

# MORTALIDAD MATERNA, ACTUALIZACIÓN 2002

EN ESPECIAL, ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA ● ● ●





# índice

Esta segunda edición de *Mortalidad Materna, Actualización*, publicada por el UNFPA, se centra en la atención obstétrica de emergencia, intervención fundamental para reducir la mortalidad derivada de la maternidad en todo el mundo. Numerosas resoluciones internacionales —las más recientes, los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados en septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio— han intensificado el impulso para abordar la mortalidad derivada de la maternidad. En la Declaración del Milenio se exhorta a lograr antes de 2015 una reducción en tres cuartas partes de las tasas de mortalidad materna existentes en 1990. El presente informe analiza la cuestión y presenta instrumentos y experiencias para hacer frente a ese reto.

prefacio	2
agradecimientos	3
lista de siglas	4
para comprender la cuestión	5
respuesta estratégica del UNFPA	11
actividades apoyadas por el UNFPA a nivel nacional y regional	17
división de África	18
división de América Latina y el Caribe	23
división de Asia y el Pacífico	27
división de los Estados Árabes y Europa	30
dependencia de respuesta humanitaria	33
anexo: atención obstétrica de emergencia: lista de verificación para planificadores	36

## AUTORES DE FOTOS:

TAPA: Mali/Ruth Massey/PNUD

## PORTADA:

Mongolia/Don Hinrichsen/UNFPA

Guatemala/Ruth Massey/PNUD

PÁGINA 3: Morocco/Czikus Carriere/AMDD

PÁGINA 16: Ethiopia/Foto cortesía de *Hamlin Fistula Welfare and Research Ltd.*

© UNFPA, Nueva York, 2003

# prefacio

En el último decenio, se ha venido prestando cada vez más atención al objetivo de prevenir la muerte de la mujer durante el parto, y ese objetivo ha cobrado cada vez mayor urgencia. En verdad, reducir la mortalidad materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecidos como prioritarios por los Estados Miembros de las Naciones Unidas. El ambicioso objetivo de reducir la mortalidad materna en un 75% hacia el año 2015 plantea un reto de enormes proporciones, pero puede superarse mediante acciones concertadas y sostenidas, utilizando los instrumentos de que ya disponemos.

Trabajar en pro de la supervivencia y el bienestar de las madres es un imperativo económico, así como moral, social y de derechos humanos. El bienestar de los niños depende en gran medida del de sus madres y la supervivencia materna tiene efectos que repercuten fuera de la familia y propician la vitalidad económica de comunidades enteras.

Actualmente, estamos en mejores condiciones que nunca de abordar este problema. Se han dedicado varios años analizar las causas de la mortalidad materna y formular una estrategia eficaz para prevenirla. Es hora de poner esta estrategia en práctica. Naturalmente, la logística y las operaciones cotidianas siguen siendo cuestiones espinosas. La persistencia de la pobreza y los conflictos complica muchas acciones locales encaminadas a salvar vidas de mujeres. Pero la labor prosigue, pese a esos obstáculos.

Las acciones del UNFPA encaminadas a reducir la mortalidad materna —siguen centrándose en una estrategia triple: planificación de la familia, atención del parto por personal capacitado y atención obstétrica de emergencia para todas las mujeres que padecen complicaciones. El presente documento de actualización, cuyo propósito es mantener al día a los profesionales del desarrollo con respecto a la labor del UNFPA en beneficio de las madres, se centra en la cuestión física de la atención obstétrica de emergencia. Dado que un 15% de los embarazos requerirán intervenciones médicas de emergencia, independientemente de cuán cuidadosamente se hayan efectuado los reconocimientos médicos previos en cada caso, la atención obstétrica de emergencia es absolutamente imprescindible para reducir la mortalidad y discapacidad maternas. En el bolsillo al dorso de la cubierta de este informe figura una lista de verificación preparada especialmente para ayudar a los directores de programas a analizar y mejorar la disponibilidad y la calidad de los servicios obstétricos de emergencia en sus países.

Las acciones para mejorar la situación de las embarazadas han tenido éxito en algunos casos y han tropezado con diversos problemas en otros. Algunos países han planteado nuevas modalidades para abordar la morbilidad materna, inclusive la fístula obstétrica. La declinación económica en varios países ha redundado en la escasez de personal médico capacitado y de medicamentos. En la segunda parte de este informe se pasa revista a la programación creativa para intervenciones a escala nacional con el propósito de reducir la mortalidad materna. Las lecciones dimanadas de programas realizados en el África occidental figuran en un folleto separado (*Para que la Maternidad sin Riesgo sea una realidad en el África occidental: Utilización de indicadores en la programación para obtener resultados*), incluido en el bolsillo junto a la contratapa.

Con respecto a este tema, el enfoque del UNFPA se basa en los derechos humanos, tanto en la prioridad que asigna a reducir la injusticia y la tragedia de la pérdida de vidas de madres, como en el diseño y la aplicación de programas y políticas sobre mortalidad materna. Además, el Fondo está operando cada vez más como agente catalítico para multiplicar y orientar hacia este tema la utilización de mayores recursos de gobiernos nacionales y copartícipes en el desarrollo. Esta publicación es uno de los instrumentos de información y promoción elaborados para centrar la atención y los recursos en salvar y mejorar las vidas de las embarazadas en todo el mundo.



Mari Simonen, Directora  
División de Apoyo Técnico, UNFPA

# agradecimientos

Este informe fue preparado y coordinado por Laura Weil, Jean-Claude Javet, Andrew Rebold y France Donnay, de la División de Apoyo Técnico del UNFPA. Se han recibido contribuciones de valor inapreciable aportadas por las oficinas en los países, los asesores de los Equipos de Apoyo Técnico a los Países y los expertos de la Sede, quienes revisaron el texto final y contribuyeron al mismo. Cabe agradecer especialmente a Deborah Maine, Directora del programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD), y Allan Rosenfield, Coinvestigador de AMDD y Decano de la *Joseph L. Mailman School of Public Health*, Universidad de Columbia, por haber proporcionado apoyo técnico y financiero a esta publicación. Mary Zehngut y Janet Jensen colaboraron con el diseño final y la producción.



El UNFPA es la mayor fuente mundial financiada internacionalmente de asistencia a los países en desarrollo en materia de población. Desde que comenzó sus operaciones en 1969, el Fondo ha aportado casi 6.000 millones de dólares por concepto de asistencia a los países en desarrollo, lo cual representa aproximadamente una cuarta parte de la asistencia de población aportada por países donantes a países en desarrollo de todo el mundo.

ESTA PUBLICACIÓN TAMBIÉN ESTÁ DISPONIBLE  
EN [WWW.UNFPA.ORG/PUBLICATIONS](http://WWW.UNFPA.ORG/PUBLICATIONS)

# lista de siglas

AOE	atención obstétrica esencial
AOEm	atención obstétrica de emergencia
APS	atención primaria de la salud
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CST	Equipo de Apoyo Técnico a los Países
HRU	Dependencia de Respuesta Humanitaria
IM	Intramuscular
ITS	infección de transmisión sexual
IV	endovenoso(a)
LAC	División de América Latina y el Caribe
MDG	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	organización no gubernamental/organizaciones no gubernamentales
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SWAP	Enfoque(s) Sectorial(es)
TBA	partera (comadrona) tradicional
VIH	virus de inmunodeficiencia humana

## Organismos y organizaciones

AMDD	programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (Universidad de Columbia)
ASMUNG	Asociación de Mujeres Ngobe (Panamá)
FCI	Family Care International
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

# para comprender la cuestión

Cada año, el embarazo y el parto se cobran las vidas de una cantidad de mujeres estimada en 514.000. Es decir, una mujer muere cada minuto. Una abrumadora mayoría de esas defunciones (98%) ocurren en países en desarrollo. Trágicamente, casi todas esas muertes podrían prevenirse.

UBICACIÓN	DEFUNCIONES MATERNAS (PORCENTAJE DEL TOTAL MUNDIAL)	ÍNDICE DE MORTALIDAD MATERNA (POR CADA 100.000 NACIDOS VIVOS)
África	273.000 (>50%)	1.000
Asia	217.000 (42%)	280
América Latina y el Caribe	22.000 (4%)	190
Europa	TOTAL COMBINADO 2.800 (1%)	28
América del Norte		11
Oceanía	-	260
<b>Todo el mundo</b>	<b>514.000</b>	<b>400 (PROMEDIO)</b>

ESTIMACIONES DE MORTALIDAD MATERNA, 1995, OMS/UNICEF/UNFPA

La mortalidad materna no sólo afecta a las mujeres, sino también a sus familias y comunidades. El riesgo de que un recién nacido muera aumenta pronunciadamente al morir su madre. La muerte de una mujer en edad de procrear también conlleva cuantiosas pérdidas económicas y reveses para el desarrollo comunitario. Es imprescindible movilizar recursos para combatir la mortalidad materna, desde diferentes perspectivas: de derechos humanos, de desarrollo económico y de salud pública.

Desde que se emprendió en 1987 la Iniciativa sobre Maternidad sin Riesgo, la meta de reducir la mortalidad materna se ha reiterado en muchas conferencias mundiales, desde la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, en 1990, hasta la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y el examen de ésta al cabo de cinco años (CIPD+5) en 1999. Más recientemente, en la Cumbre del Milenio celebrada en 2000,

los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que se exhorta a reducir en tres cuartas partes las tasas de mortalidad derivada de la maternidad antes del año 2015. Dado que sólo se seleccionaron ocho objetivos, la inclusión en los MDG fue un triunfo para la prevención de la mortalidad materna y prueba que la comunidad mundial considera la maternidad sin riesgo como una máxima prioridad.

La lentitud en la reducción de las tasas de mortalidad derivada de la maternidad se debe, en parte, a las complejas cuestiones políticas y sociales relativas a la pobreza y la condición de la mujer. También se debe, en parte, a que originariamente, los programas sobre mortalidad materna en el mundo en desarrollo se orientaron al pronóstico y la prevención de las complicaciones obstétricas, sin tomar en cuenta las limitaciones científicas de este enfoque, el cual también

desvió la atención y la apartó del crítico período en torno al parto.

La morbilidad materna, es decir, las complicaciones que padecen las mujeres que sobreviven al parto, también son motivo de gran preocupación. Por cada mujer que pierde la vida como resultado del embarazo, hay unas 30 mujeres que sobreviven, pero padecen trastornos duraderos por esa causa. Según se estima, unos 20 millones de mujeres padecen de complicaciones no letales del embarazo, entre ellas, anemia, infertilidad, dolor pélvico, incontinencia y fístula obstétrica.

Dado que el UNFPA considera que esas cuestiones son componentes esenciales de su mandato, se ha movilizó para combatir tanto la morbilidad como la mortalidad de las madres y apoyar programas para reducir la tasa de mortalidad materna en 89 países de todo el mundo. De esos programas, muchos se ejecutan en cooperación con otros organismos que también realizan actividades al respecto.

### Las cinco complicaciones primarias

Del total de defunciones de madres en todo el mundo, casi dos terceras partes se deben a cinco causas directas: hemorragia, trabajo de parto obstruido, eclampsia (hipertensión a consecuencia del embarazo), sepsis y aborto realizado en malas condiciones. La tercera parte restante se debe a causas indirectas o a algún trastorno médico existente, empeorado por el embarazo o el parto (por ejemplo, paludismo, anemia, hepatitis o, de manera cada vez más frecuente, SIDA).

Aproximadamente un 15% de todos los embarazos padecerán complicaciones, muchas de las cuales, si no

reciben tratamiento, costarán la vida de la mujer. Lo que convierte la mortalidad materna en un gran reto es que esas complicaciones son extremadamente difíciles de pronosticar. Pese a las investigaciones realizadas durante varios años, seguimos careciendo de un método fidedigno para pronosticar la enorme mayoría de los casos de hemorragia, trabajo de parto obstruido y eclampsia. Si bien el estado general de salud de una embarazada es importante para que el parto tenga un curso satisfactorio, hay complicaciones aleatorias que pueden costar la vida de cualquier mujer. Esto ocurre incluso en los países desarrollados, donde se dispone sin tardanza de la tecnología médica más avanzada. El pronóstico se limita por lo general a determinar sólo cuáles son los grupos de mujeres en situación de alto riesgo. Es casi imposible determinar con precisión cuál será la mujer que padecerá complicaciones. En realidad, la gran mayoría de los embarazos y los alumbramientos corresponden a mujeres consideradas de bajo riesgo. En consecuencia, si bien es posible que el porcentaje de defunciones sea mayor entre las mujeres consideradas de alto riesgo, las cantidades de defunciones corresponden mayormente a mujeres consideradas de bajo riesgo.

Por esa razón, se ha cambiado el enfoque para abordar la mortalidad materna, que ya no se centra en pronosticar las complicaciones del embarazo, sino en los preparativos para eficientes intervenciones de emergencia. En general, las intervenciones obstétricas de emergencia son poco costosas y pueden realizarse con facilidad cuando están a cargo de profesionales de la salud especialmente capacitados.

En este documento, la mortalidad derivada de la maternidad, o mortalidad materna, denota *“la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de un plazo de 42 días a partir de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y de la ubicación del embarazo, por cualquier causa derivada del embarazo, o agravada por éste, o relativa a la forma en que se ha dispensado el tratamiento, pero no por causas accidentales o incidentales”*.

(CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, DÉCIMA REVISIÓN, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, GINEBRA, 1992.)

## VIH/SIDA y mortalidad materna

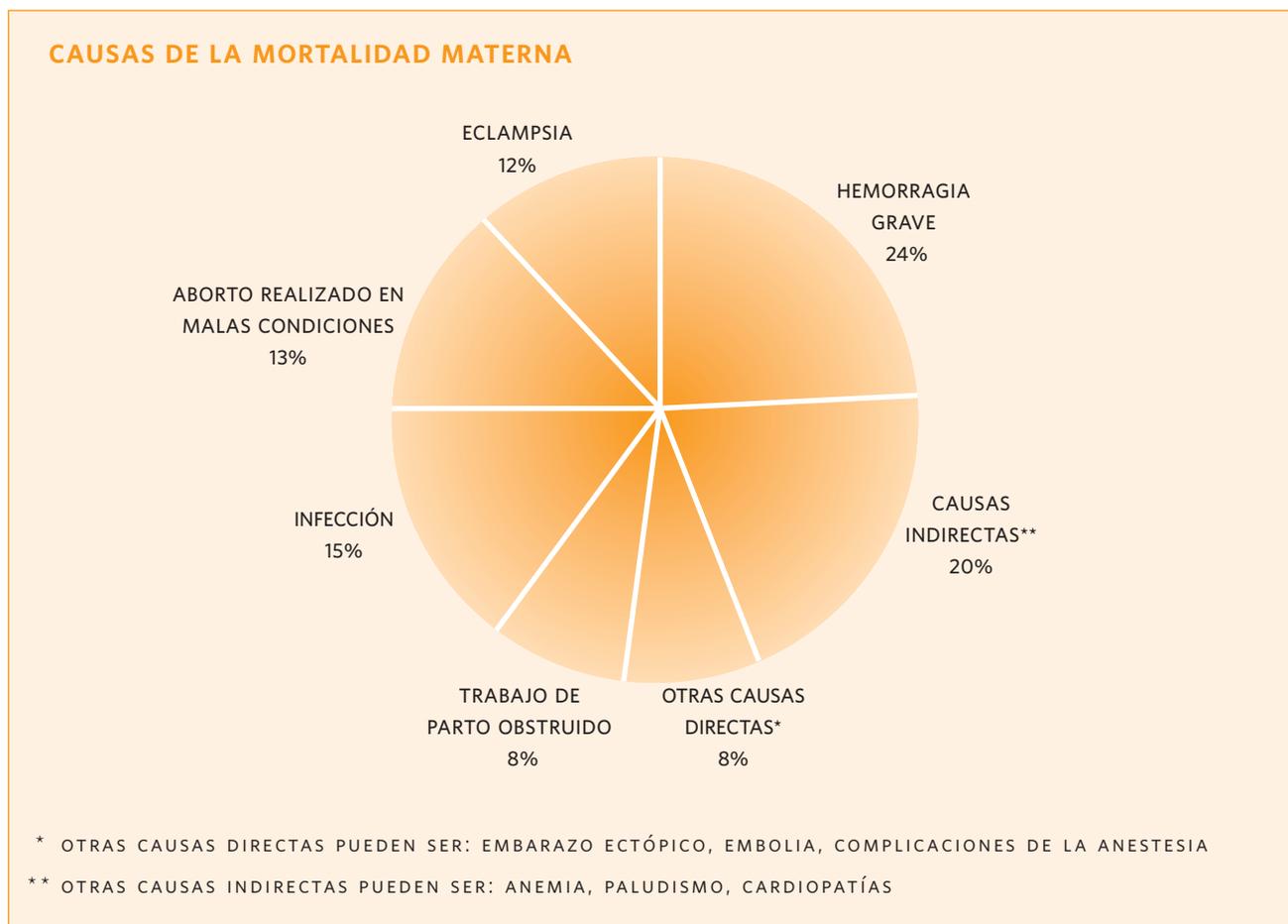
Se desconoce el porcentaje exacto de defunciones maternas atribuibles al VIH y el SIDA. La infección con el VIH va acompañada de condiciones generales de salud deficientes en las madres, lo que hace a las mujeres más vulnerables frente a diversas infecciones y trastornos que acrecientan la probabilidad de complicaciones del embarazo, entre ellas el paludismo, la anemia y la tuberculosis. Asimismo, la infección con el VIH se ha asociado a un mayor riesgo de abortos espontáneos y de hemorragias de posparto. Pero aún no se han determinado los riesgos que pueden atribuirse a dicha infección.

La prevención y el tratamiento de las infecciones con el VIH y la reducción de la mortalidad materna se prestan bien a la programación conjunta, puesto que hay una considerable superposición en sus causas y en las intervenciones para prevenirlas. Es lógico compartir los recursos programáticos para prevenir la infección con

el VIH y la mortalidad maternas. Los programas cuyo objetivo es la reducción de las infecciones de transmisión sexual reducen tanto la incidencia de la infección con el VIH como el riesgo de infección de posparto que corre una mujer. Las clínicas prenatales son lugares excelentes para ofrecer detección voluntaria del VIH y asesoramiento psicosocial, de modo que las mujeres que tienen reacción serológica negativa al VIH pueden obtener la información y los conocimientos prácticos necesarios para protegerse a sí mismas contra la infección. Además, la mayoría de los casos de transmisión del VIH de la madre al hijo ocurren durante el parto. Se ha demostrado que las operaciones cesáreas reducen dicha transmisión vertical, que es la causa principal de la infección con el VIH en los niños.

## El Modelo de las Tres Demoras

Actualmente, los programas dedican gran parte de sus actividades a la preparación para casos de emergencia



FUENTE: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *MATERNAL HEALTH AROUND THE WORLD*. GINEBRA, 1997.

y la provisión de AOEm. Va en aumento el número de esos programas que se basan en el Modelo de las Tres Demoras. Dicho modelo proporciona un marco explicativo de los factores sociales causantes de defunciones maternas. Ayuda a focalizar las intervenciones y prevenir la mortalidad materna en todas las etapas. En la mayoría de los casos, las mujeres que pierden la vida en el parto experimentaron al menos una de las tres demoras siguientes:

- **La primera demora** atañe a la decisión de acudir en busca de atención cuando hay una complicación obstétrica. Dicha demora puede producirse por varias razones, entre ellas la tardanza en reconocer que hay un problema, el temor de acudir al hospital o los costos que habrá que sufragar allí, o la falta de una persona que adopte dicha decisión.

- **La segunda demora** ocurre después de adoptar la decisión de ir en procura de atención médica. Es la que ocurre para llegar al establecimiento de salud y por lo general es causada por dificultades en el transporte. Muchas aldeas tienen limitadas opciones de transporte y caminos difícilmente transitables. Algunas comunidades han establecido medios innovadores de abordar este problema, entre ellos planes de prepago, fondos comunitarios para sufragar el transporte y un fortalecimiento de los vínculos entre los agentes comunitarios de salud y el sistema oficial de salud.

- **La tercera demora** ocurre al llegar al establecimiento, antes de recibir atención médica. Ésta es una de las cuestiones más trágicas atinentes en la mortalidad materna. Con frecuencia, las mujeres esperan durante varias horas en el establecimiento hospitalario debido a insuficiencia de personal, políticas de prepago o dificultades para obtener suministros de sangre, equipo o acceso a un quirófano. La tercera demora es la que muchos planificadores consideran más fácil de subsanar. Una vez que una mujer ha llegado a un establecimiento donde se ofrece AOEm, ya se han superado muchas barreras socioculturales y económicas. Uno de los principales componentes en la promoción del acceso a la AOEm es la mejora de los servicios prestados en establecimientos existentes. Los

programas formulados para abordar las dos primeras demoras no surten efecto si los servicios en los propios establecimientos son inadecuados.

## Elementos de éxito en los programas

Sabemos que es posible reducir la tasa de mortalidad materna. En la mayoría de los países de Europa y de América del Norte había en el pasado niveles de mortalidad materna comparables a los existentes hoy en el mundo en desarrollo. En aquellos países, el acceso casi universal a la atención del parto por personal capacitado y a la atención obstétrica de emergencia ha reducido las tasas de mortalidad materna hasta casi cero. Si bien sería poco realista tratar de duplicar este éxito en los países en desarrollo exactamente de la misma manera, es posible reducir pronunciadamente la mortalidad materna en los países de bajos recursos.

Los países en desarrollo donde se han realizado con éxito programas para reducir la tasa de mortalidad comparten varios componentes programáticos. En la mayoría de esos países hubo una transición gradual hacia la atención del parto por personal profesional y hacia los partos en establecimientos de salud. En Cuba, Malasia y Sri Lanka, donde las tasas de mortalidad materna son comparativamente bajas, los gobiernos se comprometieron a fortalecer todo el sistema de atención de la salud. En consecuencia, hay una alta proporción de partos atendidos por profesionales capacitados y eficaces sistemas de remisión a establecimientos de mayor capacidad de las pacientes que padecen complicaciones del parto. En la mayoría de esos países, los servicios de salud son gratuitos o tienen un costo muy bajo. Las mujeres de Sri Lanka, además, probablemente han de utilizar servicios de planificación de la familia para prevenir los embarazos demasiado precoces o demasiado próximos entre sí. En Malasia, la disminución de las tasas de mortalidad materna estuvo asociada a la introducción de operaciones confidenciales de auditoría de las defunciones maternas para detectar las causas prevenibles de dichas defunciones. Esos países han probado que es posible reducir las tasas

## ¿EN QUÉ CONSISTE LA ATENCIÓN DEL PARTO POR PERSONAL CAPACITADO?

El concepto de *atención por personal capacitado* denota la existencia de agentes de salud que han recibido formación profesional y adquirido los conocimientos prácticos necesarios para atender un parto normal y diagnosticar las complicaciones obstétricas o remitir esas pacientes a establecimientos de mayor capacidad. Esos agentes de salud son por lo general médicos, parteras o enfermeras. El personal capacitado debe estar en condiciones de atender el trabajo de parto y el parto en condiciones normales, detectar cuanto antes las complicaciones y practicar cualquier intervención esencial, además de comenzar a administrar tratamiento y supervisar la remisión de la madre y el niño, de ser necesario, a un establecimiento que pueda ofrecer atención de nivel superior. Esos profesionales pueden ejercer en un establecimiento de salud o privadamente. Su clasificación como personal capacitado se refiere a que han recibido capacitación, y no al lugar en que ejercen su profesión. No se incluyen en esta categoría las comadronas y parteras tradicionales, hayan o no recibido capacitación.

(OMS/UNFPA/UNICEF/BANCO MUNDIAL, *DECLARACIÓN CONJUNTA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA 1999.*)

de mortalidad materna en casi todas partes. Incluso en países donde las mujeres, en su mayoría, dan a luz en el hogar, o donde los sistemas de educación y de salud se están desintegrando bajo el peso de la pobreza y el SIDA, es posible reducir las tasas de mortalidad materna si se presta atención al tratamiento de las complicaciones del parto.

### El papel de la atención prenatal

Las visitas prenatales ofrecen la oportunidad de abordar las necesidades psicosociales y médicas de la embarazada, y conocer al mismo tiempo el contexto en que ésta vive. Estos reconocimientos médicos periódicos posibilitan que las mujeres tomen contacto con el sistema de atención de la salud. En estas ocasiones es posible individualizar los mensajes de promoción de la salud y es posible detectar potenciales factores de riesgo en la mujer. Las visitas prenatales pueden proporcionar servicios esenciales para todas las embarazadas, entre ellos inmunización con toxoide tetánico, educación sobre nutrición y distribución de tabletas de ácido fólico y hierro. La OMS recomienda cuatro visitas prenatales. No obstante, la cuestión principal es la *calidad* de las visitas, y no su *cantidad*.

La atención prenatal da también una oportunidad de ofrecer a quienes lo soliciten voluntariamente asesoramiento psicosocial y detección de la sífilis y el VIH,

sin necesidad de efectuar una visita por separado a otra clínica. Cuando se detecta que la embarazada tiene reacción serológica positiva, es posible comenzar un régimen de administración de medicamentos con el propósito de minimizar la transmisión vertical. Las visitas prenatales también ofrecen la oportunidad de individualizar a las mujeres que tienen reacción serológica negativa al VIH y proporcionarles conocimientos prácticos y teóricos para que se mantengan libres de la infección.

En los últimos tiempos, en los servicios de atención prenatal ha comenzado a ofrecerse tratamiento preventivo intermitente para el paludismo. Esto es importante dado que esta enfermedad contribuye a la anemia, factor importante de la morbilidad y mortalidad materna. Por lo general, el tratamiento consiste en una única dosis de medicamentos profilácticos administrada a la embarazada al menos una vez después de que ésta comienza a percibir los movimientos del feto. Este tratamiento se combina con la provisión de mosquiteros impregnados en insecticida para prevenir el paludismo. El tratamiento preventivo intermitente es una intervención relativamente reciente y aún no se ha evaluado cabalmente.

### Participación de las parteras tradicionales

Si bien algunos proyectos en pequeña escala han tenido

éxito en cuanto a la formación de parteras (comadronas) tradicionales, con frecuencia la evaluación arroja resultados desiguales y no indica reducciones apreciables en las tasas de morbilidad o mortalidad maternas. Esta situación se debe, en parte, a la carencia de personal médico bien capacitado y de servicios eficaces de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad, de modo de respaldar a las parteras tradicionales cuando se ven frente a una complicación que pone en riesgo la vida de la embarazada. Las parteras tradicionales, hayan o no recibido capacitación, carecen de los conocimientos necesarios para atender problemas que amenazan la vida de la embarazada.

El enfoque del UNFPA ha cambiado y ahora se trata de lograr que la atención *profesional* sea más accesible. La definición de profesional abarca médicos, parteras o enfermeras que han sido capacitadas como parteras.

Algunos programas realizados más recientemente han tratado de promover el papel de las parteras tradicionales, dotadas de sensibilidad cultural, para que establezcan vínculos entre el sistema de salud y la comunidad. Los procedimientos médicos y la administración de medicamentos deben estar a cargo de profesionales de la salud capacitados. Por otra parte, muchas parteras y muchos médicos no han recibido formación en cuanto a los sistemas de creencias, la comunicación y la organización de las comunidades y en este aspecto, las parteras (o comadronas) tradicionales pueden ser más eficaces<sup>1</sup>

Por estas razones, el UNFPA ya no promueve la formación de parteras tradicionales para que puedan detectar las complicaciones en el embarazo o proporcionar tratamiento. El Fondo apoya a las parteras tradicionales para que tengan un papel de enlace entre las comunidades y el personal de salud capacitado. Las parteras tradicionales pueden motivar a las mujeres a que utilicen servicios prenatales y de planificación de la familia y cuando surgen complicaciones, pueden destacar la necesidad de que las mujeres obtengan AOEm en los hospitales y otros establecimientos de salud. Asimismo,

el UNFPA proporciona botiquines para el parto aséptico que pueden ser utilizados por parteras, miembros de la familia o incluso parteras tradicionales en situaciones de emergencia, a fin de minimizar el riesgo de infección.

### Hogares de espera

Los hogares de espera para la maternidad son locales residenciales donde las mujeres consideradas “de alto riesgo” esperan hasta el momento del parto, en que pueden ser trasladadas a un establecimiento médico cercano, o antes de ese momento, si surgen complicaciones. El propósito es minimizar las demoras en recibir atención en caso de emergencia obstétrica, reduciendo marcadamente el tiempo de tránsito.

Son escasas las investigaciones cuantitativas realizadas sobre la eficacia de los hogares de espera para la maternidad. Un problema de gran magnitud es determinar cuáles mujeres están realmente en situación de alto riesgo. En algunos estudios, se ha comprobado que las más beneficiadas con los hogares de espera para la maternidad son las primíparas. Por otra parte, la mayoría de las complicaciones ocurren en mujeres que aparentemente no tienen factores de riesgo. Además, la permanencia recomendada en esos hogares, de cuatro semanas, limita la utilización de las instalaciones por muchas mujeres, aun cuando puede posibilitar que algunas de ellas tengan el descanso necesario después del parto.

En algunos países ya no se utilizan las definiciones médicas de “embarazo de alto riesgo”, sino que se adopta un concepto más amplio, basado en una combinación de factores relativos a la distancia, la situación socioeconómica y el riesgo médico. Sea como fuere, los hogares de espera para la maternidad no deben ser una solución aislada sino que deben estar vinculados con las comunidades y el sistema de salud, de modo de proporcionar atención sin solución de continuidad.

<sup>1</sup> Iniciativa sobre maternidad sin riesgo; Atención del parto por personal capacitado.

# respuesta estratégica del UNFPA

La programación del UNFPA<sup>2</sup> se centra en las estrategias principales de prevención de la mortalidad y la morbilidad maternas, estrategias que tienen mayor eficacia cuando se las utiliza conjuntamente.

## ■ Planificación de la familia

La reducción del número de embarazos no deseados será un importante factor de reducción de la mortalidad materna, al reducir los abortos realizados en malas condiciones, posibilitar que las mujeres establezcan intervalos adecuados entre sucesivos embarazos y evitar embarazos demasiado precoces o demasiado tardíos. Al reducir la cantidad absoluta de embarazos, también se reduce el número de defunciones debidas al embarazo.

## ■ Atención del parto por personal capacitado

El concepto de personal capacitado abarca las parteras diplomadas, las enfermeras y los médicos capaces de supervisar partos normales, reconocer rápidamente y atender las complicaciones y efectuar remisiones apropiadas de la embarazada a establecimientos de mayor capacidad.

## ■ Atención obstétrica de emergencia

Es imprescindible contar con acceso a establecimientos que puedan ofrecer intervenciones de emergencia, entre ellas operaciones cesáreas, extracción manual de la placenta, transfusiones sanguíneas y administración de antibióticos.

Actualmente las intervenciones necesarias para mejorar la disponibilidad, el acceso, la calidad y el uso de servicios de salud materna se comprenden cabalmente y son costeables. En muchos casos, la mejora del acceso a servicios de prevención de la mortalidad materna puede integrarse en las acciones encaminadas a mejorar el sistema de salud en su totalidad. Los países en desarrollo que han logrado reducir las tasas de mortalidad materna lo han hecho merced a mejoras obtenidas en la cobertura y la calidad de sus servicios de salud. Esta inversión en infraestructura general de salud beneficiará no sólo a las embarazadas, sino

también a todas las personas que acuden en busca de atención.

## Un enfoque basado en los derechos humanos<sup>2</sup>

El UNFPA adopta un enfoque de la mortalidad materna basado en los derechos humanos, con respecto tanto a la prioridad que asigna a la cuestión como al diseño y la aplicación de políticas y programas sobre mortalidad materna. Dado que casi todas las defunciones derivadas de la maternidad pueden evitarse, es posible basarse en los derechos humanos para denunciar la persistencia de tales defunciones y promover la eliminación de esta injusticia, mediante el acceso universal a servicios proporcionados por personal especializado durante el embarazo y el parto. Además, los principios de derechos humanos, aplicados con sensibilidad cultural, pueden integrarse en los programas a nivel clínico, de gestión del establecimiento y de monitoreo. Por ejemplo, pueden aplicarse normas que alienten el trato respetuoso a los pacientes en los establecimientos. Pueden aplicarse mecanismos para solicitar las opiniones de la comunidad y su participación. En lo tocante a las políticas, los principios de derechos humanos pueden fundamentar el diálogo y la formulación de políticas para la reforma del sector de salud.

## Planificación de la familia

Al satisfacer la demanda existente de servicios de planificación de la familia, sólo mediante este factor se reduciría en un 20% el número de embarazos en los países en desarrollo y se reducirían en porcentajes iguales o mayores las defunciones de madres y las lesiones que ellas sufren. En los últimos 30 años se ha perfeccionado la estrategia del UNFPA para promover servicios de alta calidad de planificación de la familia que respeten el derecho a la opción individual. Esto significa asegurar un suministro adecuado de una amplia gama de anticonceptivos y suministros de salud reproductiva, inclusive condones (preservativos) masculinos y femeninos. Si bien el acceso a servicios de planifi-

<sup>2</sup> Esta sección se basa en: Freedman L.P. 2001 "Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy" (Utilización de los derechos humanos en programas de mortalidad materna: del análisis a la estrategia). International Journal of Gynecology and Obstetrics 75: págs. 51 a 60.

cación de la familia influirá poco en la reducción del índice de mortalidad materna, es mucho lo que logrará en cuanto a reducir el número total de defunciones relacionadas con el embarazo y el aborto realizado en malas condiciones. Según se ha comprobado, la planificación de la familia es una intervención sumamente eficaz y un componente fundamental de todos los programas del UNFPA.

### Atención del parto por personal capacitado

Las complicaciones obstétricas, en su mayoría, ocurren durante el trabajo de parto y el parto. Solamente un profesional puede reconocer sin tardanza las complicaciones que ponen en peligro la vida de la embarazada e intervenir a tiempo para salvarla. Como ya se indicó, anteriormente se procuraba promover la atención del parto por personal capacitado impartiendo capacitación a las parteras tradicionales. En los últimos 10 años, hubo un cambio de paradigma y ahora se hace hincapié en promover el aumento de *profesionales* capacitados que atiendan el parto. Según estimaciones, si un 15% de los partos fueran atendidos por médicos y un 85%, por parteras, se reduciría adecuadamente la mortalidad materna. Esta proporción es más eficaz si las parteras atienden partos normales y están en condiciones de remitir a la atención de médicos el 15% de partos con complicaciones.

La atención del parto por personal capacitado ha

sido una de las más obvias técnicas programáticas aplicadas por los países que lograron reducir la mortalidad materna. Tiene importancia crítica que las embarazadas tengan mayor acceso a parteras capacitadas apoyadas por el sistema general de salud. El apoyo adecuado a las parteras incluye acceso regular y fiable a medicamentos y suministros y el respeto y las facultades para efectuar remisiones a profesionales capacitados y a establecimientos de mayor capacidad.

Pese a las abrumadoras pruebas de que la atención del parto por médicos, parteras y enfermeras es un factor de importancia crucial en la reducción de la mortalidad materna, sólo un 58% de todos los partos ocurren en presencia de personal capacitado. Hay muchas causas de esta situación. Una es simplemente la escasez de agentes de salud profesionalmente capacitados. Otro factor es la deficiente distribución geográfica de ese personal, pues los profesionales, en su mayoría, prefieren permanecer en zonas urbanas. El UNFPA está tratando de abordar este problema promoviendo la mayor capacitación de profesionales y procurando medios innovadores de retenerlos en las regiones donde más se los necesita, mediante incentivos como provisión de vivienda y programas de aprendizaje a distancia en beneficio de parteras y médicos que trabajan en zonas rurales y semirurales, y el establecimiento de sistemas de rotación en que se combinen la práctica profesional pública y la privada.

#### Funciones de AOEm básica

Funciones en un centro de salud sin necesidad de quirófanos

- Administración de antibióticos por vía IV/IM
- Administración de medicamentos oxitócicos por vía IV/IM
- Administración de anticonvulsivos por vía IV/IM
- Extracción manual de la placenta
- Parto vaginal instrumentado
- Extracción de productos retenidos

Para que un establecimiento satisfaga estas normas, es preciso que o bien las seis, o bien las ocho funciones se cumplan regularmente y sean objeto de evaluación en períodos de tres a seis meses.

#### Funciones de AOEm integral

Funciones que requieren un quirófano y por lo general se cumplen en hospitales de distrito

Las seis funciones básicas de AOEm, y además:

- Operación cesárea
- Transfusión sanguínea en condiciones de seguridad

La telemedicina —utilización de nuevas tecnologías que enlazan las clínicas o permiten la transmisión de imágenes diagnósticas a centros donde se cuenta con profesionales capacitados— ofrece buenas posibilidades de llegar a las mujeres residentes en zonas rurales o de difícil acceso.

### Atención obstétrica de emergencia

La atención obstétrica de emergencia (AOEm) abarca una serie de funciones— de alerta realizadas en establecimientos de atención de la salud, que pueden prevenir la muerte de una mujer cuando padece complicaciones del embarazo. La AOEm es una respuesta a las complicaciones y no una práctica estándar en todos los partos. Las funciones de atención obstétrica de emergencia suelen dividirse en dos categorías: AOEm básica, que puede ser ofrecida en un centro de salud por una enfermera, una partera o un médico, y AOEm integral, que por lo general requiere disponer de las instalaciones del hospital de distrito, con quirófanos. Esas funciones se indican en el cuadro respectivo.

Las funciones de **AOEm básica** consisten mayormente en administrar medicamentos mediante inyección. Por lo común, se administran antibióticos para el tratamiento de una infección, anticonvulsivos para el tratamiento de un ataque, o medicamentos oxitócicos cuando hay una excesiva pérdida de sangre. La AOEm básica también incluye la extracción manual de la placenta cuando no ha sido expulsada naturalmente. La retención de la placenta puede causar pérdida excesiva de sangre e infección, y lo propio ocurre cuando se ha retenido en el útero un fragmento de placenta o de otro tejido. La extracción de productos retenidos por lo general requiere un procedimiento de cirugía menor, como aspiración manual endouterina (AMEu) o dilatación y curetaje.

La **AOEm integral** incluye la posibilidad de practicar una intervención quirúrgica más compleja, como una operación cesárea, en caso de parto obstruido. También se requiere la capacidad de efectuar transfusiones sanguíneas para tratamiento de hemorragias que pongan en peligro la vida de la paciente. Para esto

## LA MORTALIDAD MATERNA DENTRO DEL MARCO GENERAL DE LAS POLÍTICAS

Se reconoce por lo general que la salud reproductiva está estrechamente vinculada a la reducción de la pobreza y al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que proporcionan cada vez más un marco y una orientación para las actividades internacionales de desarrollo. La reducción de la mortalidad materna se incluye en los informes sobre Objetivos de Desarrollo del Milenio y el UNFPA se esfuerza por asegurar que se incluya la salud reproductiva en la elaboración de instrumentos en que intervienen diversos organismos, como la Evaluación Común sobre el País (CCA), el Documento de Estrategia para la Reducción de la Pobreza (PRSP), el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD), los enfoques sectoriales (SWAP) y las reformas del sector de salud. De esta manera, el UNFPA puede influir en las cuantiosas inversiones que entrañan esos procesos.

Los Enfoques Sectoriales abarcan el sector de salud en su conjunto, y no se refieren a los proyectos concretos. Esto tiene varias ventajas. Primeramente, los países que han logrado reducir la tasa de mortalidad materna lo han hecho gracias al desarrollo general del sector de salud. Establecer un sistema de salud eficiente y eficaz tendrá efectos sostenibles en cuanto a mejorar la salud de las madres. Los niveles de mortalidad derivada de la maternidad son elocuentes indicadores del funcionamiento del sector de salud en general. Además, en los enfoques sectoriales existentes es importante alentar la programación que tome muy en cuenta a la mujer. El UNFPA apoya la vinculación de la maternidad sin riesgo con los enfoques sectoriales y otros procesos de diálogo normativo desde un primer momento, a fin de que se asigne prioridad a esta urgente cuestión dentro de las reformas generales del sector de salud.

se necesita la capacidad de recoger, analizar y almacenar sangre en condiciones de seguridad.

La mejora de la disponibilidad de servicios es un primer paso, de importancia crucial para el acceso a la AOEm. En muchos casos, sólo se necesitan insumos limitados para ampliar establecimientos existentes y posibilitar que ofrezcan servicios de AOEm. Para ello puede ser necesario, por ejemplo, renovar un quirófano existente o equipar uno nuevo; reparar o adquirir equipo quirúrgico y de esterilización; convertir locales

no utilizados dentro de hospitales o centros de salud; capacitar a médicos y enfermeras para que realicen intervenciones que salvan vidas; o mejorar la gestión de los servicios de salud. Esto abarca velar por la capacitación y la distribución adecuadas del personal y un acceso fiable al equipo y los suministros. También significa promover el monitoreo y la evaluación y mejorar continuamente la calidad de los servicios existentes, así como velar por que las mujeres y sus familias acudan a los servicios.

## INDICADORES DE EFECTOS DIRECTOS Y PRODUCTOS EN RELACIÓN CON LA MORTALIDAD MATERNA

INDICADOR	NIVEL MÍNIMO ACEPTABLE
<b>Magnitud de la atención obstétrica esencial (AOE) <sup>3</sup></b> 1. Establecimientos con AOE <b>básica</b> Establecimientos con AOE <b>integral</b>	Por cada <b>500,000 personas</b> debería haber: <b>Al menos 4</b> establecimientos con AOE <b>básica</b> <b>Al menos 1</b> establecimientos con AOE <b>integral</b>
2. Distribución geográfica de establecimientos con AOE	Se satisface en zonas subnacionales el nivel mínimo de servicios de AOE (véase el indicador <i>supra</i> )
3. Proporción de todos los partos atendidos en establecimientos con AOE básica y AOE integral	<b>Al menos 15% de todos los partos</b> en la población son atendidos en establecimientos que tienen AOE básica o AOE integral
4. Necesidad satisfecha de AOE: Estimación de la proporción de mujeres que padecen complicaciones y reciben tratamiento en establecimientos con AOE	<b>Al menos 100%</b> de las mujeres que se considera padecen complicaciones obstétricas reciben tratamiento en establecimientos con AOE
5. Operaciones cesáreas como porcentaje del total de alumbramientos	Las operaciones cesáreas deberían constituir <b>no menos del 5% y no más del 15%</b> del total de alumbramientos
6. Tasa de letalidad	La tasa de letalidad de mujeres que padecen complicaciones obstétricas atendidas en establecimientos con AOE debe ser <b>inferior a 1%</b>

FUENTE: MAINE, D. Y OTROS, AGOSTO DE 1997, *GUIDELINES FOR MONITORING THE AVAILABILITY AND USE OF OBSTETRIC SERVICES (GUÍAS PARA MONITOREAR LA DISPONIBILIDAD Y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS OBSTÉTRICOS)* (UNICEF/OMS/UNFPA, PÁG. 25.)

<sup>3</sup> En este cuadro, la atención obstétrica esencial (AOE) denota lo que en otras partes de este documento se denomina atención obstétrica de emergencia (AOEm).

## Monitoreo del progreso mediante los Indicadores de Procesos

Las tasas y los índices de mortalidad materna son difíciles y costosos de obtener y suelen no ser fidedignos. En muchos países pobres, dotados de limitados sistemas de registro de datos vitales, la obtención de datos fidedignos es una tarea casi imposible. Los Indicadores de Procesos son más fáciles de monitorear y pueden utilizarse para indicar cambios en actividades o circunstancias que comprobablemente contribuyan a la defunción materna o la previenen. Esos indicadores se han transformado en un instrumento de valor inapreciable para monitorear el progreso en la realización y la eficacia de los programas.

Entre los Indicadores de Procesos que son útiles para determinar la mortalidad materna figuran el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado, el número de establecimientos de salud que ofrecen AOEm, su distribución geográfica, el porcentaje de mujeres con complicaciones obstétricas que reciben atención en establecimientos con AOEm, la tasa de operaciones cesáreas y la tasa de letalidad.

Cuando se los considera en su conjunto, esos indicadores ofrecen una idea de la disponibilidad, la calidad y la utilización de los servicios; y éste, en muchos aspectos, es exactamente el tipo de información que necesitan los programadores. Los *indicadores de efectos (impacto)*, como las tasas y los índices de mortalidad materna, siguen siendo una medición útil, en especial para efectuar comparaciones internacionales. Pero en los últimos años, se ha popularizado el uso práctico de los Indicadores de Procesos como medio de monitorear, dado que son sensibles al cambio y a la vez, fáciles de mantener en los sistemas de recopilación de datos.

El indicador seleccionado para medición del progreso en comparación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio es la proporción de alumbramientos con asistencia de personal idóneo y capacitado profesionalmente. Otros indicadores comunes utilizados para monitorear y evaluar la maternidad sin riesgo abarcan el porcentaje de embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal al menos una vez durante el

embarazo y el porcentaje de mujeres que reciben atención postnatal.

Por lo general, un cuidadoso monitoreo se complementa con investigaciones más detalladas para detectar las causas subyacentes de la mortalidad materna. Las operaciones de auditoría de defunciones maternas pueden comenzar detectando el itinerario seguido en el establecimiento de salud por una mujer que falleció, a comenzar por el momento en que se inició el trabajo de parto. Agregando estos datos, se complementan los registros del hospital con información cualitativa sobre las barreras que obstan a la atención y los numerosos factores que influyen sobre la defunción de la mujer. Al detectar los factores contribuyentes a la defunción materna, es posible focalizar más fácilmente las intervenciones a fin de abordar los factores que pueden evitarse. También debería intentarse individualizar a las mujeres que fallecieron en la comunidad y realizar comprobaciones similares en estos casos.

## Atención del recién nacido

Cuando un recién nacido padece complicaciones, es posible cambiar para siempre el curso de la vida de ese niño con acciones que sólo requieren unos pocos minutos. La atención del niño durante el parto tiene enormes efectos sobre las diferencias en las tasas de mortalidad neonatal entre países desarrollados y países en desarrollo, que es una de las mayores disparidades en materia de salud. Cada año, cuatro millones de recién nacidos mueren antes de cumplir un mes de edad y hay número igual de mortinatos. De estas muertes, un 98% ocurren en países en desarrollo.

En última instancia, puede seguirse la pista a esas defunciones para determinar si el personal que atendió el parto poseía los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para hacer frente a emergencias neonatales y estaba en condiciones de aplicar efectivamente esos conocimientos. La capacitación impartida a parteras, enfermeras y médicos incluye cada vez más la preparación para emergencias neonatales. El UNFPA recomienda encarecidamente que los agentes de salud reciban capacitación y apoyo que los coloque en condi-

ciones de brindar la mejor atención posible a cada niño y a todos los niños.

### Discapacidad materna: la tragedia de la fístula obstétrica

Durante años, el tema de la morbilidad materna —las lesiones y enfermedades a largo plazo que padecen las mujeres como resultado del embarazo— ha sido descuidado. No obstante, según se estima, por cada mujer que pierde la vida a raíz del embarazo, hay otras 30 que padecen lesiones. La más grave de esas lesiones es la fístula obstétrica.

La fístula obstétrica es un orificio entre la vejiga y la vagina —o el recto y la vagina— que causa incontinencia a la mujer. Las consecuencias físicas de la fístula son graves y pueden incluir: hedor constante, infecciones frecuentes, úlceras dolorosas de la zona genital, infertilidad y, en muchos casos, muerte precoz. Las consecuencias sociales pueden ser aun peores, dado que casi siempre sus esposos se divorcian, y las mujeres son abandonadas y a menudo obligadas a vivir en un aislamiento social casi completo.

La fístula obstétrica es frecuente en África y en partes de Asia: afecta en todo el mundo a más de dos millones de niñas adolescentes y mujeres y cada año, según se estima, hay entre 100.000 y 200.000 nuevos casos.



Afortunadamente, es posible reparar quirúrgicamente la fístula obstétrica, con tasas de éxito de hasta el 90%; y esas mujeres, en su mayoría, pueden recuperar una vida plena y normal después de la operación quirúrgica. Lamentablemente, sólo unos pocos establecimientos ofrecen la costosa cirugía correctiva e, incluso en esos casos, el costo (350 dólares en promedio) puede ser prohibitivo.

La carencia de instalaciones quirúrgicas se debe en gran medida a la falta de conciencia sobre el problema, la limitada capacitación que reciben los cirujanos y las enfermeras y el hecho de que esas operaciones no son lucrativas.

El UNFPA emprendió la campaña contra la fístula a comienzos del año 2000. La campaña tiene tres objetivos primordiales:

- Crear conciencia;
- Determinar las necesidades;
- Ampliar los servicios de prevención y tratamiento.

El UNFPA apoya una gama de actividades que reducen las probabilidades a lo largo de la vida de que una mujer padezca discapacidad como resultado de haber dado a luz. Las actividades del UNFPA:

- Promueven el aumento de la edad al contraer matrimonio y procrear;
- Aseguran el acceso a la AOEm de todas las mujeres embarazadas;
- Fortalecen la capacidad de reparación quirúrgica de la fístula.

## actividades apoyadas por el UNFPA a nivel nacional y regional

La mayoría de las actividades de AOEm apoyadas por el UNFPA se realizan a nivel regional y nacional. Las oficinas en los países han estado trabajando con gran empeño en apoyar la reducción de la mortalidad materna mediante muy diversos programas. Esas actividades han sido reforzadas por los Equipos de Apoyo Técnico a los Países (CST) del UNFPA, todos los cuales han contribuido a las acciones de promoción a nivel regional, nacional y mundial. Si bien su labor colectiva es extremadamente valiosa, es imposible detallar cada uno de los programas. A continuación se presenta una selección de algunos de los programas más notables realizados por las oficinas del UNFPA en los países después del último *Informe de actualización sobre la mortalidad materna*.



# división de áfrica

El proyecto regional con mejores perspectivas para la reducción de la mortalidad materna en África ha sido un resultado de la colaboración entre el UNFPA y el programa AMDD (Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas) de la Universidad de Columbia. En virtud del proyecto se realizaron diagnósticos de necesidades en ocho países al sur del Sahara para describir de manera fidedigna los servicios de AOEm ofrecidos allí. Utilizando los Indicadores de Procesos, el UNFPA procuró fomentar la capacidad y aumentar la disponibilidad y la utilización de los servicios de AOEm. En el bolsillo de la contratapa de esta publicación, se adjunta un folleto que detalla el uso de los indicadores a fin de formular programas para la obtención de resultados en varios países del África occidental. (La publicación también está disponible en [www.unfpa.org/publications](http://www.unfpa.org/publications).)

## Diagnósticos de necesidades

El proyecto de recopilación de datos comenzó en octubre de 2000, cuando el UNFPA y los gobiernos del **Camerún, Côte d'Ivoire, Mauritania, el Níger** y el **Senegal** realizaron en Dakar (Senegal) un taller sobre metodología con el propósito de promover el uso de los Indicadores de Procesos. Después del taller, se celebró una consulta preparatoria en cada país para clarificar las definiciones de complicaciones obstétricas y validar las estrategias de recopilación de datos. Personal paramédico especialmente capacitado recopiló datos de establecimientos locales, regionales y nacionales, bajo la supervisión de expertos procedentes de instituciones nacionales de investigación y funcionarios del UNFPA y del respectivo Ministerio de Salud.

Se evaluaron docenas de establecimientos de salud, seleccionados entre centros de salud públicos y privados, maternidades que debían proporcionar atención obstétrica de emergencia básica y hospitales de distrito que debían proporcionar atención obstétrica de emergencia integral.

Tras efectuar visitas a todos los establecimientos de **Mauritania, Níger** y el **Senegal**, se preparó un diagnóstico exhaustivo de la situación en esos tres países. En el **Camerún**, se efectuó un diagnóstico de todos los establecimientos en cinco de sus diez provincias. En **Côte d'Ivoire**, se efectuó un muestreo aleatorio de los establecimientos, dado que su número era demasiado

grande. En los cinco países, los resultados proporcionaron un panorama nacional sobre la disponibilidad, la utilización y la calidad de los servicios de AOEm.

Actualmente, este proyecto se está duplicando en **Gambia, el Gabón y Guinea-Bissau**; están en curso diagnósticos similares de necesidades en **Rwanda, Burundi, Zimbabwe y Argelia**. Este enfoque por etapas aprovecha más eficientemente la experiencia de los países que ya han participado en el proyecto, para perfeccionar y mejorar los diagnósticos ulteriores.

Los resultados de la recopilación de datos en el Camerún, Côte d'Ivoire, Mauritania, el Níger y el Senegal se consideraron en un taller realizado en Nuakchot (Mauritania). Para cada país se prepararon seis indicadores, de conformidad con la metodología que se describe en la guía UNICEF/OMS/UNFPA publicada en 1997, *Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos).

La Oficina del UNFPA en el Níger ya ha logrado recaudar fondos para la realización de intervenciones en cinco distritos y ha formulado detalladas propuestas de proyectos. En los demás países, se han llevado a término las propuestas para fortalecer las intervenciones de AOEm y dentro de poco comenzarán las tareas de programación.

## MOZAMBIQUE

### APOYO A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN LA PROVINCIA DE SOFALA

La provincia de Sofala tiene casi 1,5 millón de habitantes. En los últimos 10 años, la región fue asolada por la guerra civil y desastres naturales que han dañado gravemente la infraestructura de salud. En respuesta, se formuló un proyecto para mejorar el funcionamiento y aumentar la prestación y utilización de servicios de atención obstétrica de emergencia, tanto básicos como integrales, en la provincia de Sofala.

Durante el primer año del proyecto, se impartió capacitación sobre AOEm básica e integral en tres hospitales rurales y en el Hospital Central de Beira, la capital de la provincia. En este período recibieron capacitación en AOEm básica 37 enfermeras de salud materno-infantil, tres técnicos en cirugía y tres médicos, gracias a un curso práctico de un mes de duración. Además, también se impartió capacitación a un médico en cirugía para emergencias obstétricas, durante un período de formación práctica de tres meses. En los hospitales rurales, los técnicos en cirugía de nivel intermedio a menudo atienden las emergencias quirúrgicas y obstétricas y desempeñan un papel de importancia crucial en la provisión de AOEm integral.

La capacitación en el servicio se impartió en el Hospital Central de Beira. Esto permitió que el Hospital estableciera enlaces con las maternidades periféricas y las capacitara en el uso de los Indicadores de Procesos. Se preparó una lista de medicamentos esenciales y equipos y suministros médicos, sobre la base de los resultados de un diagnóstico de necesidades en materia de atención obstétrica de emergencia. Se adquirieron medicamentos y suministros, que se distribuyeron entre maternidades y hospitales rurales seleccionados.

Se preparó un formulario piloto para la recopilación de información sobre Indicadores de Procesos de AOEm, el cual se está ensayando en la actualidad. Así se facilitará la inclusión de estos datos en los sistemas nacionales de información sobre salud. Además, se estableció a escala provincial el Comité de Auditoría de la Mortalidad Materna, en que participa el personal de hospitales rurales, con el propósito de analizar los factores prevenibles que contribuyen a cada defunción materna y determinar las maneras de mejorar la atención de las emergencias obstétricas.

La experiencia del proyecto realizado en Sofala se está ampliando a otras provincias y en el futuro abarcará todo el país. Se ha preparado para uso nacional un manual de capacitación para la competencia en la atención de emergencias obstétricas, que será utilizado a escala nacional, y el Ministerio de Salud ha preparado una Estrategia Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y un Plan Operacional.

## Capacitación

Las oficinas del UNFPA en **Angola, Nigeria, Uganda, Etiopía, Santo Tomé y Príncipe y Rwanda** han abordado la reducción de la mortalidad materna financiando la capacitación de profesionales en primeros auxilios obstétricos. **Etiopía** también ofreció un curso de formación de instructores a fin de difundir más esos conocimientos prácticos. Actualmente, el **Níger** está capacitando a parteras para que atiendan eficazmente los casos de parto complicado, incluso el uso del partograma. A fin de estandarizar la capacitación y los

servicios AOEm, el **Níger** también está preparando un módulo de capacitación en AOEm en beneficio de enfermeras y médicos.

En **Kenya**, la capacitación de los agentes de salud se centró en el mantenimiento de registros y la recopilación de datos a los fines del monitoreo a nivel de la provisión de servicios en nueve distritos. Una vez que el protocolo de capacitación haya sido ratificado por el Ministerio de Salud, se impartirá capacitación a parteras y enfermeras.

En **Sierra Leona** se han realizado talleres de

## PROYECTO SELECCIONADO: ERITREA

En 2001, la Oficina del UNFPA en Eritrea emprendió un estudio básico de referencia sobre la situación de la salud reproductiva en el país, que abarcó un análisis de las fuentes existentes de datos y la recopilación de datos adicionales sobre determinados indicadores de AOEm. Sobre la base de los resultados de este diagnóstico rápido, se formuló, en colaboración con la USAID y el UNICEF, una política nacional de salud reproductiva y salud sexual que abarcó un nuevo programa para la seguridad de los suministros.

Las actividades prosiguieron con la capacitación especializada de enfermeras, parteras y médicos, en primeros auxilios obstétricos y AOEm integral.

El proyecto también se centró en la zona meridional del Mar Rojo, franja de territorio larga y estrecha, aislada del resto del país. En 2001-2002, se construyó y equipó un establecimiento que ofrece AOEm integral, el Centro de Maternidad Assab, a fin de ofrecer servicios de AOEm a las mujeres que residen en esa remota región. El UNFPA proporcionó ambulancias para contribuir al transporte en situaciones de emergencia, y también realizó actividades mensuales de difusión en la comunidad.

La Oficina del UNFPA en Eritrea hizo considerable hincapié en la maternidad sin riesgo, asignando a este tema un 70% de los fondos del subprograma de salud reproductiva. Este importe supera ampliamente la asignación media que efectúan las oficinas en los países, de modo que se aumenta mucho la visibilidad de esta cuestión. Esta inversión también atrajo el apoyo de otros donantes y actualmente el UNFPA está colaborando con el UNICEF, el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional y la USAID en actividades complementarias.

orientación sobre situaciones de emergencia y conocimientos prácticos para salvar vidas, en beneficio de parteras y médicos, y también se han ofrecido talleres de actualización sobre maternidad sin riesgo en beneficio de auxiliares, en seis distritos. Pese a esas actividades, aún hay escasez de personal. El Ministerio de Salud ha respondido ampliando las funciones de enfermeras y enfermeros. Se ofrecieron cursos especiales de capacitación para que las enfermeras y enfermeros —cuatro hombres y cinco mujeres— adquirieran los conocimientos prácticos necesarios para administrar anestesia. Se considera ahora que las enfermeras y enfermeros son parte del equipo básico que ha de establecerse en los hospitales de distrito, como medida programática para la reducción de la mortalidad materna.

En **Zimbabwe** se centró la capacitación de los agentes de salud en la atención posterior al aborto y se impartieron nuevos conocimientos prácticos a 14 médicos. **Mozambique** comenzó a ofrecer cursos anuales de

actualización al personal a fin de que esté preparado para atender emergencias obstétricas.

## Desarrollo de la infraestructura

El **Níger**, **Uganda**, **Rwanda** y **Angola** han adquirido ambulancias y establecido sistemas de comunicación por radio para mejorar el transporte. También han reparado las instalaciones existentes y mejorado el equipo, además de proporcionar suministros. El **Níger** ha centrado su sistema de remisión de pacientes en un establecimiento de mayor capacidad en Loga; 64 centros periféricos remiten allí sus pacientes. Además, el Níger se ha asociado con CARE y con el *Population Council* en Malí a fin de instalar un sistema de salud de base comunitaria. Rwanda ha ampliado la disponibilidad de servicios de AOEm en 14 hospitales y 116 centros de salud.

**Etiopía** efectuó una evaluación preliminar de sus políticas y estrategias para la maternidad sin riesgo y descubrió que desde 1996 no se habían recopilado datos sobre indicadores de AOEm; esos datos serán

actualizados. Además, Etiopía ha tratado de mejorar las instalaciones y aumentar su dotación de equipo y suministros; también ha construido un depósito donde pueden almacenarse en condiciones de seguridad productos anticonceptivos, equipo y otros suministros.

La Oficina del UNFPA en **Burundi** colaboró con la Universidad Nacional para mejorar los programas de capacitación médica y ayudar en la adquisición de equipo y suministros. En virtud del proyecto se construyeron seis hospitales rurales capaces de ofrecer AOEm en todo el país.

La Oficina del UNFPA en **Kenya** realizó diagnósticos de necesidades de los establecimientos en nueve distritos, a fin de determinar las medidas necesarias para mejorar el acceso a la AOEm. Sobre la base de sus conclusiones, la Oficina ayudó al Ministerio de Salud en la adquisición de suministros de AOEm (inclusive botiquines para aspiración manual endouterina, operaciones cesáreas, parto aséptico y resucitación de recién nacidos), que fueron adquiridos en el país y en el extranjero. Además, se distribuyeron botiquines con *Norplant*® y el Fondo adquirió aparatos de radio para los puestos de salud.

### Políticas/Promoción

El UNFPA colaboró con el UNICEF y la OMS en la organización del foro “Visión 2010”, realizado en mayo de 2001, que destacó la reducción de las tasas de mortalidad materna y neonatal en el África central y occidental. Los objetivos del foro fueron crear conciencia, reforzar el compromiso político y acrecentar los conocimientos técnicos de los funcionarios ejecutivos y los encargados de formular políticas. Asistieron al foro las Primeras Damas de **Ghana, Guinea, Burkina Faso, Nigeria, el Senegal, Benin** y el **Gabón**, así como participantes de otros 14 países del África occidental y central. También asistió el Director Ejecutivo Adjunto del UNFPA, quien pronunció un discurso ante el plenario en la sesión inaugural.

La reunión culminó con la preparación de la Declaración de Bamako, en la que se expresa el compromiso de los participantes clave en pro de acelerar antes

del año 2010 las actividades encaminadas a reducir la mortalidad de madres y recién nacidos. En el documento se indica que la mortalidad materna atañe a los derechos humanos y se destaca la importancia de introducir reformas en las políticas y los sistemas de salud, así como de asumir firmes compromisos políticos. Posteriormente, el Gobierno de Malí presentó la Declaración ante la Conferencia Panafricana celebrada en El Cairo.

En **Kenya**, el UNFPA colaboró con el Ministerio de Salud en la formulación de directrices y protocolos de AOEm, los cuales incluyen disposiciones específicas que posibilitan que cuando no está presente un médico, agentes de salud no médicos administren anestesia y practiquen operaciones cesáreas. Esta medida contribuyó a abordar los problemas de escasez de personal que dificultan la provisión de AOEm. El proyecto se formuló sobre la base de los resultados de un diagnóstico de necesidades básicas realizado en 2000 con la asistencia del UNFPA. **Zimbabwe** también realizó un diagnóstico de la calidad de los servicios de AOEm existentes.

**Liberia** elaboró una política nacional sobre maternidad sin riesgo utilizando los resultados de un diagnóstico de necesidades realizado en 2000. Actualmente, los datos se recopilan mensualmente y se ha iniciado un monitoreo de rutina a nivel de los servicios. El **Niger** también ha logrado integrar la reducción de la mortalidad materna en el plan nacional de salud. En 2001, el país realizó una evaluación de su estrategia relativa a las intervenciones de AOEm.

En **Sierra Leone**, ha comenzado el monitoreo de rutina utilizando las auditorías sobre mortalidad materna. La División de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud y los equipos de gestión de salud en hospitales de distrito llevan a cabo tareas de supervisión para determinar la calidad de la atención en hospitales y establecimientos de atención primaria de la salud ubicados en distritos incluidos o no en proyectos. El país también ha iniciado un programa para reducir la prevalencia de la fístula obstétrica, ofreciendo cirugía reparadora en uno de sus hospitales.

**Nigeria** dedicó gran cantidad de energía y recursos a la AOEm. Se distribuyó equipo para la AOEm básica

entre 504 establecimientos de atención primaria de la salud y fueron reorganizados 50 de ellos en 12 estados. Se distribuyeron botiquines preembalados para practicar operaciones cesáreas. Nigeria también formuló una política de reembolsos postoperatorios, para ayudar a las mujeres que se sometían a operaciones quirúrgicas. El Ministerio de Salud contrató cantidades adicionales de anestesistas y dispuso que se pagaran horas extraordinarias a médicos y enfermeras, aumentando así la cobertura de AOEm durante 24 horas diarias. En el mismo caso, se crearon alojamientos *in situ* para agentes médicos, de modo de aumentar la disponibilidad de AOEm.

**Mozambique** mejoró el sistema de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad por parte de centros rurales, distribuyendo aparatos de radio y creando un claro protocolo sobre el uso de servicios de ambulancia.

## Mobilización comunitaria

**Botswana** ha centrado la mayor parte de su programación sobre tasas de mortalidad materna en la prevención del VIH, haciendo especial hincapié en la movilización comunitaria.

**Sierra Leone** ha capacitado a voluntarios de “Bandera Azul” y a promotores de salud para proporcionar servicios de maternidad sin riesgo y educación sobre anticonceptivos en seis campamentos para personas internamente desplazadas y otras comunidades en crisis.

En **Sao Tome y Principe**, el UNFPA se está esforzando por mejorar la cobertura de AOEm, de modo que cada distrito tenga al menos un centro que dispense esos servicios. Actualmente, en todo el país sólo hay un hospital que ofrece AOEm integral.

# división de américa latina y el caribe

La programación del UNFPA en América Latina y el Caribe estuvo excepcionalmente bien coordinada en el plano regional. Se celebraron varias conferencias internacionales para la formulación de una estrategia regional y cada uno de los países trató de promover la reducción de la mortalidad mediante diversos programas.

## **PROYECTO SELECCIONADO: NICARAGUA—AMDD/UNFPA**

*En Nicaragua, se evaluaron las necesidades de 138 establecimientos públicos y privados existentes de atención de la salud que ofrecen AOEm. Se utilizaron métodos tanto cualitativos como cuantitativos para contribuir a determinar cuáles son las mayores necesidades con respecto al tratamiento de las complicaciones obstétricas.*

Un equipo de médicos y enfermeras, en colaboración con personal sanitario de distrito, investigó 13 hospitales, 83 centros de salud, 20 clínicas privadas y 12 clínicas dirigidas por ONG. Se entrevistó a los directores y al personal de las dependencias de salud que ofrecían AOEm, se evaluaron datos a escala de hospital y de distrito y se observaron directamente los establecimientos médicos. Se elaboraron instrumentos especiales de evaluación y diagnóstico, inclusive los que examinan el “itinerario en la atención” de una paciente en situación de emergencia obstétrica y las circunstancias en que ocurrió su muerte (entre ellas, frecuencia del monitoreo médico, falta de medicamentos recetados y de pruebas de laboratorio prescritas y tiempo transcurrido entre una orden del médico y la administración del medicamento).

En el estudio se determinaron cuáles son las regiones con más altas tasas de defunción materna: Jinotega y Managua. En todo el país, casi la mitad de todas las defunciones (43,8%) ocurrieron durante fines de semana, lo cual indica la necesidad de examinar la distribución y la disponibilidad del personal médico. De esas defunciones de madres, la mayoría ocurrieron a consecuencia de hemorragias, lo que probablemente se relaciona con el hecho de que muchos agentes de salud no están capacitados para la extracción manual de la placenta. También se comprobó que las inadecuadas instalaciones de laboratorio limitaban la capacidad para fiscalizar suministros de sangre de donantes y practicar transfusiones sanguíneas.

En muchos casos, la calidad de la atención y los servicios disponibles en los establecimientos no satisfacían los estándares nacionales en vigor. Debido a la insuficiencia en el suministro de medicamentos, particularmente antibióticos y antihipertensivos, se dificultó el tratamiento de las complicaciones obstétricas. Menos de la mitad del personal disponible para el tratamiento de las emergencias había recibido capacitación específicamente para la AOEm. Debido a las deficientes comunicaciones por teléfono y radio y al limitado número de ambulancias, se obstaculizó la remisión y el traslado de pacientes que padecían emergencias obstétricas a establecimientos de mayor capacidad.

Pese a lo señalado, se comprobó que, por lo general, la comunidad y los agentes comunitarios de salud tenían una buena opinión acerca de los servicios; poseían, en su mayoría, considerables conocimientos acerca de los riesgos y signos de peligro del embarazo y el parto, aun cuando en muchos casos no acudían en busca de atención médica debido a la falta de transporte, las grandes distancias, la falta de dinero, la oposición de los esposos o compañeros y la necesidad de atender a otros hijos.

Toda esta valiosa información se utilizó para formular de un proyecto con claros beneficiarios y cabal fundamentación. En la primera etapa, el proyecto fortalecerá los hospitales y centros de salud en regiones donde son altas las tasas de mortalidad materna. Seguidamente, se brindará apoyo a centros de salud de menor magnitud, que se ampliarán para ofrecer AOEm básica.

## Capacitación

En el **Perú**, la capacitación en AOEm formó parte de un proyecto más amplio sobre calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, realizado por el Ministerio de Salud. En el **Ecuador**, se ofreció capacitación en AOEm a los encargados de prestar servicios, dentro de programas más amplios de atención obstétrica esencial, con el expreso propósito de mejorar la disponibilidad de la atención durante 24 horas diarias. La capacitación se impartió en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS. En **El Salvador**, **Bolivia** y el **Brasil** también se incluyó en los programas la formación de los encargados de prestar servicios, principalmente médicos y parteras.

## Desarrollo de la infraestructura

En el **Brazil**, **Bolivia**, **Colombia**, el **Ecuador**, **Paraguay** y el **Perú**, el UNFPA colaboró con *Family Care International* (FCI) para señalar las cuestiones de AOEm y maternidad sin riesgo a la atención de planificadores de programas, funcionarios ejecutivos y medios de difusión. El proyecto, titulado “Maternidad sin riesgo a los diez años: Asegurar el acceso a la información y los recursos en América Latina”, comenzó mejorando el acceso a materiales documentales impresos y asistencia técnica, para comprender y aplicar a nivel nacional y local el mensaje sobre maternidad sin riesgo. Estos materiales, un conjunto de documentación básica sobre este tema, abarcan un folleto sobre maternidad sin riesgo en todo el mundo, una tarjeta con indicaciones de políticas, volantes con información técnica y general, y una serie de documentos de presentación. En cada uno de los países donde se ejecutó el proyecto, se adaptó el conjunto de documentos de presentación de modo de incluir estadísticas nacionales, políticas y programas sobre maternidad sin riesgo y recomendaciones para la acción a nivel nacional y de distrito.

Los materiales constitutivos del conjunto básico son útiles para diversos públicos y pueden estimular el interés de los copartícipes locales en crear recursos locales específicos para la programación y la formulación de políticas nacionales.

El proyecto impulsó al Equipo nacional de tareas

para la reducción de la mortalidad materna a colaborar a fin de colocar en condiciones operacionales el plan sobre reducción de la mortalidad materna. Al respecto, fue esencial el aporte de los aliados nacionales del Grupo interinstitucional sobre maternidad sin riesgo. La comunicación continua estimuló el intercambio de información sobre estrategias nacionales de promoción entre distintos países, en especial cuando el respectivo Ministerio de Salud participó de manera prominente.

**Haití** utilizó fondos de recursos ordinarios del país para la promoción del acceso a la AOEm. Actualmente, hay en el país 15 establecimientos que ofrecen AOEm.

## Política/Promoción

El UNFPA inició la formación del Equipo interinstitucional de tareas para la reducción de la mortalidad materna en América Latina, aunando esfuerzos con la Organización Panamericana de la Salud, el UNICEF, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la USAID. La coalición trata de profundizar los conocimientos de los encargados de formular políticas y funcionarios ejecutivos acerca de las estrategias eficaces para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas.

El Equipo interinstitucional de tareas funciona en tres niveles: regional (con base en Washington), subregional (América Latina y el Caribe) y local (a nivel nacional). Se determinó que la AOEm era una de las cinco esferas temáticas de concentración para el Equipo. Las demás esferas temáticas son: cuestiones de política/legislativas, finanzas, equidad de género y atención del parto por personal capacitado.

En 2000-2001 se celebraron reuniones subregionales en **Nicaragua** y **Bolivia** a fin de proporcionar información a los encargados de formular políticas y funcionarios ejecutivos y coordinar las acciones en toda la región. Como resultado de los talleres se presentó una declaración interinstitucional sobre estrategias titulada *Estrategia Regional de América Latina y el Caribe para la Reducción de la Mortalidad Materna en el Próximo Decenio 2002-2010*. El informe servirá como instrumento a la vez técnico y de promoción, tomando en cuenta los enfoques comunes de la reducción de la mortalidad materna. Varios países con altos índices de mortalidad

## PROYECTO SELECCIONADO: PANAMÁ

### FORTALECIMIENTO DE LA PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA Y MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LAS POBLACIONES NGOBE

Pese a que Panamá tiene una de las más bajas tasas de mortalidad materna de Centroamérica, hay enclaves donde es extremadamente limitado el acceso a la AOEm. Este proyecto piloto de salud reproductiva opera en 35 comunidades de la región indígena Comarca Ngobe Buglé, con el propósito de fortalecer el sistema de atención primaria de la salud y aumentar el acceso a la AOEm. El sistema tiene muy pocos recursos humanos y financieros y carece de establecimientos de salud adecuados. En la región sanitaria de la Comarca Ngobe no hay hospitales, de modo que el acceso a la AOEm es extremadamente difícil. El hospital más cercano está en otra región sanitaria, alejado de la mayoría de las comunidades ngobe. El UNFPA ha ayudado a este hospital a proporcionar AOEm a las mujeres ngobe. Lo ideal sería que se construyera en la región de la Comarca un hospital equipado para brindar AOEm.

Se reforzaron los puestos de salud existentes en la zona mediante la distribución de equipo médico y administrativo básico. El centro de salud más importante y que cuenta con mejor equipo y personal, Hato Chamí, fue seleccionado para su ampliación, de modo de convertirlo en una maternidad que reciba la remisión de pacientes de otros centros. Actualmente, el UNFPA está colaborando con la organización española Medicus Mundi y con el Ministerio de Salud para plasmar esa realidad en la región ngobe.

Durante 2001, el proyecto colaboró con el Director sanitario de la región y con ASMUNG, Asociación de Mujeres Ngobe, para impartir capacitación en salud reproductiva al limitado personal existente en la región (asistentes sanitarios, promotores y algunas enfermeras). En colaboración con el Equipo de Servicios Técnicos a los Países, del UNFPA, el proyecto realizó importantes actividades de capacitación del personal de salud sobre la AOEm, que abarcaron normas y estándares obstétricos aplicados a la región y la introducción de los principios de la maternidad sin riesgo, la detección sin tardanza de emergencias, y la respuesta adecuada y remisión correcta de pacientes a otros establecimientos.

Se seleccionaron 32 parteras comunitarias, que finalizaron los cursos de capacitación en 2002. Las parteras trabajarán en la Comarca estableciendo firmes vínculos con los servicios de supervisión del sistema de salud y remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad.

Aún se carece de medios de transporte hacia y desde el hospital y de un sistema de comunicaciones por radio, aun cuando el Ministerio de Salud ha prometido instalar dicho sistema en la región de la Comarca.

Además de capacitar al personal de salud, se ha impartido capacitación en salud reproductiva y salud sexual a 49 “multiplicadores” de la comunidad (17 hombres y 32 mujeres). Su principal función es proporcionar a las familias de las 32 comunidades educación no académica acerca de la salud reproductiva, la equidad de género y la prevención de la violencia en la familia. Los multiplicadores fueron escogidos sobre la base de sus condiciones de liderazgo y del respeto de que son objeto dentro de sus comunidades.

materna aprobaron el informe, aun cuando fue necesario entablar prolongadas negociaciones a fin de llegar a un consenso para toda la región de América Latina y el Caribe.

Se realizó un proyecto de promoción de 12 meses de duración en **México, Bolivia, Colombia, el Ecuador y Haití**, en colaboración con el proyecto *Safe Motherhood at Ten, de Family Care International*. En Colombia, una ONG local, PROFAMILIA, aprovechó

un taller titulado “Mejora de la calidad de la atención” para detectar puntos débiles en la prestación de los servicios y los sistemas de seguimiento de clientes y generar estrategias para la acción. En el **Ecuador**, los talleres realizados contribuyeron a iniciar un proyecto de revisión de currículos en la Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador.

En la **República Dominicana** y en el **Perú**, el UNFPA promovió la inclusión de la AOEm en las

políticas y estrategias nacionales sobre maternidad sin riesgo, inclusive el monitoreo de actividades a nivel de los servicios y el mayor acceso a una cobertura de 24 horas con servicios de AOEm. Esto se logró mediante la reorganización de los establecimientos, la mejora del aprovisionamiento de equipo y suministros y la capacitación del personal.

**Nicaragua**, como parte de un proyecto conjunto UNFPA/AMDD, ha logrado grandes adelantos en cuestiones de promoción. El país finalizó diagnósticos de necesidades en 128 establecimientos de salud a fin de determinar el estado de los servicios disponibles de AOEm. Seguidamente, se realizó un diagnóstico cualitativo a fin de determinar las barreras que obstan a la atención. Se formuló un plan de acción y documento de proyecto, que está a la espera de su ratificación por

el Ministerio de Salud. Las comprobaciones de esos diagnósticos de necesidades, así como los realizados en otros países de América Latina y el Caribe, serán publicados en la revista *International Journal of Obstetrics and Gynecology*.

### Mobilización comunitaria

En el Ecuador se aplicó un enfoque basado en los derechos humanos que destacó las actividades comunitarias, las cuales contribuyeron a crear conciencia en las mujeres ecuatorianas acerca de su derecho a disponer de atención sanitaria de calidad, y en particular, atención obstétrica.

# división de asia y el pacífico

Las actividades para la reducción de la mortalidad materna en Asia abarcan una amplia gama de intervenciones que reflejan la diversidad en la región. Los proyectos abarcan desde promover la atención básica de la maternidad hasta programas avanzados de monitoreo y evaluación y de mejora del suministro de sangre.

## Capacitación

El **Pakistán** y el **Afganistán** efectuaron considerables inversiones en la capacitación de parteras para mejorar el acceso a la atención del parto por personal capacitado. El UNFPA colaboró con el Ministerio de Salud de cada uno de esos países en cuestiones de maternidad sin riesgo y AOEm.

**Indonesia** integró la capacitación de enfermeras, parteras y médicos en los cursos de atención esencial de la salud reproductiva, en beneficio del personal de salud. Este proyecto se realizó sobre la base de los resultados de un diagnóstico de necesidades. La **República Democrática Popular Lao** también integró un componente de AOEm en el programa de capacitación sobre servicios esenciales de salud reproductiva en beneficio de los encargados de dichos servicios.

Como seguimiento de las directrices nacionales para el tratamiento de emergencias obstétricas, en **China** el UNFPA patrocinó la capacitación de obstetras, enfermeras y otros encargados de prestar servicios a nivel nacional y de condado y poblado. En **Tailandia**, los directores de programas prepararon el “Manual provincial sobre estándares de atención” para uso de los encargados de prestar servicios; el manual fue presentado en un taller de capacitación.

En Phnom Penh (**Camboya**), el UNFPA patrocinó un curso de cuatro meses de duración para capacitar a parteras de tres provincias diferentes. En **Nepal**, enfermeras parteras auxiliares asistieron a cursos básicos y de actualización sobre emergencias obstétricas y recibieron botiquines para parto sin riesgos, que facilitarían su labor. En Tailandia, se entregó a los agentes de salud monitores fetales, botiquines para el cordón

umbilical y botiquines para el desarrollo infantil.

En la **India**, estado de Rajasthán, se impartió capacitación en AOEm básica en beneficio de funcionarios médicos y enfermeras de establecimientos, en siete distritos apoyados por el UNFPA y tres apoyados por el UNICEF. Se impartió capacitación, en total, a 31 equipos de oficiales médicos y enfermeras de establecimientos. Posteriormente, se realizó un taller de evaluación con el propósito de aumentar la eficacia de futuros talleres. Se impartió capacitación a funcionarios ejecutivos para mejorar la calidad de la recopilación de datos, inclusive un taller piloto para instalar y utilizar un sistema mejorado de gestión de la información. También se realizó un diagnóstico de necesidades para la formulación de una estrategia y la preparación de un módulo de capacitación en AOEm básica, en beneficio de oficiales médicos y enfermeras de establecimientos.

## Desarrollo de la infraestructura

La participación del UNFPA en la creación de infraestructura para la provisión de AOEm varía según los países. En el **Pacífico meridional**, el apoyo se centra primordialmente en la provisión de equipo y suministros. La Oficina del UNFPA en **Camboya** también ha proporcionado equipo a maternidades, además de dos ambulancias y 20 transmisores de radio para mejorar sus sistemas de remisión de pacientes. La Oficina del UNFPA en **Indonesia** ha efectuado inversiones por valor de 703.500 dólares a fin de facilitar el suministro de sangre no contaminada con destino a emergencias obstétricas.

Un importante componente en los programas para desarrollar la infraestructura de AOEm en el país fue la recopilación de datos. **Indonesia** recopiló valiosos

datos básicos de referencia a fin de posibilitar un cuidadoso monitoreo del progreso y determinar los aspectos más necesitados de intervenciones. Se copiaron datos sobre los indicadores de servicios de AOEm, incorporando preguntas sobre la AOEm en la encuesta básica de referencia para servicios esenciales de salud reproductiva.

El estado de Rajasthán, en la **India** realizó diagnósticos de necesidades como parte de su colaboración con el programa AMDD. Se prepararon mapas para determinar la ubicación de las instituciones que

ofrecían servicios de AOEm básica e integral y se llevó a término un estudio de esas instituciones. Sobre la base de los resultados, se preparó un plan de mejora de la infraestructura y se efectuaron renovaciones y reparaciones en 63 establecimientos de salud, a fin de promover las mejores condiciones para clientes y personal y mantener la asepsia.

### Políticas/Promoción

En **Nepal**, se brindó apoyo al Comité de Coordinación sobre Salud Reproductiva para que vele por la

#### **PROYECTO SELECCIONADO: PLASMAR EN LA REALIDAD LA MATERNIDAD SIN RIESGO COLABORACIÓN CON EL PROGRAMA AMDD (EVITAR LA MUERTE Y DISCAPACIDAD MATERNAS) EN LA INDIA: ESTADO DE RAJASTHÁN**

En Rajasthán, el UNFPA colaboró con el Proyecto Integrado de Población y Desarrollo, a fin de mejorar el acceso a la AOEm y la calidad de estos servicios en siete distritos. Se iniciaron las actividades con el diagnóstico de las necesidades y la confección de mapas de los servicios existentes.

Se seleccionaron para introducir mejoras 79 establecimientos de salud. Un equipo móvil de carpinteros, fontaneros, electricistas y pintores reparó y renovó eficientemente los establecimientos.

Se impartió capacitación sobre AOEm básica enviando durante dos semanas a los hospitales de distrito 31 equipos, cada uno integrado por un oficial médico y una enfermera miembro del personal de un establecimiento. El personal que recibió capacitación colaboró en la atención de casos de complicaciones obstétricas y también les prestó asistencia. Los estudiantes manifestaron que la capacitación los había dotado de confianza para atender casos de AOEm básica en sus instituciones y había mejorado la moral del personal, con lo cual había mejorado la calidad de la atención en los casos de emergencia.

Las iniciativas para ampliar los medios de acción de las personas se centraron en la promoción y la educación comunitaria, que incluyó a miembros electos de gobiernos locales. Se ofrecieron talleres para informar a todos los funcionarios gubernamentales, tanto políticos como oficiales superiores, médicos y de salud, acerca de los servicios disponibles y las complicaciones relacionadas con el embarazo que requieren atención médica inmediata.

En cada distrito se creó un grupo integrado por 30 a 45 personas, miembros prominentes de la comunidad. Los líderes comunitarios decidieron mantener una lista de las embarazadas y conversar con sus esposos y familiares acerca de los signos de peligro. Dichos líderes también asumirán un papel activo en cuanto a organizar el transporte y notificar a los establecimientos de salud más cercanos de la remisión de pacientes. Los jefes de aldea recibieron tarjetas de bolsillo con información acerca de los signos de peligro durante el embarazo y después del parto, así como información acerca del establecimiento más cercano a su localidad al cual recurrir para obtener AOEm. Después de recibir capacitación, un líder de barrio rindió homenaje públicamente a las personas que habían ofrecido transporte oportuno a las mujeres en situación de emergencia u ofrecido voluntariamente una donación de sangre.

coherencia a nivel normativo y operacional.

**Camboya** integró la AOEm en las directrices y el protocolo nacionales sobre maternidad sin riesgo. Se entregó información de referencia en una publicación de bolsillo para médicos y centros de salud.

En el **Pacífico meridional**, las oficinas del UNFPA en los países y el Equipo de Servicios Técnicos a los Países están promoviendo que las parteras tengan un papel más prominente, de modo de posibilitar que las que han recibido capacitación y poseen conocimientos prácticos se encarguen de los procedimientos necesarios para salvar vidas en un establecimiento de AOEm básica. El Equipo de Servicios Técnicos a los Países ha participado directamente en la integración de un componente de adquisición de conocimientos prácticos para salvar vidas en los currículos existentes de escuelas de parteras.

En **China**, el UNFPA ha colaborado con el Ministerio de Salud, a fin de establecer guías para su utilización por obstetras y otros encargados de prestar servicios que deben atender emergencias obstétricas.

En 2001, el Gobierno de **Myanmar** formuló la Política Nacional de Salud Reproductiva y demostró así su firme compromiso en pro de reducir la mortalidad materna. La política exhorta a aumentar la atención de partos por personal capacitado, minimizar los abortos realizados en malas condiciones e integrar la salud reproductiva en el conjunto existente de servicios de atención a la maternidad, inclusive directrices técnicas para la aplicación de políticas de salud reproductiva.

El UNFPA también brindó apoyo a actividades de monitoreo y evaluación de rutina en **Nepal** e **Indonesia**.

### Mobilización comunitaria

**Indonesia** tiene varios proyectos innovadores de movilización comunitaria. Uno se centra en mitigar las dificultades con que tropiezan las mujeres

que padecen complicaciones del embarazo para obtener transporte. El UNFPA está ofreciendo pequeños subsidios que apoyen la respuesta comunitaria a las emergencias maternas en zonas remotas. Otros programas son el “Movimiento propicio a las madres” y “Suami Siaga”.

También en el **Pacífico meridional** sigue siendo un problema el transporte. En muchos casos, se utilizan embarcaciones proporcionadas por el UNFPA para transportar a las mujeres en situación de emergencia obstétrica hacia establecimientos de mayor capacidad. Dado que este servicio es limitado, el Fondo también está tratando de educar a la comunidad con respecto a otros servicios de que se dispone y alienta los planes de transporte patrocinados por la comunidad.

En seis provincias de **Camboya** hay un sistema inigualado de comités de retroinformación a centros de salud. Estos comités están integrados por representantes de aldea que se reúnen mensualmente para proporcionar retroinformación a los centros de salud locales. El UNFPA aprovechó esas reuniones para proporcionar a las comunidades educación sobre la maternidad sin riesgo y también para presentar información al respecto a más de 26.000 mujeres en 852 aldeas. En virtud del proyecto, también se impartió capacitación a instructores, de modo de formar educadores comunitarios sobre la maternidad sin riesgo. Esa capacitación se impartió a 240 personas en seis provincias.

# división de los estados árabes y europa

La División de los Estados Árabes y Europa participó en muchos proyectos relativos a la salud reproductiva de la comunidad en general. El Proyecto Panárabe de Salud de la Familia proporcionó a los Ministerios de Salud, a las organizaciones de bienestar social y salud materno-infantil y a los centros de investigación y políticas de la región información fidedigna que contribuyó a la formulación, aplicación, monitoreo y evaluación de políticas y programas de salud reproductiva con buena eficacia en función de los costos. Estas actividades abarcaron la creación de bancos de datos nacionales y regionales sobre salud reproductiva, así como la realización de seminarios y talleres con el propósito de aumentar la capacidad de planificar, coordinar y conducir encuestas integradas e integrales sobre salud reproductiva. Además, se prepararon manuales de orientación y materiales didácticos para la capacitación de encargados de formular políticas y directores de programas.

Los recientes cambios en los gobiernos del Asia central han redundado en un inquietante deterioro de la salud reproductiva en los países de la ex Unión Soviética. Ha disminuido el acceso a una buena nutrición y a la atención prenatal de buena calidad, con el correlativo aumento en las complicaciones del parto, la mortinatalidad y la cantidad de niños con bajo peso al nacer. El UNFPA está operando por conducto de sus oficinas en esos países para abordar dichas cuestiones.

## Capacitación

La Oficina del UNFPA en **Turquía** está preparada para mejorar la capacitación en AOEm, como parte del currículo básico de salud en las facultades de medicina y las escuelas de parteras, a partir de 2002. Túnez y **Moldova** ya están considerando la AOEm, dentro del marco de una capacitación más amplia en salud sexual y salud reproductiva, en beneficio de médicos de familia, enfermeras, asistentes médicos, obstetras/ginecólogos, maestros y psicólogos. La **Federación de Rusia** ofreció cursos de capacitación en salud reproductiva para médicos en el Cáucaso septentrional, inclusive sesiones sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones de transmisión sexual. **Siria** se centró en las actividades de capacitación sobre tecnología de avanzada en la atención obstétrica, en beneficios de obstetras y ginecólogos, y en la capacitación de parteras y visitantes de salud sobre servicios de salud

reproductiva. Rumania proporcionó capacitación en salud reproductiva y salud sexual, en beneficio de encargados de prestar servicios, aun cuando no se trató exhaustivamente de la AOEm.

## Desarrollo de la infraestructura

En **Armenia**, la Oficina del UNFPA proporcionó el equipo médico necesario para la AOEm, así como un automóvil para ayudar a transportar pacientes a hospitales centrales o de distrito. El UNFPA capacitó y apoyó a un equipo de emergencia para la operación del vehículo. La **Federación de Rusia** adoptó medidas a fin de adquirir los medicamentos necesarios para la AOEm y facilitar la entrega de esos medicamentos en zonas de emergencia.

## Políticas/Promoción

El Proyecto Panárabe de Salud de la Familia operó en varios países árabes para alentar el desarrollo social y educacional de las mujeres árabes y colaboró con líderes islámicos a fin de promover la planificación de la familia y la salud materna de maneras culturalmente apropiadas. Estas actividades incluyeron con frecuencia proyectos para promover la educación de las niñas y aumentar la edad en que contraen matrimonio.

## Movilización comunitaria

La Oficina en **Armenia** comenzó a poner en práctica

un componente de movilización comunitaria centrado en la preparación del parto, la provisión de transporte y el estímulo a la comunidad para que exija el acceso a la AOEm.

En **Marruecos, Túnez, el Sudán, la Ribera Occidental y Gaza, Jordania, Bahrein** y los **Emiratos Árabes Unidos** se realizó un proyecto de educación comunitaria en beneficio de los jóvenes miembros de las asociaciones de niñas exploradoras y niños exploradores (Girl Guides y Boy Scouts) en cuestiones de salud reproductiva, e incluso la planificación de la familia y la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

### Monitoreo y evaluación

El monitoreo y la evaluación fueron componentes clave del programa. Se capacitó a personal de salud de maternidades, entre ellos funcionarios directivos y clínicos, para que utilizaran los Indicadores de Procesos de AOEm y una metodología de auditoría

basada en criterios de evaluación de las defunciones maternas y las complicaciones obstétricas.

Los talleres de capacitación trataron de la realización eficiente y fidedigna de una auditoría y las maneras de detectar las complicaciones de la maternidad. Se prepararon protocolos de investigación operacional para la evaluación de los servicios de AOEm, inclusive instrumentos específicos de monitoreo de la administración de medicamentos oxitócicos, la atención de los desgarramientos del útero y otras complicaciones. El protocolo de investigación abarcó la recopilación de información sobre las actitudes de los encargados de prestar servicios y las opiniones de las clientas sobre las emergencias en el parto. Después de las reuniones se preparó un manual para las auditorías de defunciones maternas y de los casos en que se ha evitado una muerte por escaso margen. El manual se utilizará en todas las regiones del proyecto y se efectuarán visitas de apoyo sobre el terreno a las regiones que tropiezan con dificultades

#### PROYECTO SELECCIONADO:

#### PLASMAR LA MATERNIDAD SIN RIESGO EN LA REALIDAD: MARRUECOS

El proyecto "Plasmar la Maternidad sin Riesgo en la Realidad" en Marruecos es parte de la colaboración entre el UNFPA y el programa AMDD (Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas), de la Universidad de Columbia. El proyecto abarca 13 provincias, con una población de 5,5 millones de habitantes, es decir, un 20% del total de la población de Marruecos. Los objetivos principales del proyecto son:

- Aumentar la disponibilidad de AOEm integral en 10 hospitales de maternidad
- Aumentar la disponibilidad de AOEm básica en 102 hogares de maternidad
- Instituir servicios de AOEm integral en cinco hospitales rurales

La programación comenzó aumentando el número de profesionales capaces de ofrecer servicios de AOEm. Para ello fue necesario actualizar y revisar los manuales de capacitación, llegar a un consenso acerca del tratamiento de las emergencias obstétricas y capacitar a 150 personas, entre ellos especialistas en obstetricia y ginecología, médicos generales y parteras. Algunos fueron capacitados para efectuar reconocimientos con ultrasonido. Además, se capacitó a 18 técnicos para que recogieran sangre de donantes y la emplearan en transfusiones.

Como resultado de esas medidas, actualmente hay seis nuevos establecimientos en funcionamiento que ofrecen AOEm integral. En tres casos, la propia comunidad aportó fondos y mobiliario para mejorar las instalaciones. Los fondos restantes fueron aportados en virtud de proyectos de reforma del sector de salud, financiados por el Banco Mundial.

o no llevan a término el análisis de los datos. Los talleres demostraron ser foros excelentes para el intercambio de ideas e información entre las regiones.

Además de educar al personal acerca de la importancia y el uso de los Indicadores de Procesos, la tarea de monitoreo se ha facilitado por la instalación de computadoras con programas electrónicos (software) de monitoreo e impresoras en 16 hospitales de maternidad. Lo ideal sería que esto condujera a la creación de sistemas nacionales de gestión de la información sobre defunciones maternas y neonatales y una centralización del análisis de datos.

# dependencia de respuesta humanitaria

Angola, Burundi, Eritrea, Guinea, Indonesia, el Perú, la República Democrática del Congo, la República Popular Democrática de Corea, Sierra Leona, Somalia, el Sudán, Tayikistán y los Territorios Palestinos Ocupados utilizaron fondos aportados por la Dependencia de Respuesta Humanitaria con destino a proyectos de reducción de la mortalidad materna.

## Diagnósticos de las necesidades

En **Burundi**, el UNFPA realizó un diagnóstico de las necesidades de salud reproductiva en tres provincias. En **Somalia**, se utilizaron fondos de proyectos para recopilar y analizar datos sobre género y salud reproductiva. La Oficina del UNFPA en el **Perú**, después del terremoto que afectó a ese país, apoyó un diagnóstico de necesidades de salud reproductiva centrado en la atención obstétrica y las necesidades sanitarias inmediatas de las embarazadas. En **Guinea** se realizó una encuesta integral sobre las necesidades de la población desplazada en materia de salud reproductiva y los resultados se difundieron ampliamente a fin de sensibilizar a las autoridades nacionales y los organismos de desarrollo con respecto a la difícil situación de las personas desplazadas.

## Capacitación

El UNFPA apoyó la capacitación de agentes de salud sobre salud reproductiva y conocimientos prácticos esenciales de obstetricia en **Angola**. En **Somalia**, el UNFPA apoyó un curso de capacitación en la recopilación, la compilación y el análisis de datos sobre salud reproductiva y cuestiones de género. En **Tayikistán**, se capacitó a personal médico en diversos establecimientos de atención primaria de la salud sobre cuestiones de salud reproductiva y anticonceptivos. En **Eritrea**, se ha formulado un programa para capacitar a 50 funcionarios médicos —inclusive oficiales médicos y técnicos— en temas de salud reproductiva; se ha creado un programa separado para trabajadores de difusión comunitaria. En **Indonesia**, se capacitó a asesores psicosociales comunitarios a fin de que atendieran a las mujeres de poblaciones interna-

mente desplazadas. En **Angola**, en cooperación con el Ministerio de Salud, se preparó un manual y un programa de capacitación sobre prácticas de maternidad sin riesgo, planificación de la familia, asesoramiento psicosocial sobre infecciones de transmisión sexual y SIDA, educación sobre salud, y salud reproductiva y sexual de los adolescentes.

## Desarrollo de la infraestructura

En los **Territorios Palestinos Ocupados**, se destinaron fondos de la Dependencia de Respuesta Humanitaria a la elaboración de un sistema de logística para el Ministerio de Salud. Están en curso planes para realizar actividades similares en Sierra Leona. En el Sudán, se ha contratado a un oficial de proyectos a fin de que elabore modalidades para la puesta en práctica de los proyectos, contrate personal y establezca enlaces con los copartícipes, además de ejecutar las actividades planificadas. Con el apoyo del UNFPA, se ha elaborado un sistema de remisión de pacientes a servicios de salud reproductiva, puesto en práctica por una ONG local que se ocupa especialmente de los jóvenes.

## Políticas/Promoción

De los países que reciben apoyo de la Dependencia de Respuesta Humanitaria, la mayoría ha realizado tareas de promoción de la AOEm y las cuestiones de salud reproductiva, pero la actividad más integral fue realizada en **Angola**. En este país se llevaron a la práctica diversas iniciativas para promover comportamientos responsables y positivos en cuestiones de salud reproductiva y mejorar el acceso a los servicios de salud. Se capacitó a más de 40 periodistas para que contribuyeran a difundir el

## EL CONJUNTO MÍNIMO DE SERVICIOS INICIALES OBJETIVOS

INDIVIDUALIZAR a las organizaciones y a las personas que facilitan la coordinación y puesta en práctica del Conjunto Mínimo de Servicios Iniciales;

PREVENIR las consecuencias de la violencia sexual y atender esos casos;

REDUCIR la transmisión del VIH, asegurando la vigencia de las precauciones universales contra el VIH/SIDA y garantizando la disponibilidad de condones gratuitos;

PREVENIR la excesiva morbilidad y mortalidad maternas, proporcionando botiquines para el parto aséptico a utilizar por las madres o el personal que presta asistencia al parto, de modo de promover el parto aséptico en el hogar; proporcionar a las parteras botiquines a fin de facilitar el parto aséptico y seguro en el establecimiento de salud e iniciar un sistema de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad para atender las emergencias obstétricas;

PLANIFICAR la provisión de servicios integrales de salud reproductiva, integrados en los de atención primaria de la salud, según lo permita la situación.

mensaje de salud reproductiva en la población en general. Como parte de ese conjunto de actividades, se difundieron informaciones y consejos relativos a la salud reproductiva en portugués y en los idiomas locales. Se distribuyeron grandes cantidades de radio de cuerda y con paneles solares, a fin de alentar la escucha. En **Eritrea**, se utilizaron fondos para ayudar al Ministerio de Salud a producir comunicaciones y materiales de promoción y capacitación conducentes al cambio en los comportamientos.

### Adquisiciones (suministros de salud reproductiva y equipo médico)

Casi todos los países que reciben asistencia en virtud de este proyecto están enfrentando una situación de emergencia. Una proporción considerable del total de los fondos se destinó a adquirir y distribuir botiquines básicos de salud reproductiva, medicamentos y equipo médico para servicios de atención obstétrica y establecimientos de maternidad. Una parte de los fondos también se destinó a adquirir o elaborar juegos de materiales para ofrecer asesoramiento psicosocial a las pacientes, rehabilitar hospitales y dependencias de salud dañados por los desastres naturales o las guerras,

y adquirir muebles y suministros de oficina con destino a dependencias de salud y hospitales. Entre los países que utilizaron los fondos de esta manera cabe mencionar: **Angola, Burundi, Eritrea, Indonesia, el Perú, la República Democrática del Congo, la República Popular Democrática de Corea, Sierra Leona, Tayikistán y los Territorios Palestinos Ocupados.**

Además, el UNFPA preparó el Paquete Mínimo de Servicios Iniciales para emergencias. Los botiquines de salud contienen materiales que posibilitan adoptar precauciones universales para luchar contra las infecciones, además de equipo, suministros y medicamentos para la atención de partos en centros de salud, las emergencias obstétricas y la atención posterior a la violación. El UNFPA ha proporcionado esos botiquines en **Liberia, Uganda** y muchos otros países, en forma gratuita. Además, esos botiquines están disponibles a bajo costo para todos los ministerios de salud.

### Fondos y beneficiarios

El UNFPA asignó un importe total de 4.144.000 dólares para apoyar las actividades humanitarias precedentemente descritas. Algunas oficinas del UNFPA sobre el

terreno también han aportado fondos y recaudado importes adicionales para complementar las actividades iniciadas por el UNFPA. La UNIDAD de Respuesta Humanitaria estima que esas actividades beneficiaron a casi 3 millones de personas.

### Evaluación

La respuesta sin demora a situaciones de emergencia sigue planteando un reto. Suele conllevar la superación de dificultades en cuestiones de seguridad, el insuficiente personal sobre el terreno, la falta de experiencia o de voluntad del gobierno anfitrión para cooperar y las demoras en el suministro y la entrega de productos de salud reproductiva y otros productos de salud, a consecuencia de un insuficiente apoyo logístico sobre el terreno.

Afortunadamente, todos los países donde realiza actividades la UNIDAD de Respuesta Humanitaria informaron de que la asistencia del UNFPA fortaleció mucho las acciones de promoción. Merced al empeño demostrado por las oficinas del UNFPA en los países, mejoró apreciablemente la prestación y la calidad de los servicios. Gracias a las acciones del UNFPA, las contrapartes locales ahondaron su compromiso en pro de las cuestiones relacionadas con la salud reproductiva y movilizaron sus propios recursos. Los beneficiarios previstos tienen ahora mayor conciencia acerca de los servicios y han tratado de obtener dichos servicios de salud reproductiva.



### La triple estrategia del UNFPA a fin de reducir la mortalidad materna abarca:

- Planificación de la familia, para asegurar que todos los alumbramientos sean deseados
- Atención idónea para cada mujer durante el embarazo y el parto por un profesional de la salud dotado de conocimientos especializados
- Atención obstétrica de emergencia (AOEm) para asegurar el oportuno acceso a los servicios de las mujeres que sufren complicaciones.

Esta lista de verificación está centrada concretamente en la AOEm.

### Por qué es importante la atención obstétrica de emergencia:

La mortalidad materna se cobra cada año 514.000 vidas de mujeres. Casi todas esas vidas podrían ser salvadas si se dispusiera de atención obstétrica de buena calidad y costeable durante 24 horas diarias, 7 días a la semana.

Esas defunciones, en su mayoría, son causadas por hemorragias, parto obstruido, infección (sepsis), aborto realizado en malas condiciones y eclampsia (hipertensión inducida por el embarazo). Las causas indirectas, como el paludismo, el VIH y la anemia, también contribuyen a las defunciones maternas.

Por cada mujer que pierde la vida, se estima que hay entre 15 y 30 mujeres que padecen enfermedades

o lesiones crónicas como resultado del embarazo. La fístula obstétrica es una lesión grave que causa aislamiento de la paciente y podría ser prevenida en gran medida mediante la AOEm.

En aproximadamente un 15% de todos los embarazos habrá complicaciones, la mayoría de las cuales ocurren aleatoriamente en todos los embarazos, independientemente de que sean de alto riesgo o de bajo riesgo. No es posible pronosticar a ciencia cierta las complicaciones y, con gran frecuencia, no es posible prevenirlas, pero es posible ofrecer tratamiento.

### Estándares para la AOEm básica y la AOEm integral\*

#### Funciones de la AOEm básica

Realizadas en un centro de salud, sin necesidad de un quirófano

- Antibióticos por vía IV/IM
- Medicamentos oxitócicos por vía IV/IM
- Anticonvulsivos por vía IV/IM
- Extracción manual de la placenta
- Parto vaginal instrumentado
- Extracción de productos retenidos

\* Para que un establecimiento satisfaga estos estándares, es preciso que la totalidad de las seis o de las ocho funciones se realicen regularmente y sean objeto de evaluación cada tres a seis meses.

#### Funciones de la AOEm integral

Es necesario contar con un quirófano y por lo general se realizan en hospitales de distrito

Todas las seis funciones de la AOEm básica, y además:

- Operación cesárea
- Transfusión sanguínea

Se recomienda que por cada 500.000 habitantes haya al menos cuatro establecimientos que ofrecen AOEm básica y al menos un establecimiento que ofrece AOEm integral (distribuidos apropiadamente).



## atención obstétrica de emergencia

### LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PLANIFICADORES

Políticas	Sí/No	Temas para la acción/Notas
¿Se cuenta con políticas nacionales para promover la maternidad sin riesgo en general y la AOEm en particular?		
¿Mencionan las políticas explícitamente los derechos de las pacientes?		
¿Quién es responsable del monitoreo y la evaluación a escala de país?		
¿Quién es responsable del monitoreo y la evaluación a escala regional?		
¿Está incluida la AOEm en: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ definiciones de estándares y debates oficiales sobre la atención a las madres y la salud reproductiva?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ el conjunto de medidas básicas/esenciales para atención de la salud?</li> </ul>		
¿ Se considera la AOEm en procesos en que intervengan varios organismos, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfoques Sectoriales (SWAP)?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Documentos de estrategia para la reducción de la pobreza (PRSP) y Marcos de apoyo al crédito (SCF)?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Evaluaciones comunes sobre los países (CCA) y Marcos de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD)?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informes sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio?</li> </ul>		

Mobilización de recursos y coordinación de donantes	Temas para la acción/Notas
¿Cuáles son las actividades para la salud materna que reciben financiación?	
¿Cuál es la cuantía de la financiación gubernamental para actividades de AOEm?	
¿Se han establecido Enfoques Sectoriales (SWAP), o están estos en proceso de negociación, para el sector de salud?	
¿Se dispone de fuentes adicionales de financiación, privadas (ONG, organizaciones filantrópicas o del sector académico) o públicas?	
¿Se dispone de subsidios basados en la necesidad para la AOEm cuando surgen complicaciones?	
¿Se han establecido sistemas de recuperación de los gastos?	

Disponibilidad y calidad de la AOEm	Sí/No	Action Points/Notes
¿Se ha realizado un diagnóstico de necesidades en materia de servicios de obstetricia?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En caso afirmativo, ¿quién ha realizado ese diagnóstico? ¿Cuándo?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Incluye ese diagnóstico el uso de Indicadores de Procesos de AOEm?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Incluye ese diagnóstico datos cualitativos y cuantitativos?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Abarca ese diagnóstico servicios públicos y privados?</li> </ul>		
¿Son los establecimientos que ofrecen AOEm básica y AOEm integral adecuados en lo concerniente a su distribución geográfica y su cantidad (4 básica y 1 integral por cada 500.000 personas)?		
¿Cuándo se confeccionaron los mapas más recientes de la ubicación de esos servicios?		
¿Cuentan esos establecimientos con suficiente personal que cumpla con las funciones de AOEm?		

Fístula obstétrica	Action Points/Notes
¿Cuál es la estimación sobre la prevalencia de la fístula obstétrica?	
¿Cuál es la estimación del número de pacientes a la espera de reparación quirúrgica?	
¿Se han establecido actividades para:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prevención?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ reparación?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rehabilitación?</li> </ul>	
Si se dispone de servicios para la reparación de la fístula obstétrica, ¿cuántas operaciones se realizan cada año?	
¿Cuál es el costo medio?	



## atención obstétrica de emergencia

### LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PLANIFICADORES

Recursos humanos	Sí/No	Temas para la acción/ Notas
¿Se evaluaron recientemente los recursos humanos para todo el país y para cada región/distrito, en lo concerniente a:		
obstetras/ginecólogos?		
anestesiastas/enfermeras anestesiastas?		
cirujanos/urólogos?		
parteras/enfermeras?		
médicos generalistas con conocimientos sobre atención del parto?		
trabajadores sociales?		
personal auxiliar/agentes de salud comunitarios?		
¿Posee el país un plan de desarrollo de recursos humanos para el sector de salud?		
¿Se cuenta con un plan para la ubicación de profesionales de salud en zonas con insuficientes servicios?		
¿Se basa la capacitación en la competencia?		
¿Cómo se evalúa la competencia?		
¿Cómo se aplican los protocolos y procedimientos clínicos?		

### Las tres demoras que contribuyen a muchas defunciones maternas:

- Demora en decidir ir en procura de atención
- Demora en llegar al establecimiento donde se dispensa atención apropiada
- Demora en recibir atención después de haber llegado al establecimiento de salud

Para cada establecimiento que ofrece AOEm

Renovación y mantenimiento de las instalaciones	Sí/No	Temas para la acción/Notas
¿Está el edificio bien estructurado y bien mantenido en condiciones físicas?		
En caso negativo, ¿qué renovaciones (por ejemplo, pintura o reestructuración para asegurar la privacidad, instalaciones de electricidad, agua corriente y saneamiento, ventilación) se necesitan para poder ofrecer los servicios?		
¿Se realiza regularmente una inspección, local por local, para velar por que se disponga del equipo y los suministros necesarios para la AOEm, en buenas condiciones de funcionamiento?		
¿Se han establecido medidas de prevención de infecciones?		
¿Se ha establecido un sistema de gestión para asegurar que se disponga de AOEm durante las 24 horas del día?		
¿Se dispone de una lista de equipo estándar para la atención materna?		
¿Satisface el equipo del establecimiento el estándar arriba indicado?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿está el equipo en buenas condiciones de funcionamiento?</li> <li>▪ ¿cuál es el plan en caso de fallas del equipo?</li> <li>▪ ¿cómo se repara el equipo?</li> <li>▪ ¿dónde se obtienen las piezas de repuesto?</li> <li>▪ ¿es correcto el sistema de almacenamiento de los suministros?</li> </ul>		
¿Se dispone de un sistema de comunicación entre hospitales y ambulancias?		
¿Se dispone de manuales en que se detallan los estándares que deben regir las prácticas, y están estos manuales a disposición del personal?		
¿Se recopilan datos de conformidad con los indicadores relativos a la AOEm?		
¿Se da cumplimiento regularmente a las funciones-señal y se las evalúa regularmente cada tres a seis meses?		
¿Se registran en el libro de actividades las complicaciones obstétricas?		
¿Se realizan procedimientos de auditoría clínica?		
¿Quién es responsable del monitoreo y la evaluación a escala del establecimiento?		



## atención obstétrica de emergencia

### LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PLANIFICADORES

Registro y ubicación de las necesidades y recursos de la comunidad	Sí/No	Temas para la acción/ Notas
¿Es la AOEm costeable para las familias más pobres?		
¿Cuenta la AOEm con el apoyo de la comunidad?		
¿Se han tomado en cuenta las perspectivas de la comunidad sobre la atención de la salud?		
¿Conoce la comunidad los signos de peligro en el trabajo de parto?		
¿Se informa a los recién casados y a las parejas de jóvenes acerca de las opciones en materia de planificación de la familia y de los signos de peligro en el trabajo de parto?		
¿Se dispone de adecuadas opciones para el transporte a los establecimientos médicos?		
¿Se dispone de sistemas de comunicación (radio, teléfono) para la remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad?		
¿Están interesados los líderes comunitarios en el tema de la mortalidad materna?		
¿De qué manera podrían ser útiles los líderes para movilizar y educar a la comunidad?		

Esta lista de verificación se ha preparado con el generoso apoyo del programa AMDD (Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas), de la Universidad de Columbia, Estados Unidos de América. Esta lista acompaña a la publicación *Mortalidad Materna 2002, Actualización* que puede consultarse en [www.unfpa.org/publications](http://www.unfpa.org/publications).

©UNFPA  
 220 East 42nd Street  
 New York, NY 10017  
 Estados Unidos de América  
<http://www.unfpa.org>

