarea.

### Cerrar la brecha del conocimiento

Prácticamente todas las defunciones de recién nacidos (el 98%) se presentan en los países de bajos y medianos ingresos. Sin embar-

go, la mayoría de las investigaciones y de los fondos se dedican a buscar soluciones altamente técnicas para prevenir las causas de muerte entre los recién nacidos de los países de altos ingresos (el 2%). Cada vez hay más estudios que arrojan luces sobre el “cómo”, el “quién”, el “cuándo” y el “dónde” de las intervenciones que tienen la capacidad de salvar vidas en los lugares donde ocurre la mayoría de las defunciones neonatales y, particularmente, donde el acceso a los centros asistenciales es limitado. En ocho países de África funciona actualmente una red de estudios que está examinando los cuadros de trabajadores potencialmente ampliables y los conjuntos de intervenciones que han sido adaptadas a los distintos países. El análisis de las vidas que se han salvado, al igual que el análisis de los costos, ayudarán a guiar las políticas y los programas que buscan mejorar la atención materna y neonatal durante los primeros días de vida.

Véanse las referencias, pág. 111.

Gráfico 4.6

## Estrategias de atención posnatal: Viabilidad y dificultades para su aplicación

	Posibles estrategias para establecer contacto tras el nacimiento	Sensibles a las necesidades de las madres	Sensibles a las necesidades de los proveedores	Dificultades para su aplicación
1	La madre y el recién nacido van al establecimiento de salud	*	***	Exige que la madre vaya al centro asistencial muy poco después del parto. Es más factible cuando éste ha tenido lugar en un centro de salud; sin embargo, es difícil los primeros días después del alumbramiento.
2	Un trabajador sanitario calificado visita el hogar para brindar atención posnatal a la madre y al bebé	***	*	La condición es que haya suficientes recursos humanos, lo cual no es fácil. Brindar atención posnatal podría no ser prioritario para el personal de salud capacitado en entornos donde su asistencia durante los partos es aún baja. Muchas actividades de atención posnatal se pueden delegar a otros trabajadores calificados, que pueden visitar los hogares durante el período posnatal, sobre todo cuando los centros médicos rurales no funcionan en horas de la tarde.
3	Un trabajador sanitario de la comunidad visita el hogar para examinar a la madre y al bebé	***	*	Requiere un número suficiente de trabajadores sanitarios de las comunidades con capacitación, supervisión e incentivos adecuados.
4	Combinación: Parto en un establecimiento de salud y primera consulta posnatal en el mismo lugar. Dos o tres días después, a más tardar, una visita domiciliar y consultas posteriores en un centro de salud.	**	**	Requiere un trabajo de equipo entre el personal de salud del establecimiento y de la comunidad; suficientes recursos humanos; gestión y supervisión; sistemas eficaces de remisión a especialistas; y un sistema eficiente de rastreo de la información para facilitar el seguimiento de los progresos de la madre y el bebé.

Nota: \* Grado bajo. \*\* Grado moderado. \*\*\* Grado alto.

**Fuente:** Lawn Joy y Kate Kerber, editores. *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Ciudad del Cabo, 2006.

## El apoyo de las comunidades a los servicios de maternidad, una iniciativa que ofrece esperanza a varios países en desarrollo.

Salud ofrece capacitación, alojamiento, equipo y transporte a los médicos recién graduados, a cambio de que presten sus servicios en las zonas rurales<sup>17</sup>. En el estado de Punjab, Pakistán, la Iniciativa sobre la Maternidad sin Riesgo ha establecido un sistema de rotación de los médicos graduados entre los hospitales subdistritales y el hospital distrital de Sheikhpura, brindando, así, una buena atención obstétrica de emergencia las 24 horas del día<sup>18</sup>. En África oriental y meridional se han puesto en marcha incentivos no financieros con diferentes grados de éxito, como rotación a corto plazo de las parteras, oportunidades de capacitación y grupos de apoyo psicosocial. No obstante, evaluar sus verda-

deras consecuencias requiere más investigaciones y una aplicación a mayor escala<sup>19</sup>.

### Medida 3: Fomentar la movilización social

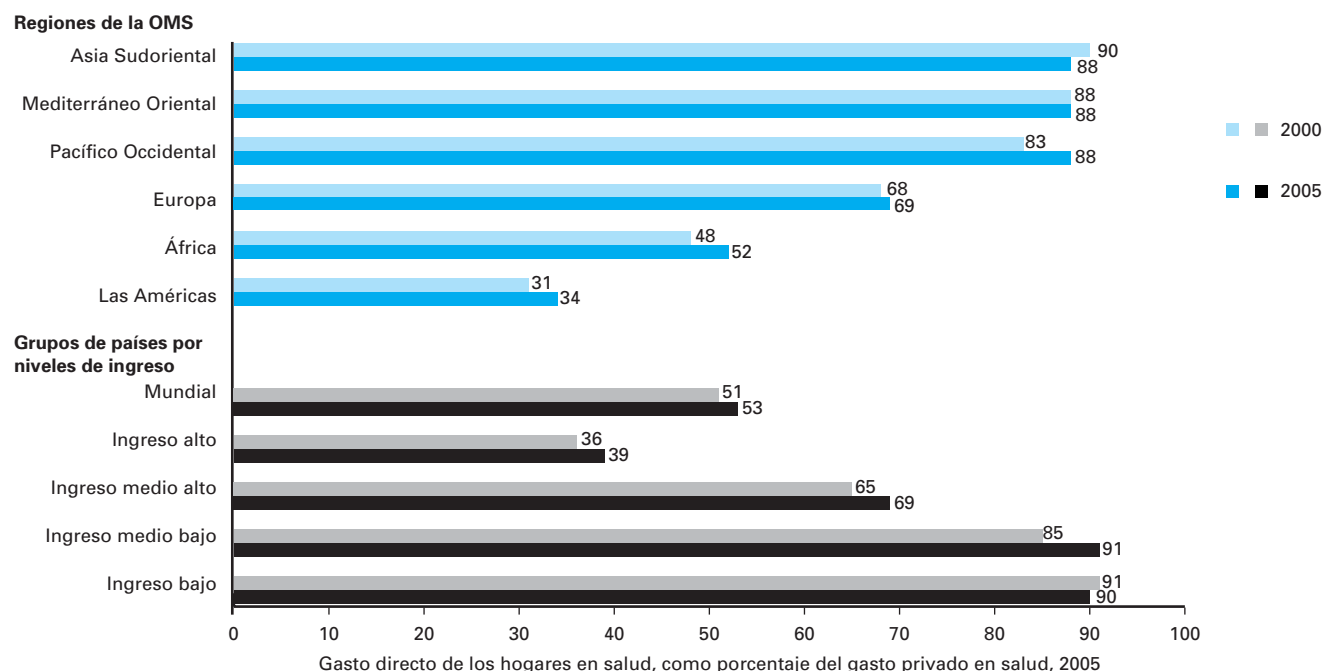
Las medidas de oferta y demanda no pueden ser satisfactorias mientras los hogares y las comunidades no intensifiquen su demanda de servicios sanitarios de calidad. Debe darse prioridad a la inclusión social, y tanto las familias –en particular, las mujeres– como las comunidades deben ser incluidas y tratadas como aliadas en la prestación de los servicios de salud. Hay numerosos ejemplos de que las experiencias negativas con los servicios oficiales de salud

pueden disuadir a las familias, e incluso a comunidades enteras, de buscar asistencia.

Reconocer los riesgos que se pueden evitar es uno de los aspectos más importantes para mejorar la salud materna y neonatal. El embarazo y el parto suelen estar rodeados de actitudes y creencias hondamente arraigadas, y no solo es frecuente culpar a las mujeres por sus problemas de salud, sino también por la mortalidad y la morbilidad de sus hijos recién nacidos. En los lugares donde la mortalidad y la muerte neonatal son frecuentes, es común considerarlas inevitables. Y si bien no se puede forzar a los miembros de las comunidades a aceptar prácticas alternativas,

Gráfico 4.7

### Los habitantes de los países de más bajos ingresos pagan de su propio bolsillo la mayoría de los servicios privados de salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 90–91.

**Reforzar las medidas tendientes a mejorar la salud materna y neonatal exige que las familias –incluyendo a los hombres y a otros parientes– reconozcan los riesgos para la salud y respondan a ellos.**

## **El Gobierno de Burundi se compromete a trabajar en favor de la salud maternoinfantil**

Burundi es uno de los países menos adelantados del mundo. Una larga guerra civil y la parálisis del proceso de reestructuración política han frenado el desarrollo económico y social. Las tasas de pobreza son gigantescas; de hecho, casi el 88% de la población vive, apenas, con dos dólares diarios. La desnutrición afecta al 66% de la población y más del 50% de los niños menores de cinco años presentan un retraso en el crecimiento entre moderado y grave. En 2005, las mujeres enfrentaban un riesgo de 1 en 16 de morir por causas relacionadas con la maternidad. Ese año, la tasa ajustada de mortalidad materna fue de 1.100 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos y, en 2004, la tasa de mortalidad neonatal fue de 41 por cada 1.000 nacidos vivos.

La experiencia ha enseñado a Burundi cuán importante es ofrecer servicios de salud asequibles y de calidad a los pobres, en general, y a las madres y los niños, en particular. En febrero de 2002, el Gobierno empezó a ejecutar un programa de recuperación de costos que exigía a los pacientes pagar las consultas médicas, los exámenes de laboratorio y los medicamentos. Esa iniciativa buscaba generar recursos para un incipiente sistema de atención de la salud, y se llevó a cabo en 12 de 17 provincias rurales, para una cobertura de 5 millones de los 8,5 millones de habitantes del país. El programa aumentó el número de pacientes sin capacidad de pagar los servicios médicos de los hospitales públicos, y muchos fueron arrestados en los centros asistenciales. Las mujeres que habían dado a luz mediante cesárea representaban aproximadamente el 35% de los pacientes hospitalarios en la indigencia incluidos en el informe de Human Rights Watch de 2006 sobre detención de pacientes. En ese estudio, el 10% de los pacientes en condición de pobreza extrema eran niños. Aparte de su alto costo, los servicios de salud materna e infantil solían ser de mala calidad.

El Gobierno actual, dirigido por el Presidente Nkurunziza, ya empezó a tomar medidas para solucionar esta crisis sanitaria. En 2005, cuando Burundi entró a beneficiarse, con alivio provisional de la deuda, de la Iniciativa en favor de los Países Pobres muy Endeudados del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, el presupuesto para la salud se triplicó. En 2006, el Gobierno dio un paso trascendental al anunciar la prestación gratuita de servicios de salud para las mujeres embarazadas y los niños. Ese mismo año se formuló y adoptó una nueva política, la Hoja de Ruta para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos y UNICEF. Otro importante paso se dio en 2007, cuando, junto con otros siete países, Burundi entró a formar parte de la Alianza Sanitaria Internacional, un esfuerzo dirigido por los países, orientado a los resultados y basado en la colaboración entre gobiernos, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales. Uno de los principales

propósitos de esta alianza es trazar una serie de objetivos clave, entre los cuales está incrementar el número de partos institucionales y la cantidad de servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo.

Para la política nacional de salud reproductiva de Burundi, la atención neonatal es una estrategia decisiva para reducir la mortalidad infantil. Uno de los aspectos más destacados de esta política será la ampliación de la escala de las actividades para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. En Bujumbura, la tasa de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años es del 16%, como promedio. Un aspecto que se debe tener en cuenta en los programas futuros es asegurar una mayor participación de los hombres en las iniciativas de prevención de la transmisión del VIH de las madres a sus hijos.

Además de lo anterior, el país ya está prestando atención básica de salud a las madres y los niños, una necesidad que exigía una atención urgente. Los programas de inmunización han beneficiado con la vacuna del toxoide tetánico a cerca del 75% de las mujeres de distritos en alto riesgo. Estas actividades han motivado a los interesados de los sectores nacional y local. Sin embargo, el Gobierno tendrá que continuar dando prioridad a la salud de los pobres para que los organismos internacionales y los actores a nivel comunitario sigan respaldando la construcción de la infraestructura sanitaria del país.

*Véanse las referencias, pág. 112.*

## Financiar servicios sanitarios de calidad constituye un reto mundial. Casi la tercera parte de los 68 países prioritarios para la Cuenta Regresiva gastan menos del umbral mínimo fijado por esta iniciativa, o sea, 45 dólares anuales por persona.

sí pueden convertirse en aliados a la hora de promover su propia salud y bienestar, así como la salud y el bienestar de sus familias.

Aun cuando la educación para la salud es crucial para fomentar prácticas y comportamientos saludables, tomar conciencia sobre la importancia de buscar ayuda médica y generar interés en adquirir nuevos conocimientos, también es indispensable que personas respetadas por las comunidades participen directamente en la prestación de los servicios. En Burundi, por ejemplo, las parteras tradicionales actúan como auxiliares del personal sanitario oficial en los partos institucionales y además atienden a las nuevas madres, que comparten con ellas sus alimentos y regalan en vez de pagarles sus servicios con dinero<sup>20</sup>.

Los sistemas de salud también pueden conseguir el apoyo de las comunidades por medio de la inclusión, en lugar de la coerción. En el Ecuador, los encargados de la formulación de políticas adoptaron este mecanismo. En efecto, para propiciar una mayor participación de las mujeres indígenas en el desarrollo sostenible de la salud, integraron legalmente distintos enfoques interculturales en torno a la salud sexual y reproductiva. Esta estrategia podría ayudar a modificar la creencia de algunas mujeres indígenas en el sentido de que sus normas culturales, como dar a luz de pie o agachadas, les ha impedido beneficiarse de los servicios médicos modernos<sup>21</sup>.

### La participación de los hombres y de otros miembros de la familia

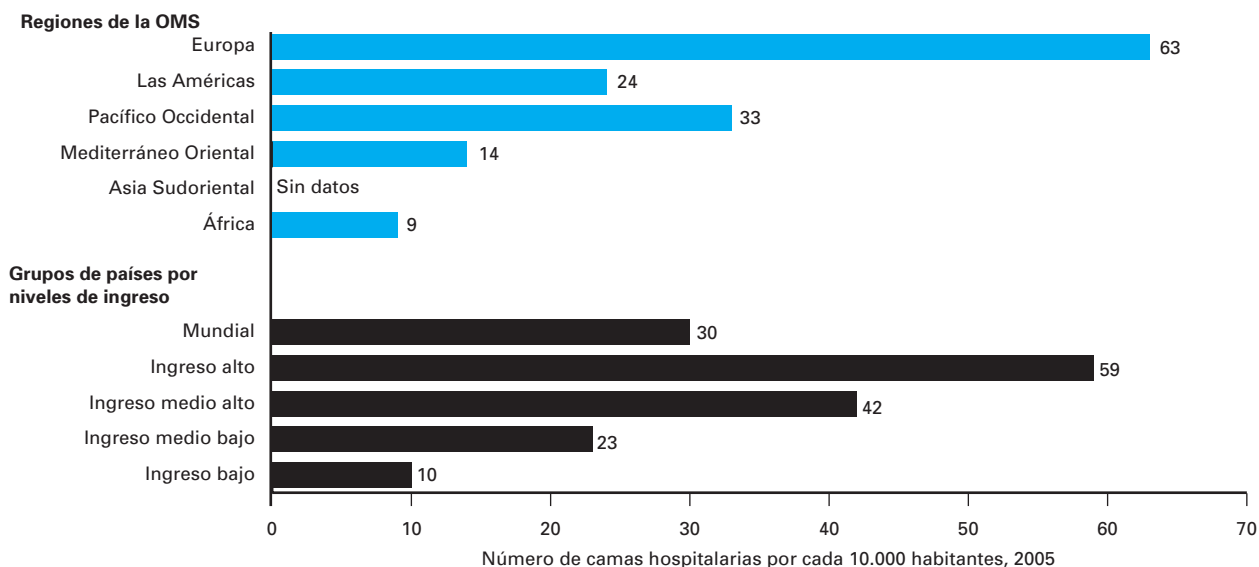
Lograr una mayor unidad de acción no solo exige la participación de más

mujeres, sino también la participación de los hombres. Los estudios sugieren que los hombres perciben muchísimas complicaciones que terminan en muertes maternas, pero que no siempre reconocen su propio papel en la prevención de esas muertes. Se requieren más investigaciones sobre la relación que existe entre el comportamiento de los hombres y la salud y supervivencia de las madres y los niños, pues la mayoría de las investigaciones actuales se centran en el acceso a los medios económicos, pasando por alto temas como la prevención de las enfermedades, los servicios sanitarios, la nutrición y otros factores determinantes de la salud<sup>22</sup>.

Así como es posible conseguir el apoyo de los progenitores, también se puede interesar a otros familiares y obtener su respaldo. En muchas sociedades donde los miembros de la

Gráfico 4.8

### Los países de bajos ingresos solamente tienen 10 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 82-83.



## Integración de los servicios de salud materna y neonatal en la India

El progreso de la India es definitivo para mejorar la salud materna y neonatal en los planos regional y mundial. Según las últimas estimaciones internacionales, la tasa de mortalidad materna en este país fue de 450 por cada 100.000 nacidos vivos en 2005, y la tasa de mortalidad neonatal fue de 39 por cada 1.000 nacidos vivos en 2004. Estas dos cifras muestran una reducción frente a los años anteriores. Pero a pesar del acelerado crecimiento de su economía –con un producto interno bruto real que aumentó a una tasa promedio anual superior al 9% en 2007-2008–, prevalecen las diferencias en materia de salud entre grupos con distintos niveles de ingreso y entre las distintas castas. Las desigualdades cada vez más acentuadas, en combinación con los precarios servicios de atención primaria de la salud y el creciente costo de los servicios sanitarios, complican los esfuerzos que realiza el Gobierno para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio sobre salud.

Con una población total de aproximadamente 1.100 millones de habitantes, una gran diversidad ambiental y sociocultural, y un complejo sistema político que comprende 28 estados y 7 territorios de la unión, los esfuerzos de la India para llevar servicios de salud a sus ciudadanos han sido, más que todo, descentralizados. El Gobierno de la India ha insistido en la necesidad de ampliar los servicios de salud primaria, que, de acuerdo con la Constitución, son competencia de los estados. A partir de 2000 empezó a impulsar con más fuerza la prestación de servicios de salud a las mujeres y los niños en zonas rurales y en estados con un desempeño pobre, como Bihar, Orissa y Rajastán. También ha promovido la atención privada de la salud, a la que poca gente sigue teniendo acceso, y el gasto en salud pública ha descendido a tan solo el 2% del producto interno bruto.

Para afrontar el problema de las crecientes disparidades, el Gobierno de la India se comprometió con el “crecimiento inclusivo”. Una iniciativa en este sentido es Janani Suraksha Yojana, un proyecto auspiciado por el Gobierno que forma parte de la Misión Nacional de Salud Rural y proporciona incentivos en dinero para que las mujeres embarazadas reciban atención médica prenatal, den a luz en establecimientos de salud y acudan a las consultas médicas posnatales. Estos beneficios están destinados a todas las mujeres embarazadas mayores de 19 años que viven por debajo de la línea de pobreza en 10 estados, y las cubre durante dos embarazos. Las mujeres que no están inscritas en el programa, pero que presentan complicaciones como parto obstruido, eclampsia o sepsis, también tienen derecho a beneficiarse. Adicionalmente, el programa incluye un mecanismo para acreditar y compensar a los profesionales privados que participan.

Un estudio de seguimiento efectuado en 2007-2008 en determinados distritos de Rajastán indicó que Janani Suraksha Yojana ha incrementado el acceso a la atención pre y posnatal. También reveló que 76 de las 200 participantes en el estudio, o sea, casi el 40%, eran niñas menores de 18 años, la edad legal para contraer matrimonio en la India. El programa, que prevé una vigilancia estrecha del Gobierno sobre la situación de las niñas y las mujeres, está logrando ampliar el acceso a los servicios de salud.

Algunos estados de la India también han formado alianzas con el sector privado. La escasez de personal médico calificado en el estado de Gujarat –uno de los más desarrollados del país– impulsó al gobierno estatal a unirse con los hospitales privados para brindar atención obstétrica gratuita a las mujeres embarazadas que viven en condiciones de pobreza extrema, especialmente las que

pertenecen a castas y tribus registradas. Chiranjeevi Yojana, que significa “un programa para una larga vida”, se puso en marcha en 2005 y funciona mediante un memorando de entendimiento entre el gobierno de Gujarat y obstetras privados. El gobierno paga 1.795 rupias (40 dólares) por cada parto, suma que incluye 200 rupias para el transporte de la paciente y 50 rupias para compensar la pérdida de ingreso de su acompañante.

En 2006, un estudio del Fondo de Población de las Naciones Unidas sobre Chiranjeevi Yojana reveló que el programa había ayudado a elevar el número de nacimientos en centros médicos, y que los profesionales privados se sentían muy satisfechos con su participación en la iniciativa. También hizo alusión a la renuencia de las pacientes a dar a luz en establecimientos de salud, y a la enorme influencia de los cónyuges y parientes en la toma de decisiones, lo que limita aún más las posibilidades de las mujeres de buscar atención médica. Entre las recomendaciones del estudio se cuenta la creación de un cuerpo independiente para garantizar el control de la calidad y la aplicación equitativa del programa.

La iniciativa del gobierno del estado de Gujarat se aleja de la práctica anterior, pues asumió la responsabilidad total por el reembolso a los profesionales privados de la salud, en lugar de depender de intermediarios y aseguradores. El gobierno estatal está trabajando con asociaciones de profesionales –por ejemplo, de obstetras– y con instituciones académicas para planificar y poner en práctica las nuevas disposiciones.

El programa, que comenzó en cinco distritos, ha tenido un éxito tan extraordinario que ya se está ejecutando en 25 distritos del estado de Gujarat. Entre enero de 2006 y marzo de 2008, 180 médicos se vincularon. Con un total de aproximadamente 100.000 partos, cada médico ha atendido un promedio de 540. Si bien esta ha sido una experiencia prometedora, se requieren una supervisión y una evaluación constantes para seguir mejorando y obtener los resultados que se buscan.

*Véanse las referencias, pág. 112.*



Reforzar e integrar la atención de la salud materna y neonatal requiere compromisos a nivel nacional e internacional, y alianzas mundiales en materia de salud entre organismos e instituciones. Con su pequeño hijo en brazos, una mujer sostiene una taza de alimento complementario, en Sierra Leona.

familia extensa viven muy cerca unos de otros, los parientes políticos y los familiares de mayor edad influyen en la toma de decisiones sobre la salud. En Malí, por ejemplo, la participación de las abuelas en la educación de la comunidad hizo que mucha gente tomara conciencia sobre la importancia de las prácticas adecuadas de nutrición para las madres y los bebés; los peligros que implica el trabajo pesado para las madres; y las consecuencias positivas de una mayor participación de los padres en el cuidado de sus parejas e hijos recién nacidos. El programa también ayudó a mejorar las relaciones entre las mujeres y sus suegras, permitiéndoles superar, en parte, la vergüenza y la desconfianza que habían levantado barreras entre ellas<sup>23</sup>.

#### **Medida 4: Garantizar una financiación equitativa y sostenible**

Financiar servicios de salud de calidad plantea problemas tanto a los países industrializados como a los países en desarrollo. Aun cuando no existen umbrales acordados a nivel

internacional sobre el gasto mínimo total per cápita, la Cuenta Regresiva para 2015 calcula que un gasto inferior a 45 dólares per cápita es insuficiente para ofrecer servicios sanitarios básicos de calidad. De los 68 países prioritarios en cuanto a salud materna, neonatal e infantil identificados por la Cuenta Regresiva para 2015, 21 gastan menos de 45 dólares per cápita<sup>24</sup>.

El gasto público en salud suele ser un factor determinante de la capacidad de los sistemas sanitarios. Los pobres resultados en salud, la escasez de personal y la precaria inversión en infraestructura sanitaria y logística son frecuentes en los países con tasas bajas de gasto per cápita<sup>25</sup>. Datos de la Organización Panamericana de la Salud mostraron que, en 2004, el gasto promedio en salud pública en el conjunto de los países de bajos y medianos ingresos fue de apenas el 2,6% del producto interno bruto, un sensible contraste con respecto al gasto de los países de altos ingresos, a saber, casi el 7% del producto interno bruto. Una de las tasas más bajas de gasto fue la de Asia meridional:

solamente el 1,1% del producto interno bruto. Mientras que África subsahariana invierte una proporción ligeramente más alta de su producto interno bruto en salud (el 2,4% en 2004), solo unos pocos países de esta región están cumpliendo el compromiso de asignar el 15% de sus presupuestos nacionales al sector de la salud, que contrajeron en virtud de la Declaración de Abuja, en 2001<sup>26</sup>.

Los países y los donantes reconocen cada vez más que la atención de la salud materna y neonatal es decisiva para un desarrollo social y económico equitativo. Incluso en zonas con pocos recursos, muchos gobiernos están explorando estrategias para ayudar a las familias a gestionar los costos de la atención neonatal y obstétrica de urgencia. Existen alternativas, como reducir o abolir los cargos directos a los usuarios; llevar a cabo iniciativas de protección social, como transferencias en efectivo y bonos condicionales o incondicionales; crear un seguro de salud nacional o comunitario; y subsidiar la prestación privada de servicios de salud para las familias pobres<sup>27</sup>.

## Entre las alternativas para una atención materna y neonatal más equitativa están aumentar los presupuestos para la salud, abolir los cargos directos a los usuarios, crear seguros y establecer programas de transferencias en efectivo.

### Cargos directos a los usuarios

Un debate clave en materia de financiación de la salud tiene que ver con los cargos a los usuarios, un grave obstáculo en el acceso a los servicios de salud, especialmente para los pobres. Suprimir los cargos a los usuarios puede aumentar el acceso de la gente pobre a los servicios, como se ha comprobado en varios países del mundo en desarrollo que ya abolieron, o están en proceso de abolir, algunos o todos los cargos directos. Esos países van desde Burundi, en África oriental (*véase el recuadro en la pág. 83*), y Ghana, en África occidental, hasta algunos distritos de Nepal<sup>28</sup>.

Todavía no se han evaluado sistemáticamente los efectos de la eliminación de los cargos a los usuarios en los países en desarrollo. Datos preliminares sugieren que en países donde la abolición de los cargos no estuvo respaldada por otras medidas –como aumentar los presupuestos nacionales para la salud, con una minuciosa planificación previa y la aplicación de determinadas estrategias–, los problemas de los sistemas sanitarios han crecido y el desempeño ha desmejorado. No obstante, en los países donde la eliminación de los cargos se planificó y gestionó cuidadosamente, hay signos de que la utilización de los servicios ha aumentado y de que los pobres son quienes más se han beneficiado, a pesar de que la incidencia de los gastos catastróficos en ese sector no bajó<sup>29</sup>.

Las experiencias de Uganda y Sudáfrica han dejado una lección: para que la supresión de las tarifas sea eficaz, debe formar parte de un paquete más amplio de reformas, entre las cuales se cuentan elevar los

presupuestos para contrarrestar la pérdida de ingresos, mantener la calidad y responder a la mayor demanda. También se requiere una comunicación clara; la aprobación de las partes interesadas; una vigilancia eficaz para evitar que las tarifas no oficiales reemplacen a las oficiales; y una gestión adecuada de los mecanismos alternativos de financiación que reemplazan las tarifas que se cobran al usuario<sup>30</sup>.

Se debe recalcar el hecho de que las tarifas no constituyen el único obstáculo que deben superar los pobres. Otras dificultades son las tarifas no formales; los costos de los medicamentos, los exámenes de laboratorio y las pruebas radiológicas que no proporcionan los establecimientos de salud; el transporte, la alimentación y el alojamiento; y los costos de los establecimientos médicos privados. Esto normalmente representa una proporción significativa de los costos totales que las familias tienen que pagar y afectan de una manera desproporcionada a los pobres<sup>31</sup>. Aparte de lo anterior, para que los pobres puedan acceder a servicios sanitarios de calidad es indispensable superar una serie de escollos culturales e informativos que los afectan tremendamente.

Pese a que las tarifas que se cobran a los usuarios son apenas una de las muchas trabas que encaran los pobres, son uno de los aspectos que más se prestan para tomar medidas de política. Como muestra la reciente experiencia de Uganda, la abolición puede tener un efecto catalizador, llevando a los gobiernos a abordar otros problemas, como la oferta y la adquisición de medicamentos, la asignación presupuestaria o la ges-

tión financiera, que plantean aún más obstáculos para el progreso<sup>32</sup>.

Desde luego que eliminar las tarifas no es fácil. Los países que aspiran a moverse en esta dirección requieren apoyo para planificar y aplicar este cambio de política. Así mismo, deben vincular la abolición de los cargos directos al usuario con medidas más amplias para fortalecer los sistemas de salud.

Se debe tener presente que el contexto para la supresión de las tasas reviste la mayor importancia, y que no existe una política que pueda responder a las necesidades de todos los países. Apoyar las decisiones sobre el curso de acción más apropiado exige analizar detenidamente la situación de cada país, las repercusiones en materia de equidad de las estrategias alternativas de financiación y prestación de servicios, y las múltiples complicaciones financieras y de otra índole que existen.

### Seguros y transferencias

Los esquemas nacionales de seguros médicos, como el seguro social de Bolivia para la atención de la salud materna e infantil, tienen la capacidad de incrementar el acceso de las mujeres más pobres a los servicios prenatales y obstétricos<sup>33</sup>. No obstante, es difícil ampliar este mecanismo en países con pocas oportunidades de empleo en el sector estructurado de la economía, ingresos bajos, familias dispersas y mínima infraestructura.

Los seguros médicos comunitarios, que funcionan menos estructuradamente y a menor escala que los regímenes de seguridad social, han elevado los nacimientos institucionales

## Las estrategias de financiación y desarrollo deben tener en cuenta los contextos nacional y local, y prestar especial atención a los obstáculos indirectos para acceder a los servicios de salud, como los costos de transporte y las deficiencias de la infraestructura.

un 45% en Rwanda y un 12% en Gambia<sup>34</sup>. Un esquema de participación en la financiación de los gastos en un distrito urbano de Burkina Faso elevó el número de remisiones de urgencia de 84 a 683 tan solo en el transcurso de un año<sup>35</sup>. Sin embargo, es difícil ampliar estos esquemas para lograr una cobertura mayor. De hecho, se requiere apoyo de los gobiernos o de los donantes porque no se pueden autofinanciar fácilmente y dependen de una eficaz movilización de las comunidades.

Actualmente se está analizando la capacidad que tienen los programas de bonos y de transferencias condicionales de efectivo para generar demanda de determinados servicios entre los pobres. Gracias a las transferencias de efectivo, las consultas prenatales durante el primer trimestre del embarazo han aumentado un 8% entre las mujeres más pobres de México; en Honduras se ha observado un aumento de entre el 15% y el 20%<sup>36</sup>. India ha ofrecido incentivos económicos para que las madres de grupos marginados de distritos prioritarios den a luz en unidades médicas para mujeres. Aunque estas iniciativas han incrementado el acceso a los servicios sanitarios, la salud de las madres no mejorará realmente mientras no mejore la calidad de los servicios de atención de la salud. Es preciso supervisar y evaluar permanentemente estas innovaciones financieras, a fin de que los encargados de formular políticas tomen decisiones bien fundamentadas sobre la ampliación de su escala.

### Proveedores del sector privado

El sector privado se ha convertido en un importante proveedor de servicios

de salud, particularmente en Asia, pese a que la base de datos empíricos para evaluar su eficacia aún no está bien establecida y la mayor parte de las evaluaciones miden cambios a corto plazo en el comportamiento del proveedor, y no resultados en materia de salud u otras repercusiones sobre los beneficiarios. El sector privado es de naturaleza heterogénea y comprende una gran variedad de proveedores, incluidos curanderos y parteras tradicionales, hospitales vinculados a organizaciones religiosas, balnearios y empresas multinacionales que muchas veces funcionan sin control ni supervisión. En muchos países de bajos ingresos, los proveedores privados de servicios de salud trabajan en entornos donde los controles normativos –en forma de asociaciones profesionales, aplicación de las leyes o tributación– son débiles<sup>37</sup>.

Es urgente prestar atención a la mezcla público-privada que ha surgido en los sistemas de salud, debido a que los planes no equitativos de financiación y la falta de reglamentación del sector privado pueden afectar los compromisos de los gobiernos con la atención de la salud, minar la confianza del público y acentuar las diferencias socioeconómicas. Hallazgos de estudios sobre los servicios privados en la India, Indonesia y México muestran las dificultades de evaluar la calidad en los sectores público y privado, y la importancia de tomar en consideración el contexto nacional antes de sacar conclusiones definitivas sobre cualquiera de los dos sectores<sup>38</sup>. Los gobiernos enfrentan el reto de mejorar la reglamentación de los proveedores privados de servicios de salud, utilizando directrices internacionales para formular políticas nacionales que pre-

vean normas mínimas para la prestación de servicios como atención prenatal, gestión de los casos de VIH y SIDA, tasas máximas aceptables de partos mediante cesárea y otras cuestiones esenciales para la salud de la madre y del recién nacido.

### Medida 5: Mejorar la infraestructura, el transporte, la logística, el sistema de suministros y el proceso de remisión

Fortalecer los sistemas de salud para mejorar la atención a la madre y al recién nacido conlleva inversiones en sectores que complementan los servicios básicos de la salud materna. Además de reforzar los sistemas de información, es imperativo ampliar la disponibilidad de recursos humanos; promover la movilización social; crear mecanismos de financiación equitativa; y mejorar la infraestructura, el sistema de suministro, la logística, el transporte y el proceso de remisión de pacientes. Es urgente hacer inversiones más cuantiosas para aumentar el número de establecimientos sanitarios, sobre todo en países con bajos ingresos. Según las últimas estimaciones de la OMS, mientras que en los países de bajos ingresos solamente hay 10 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes, en los países con ingresos más altos hay casi seis veces más<sup>39</sup>.

En los lugares que cuentan con centros de salud, los gobiernos y otros organismos de supervisión deben asegurarse de que funcionen adecuadamente y reciban un buen mantenimiento. En los lugares de Uganda donde se han registrado descensos en la mortalidad materna, una ins-

## Mejorar la calidad de la atención es importante no solo por seguridad y bienestar, sino también para que aumente la utilización de los servicios de salud.

pección de los centros médicos que ofrecen atención obstétrica de urgencia reveló que, en 54 de los 56 distritos del país, más del 97% de los establecimientos que debían prestar servicios básicos de emergencia no estaban en capacidad de hacerlo. La falta de agua corriente, de electricidad y de instalaciones adecuadas figuraban entre los mayores impedimentos para la prestación de los servicios<sup>40</sup>. Es urgente efectuar nuevas inspecciones para garantizar la modernización de las instalaciones existentes y la construcción de otras que cumplan los requisitos de sostenibilidad. Una prioridad adicional es financiar los suministros médicos, incluyendo los medicamentos esenciales. La lista interinstitucional de las Naciones Unidas de medicamentos esenciales para la salud reproductiva es una guía útil sobre la cantidad mínima de medicamentos eficaces y a bajo costo de los cuales se debe disponer<sup>41</sup>.

Los planes para desarrollar la infraestructura sanitaria deben contemplar el mejoramiento de los sistemas de transporte. Esto ayudará a las mujeres y a los niños a acceder a los servicios de salud ordinarios y de emergencia y, en algunos lugares, facilitará la labor de los equipos sanitarios móviles. Algunos programas ejecutados en la India (*véase el recuadro en la pág. 85*) y en zonas rurales de Nepal sirven de ejemplo sobre la manera como se deben ofrecer incentivos para financiar el transporte de las mujeres embarazadas<sup>42</sup>.

Mejorar la infraestructura del transporte también ayudará a mejorar el proceso de remisión. Este sigue siendo un aspecto desatendido de los servicios maternos y neonatales de

emergencia y, en general, de los sistemas de salud, a pesar de ser crucial para la supervivencia de las madres y los recién nacidos.

Reducir el lapso entre la orden de remisión y el momento en que las pacientes llegan a los centros de especialistas suele ser decisivo para su supervivencia. Un estudio efectuado en el estado rural de Maharashtra, en el occidente de la India, indicó que las mujeres que fallecieron por complicaciones habían tenido que recorrer una distancia de 3 kilómetros para acceder a los servicios generales de salud, en tanto que las mujeres que sufrieron complicaciones similares, pero sobrevivieron, habían recorrido una distancia de 2,5 kilómetros. Por otra parte, la distancia para acceder a tratamiento para las complicaciones del parto fue de 63,5 kilómetros para las mujeres que murieron y de 39,3 kilómetros para las que sobrevivieron. Según un estudio realizado en Karnataka, India, la remisión a centros obstétricos de emergencia se caracterizaba por múltiples intentos, a menudo descoordinados e infructuosos, por obtener una atención eficaz de una gama de servicios gubernamentales ineficientes, al igual que de proveedores tanto informales como privados. Si bien las redes oficiosas ponían en comunicación a los proveedores privados, los servicios gubernamentales carecían de mecanismos de retroinformación sobre el proceso de remisión de pacientes<sup>43</sup>.

Para responder a las necesidades y brindar una atención eficaz, los sistemas de remisión deben garantizar, como mínimo: comunicación entre las unidades médicas, a fin de prepa-

rarse para atender los casos graves; transporte y estabilización clínica de los pacientes; acompañamiento durante el proceso de remisión; seguimiento de todos los casos; y capacidad de llevar los servicios al paciente cuando trasladarlo implique un gran riesgo. En términos generales, los sistemas de remisión deben evaluar las necesidades de la población y las posibilidades y recursos del sistema de salud; promover una colaboración activa entre los distintos niveles de derivación de casos y entre sectores; formalizar los acuerdos sobre comunicación y transporte; elaborar protocolos tanto para las entidades que remiten a los pacientes como para las que los reciben; garantizar la rendición de cuentas por concepto del desempeño del proveedor y de la supervisión; proteger contra los sobrecostos financieros; y establecer indicadores de eficiencia de los servicios.

### Medida 6: Mejorar la calidad de la atención

Las definiciones de una atención materna y neonatal de calidad han pasado de un enfoque exclusivo en los resultados biomédicos a un enfoque más inclusivo, que también toma en consideración los derechos y la satisfacción de los pacientes; las normas; la equidad en la prestación de los servicios; y las responsabilidades y derechos de las instituciones médicas y de los trabajadores del sector de la salud. Una atención de buena calidad proporciona un mínimo nivel de cuidados a todos los recién nacidos y a todas las mujeres durante el embarazo y el intraparto, al tiempo que brinda atención médica de urgencia y servicios más especializados a quienes los



## El fortalecimiento de los sistemas de salud requiere entornos propicios y una firme voluntad política.

requieren. El propósito de esta atención debe ser lograr los mejores resultados médicos posibles; satisfacer a los proveedores, a los pacientes y a las familias; mantener una gestión financiera sólida y un buen desempeño de las funciones directivas; y perfeccionar los servicios existentes con el objeto de elevar el nivel de la atención que se dispensa a todas las mujeres<sup>44</sup>.

Mientras que los sistemas de salud de los países industrializados y de medianos ingresos posiblemente necesitan reformas para poder ofrecer servicios más asequibles y de mejor calidad a las madres y a los recién nacidos, los sistemas de salud que están surgiendo seguramente incorporarán la calidad de la atención en sus nuevos programas. Por ejemplo, en Côte d'Ivoire se puso en marcha, en 2000, un programa para integrar la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en los servicios de salud materna existentes. De acuerdo con un estudio reciente, este programa ha mejorado la calidad general de la atención en muchas esferas, incluyendo la administración de oxitocina durante la tercera fase del trabajo de parto y el examen del útero después del parto<sup>45</sup>. Programas como éste brindan a los trabajadores sanitarios la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos, asumir mayores responsabilidades y, lo más importante, salvar vidas.

En países tan diferentes como Malí, el Perú y Viet Nam, diversas organizaciones han recalcado la necesidad de ofrecer servicios obstétricos de emergencia como parte de las medidas tendientes a mejorar la calidad de la atención. Estas medidas han mejorado y simplificado los mecanismos de vigilancia y presentación de informes, han

ayudado a elaborar protocolos y a definir normas de un modo inclusivo y participativo, y han propiciado la competencia a través de la capacitación basada en destrezas y de una continua supervisión de apoyo. El trabajo en equipo se ha facilitado gracias a los sistemas mejorados de comunicación y remisión, y se han tenido en cuenta las preocupaciones y los derechos de las mujeres. Adicionalmente, se han concertado alianzas con las comunidades y se ha dado autonomía a los proveedores para buscar soluciones innovadoras a los problemas<sup>46</sup>.

Para que estas medidas tengan éxito, se requiere el apoyo y la implicación del personal directivo superior. Evaluaciones realizadas por Health Workers for Change encontraron que los cambios en el plano local no se cimentaban en medidas de política de un nivel más alto<sup>47</sup>. Los problemas que exigen niveles superiores de rendición de cuentas o modificación de políticas —puestos vacantes y traslados, discreción financiera por parte del personal, formularios para la presentación de informes y disponibilidad de insumos vitales, como sangre— pueden afectar la calidad de los procesos y, por lo tanto, repercutir desfavorablemente en la atención de la salud materna. Los agentes de salud no pueden efectuar cambios, ni se les debe responsabilizar por la falta de cambios, cuando los administradores de salud y los dirigentes que orientan las políticas no apoyan el entorno laboral.

### **Desarrollar sistemas de salud: Razones que justifican el trabajo basado en la colaboración**

Los gobiernos nacionales y los organismos locales e internacionales

conciernen cada vez más en que los elementos clave para el desarrollo de los sistemas de salud son mejorar la base de datos empíricos, aumentar y mejorar la dotación de personal sanitario, modernizar y ampliar la infraestructura y la logística, buscar soluciones financieras equitativas y estimular la demanda de servicios de calidad por medio de la movilización social.

Así mismo, cada vez hay mayor consenso sobre las ventajas de ampliar los conjuntos integrados de servicios esenciales y de aprovechar las alianzas comunitarias para brindar servicios de salud materna y neonatal. Por último, también existe el compromiso —como indican este informe y el del año anterior— de crear un entorno propicio para la salud y la supervivencia de las madres, los recién nacidos y los niños, que respete y promueva sus derechos.

Convertir las promesas en acciones requerirá más que palabras enérgicas y compromisos firmes. Exigirá, nada menos, que los gobiernos nacionales, la comunidad internacional para el desarrollo, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado, las familias y las comunidades asuman concertadamente la responsabilidad de mejorar la salud de las madres y de los recién nacidos, tomándola como un barómetro del respeto nacional e internacional por los derechos humanos y el compromiso con el progreso de la humanidad. El capítulo 5 examina algunas de las alianzas que están impulsando este proceso, y ofrece sugerencias para afianzarlas y lograr que cada vez sean más fructíferas.