



LA ATENCIÓN CALIFICADA DURANTE EL PARTO

PERFILES DE PAÍS



TÚNEZ

SRI LANKA



MALASIA



BOTSWANA

»» Para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos

Índice

1 Introducción

22 Túnez

16 Sri Lanka

10 Malasia

4 Botswana

La extensión del problema

En todo el mundo, más de medio millón de mujeres mueren cada año por complicaciones debidas al embarazo o al parto. Casi todas estas muertes (el 99%) ocurren en países en desarrollo. Por cada mujer que muere, entre 30 y 50 sufren lesiones, infecciones y/o enfermedades.

Más de una década de investigación ha mostrado que la mayoría de las muertes y discapacidades maternas se pueden prevenir si las mujeres tienen acceso a servicios de salud de buena calidad durante el embarazo y el parto. Sin embargo, muchas mujeres no reciben este tipo de atención: sólo la mitad de todos los partos en países en desarrollo ocurren en presencia de una persona calificada, en algunos de ellos con tasas tan bajas como el 8%. Además de la carencia de servicios maternos seguros, accesibles y de buena calidad, otros factores sociales, económicos y culturales contribuyen a una salud materna deficiente. Estos factores incluyen la desproporcionada pobreza de las mujeres, su acceso desigual a la educación, su bajo status social y carencia de ingresos y oportunidades de trabajo.

Aun cuando a nivel mundial ha habido poco progreso en la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas, varios países con ingresos bajos y medianos han logrado éxito en la reducción de las muertes maternas. Los perfiles de los cuatro países incluidos en este informe (Botswana, Malasia, Sri Lanka y Túnez) demuestran que es posible reducir la mortalidad materna cuando se movilizan la voluntad política y los recursos necesarios para la salud y el empoderamiento de las mujeres.

Asegurar la atención calificada durante el parto

Cuando se lanzó la Iniciativa global por una Maternidad Sin Riesgo en 1987, representantes de diferentes agencias internacionales y gobiernos se comprometieron con la meta de reducir la mortalidad materna. Desde entonces, se ha aprendido mucho acerca de cuáles son las intervenciones más efectivas, y ha cambiado el enfoque para predecir las complicaciones obstétricas y manejarlas adecuadamente. Los expertos están de acuerdo en que una de las intervenciones más importantes es asegurar que todas las mujeres sean atendidas por un profesional de la salud (partera profesional, enfermero/a o médico/a) con habilidades para la atención del parto durante el período más crítico—durante e inmediatamente después del parto. Cuando cuentan con un sistema de referencia adecuado, las personas calificadas pueden desarrollar las siguientes funciones críticas:

- Asegurar que todos los partos se atiendan en condiciones higiénicas y de acuerdo con prácticas médicas aceptadas, previniendo así las complicaciones causadas o exacerbadas por cuidados deficientes;
- Identificar oportunamente las complicaciones y manejarlas adecuadamente, ya sea tratándolas o refiriendo a las mujeres a un nivel más alto de atención; y
- Brindar atención de alta calidad, culturalmente apropiada y cálida, que asegure el seguimiento necesario y los enlaces con otros servicios, incluidos los de atención prenatal y de posparto, así como servicios de planificación familiar, atención posaborto y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

En octubre de 1999, el Grupo Interagencial por una Maternidad Sin Riesgo lanzó una estrategia en varias etapas para evaluar la importancia y el impacto potencial de la atención calificada durante el parto sobre la reducción de la mortalidad materna. Los principales componentes de esta estrategia son:

- La preparación de un documento integral que examina la evidencia de la atención calificada durante el parto;
- Una Consulta Técnica llevada a cabo en abril del 2000 en la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, que agrupó a los principales expertos en el campo de la maternidad sin riesgo con el propósito de valorar la evidencia sobre la atención calificada durante el parto y desarrollar estrategias clave para implementar intervenciones en distintos contextos en países en desarrollo;
- Un juego de materiales informativos relacionado con los componentes críticos de la atención calificada durante el parto. Este material incluye: *Recomendaciones para políticas*, el *Cuaderno informativo* y los *Perfiles de País* en relación a la atención calificada durante el parto (*ver perfiles de país presentados en este documento*);

- Una conferencia internacional llamada “Salvar vidas: la atención calificada durante el parto” que se llevó a cabo en noviembre del 2000 en Túnez. El propósito de esta conferencia fue facilitar el desarrollo de planes de acción para la atención calificada en el ámbito nacional, en países previamente seleccionados de África Subsahariana y del sur de Asia. Además, cuatro países en desarrollo (Botswana, Malasia, Sri Lanka y Túnez) compartieron estrategias y lecciones aprendidas acerca de cómo reducir la mortalidad materna y aumentar la cobertura de atención por parte de personas calificadas.

En preparación para la conferencia de Túnez, los cuatro países con una “baja tasa de mortalidad materna” prepararon estudios de caso sobre su experiencia en la implementación de la atención calificada durante el parto como una intervención clave para reducir la mortalidad materna. Después de la conferencia, los perfiles se ampliaron para servir como ejemplos ilustrativos de estrategias programáticas nacionales que dieron como resultado una mayor cobertura de la atención calificada durante el parto (*ver perfiles de país presentados en este documento*).

Ingredientes del éxito

Botswana, Malasia, Sri Lanka y Túnez han logrado un éxito evidente en mejorar la atención calificada y reducir la mortalidad materna. En estos cuatro países, la cobertura de atención calificada aumentó significativamente, con tasas que actualmente superan el 90%. En aquellos países que disponen de datos, se observa que las tasas de mortalidad materna bajaron dramáticamente de varios miles de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos a 20–60 en un lapso de 30 a 50 años.

Estas experiencias demuestran que en contextos de ingresos medios o bajos se puede lograr una cobertura casi universal de la atención calificada, si se movilizan el compromiso político y los recursos necesarios para mejorar la condición de las mujeres y su acceso a los servicios básicos de salud.

Aplicando un enfoque multifacético, estos países implementaron una serie de estrategias complementarias y de refuerzo mutuo con el propósito de mejorar la salud materna y salvar la vida de las mujeres:

- **Movilizar el compromiso político al más alto nivel:** En Botswana en los años noventa, una serie de conferencias y reuniones estimuló el compromiso político con la maternidad sin riesgo entre representantes gubernamentales de alto nivel, incluyendo el Presidente, Miembros del Parlamento y de la Cámara de Jefes. Posteriormente se estableció un programa nacional de maternidad sin riesgo cuya meta principal fue reducir la mortalidad materna.
- **Invertir en el desarrollo social y económico—por ejemplo en la instrucción y educación femenina, la reducción de la pobreza y los derechos humanos básicos—con énfasis especial en los grupos pobres y vulnerables:** Sri Lanka ha demostrado un compromiso sostenido y de largo plazo para asegurar el bienestar social de sus ciudadanos. Desde 1945, la educación es gratuita desde el nivel primario hasta el universitario en forma igualitaria para hombres y mujeres, dando como resultado una población con un nivel total de instrucción de 91%. Los servicios de salud también son gratuitos como forma de asegurar el acceso de grupos de bajos ingresos y marginados. Todos los ciudadanos gozan de libertades políticas y derechos humanos básicos, que han sido consagrados en la constitución nacional y en otros instrumentos legales.
- **Profesionalizar la atención de las parteras:** En Malasia y Túnez, los gobiernos invirtieron en incrementar el número de parteras profesionales a nivel comunitario capacitadas y registradas legalmente, en base a una serie de competencias definidas. Estas parteras profesionales se convirtieron en la espina dorsal del sistema de servicios de salud rurales de cada país.
- **Fortalecer los sistemas de salud y promover el acceso a la atención en centros de salud:** A comienzos de los años cincuenta, Malasia estableció una fuerte infraestructura de servicios de atención primaria. Se construyó una extensa red de centros rurales de salud con servicios de salud materna y se capacitó y asignó personal calificado a estos servicios. En un esfuerzo por alcanzar a las poblaciones rurales pobres, el Gobierno dio alta prioridad a la oferta de servicios de salud gratuitos y a garantizar la distribución equitativa de los centros de salud.

- **Mejorar el acceso a los servicios obstétricos de emergencia y establecer sistemas de referencia y transporte.** En Sri Lanka, el establecimiento de una red de centros de atención primaria fue acompañado por el desarrollo de servicios obstétricos especializados para atender complicaciones de emergencia. Se establecieron sistemas subsidiados de transporte entre los servicios primarios y de referencia, y entre 1960 y 1980 aumentó notablemente el número de centros rurales que brindaban cuidados obstétricos básicos y de emergencia.
- **Asegurar el acceso a servicios de planificación familiar:** En 1965, Túnez implementó un programa de planificación familiar como parte de su sistema básico de salud. El Gobierno estableció alianzas con organizaciones no gubernamentales (ONG), líderes religiosos y medios de comunicación en una campaña de movilización social para promover la planificación familiar. Las parteras profesionales se convirtieron en personal de salud clave para la atención en planificación familiar y salud materna.
- **Mejorar la calidad de los servicios existentes** a través de sistemas efectivos de monitoreo (p. ej., auditorías de muertes maternas): El sistema de Malasia para investigar las causas de muertes maternas, desarrollado y mejorado durante más de 40 años, proporciona un mecanismo para mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud existentes, destacando las razones subyacentes a la atención deficiente, evaluando la calidad de la atención prenatal y obstétrica, e identificando mejorías en los programas de salud materna.
- **Promover la participación e inversión de la comunidad** en la atención de salud materna: Botswana ha implementado una serie de actividades de información, educación y comunicación (IEC) para crear conciencia sobre la maternidad sin riesgo y fomentar el uso de los servicios. Estas incluyen material impreso, mensajes radiales y sesiones de educación sobre la salud.

Contenido de los perfiles

Cada perfil de país incluye: información socio-demográfica básica; las políticas y marcos legales que apoyan la reducción de la mortalidad materna y el aumento de la atención calificada; las principales intervenciones que se han implementado o se están implementando para ampliar la atención calificada durante el parto; y un recuadro que resume los principales ingredientes del éxito de cada país.

Estos perfiles pretenden dar una visión descriptiva de los procesos que condujeron a la reducción de la mortalidad materna y a mejorar la atención calificada durante el parto en los cuatro países. Adaptados de los informes preparados por los equipos de “baja mortalidad materna”[†] y complementados con literatura publicada e inédita, el propósito principal de estos perfiles es ofrecer ejemplos concretos de países que con mucho éxito han mejorado la salud materna a través de una mayor cobertura de la atención calificada durante el parto. En sí, los perfiles complementan los otros componentes del *paquete informativo La atención calificada durante el parto*: el *Cuaderno informativo* y las *Recomendaciones para políticas*, que contienen lineamientos de políticas y programas dirigidos a personas y organizaciones que trabajan para mejorar la cobertura de la atención calificada.

Estos perfiles de país están dirigidos a planificadores y gerentes de programas de gobiernos, ONG, asociaciones profesionales y a representantes de agencias donantes e instituciones de asistencia técnica y de investigación en este campo. Además, estos perfiles pueden ser de mucha utilidad para formuladores de políticas e integrantes de medios de comunicación interesados en temas de salud y desarrollo.

[†] Los equipos nacionales de “baja mortalidad materna” incluyeron a Mabel Magowe y Lucy Sejo Maribe (Botswana); Doctores Raj Karim, Ravidran Jegasothy y Muhani Yusoff (Malasia); el Doctor Anoma Jayathilaka y Daya Kumurage (Sri Lanka); y Doctor Mounira Garbouj y Atf Gherissi (Túnez).



Botswana

Introducción

Botswana es un país sin costas en el centro de África del sur, rodeado por Namibia, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe. Su población es pequeña pero crece rápidamente con tendencia hacia la urbanización. Botswana también es un país de gente joven: en 2000, aproximadamente el 42% de su población era menor de 15 años.⁽¹⁾

En el momento de su independencia en 1966, Botswana era uno de los países más pobres de África, con un Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita de alrededor de US\$12. Sin embargo, el descubrimiento de minas de diamantes, así como el manejo prudente de la economía y una estabilidad política, aumentaron notoriamente el PNB per cápita a US\$3.300 en el año 2000.

Tendencias en salud y desarrollo: La inversión gubernamental en el sector público excede el 30% del Producto Interior Bruto (PIB), del cual el 8% se gasta en salud.⁽³⁾ Esta inversión en infraestructura y servicios ha conllevado una sustantiva mejora en algunos de los indicadores sociales y de salud, incluyendo la tasa de mortalidad de menores de cinco años, el acceso a agua potable y la expectativa de vida al nacer. La tasa total de fecundidad de Botswana experimentó un descenso sostenido, pasando de 6.1 hijos por mujer en 1980 a 4.0 hijos en 2000.⁽¹⁾ En el campo de la educación, Botswana ha logrado mejoras significativas, con una mayor inscripción de niñas en el nivel primario, así como en el nivel de alfabetización de los adultos.

A pesar de estos logros en salud y educación, hoy en día Botswana enfrenta una de las mayores tasas de infección por VIH del mundo. Alrededor de un 35% de la población adulta está infectada con el VIH♦ y en 1998, aproximadamente el 35% de las mujeres embarazadas eran portadoras del VIH.+

Salud materna: En 1973, el Ministerio de Salud estableció formalmente un programa de Atención Maternoinfantil y Planificación Familiar coordinado por la Unidad de Atención Maternoinfantil y Planificación Familiar de ese Ministerio. Como parte del programa nacional, el gobierno desarrolló en todo el país una red de infraestructura de servicios de salud para brindar servicios integrados de atención maternoinfantil y planificación familiar (*ver la sección sobre El desarrollo de la infraestructura de servicios de salud*).

A pesar de que desde la década de los años setenta las mujeres tenían acceso a servicios prenatales, de parto y de posparto, la situación de la salud materna en Botswana no mejoró. En 1984, un tercio de las mujeres dieron a luz sin la atención de personal calificado durante el parto, y apenas un poco

Población (millones) ⁽¹⁾	1,6
Distribución poblacional (%) ⁽¹⁾	
Rural	50
Urbana	50
Tasa de analfabetismo en adultos (%) ⁽¹⁾	
Hombres	25
Mujeres	20
PIB (millones de US\$) ⁽¹⁾	5.285
% del PIB invertido en salud*	2,5
Tasa total de fecundidad ⁽¹⁾	4,0
Prevalencia anticonceptiva (%) ⁽²⁾	33
Razón de mortalidad materna nacional†	480

La atención calificada durante el parto requiere la presencia de un/a médico/a, una partera profesional o un/a enfermero/a con habilidades en atención del parto, capacitado/a para atender el trabajo de parto y el parto normal, reconocer complicaciones y brindar ya sea tratamiento de emergencia o referencia inmediata a los centros de salud para una atención más especializada. La atención calificada también requiere sistemas adecuados de referencia y transporte, y disponibilidad de los medicamentos, equipamientos y suministros necesarios.

* Esto refleja el gasto en salud pública como porcentaje del PIB, y consiste en gastos recurrentes y de capital de los presupuestos gubernamentales y de los fondos de seguridad social en salud.

† La razón de mortalidad materna se refiere al número de mujeres que mueren durante el embarazo y parto por cada 100,000 nacidos vivos. Este estimativo se tomó de la publicación *Mortalidad Materna en 1995: Estimaciones desarrolladas por la OMS, UNICEF, UNFPA* y se presume alto dada la cobertura relativamente alta y la buena calidad de los servicios del sistema de salud de Botswana. El gobierno llevó a cabo un estudio piloto para probar las herramientas de recolección de datos para un estudio que se llevará a cabo próximamente que dará una cifra estimada actualizada de las muertes maternas y suministrará información sobre las principales causas de mortalidad materna y las circunstancias que rodean las muertes maternas.

♦ 1999

+ 1998, vigilancia centinela.

más de la mitad buscó atención posparto. En 1993, un estudio sobre las muertes maternas mostró que la hemorragia, la infección y el parto obstruido causaron casi el 60% de las muertes maternas (ver Figura 1).⁽⁴⁾ Además, el 18% de las muertes maternas se dieron en adolescentes de entre 15 y 19 años y la infección (debida mayormente a abortos realizados en condiciones de riesgo) representó el 33% de estas muertes.

La respuesta de Botswana ha sido un programa de maternidad sin riesgo focalizado y cuidadosamente concebido (ver próxima sección) cuyo principal objetivo es mejorar la calidad y la cobertura de los servicios de salud materna. La Encuesta de Salud Familiar de 1996 en Botswana muestra que el uso de los servicios maternos de salud ha mejorado (ver Figura 2): la cobertura de los cuidados prenatales aumentó a 94%; el porcentaje de los partos asistidos subió a 87% y la cobertura posparto a 85%.

FIGURA 1 >
CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

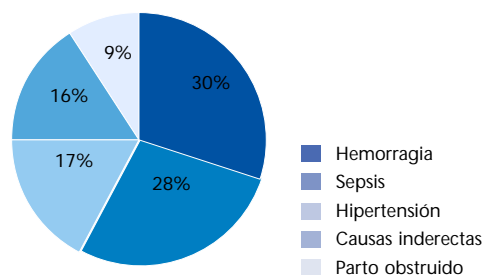
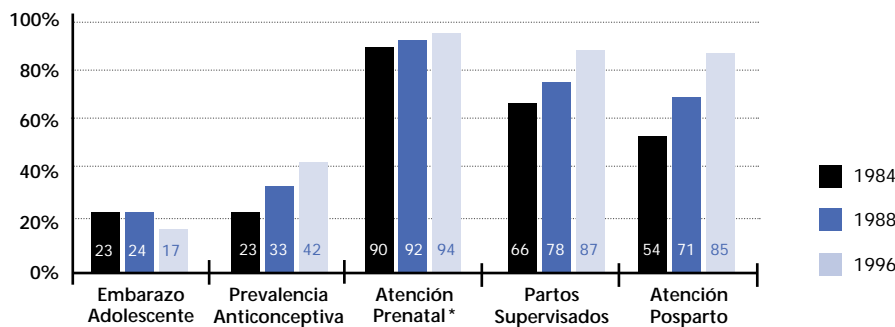


FIGURA 2 >
INDICADORES SELECCIONADOS DE TRES ENCUESTAS DE SALUD FAMILIAR EN BOTSWANA



* La atención prenatal requiere al menos 4 ó 5 visitas durante el embarazo, comenzando antes de las 24 semanas.

Leyes, políticas y programas relacionados

Sentando las bases: En octubre de 1990, una delegación de alto nivel encabezada por el Presidente Festus Mogae asistió a la Conferencia sobre Maternidad Sin Riesgo de la Cooperación de Desarrollo de África del Sur (SADCC) en Zimbabwe. Después de la conferencia, se emprendieron una serie de actividades dirigidas a crear conciencia, involucrar a organizaciones locales y recolectar información específica sobre el problema para formular un plan nacional (ver recuadro en página 6).

El programa nacional: La maternidad sin riesgo es un componente integral del más amplio programa de salud. La Unidad de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar de la División de Salud Familiar es la entidad responsable de coordinar el programa de maternidad sin riesgo, utilizando un amplio enfoque multi-sectorial para enfrentar la gran variedad de problemas que aumentan la morbilidad y mortalidad materna. Las metas específicas del programa son:⁽⁵⁾

- Mejorar la calidad, eficiencia y efectividad de los servicios de atención materno-infantil y de planificación familiar;
- Incrementar el acceso a los servicios;
- Fortalecer y desarrollar sistemas de información, educación y comunicación (IEC) y de recolección de datos;
- Mejorar la organización y la gerencia de los servicios de atención materno-infantil y de planificación familiar; y
- Reducir la incidencia y consecuencias de abortos realizados en condiciones de riesgo.†

Un marco de políticas favorables: Como parte de su enfoque holístico hacia la salud y el desarrollo de las mujeres, el Gobierno formuló una serie de políticas para fortalecer las metas de maternidad sin riesgo:

- **Directrices de políticas de planificación familiar y normas para los servicios (1987).** Estas ratifican que todo individuo tiene derecho a servicios de salud reproductiva basado en la libre elección y especifican el tipo de servicios que se brindará, el personal que prestará estos servicios y los grupos a los que están dirigidos. Estas directrices fueron revisadas en 1994 para eliminar las barreras médicas a la planificación familiar.
- **La Política Nacional de Salud (1995)** recomienda la alianza entre el sector público y el privado en asuntos relacionados con la salud y la atención a grupos de alto riesgo.

† El aborto es permitido en Botswana en las siguientes circunstancias: si el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer; si es resultado de violación o incesto y en caso de determinarse una discapacidad severa del feto.

**MATERNIDAD SIN RIESGO:
PASO A PASO**

En noviembre de 1990, se llevó a cabo en Gabarone una conferencia para los Miembros del Parlamento y la Cámara de Jefes para publicitar el tema y movilizar apoyo político. Al mismo tiempo, la División de Salud Familiar del Ministerio de Salud organizó un taller sobre estrategias de comunicación para la maternidad sin riesgo y la prevención del VIH/SIDA.

En 1992, se estableció un Grupo de Trabajo multisectorial sobre Maternidad Sin Riesgo para ayudar a desarrollar, implementar y dar seguimiento a un programa nacional de maternidad sin riesgo. Este Grupo de Trabajo se reúne periódicamente y, entre otros, incluye a representantes del gobierno, ONG e instituciones de educación.

En 1993, se emprendieron dos estudios clave para ayudar a formular un plan nacional de acción:

- > *La maternidad sin riesgo en Botswana: análisis de situación*, que analizó la información disponible sobre el alcance de la mortalidad materna y sus causas y consecuencias, así como otros temas relativos a la salud de la mujer, y recomendó estrategias correctivas; y
- > *Determinantes de mortalidad materna en Botswana: una perspectiva institucional, domiciliaria y comunitaria*, realizada por la Unidad de Atención Maternoinfantil y Planificación Familiar y UNICEF, quienes examinaron los registros de mortalidad materna entre 1990 y 1992 para identificar sus causas directas e indirectas.

- *La Política sobre Mujeres y Desarrollo* (1995) promueve los servicios amigables de salud reproductiva para los adolescentes dentro del contexto de mujer y desarrollo.
- *La Política Nacional de Población* (1996) especifica que el individuo es el centro de los esfuerzos de desarrollo y que la meta de los servicios sociales y de salud es “mejorar la calidad y el nivel de vida de toda la gente de Botswana.”

Intervenciones críticas para aumentar la atención calificada durante el parto

Una serie de intervenciones focalizadas han contribuido al éxito de Botswana en la reducción de la mortalidad materna y el aumento de la atención calificada durante el parto:

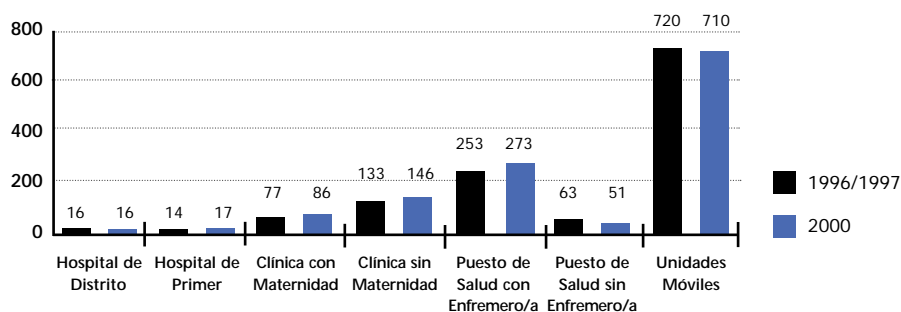
El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud

Botswana ha desarrollado una red de servicios de salud muy bien distribuida de manera que la mayoría de la población (86%) habita a sólo 15 kilómetros de distancia de un centro de salud. El sistema de salud ha sido estructurado de acuerdo con los siguientes lineamientos:

- **Los hospitales de referencia o de distrito** (población 1:100.000–350.000) cuentan con quirófanos para hacer cesáreas, transfusiones de sangre y otros servicios especializados.
- **Los hospitales de primer nivel** (población 1:12.000–35.000) están localizados en áreas remotas y de baja densidad y son manejados por oficiales médicos y enfermeros/as o parteras profesionales registradas. Estos centros brindan los mismos servicios de emergencia especializados disponibles en los hospitales de distrito.
- **Las clínicas o centros de salud** (población 1:5.000–10.000) son manejadas por enfermeros/as registrados/as y educadores de bienestar familiar, y ofrecen servicios de salud maternoinfantil, tratamiento y diagnóstico de enfermedades comunes y exámenes sencillos de laboratorio.
- **Los puestos de salud** priorizan los cuidados preventivos (en atención maternoinfantil y planificación familiar básica, salud ambiental, primeros auxilios y diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes). Son manejados principalmente por los educadores de bienestar familiar, aun cuando algunos cuentan con enfermeros/as en su nómina. Cada aldea con una población de 500 a 1.000 habitantes tiene un puesto de salud.
- **Las clínicas móviles** cubren poblaciones remotas en un itinerario mensual y son manejadas por enfermeros/as registrados/as o parteras profesionales. Ofrecen servicios limitados de atención primaria (curaciones sencillas y servicios básicos de salud maternoinfantil).

Los puestos de salud están abiertos de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. cinco días a la semana, mientras que las clínicas de salud, los hospitales de primer nivel y los servicios de referencia o de distrito trabajan 24 horas al día.

FIGURA 3 >
NÚMERO DE INSTITUCIONES DE SALUD SEGÚN TIPO (INFORME DE ESTADÍSTICAS DE SALUD, 1997)



A pesar de haber mejorado muchos centros y del continuo desarrollo de nuevas unidades de salud en el marco del proyecto gubernamental, el acceso a las instalaciones y servicios varía y continúa siendo un problema en áreas remotas (tales como en regiones del oeste, norte y noroeste del país). Desde 1996, se ha puesto mayor énfasis en incrementar el número de clínicas y puestos de salud con enfermeros/as capacitados/as y parteras profesionales que brindan servicios básicos de salud materna a las comunidades (*ver Figura 3*) y en mejorar los enlaces a los niveles de referencia para la atención de emergencia.

Los medicamentos son suministrados bajo las reglas del Comité Regulador de Medicamentos y generalmente están disponibles a pesar de existir algunas carencias, especialmente en áreas muy remotas. El equipamiento y los suministros para los servicios básicos de salud materna también están disponibles⁽⁶⁾, aun cuando, debido a problemas logísticos y de distribución, frecuentemente escasean algunos objetos pequeños pero necesarios como lámparas de cuello de cisne y tensiómetros. Nuevos programas (i.e., el Programa para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo) han facilitado la obtención de más y mejores equipamientos (i.e., las copas de silicona han reemplazado las copas de metal para la extracción al vacío).

El establecimiento de sistemas de transporte y de referencia

Un sistema de referencia enlaza los puestos de salud con clínicas y hospitales. Se prepararon protocolos que permiten a un proveedor de salud enviar a un/a paciente directamente a una institución donde puede obtener servicios específicos (p. ej., en caso de emergencia, una mujer puede ser referida directamente desde un puesto de salud a un hospital de distrito). La mayoría de los servicios de salud cuentan con un radio y un receptor, por lo menos un vehículo y un teléfono para hacer las referencias. En aquellos casos en los que el único vehículo no esté disponible, se hacen arreglos privados para el transporte.

La inversión en personal de salud

Botswana ha invertido en mejorar la capacitación y la distribución del personal de salud clave para la oferta de servicios de atención materna. Los/as enfermeros/as y las parteras profesionales son la espina dorsal del sistema de salud y las principales proveedoras de salud materna. La mayoría de los/as enfermeros/as brindan servicios prenatales y de planificación familiar de rutina; aquellos/as capacitados/as en atención del parto también ofrecen los servicios de planificación familiar, atención prenatal, parto y posparto más complejos. Las parteras profesionales capacitadas en destrezas para salvar vidas atienden las emergencias obstétricas y manejan conjuntamente con los/as médicos/as las complicaciones obstétricas médico-quirúrgicas.

Además de los/as médicos/as, enfermeros/as y parteras profesionales, los y las promotores/as de bienestar familiar juegan un papel importante en la prestación de servicios de salud materna. Estas personas han finalizado estudios primarios y educan y motivan a la comunidad en aspectos relacionados con la maternidad sin riesgo, animando a las mujeres a dar a luz en una institución y brindando consejería y educación en salud a las comunidades que habitan en un radio de cinco kilómetros del puesto de salud.

Programas de capacitación: En los últimos diez años, Botswana ha mejorado y ampliado la capacitación del personal de salud que atiende los partos. En 1993, el Grupo de Trabajo Nacional para la Maternidad Sin Riesgo comisionó a un pequeño grupo de expertos para que revisaran la capacitación de los proveedores de salud. Este grupo estudió las normas, protocolos y manuales de capacitación y propuso las siguientes mejoras:

- **Capacitación básica de las parteras profesionales (pre-servicio):** El currículo de las parteras profesionales se extendió a un programa de 18 meses con mayor énfasis en la atención prenatal, seguimiento al trabajo de parto y atención del parto. Resaltó las estrategias de prevención y atención para mejorar el bienestar materno. Se incluyeron nuevos contenidos sobre las causas subyacentes a una salud materna deficiente, sobre cuidados y seguridad durante el embarazo, parto y posparto y sobre la atención de emergencia.

Desde 1994, se ha capacitado a 562 parteras profesionales. Los planes para incrementar el número de parteras profesionales, de forma de cubrir las metas nacionales y los requerimientos de los servicios, están encaminados. Uno de los obstáculos para lograr esta meta es la capacidad limitada de las instituciones de capacitación. Actualmente sólo existen tres escuelas para capacitar parteras profesionales, contra ocho escuelas de capacitación de enfermeros/as. Se ha planeado crear centros de capacitación de parteras profesionales en la región sureste del país.

- **Capacitaciones adicionales en salud reproductiva:** Bajo el Programa de Asistencia al Sector Población, Botswana también ha fortalecido la capacitación de las parteras profesionales en planificación familiar. El Programa enfatiza las destrezas clínicas y la consejería, la integración de la atención de infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA como componente de la planificación familiar, y la prevención, detección y manejo de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

- **Capacitación en servicio en destrezas para salvar vidas:** Se introdujo también un currículo de seis semanas para parteras profesionales y médicos/as sobre embarazos de alto riesgo y destrezas para salvar vidas. Las destrezas incluyen: procedimientos para completar el expulsivo (tales como evacuación del útero en abortos incompletos inevitables, extracción al vacío y extracción manual de placenta retenida), sutura de laceraciones de tercer grado, nacimiento en presentación pélvica y resucitación de recién nacidos. Los médicos también reciben capacitación para suturar laceraciones de cuarto grado y realizar cesáreas de emergencia. Entre 1994 y 1995, 68 parteras profesionales y 12 médicos/as fueron capacitados en este programa.

Todo el personal de los servicios de salud recibe capacitación basada en el desarrollo de competencias para asegurar que poseen las destrezas necesarias en:

- Consejería y comunicación con los pacientes;
- Manejo general del programa;
- Tratamiento de casos de maternidad complicados y de alto riesgo;
- Nuevos desarrollos en técnicas anticonceptivas; y
- Manejo de infecciones de transmisión sexual, especialmente del SIDA.

Supervisión: En cada unidad, la persona de más alta jerarquía es la responsable de la supervisión diaria de las parteras profesionales. La Unidad de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar del Ministerio de Salud realiza visitas anuales de supervisión a nivel de cada distrito para dar seguimiento al progreso en la implementación de los programas.

A pesar de haber mejorado considerablemente, Botswana carece de personal de salud calificado. La situación del VIH/SIDA ha agravado aún más los ya inadecuados niveles del personal. Únicamente los dos hospitales de referencia en el país cuentan con especialistas en obstetricia, pediatría y cirujanos. Como Botswana no tiene una escuela de medicina, el 85% de los/as médicos/as empleados/as por el Gobierno son extranjeros.

Los/as enfermeros/as y parteras profesionales también escasean (*ver Tabla 1*). En 1997, sólo había 41.3 enfermeros/as (incluyendo parteras profesionales, enfermeros/as registrados/as sin destrezas en atención de partos y enfermeros/as en proceso de formación) por cada 10.000 habitantes.

TABLA 1 >
PROPORCIÓN DE PERSONAL DE SALUD (POR CADA 10.000 HABITANTES)

	1991	1993	1996	1997
Médicos	2,3	2,3	4,0	4,2
Enfermeras (incluye parteras profesionales)	22,3	23,1	39,6	41,3
Promotores de Bienestar Familiar	5,0	5,0	7,3	7,5
Total	29,6	30,4	50,9	53,0

Establecimiento de normas y protocolos

Se revisaron y mejoraron las normas y protocolos para el cuidado materno rutinario y para el manejo de servicios de alto riesgo y de emergencia. También se redactaron protocolos para la atención general que especifican cuáles servicios serán ofrecidos en cada tipo de centro, y para las referencias. Estas herramientas se usan para guiar la capacitación básica (preservicio) y en servicio de las parteras profesionales y otros proveedores de salud.

El registro obstétrico, una herramienta para registrar el progreso del embarazo, alumbramiento, parto y posparto, fue revisado en 1995. Esta herramienta ofrece un mecanismo para monitorear a las mujeres durante la atención prenatal, el parto (incluye un partograma) y el posparto. La mujer guarda este registro durante todo el embarazo y puede visitar cualquier institución de salud para obtener servicios prenatales, de parto y posparto.

Extensión comunitaria

En los años noventa se implementó una estrategia de información, educación y comunicación para crear conciencia en las comunidades y fomentar el uso de los servicios. Esta estrategia incluyó materiales tales como afiches, pancartas y panfletos, así como un video en idiomas locales y en inglés con un folleto informativo adjunto para ampliar la información. También se usa extensamente la radio. Todas las mañanas se dan charlas sobre salud en las clínicas sobre una variedad de temas, incluyendo la necesidad de contar con atención calificada durante el parto. Sin embargo, el seguimiento demuestra que la mayoría de las instituciones aún no cuenta con estos materiales didácticos.⁽⁶⁾ Donde sí están disponibles, los/as enfermeros/as y las parteras profesionales no los usan adecuadamente como material de referencia.

Seguimiento y evaluación del programa de maternidad sin riesgo

El seguimiento y la evaluación forman parte esencial del programa nacional de maternidad sin riesgo. Aun cuando el programa no ha sido evaluado per se, la División de Salud Familiar hace seguimiento y evalúa su progreso a través de visitas de apoyo permanentes, y en la medida que sea necesario, lleva a cabo investigaciones específicas adicionales. También publica informes estadísticos anuales, que son utilizados para apoyar la evaluación del desempeño de sus programas.

En 1996, dos estudios ayudaron a señalar las fortalezas y las debilidades del programa de maternidad sin riesgo en curso. El *Análisis de Situación del Programa de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar* y la *Encuesta de Salud Familiar de Botswana* identificaron una serie de áreas que necesitaban mejoras (como capacitación, reclutamiento de personal, equipamientos y acceso a los servicios en áreas remotas) así como las estrategias para abordarlas.

Inversión pública en salud

Como indica la *Tabla 2*, la inversión gubernamental en el sector público generalmente ha excedido el 35% del PIB. Desde 1995, el gasto gubernamental en salud casi se duplicó (de US \$45 millones a US \$89 millones en 1999)⁽⁷⁾. Sin embargo, desde la aparición del VIH/SIDA, el gobierno ha tenido que reprogramar recursos para afrontar esta epidemia, reduciendo los ya inadecuados niveles de financiamiento de otros programas en curso, tales como la capacitación en destrezas para salvar vidas.

Para obtener información adicional sobre el programa de maternidad sin riesgo de Botswana, contactar a:

Sra. Lucy Maribe
 Oficial Primera de Salud
 Unidad de Atención Maternoinfantil y Planificación Familiar
 Ministerio de Salud
 P.O. Box 992
 Family Health Division
 Gaborone, Botswana
 Tel.: 267 353 561
 Fax: 267 302 092
 Correo electrónico: lmaribe@gov.bw

TABLA 2 >
GASTO PÚBLICO Y EN SALUD
(AÑOS SELECCIONADOS)

Año	Gasto Público (% del PIB)	Proporción de Gasto Público en Salud
1981	37,9	5,2
1991	43,2	5,1
1994	34,1	6,1
1996	35,5	6,0
2000	39,6	8,0

LAS CLAVES DEL ÉXITO DE BOTSWANA SON:

- > Una estrategia nacional cuidadosamente concebida, basada en la investigación y en un fuerte apoyo político.
- > Colaboración e integración a todo nivel.
- > Inversión significativa en salud, tanto en valor real como en porcentaje de la inversión gubernamental.
- > Personal capacitado para manejar emergencias obstétricas.
- > Acceso mejorado a las instituciones y servicios de salud.
- > Servicios integrados de salud maternoinfantil y de planificación familiar (énfoque de supermercado).
- > Disponibilidad de parteras profesionales a todo nivel en el sistema de atención de salud.
- > Buenos sistemas de referencia desde instituciones de bajo nivel hasta el nivel más alto.
- > Disponibilidad de servicios obstétricos de emergencia en los hospitales.

Fuentes

- ¹ *World Development Indicators 2002*. Banco Mundial, Washington DC, 2002.
- ² 1988, any method. *World Contraceptive Use 2001*. United Nations Population Division. Department of Social and Economic Affairs. Nueva York, Mayo, 2002.
- ³ 2000; *Common Country Assessment (CCA) 2001*.
- ⁴ L. Owuor-Omondi, et al., *Determinants of Maternal Mortality in Botswana: An Institutional, Household and Community Perspective*, Ministry of Health, 1993.
- ⁵ Safe Motherhood Task Force, *Safe Motherhood in Botswana: A Situation Analysis*, 1992.
- ⁶ B. Baakile, L. Maribe, et al. *A Situational Analysis of the Maternal and Child and Family Planning*. Africa Project II, Population Council, Nairobi, Kenya, 1996.
- ⁷ *Statistical Bulletin*, Central Statistics Office, Botswana Ministry of Finance and Development Planning, 1999.



Malasia

Introducción

Malasia está localizado en el corazón de Asia sur oriental. Es un país extremadamente diverso con numerosos grupos étnicos distribuidos en 13 estados y dos territorios federales. Su población crece sostenidamente, con tendencia a la urbanización.

Desde su independencia en 1957, Malasia se ha comprometido fuertemente con la salud y el desarrollo, especialmente en las áreas de salud de la mujer y de maternidad sin riesgo. Malasia pasó de tener un sistema de salud fragmentado y rudimentario, especialmente en áreas rurales, a una infraestructura amplia que ofrece atención integral en salud a más del 90% de su población, brindando muchos de estos servicios (cuidado prenatal, vacunación) en forma gratuita.

Como resultado de esta inversión, la expectativa de vida en Malasia aumentó de menos de 50 años en 1957, a 73 años para las mujeres y 70 años para los hombres. La mortalidad infantil se redujo de 30 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1980 a 8 en 2 000 y la tasa total de fecundidad declinó de 6,7 en 1957 a 3,0 en 2.000.

El compromiso de Malasia con las mujeres se extiende a todas las áreas de desarrollo: las mujeres tienen igualdad de derechos en educación, sufragio y empleo. Durante la última década, más niñas que niños se matricularon en el tercer nivel escolar. Aproximadamente el 48% de las mujeres forman parte de la fuerza laboral remunerada y muchas mujeres ocupan cargos de alto nivel en el gobierno.

Salud materna: La mortalidad materna se redujo drásticamente en un período de 60 años, de 1.100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 1933 a 39 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 1995^(3,4) (ver Figura 1). Un factor determinante de esta reducción ha sido el importante compromiso para garantizar que las áreas rurales, tradicionalmente marginadas, tengan acceso a servicios maternos de calidad.

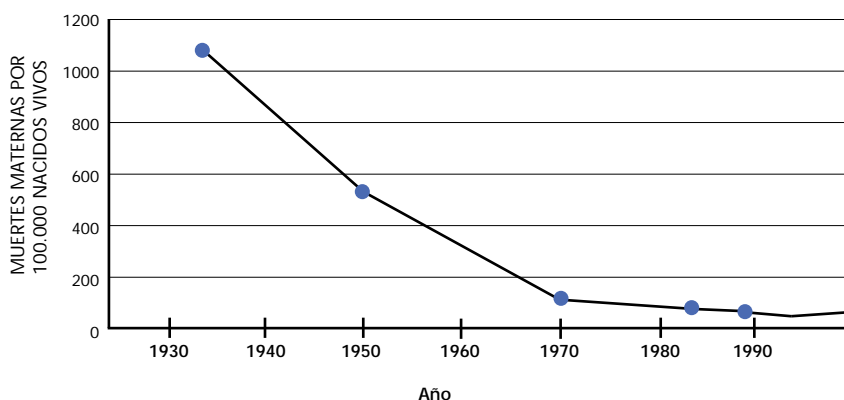
Un extenso programa comunitario brinda servicios de atención primaria en salud a la población rural, incluyendo vacunación, atención prenatal y servicios de atención del parto. A través de visitas domiciliarias y en clínicas de salud y hospitales, el personal calificado para la atención del parto (principalmente parteras profesionales) son el primer punto de contacto para la prestación de servicios de atención materna.⁽⁴⁾

Entre 1949 y 1997 el porcentaje de nacidos vivos atendidos por una persona calificada aumentó radicalmente, de aproximadamente el 30% a más del 95%.⁽⁴⁾ Durante este período, las parteras profesionales gubernamentales atendieron muchos más partos domiciliarios, y la demanda de atención de partos en los hospitales del sector público creció considerablemente. En 1995, del 98% de partos atendidos por personal calificado, el 66% se llevó a cabo en hospitales públicos, el 20% en hospitales privados o en casas maternas y el 12% en el hogar.⁽⁵⁾

Población (millones) ⁽¹⁾	23,3
Distribución poblacional (%) ⁽¹⁾	
Rural	43
Urbana	57
Tasa de analfabetismo en adultos (%) ⁽¹⁾	
Hombres	9
Mujeres	17
PIB (millones de US \$) ⁽¹⁾	89,659
% del PIB invertido en salud	1,4
Tasa total de fecundidad ⁽¹⁾	3,0
Prevalencia anticonceptiva (%) ⁽²⁾	55
Razón de mortalidad materna nacional ⁽³⁾	39

La atención calificada durante el parto requiere la presencia de un/a médico/a, una partera profesional o un/a enfermero/a con habilidades en atención del parto, capacitado/a para atender el trabajo de parto y el parto normal, reconocer complicaciones y brindar ya sea tratamiento de emergencia o referencia inmediata a los centros de salud para una atención más especializada. La atención calificada también requiere sistemas adecuados de referencia y transporte, y disponibilidad de los medicamentos, equipamientos y suministros necesarios.

FIGURA 1 >
TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA MALASIA PENINSULAR (1933–1995)



En la actualidad, la mayoría de las muertes maternas se deben a hemorragias posteriores al parto, anemia severa, hipertensión inducida por el embarazo, sepsis puerpura y parto obstruido. El aborto está permitido cuando se trata de salvar la vida de la mujer embarazada o de preservar su salud mental o física. Las muertes debidas a abortos realizados en condiciones de riesgo representan menos del 1% del total de muertes maternas.⁽⁶⁾

Leyes, políticas y programas relacionados

Desde la época de la colonia han existido leyes y políticas generales que respaldan la salud materna y, específicamente, la atención calificada durante el parto. Después de su independencia, el gobierno nacional dio alta prioridad a la meta de reducción de la mortalidad materna, invirtiendo en una serie de programas y estrategias para mejorar la salud maternoinfantil (*ver próxima sección*).

La profesionalización de las parteras: En 1932, se introdujo legislación para regular la práctica de las parteras profesionales. Como parte del personal de salud, las parteras profesionales fueron capacitadas, certificadas y registradas legalmente en base a competencia demostrada en una lista definida de habilidades clínicas. Fueron asignadas como primera línea de atención comunitaria en salud materna (*ver sección Invertir en personal para la atención de partos para obtener información sobre capacitación y supervisión de las parteras profesionales*).⁽⁴⁾

Registro de nacimientos y muertes: Durante la época de la colonia, se introdujo un sistema para registrar los nacimientos y las muertes. A mediados de la década de 1950, un sistema nacional de registro civil, basado en la expedición de una tarjeta de identidad personal, se constituyó en el medio para obtener estadísticas vitales confiables.

Inversión en las mujeres: Varias leyes y políticas cuyo objetivo es mejorar el estatus económico y social de las mujeres y fomentar la igualdad de acceso a oportunidades de educación, han creado un entorno habilitante para ampliar el acceso a la atención calificada:

- Una política nacional para las mujeres asegura la igualdad de oportunidades de educación, empleo y acceso a los servicios sociales y de salud básicos, a la vez que limita políticas y prácticas discriminatorias y empodera a las mujeres.
- La política educativa garantiza el acceso en igualdad de condiciones de niñas (y niños) a educación primaria y secundaria gratuita, y subsidia uniformes escolares, libros de texto y comidas escolares para los más pobres.
- La política de desarrollo rural refuerza la infraestructura básica, que incluye vivienda, escuelas, clínicas, caminos, transporte, comunicación y programas para aliviar la pobreza.
- Visión 2020 es una política de largo plazo que incluye la reducción de la mortalidad dentro de sus nueve acciones prioritarias para alcanzar una sociedad más solidaria.

Énfasis en la reducción de la pobreza: Los esfuerzos de Malasia para mejorar la salud materna y aumentar el acceso a la atención calificada se implementaron dentro del contexto de una estrategia para aliviar la pobreza que priorizó la reducción de brechas entre ricos y pobres. Esto ha permitido que grupos marginados, especialmente los más pobres en áreas rurales, se beneficien proporcionalmente más de los programas sociales y de salud.⁽⁴⁾

EL PROGRAMA NACIONAL DE MATERNIDAD SIN RIESGO

El Programa de Maternidad Sin Riesgo de Malasia ha usado un enfoque que incluye múltiples estrategias para reducir la mortalidad materna, centrado en:

- > mejorar la cobertura mediante un mayor acceso a los servicios básicos de salud;
- > elevar la calidad de la atención obstétrica esencial en los hospitales de distrito;
- > ajustar y mejorar los sistemas de referencia y de retroalimentación;
- > aumentar las capacidades y destrezas de los proveedores para el manejo de las complicaciones del embarazo y del parto; y
- > registrar las muertes maternas.⁽⁷⁾

Colaboración: Como meta para mejorar la calidad de los servicios de salud materna, el Gobierno ha fomentado un alto grado de colaboración a nivel de políticas, programas y de la comunidad.

- **Políticas y normas:** En 1971, se formaron Comités Maternoinfantiles nacional, estatales y distritales para desarrollar y vigilar las estrategias del programa y los estándares de atención. Estos comités multisectoriales contaron con la experiencia de especialistas médicos y personal de salud pública, así como de decisores clave de nivel estatal y distrital. El Comité Nacional y su Grupo de Trabajo elaboraron políticas nacionales, manuales y protocolos. Los problemas locales de salud maternoinfantil se discuten a nivel de distrito y se remiten a un nivel superior para dirimir cuestiones políticas o técnicas, según sea necesario.
- **Desarrollo del programa:** Desde comienzos de los años noventa, se desarrollaron estrategias en el ámbito local para reducir la mortalidad materna utilizando un enfoque integral de resolución de problemas a partir de un Equipo Distrital. Estos equipos identifican sus propios problemas, deciden sobre la mejor forma de resolverlos, diseñan intervenciones apropiadas y formulan un plan de acción distrital (*para obtener mayor información, ver la sección Evaluación y análisis del programa de maternidad sin riesgo*).
- **Compromiso del personal:** Se consulta a las asociaciones médicas, de enfermeras y de parteras profesionales para actualizar su formación introduciendo capacitación en destrezas para salvar vidas. Los currículos de capacitación son revisados por juntas reguladoras de enfermeras y parteras profesionales.
- **Extensión comunitaria:** Las ONG de mujeres y grupos comunitarios y religiosos han jugado un papel importante en la educación comunitaria y familiar y en la sensibilización de las comunidades.

Intervenciones críticas para aumentar la atención calificada durante el parto

En un contexto de políticas y legislación que promueven una mejor salud materna (*ver sección anterior*), Malasia ha implementado una serie de intervenciones escalonadas para ampliar el acceso de la población pobre de áreas rurales a los servicios de salud e incrementar la calidad de los servicios existentes a través de una mejor gerencia y de la movilización comunitaria.

Ampliación del acceso de la comunidad a los servicios de salud

En 1955 el Gobierno implementó un extenso programa de salud rural para brindar atención primaria en salud (incluyendo servicios de maternidad tales como atención prenatal, atención del parto y posparto) a nivel comunitario. Se construyeron clínicas rurales de salud, se ampliaron los servicios en los hospitales públicos y se capacitó un número adicional de personal calificado (especialmente parteras profesionales) que fueron asignadas para atender las comunidades rurales. Hacia 1977, la mayoría de la población rural vivía a sólo 2-4 kilómetros de distancia de un servicio de salud por camino asfaltado. Aquellas personas que viven lejos de las clínicas son atendidas por equipos móviles de salud.

Reorganización de la atención a la salud rural

In 1975, la red de salud rural pasó de 3 niveles a 2 niveles con el fin de ampliar el abanico de servicios ofrecidos a las madres en la primera visita, facilitar mayor acceso a los/as médicos/as, y ajustar el sistema de referencias. Las parteras profesionales comunitarias fueron promovidas a enfermeras multipropósito con habilidades adicionales (*ver siguiente página*).⁽⁶⁾

	Centros de Salud (1:20.000)	Clínicas Comunitarias (1:4.000)
Personal	Médico/a, odontólogo/a, asistentes médicos, enfermero/a de salud pública, auxiliares de enfermería, enfermeros/as de planta, parteras profesionales, asistente de laboratorio, responsable de dispensario y asistente administrativo.	Enfermero/a partera profesional comunitaria.
Servicios	Atención ambulatoria, atención maternoinfantil, salud ambiental, educación en salud, planificación familiar, dispensario.	Salud maternoinfantil, parto domiciliario, visitas domiciliarias, padecimientos menores, planificación familiar, vacunación.

Invertir en personal para la atención de partos

El personal que brinda servicios de salud materna incluye parteras profesionales,* enfermeros/as, oficiales médicos y especialistas en obstetricia. Las parteras profesionales son las principales proveedoras de servicios de salud materna en las áreas rurales; ofrecen atención pre y posparto y atienden todos los partos normales, ya sea en centros de salud o en visitas domiciliarias. Los/as enfermeros/as apoyan la labor de las parteras profesionales manejando las emergencias en aquellos casos en que no existe un médico con capacitación en obstetricia. Las parteras profesionales y enfermeros/as constituyen el primer punto de contacto para los servicios maternos, mientras que los oficiales médicos y los especialistas en obstetricia constituyen la primera línea de atención de las referencias.

Programas de capacitación: Todo el personal profesional de salud recibe capacitación en atención del parto con énfasis en la adquisición de experiencia práctica y competencia en habilidades clínicas:

- Las parteras profesionales/enfermeras comunitarias reciben una capacitación de dos años y medio basada en la adquisición de competencias en atención del parto y en atención ambulatoria básica, que incluye un período de internado en hospitales distritales y centros de salud. Desde 1987, los/as enfermeros/as comunitarios/as son capacitados/as para administrar oxitócicos y líquidos endovenosos para hemorragias posparto; desde 1993, también reciben capacitación en el uso del partograma para prevenir demoras en la referencia.
- Los/as enfermeros/as de planta y los/as enfermeros/as de salud pública reciben una capacitación de tres años y medio en enfermería; los/as enfermeros/as de planta reciben una capacitación adicional de un año en atención del parto y los/as enfermeros/as de salud pública, un año adicional en salud pública.
- Desde 1987, todos los oficiales médicos asignados a las clínicas de salud y a los hospitales reciben un curso de cuatro a siete meses de duración en obstetricia y ginecología para mejorar sus destrezas en la atención de complicaciones obstétricas y del embarazo.

Supervisión: Basada en un enfoque de respaldo y en el desarrollo de competencias, la supervisión se lleva a cabo de acuerdo con los protocolos y manuales establecidos. El personal que atiende partos recibe supervisión por medio de una lista de verificación escrita que cubre áreas como el mantenimiento de las instalaciones, el registro de información y las habilidades interpersonales. Los supervisores comentan inmediatamente aquellos aspectos relacionados con asuntos clínicos y programáticos. Las visitas de supervisión se llevan a cabo en forma regular en visitas programadas, aún cuando algunas se hacen sin previo aviso. Las parteras profesionales son supervisadas por enfermeros/as y los/as médicos/as a través de auditorías periódicas de casos. Los obstetras a cargo de los hospitales distritales discuten el manejo de complicaciones de emergencia y si las referencias fueron oportunas y adecuadas.

El establecimiento de sistemas de transporte y referencia

Los sistemas de comunicación, transporte y referencia aseguran que todos los centros de salud cuenten con los medios de transporte (p. ej., ambulancias) a un nivel más alto de atención, y que los sistemas de comunicación (p. ej., teléfono) permitan al personal discutir el manejo de los casos con proveedores de un nivel más alto. Por otra parte, al reconocer las complicaciones y referir a aquellas mujeres que requieren atención de emergencia a la clínica de salud más cercana, las parteras profesionales enlazan a la comunidad con las instituciones de salud.

A la vez que se establecieron sistemas de referencia, los centros de salud se fueron modernizando para brindar cuidados obstétricos esenciales. La existencia de equipos estandarizados y de listados de suministros y medicamentos esenciales asegura la disponibilidad de equipamiento y de suministros necesarios (p. ej., medicamentos, sangre) en las instituciones, de acuerdo con su nivel.

Los sistemas de referencia pueden traspasar las fronteras estatales para permitir la referencia y el tratamiento oportuno de casos de emergencia. En áreas ribereñas, costeras e isleñas, las mujeres que están próximas a dar a luz son transportadas al centro de salud más cercano en botes de la policía o de la marina antes de que comience la estación de inundaciones.

INVOLUCRAR A LAS PARTERAS TRADICIONALES

Hasta los años sesenta, las parteras tradicionales atendían la mayoría de los partos en áreas rurales o remotas. Como parte de su programa de servicios de salud rural, el gobierno trabajaba conjuntamente con las parteras tradicionales para mejorar el acceso de las mujeres a una persona calificada en el momento del parto. Durante algún tiempo, las parteras tradicionales recibieron capacitación en cuidados higiénicos básicos y para reconocer y referir casos complicados a un centro de salud. Las parteras tradicionales también fueron certificadas y registradas como parte del personal del sistema de salud.

Se instó a las parteras tradicionales a continuar con muchos servicios tradicionales (p. ej., acompañar a las mujeres a los hospitales, estar presentes durante el parto para realizar los rituales acostumbrados y asistir a la madre y al recién nacido), considerados muy valiosos entre las mujeres. El personal de salud aprendió a valorar el papel de los servicios de las parteras tradicionales y a trabajar junto con ellas como aliadas. Como resultado de este enfoque, hoy en día la mayoría de los partos son atendidos por parteras gubernamentales. Las parteras tradicionales aún juegan un papel importante en algunas comunidades remotas y marginadas. Por ejemplo, en 1994 en Sabah (este de Malasia), las parteras tradicionales atendieron el 12 por ciento del total de partos.

* Antes de 1978, las parteras profesionales eran capacitadas como proveedoras de un solo servicio; su capacitación fue posteriormente ampliada para incluir atención en salud infantil y cuidados ambulatorios, además de sus funciones usuales como partera. Como parte del personal de profesionales de la salud, las parteras profesionales son conocidas ahora como enfermeras comunitarias.

Extensión comunitaria

En un esfuerzo por mejorar la calidad de los servicios de salud y aumentar su utilización, la educación continua y la participación comunitaria han sido componentes centrales del programa rural de salud del gobierno:

- Líderes comunitarios y religiosos e individuos influyentes instan a las mujeres con embarazos de alto riesgo previamente identificados a dar a luz en los hospitales.
- Las mujeres que han sobrevivido a un parto complicado comparten sus experiencias con otras mujeres y sus familias.
- Las parteras tradicionales, que son miembros respetados en la comunidad, se han convertido en aliadas dentro de una red crítica que vincula al sistema de salud, las parteras tradicionales y la comunidad (*ver recuadro en página 13*).

Los proveedores de salud ofrecen educación comunitaria en centros de salud y a domicilio. Las parteras profesionales comunitarias llevan a cabo visitas prenatales domiciliarias para asegurar que las familias y las comunidades entiendan la necesidad de contar con atención calificada durante el parto y de hacer con antelación los arreglos necesarios para el transporte, el cuidado del recién nacido, etc. Se usan los medios de comunicación masiva extensamente a través de redes nacionales y regionales donde se transmiten programas semanales sobre la salud de las mujeres.

Mejoras en la calidad y la gerencia del programa de salud materna

Mientras que en el período posterior a la independencia se dio prioridad a la ampliación del acceso a los cuidados maternos básicos (*ver sección anterior*), los esfuerzos subsiguientes (entre las décadas de los años 70 y 90) se centraron en mejorar la calidad de los servicios disponibles a través de una mejor gerencia. Desde los años setenta el principal indicador utilizado para evaluar el programa de salud materna ha sido la proporción de nacimientos atendidos por personal calificado y los distritos fueron evaluados en base a su desempeño en relación con este indicador.

Monitoreo de las muertes maternas: El sistema para monitorear las muertes maternas se desarrolló a lo largo de un período de 40 años, de un sistema informal con investigaciones esporádicas al programa sistemático actual. Durante el período de la colonia, las muertes se reportaban a las autoridades policiales locales y la partera profesional gubernamental obtenía información sobre las muertes maternas. Estas investigaciones involucraban a los hospitales y a los administradores distritales que trabajaban con las familias y con la comunidad. Oficiales de alto rango visitaban el área donde se registraba una muerte materna para llamar la atención sobre el hecho y crear conciencia sobre las posibles causas y formas de prevenir la muerte. Se aclaraba que esto no era una investigación punitiva y que sólo pretendía determinar la causa y circunstancia de la muerte para corregir deficiencias en el sistema de salud.

En la década de 1980, se diseñaron formatos y procedimientos estandarizados en un esfuerzo para formalizar el proceso de investigación de las muertes maternas; se involucró a líderes comunitarios y al personal supervisor en las investigaciones. En 1991, se estableció el sistema actual para la investigación de muertes maternas, la *Indagación Confidencial de Muertes Maternas* (CEMD). Cada muerte materna es investigada por comités distritales, estatales y nacional, de manera oportuna, confidencial y no punitiva, con la finalidad de analizar la calidad de la atención prenatal y obstétrica, identificar las debilidades y las razones de una atención deficiente, y recomendar mejoras en el programa de salud materna.

Desarrollo de normas y protocolos: El Comité Nacional de Salud Maternoinfantil (compuesto por parteras profesionales, enfermeras, obstetras y representantes de instituciones académicas y de capacitación), en colaboración con una gran variedad de personas interesadas en el tema, define las normas para la atención clínica y la referencia, desarrollando manuales y protocolos para las distintas categorías de proveedores de salud (*ver sección anterior sobre Leyes, políticas y programas relacionados*).

Las normas y protocolos se revisan y actualizan para que reflejen las realidades cambiantes. En 1984, se elaboraron las normas nacionales para la atención prenatal y obstétrica y se redactaron protocolos de manejo para las principales causas de muerte materna (hemorragia posparto, infección puerperal y parto obstruido). Estas normas se revisaron en 1996 para incluir indicadores obstétricos que reflejan la calidad de la atención.

También se formularon normas, procedimientos y patrones para la atención materna que fueron usados para actualizar la capacitación y las destrezas de las parteras profesionales y enfermeros/as, además de implementarse estrategias para aumentar la atención del parto por personal profesional. Por ejemplo, se instituyó un sistema de código de colores para evaluar a las mujeres embarazadas y tratar de identificar aquellas en riesgo de sufrir complicaciones de manera que puedan recibir una atención adecuada.

Evaluación y análisis del programa de maternidad sin riesgo: Periódicamente se llevan a cabo evaluaciones de rutina sobre aspectos específicos de la atención materna, y los resultados se usan para modificar y mejorar los servicios. Por ejemplo:

- En 1984, un análisis funcional del sistema de salud encontró deficiencias en la capacitación y en la supervisión, así como un ambiente hostil en las instalaciones: largos períodos de espera y flujos no-sistemáticos de pacientes en las clínicas. Como resultado, se revisaron las normas y procedimientos para reducir procedimientos innecesarios y aumentar las visitas prenatales y de posparto; se adaptó el currículo de capacitación de enfermeros/as y de parteras profesionales; se mejoró la comunicación interpersonal; y se creó un formato estandarizado para la supervisión capacitante.
- En 1966, se introdujo el Programa de Garantía de Calidad como sistema para evaluar continuamente la calidad de la atención. Se usaron indicadores de calidad de la atención prenatal y obstétrica para corregir debilidades en el sistema de salud y mejorar la atención deficiente. En 1999, se agregaron indicadores de proceso con el fin de asegurar la rápida toma de decisión para prevenir muertes maternas.
- Desde comienzos de los años noventa, los Equipos Distritales, con su enfoque integral de resolución de problemas, identificaron las estrategias para reducir la mortalidad materna. Estos equipos identifican deficiencias en la atención, definen estrategias y soluciones y diseñan intervenciones para corregir estas dificultades a través del desarrollo de un plan de acción distrital. En 1999, una investigación encontró que era difícil aplicar el enfoque de equipo para solucionar problemas entre el personal de salud y el de los hospitales, pero que los programas de extensión y movilización comunitaria habían aumentado la disposición de las mujeres a dar a luz en los hospitales, reducido la incidencia de partos ocurridos antes de llegar al hospital e incrementado la atención calificada durante el parto.

Inversión pública en salud materna

Desde los años cincuenta, el total de la inversión pública en salud ha promediado de 1,4% a 1,8% del PIB; el total del gasto en salud materna en los hospitales del sector público y en los servicios comunitarios ha sido modesto, promediando 0,38% del PIB (ver *Tabla 1*).⁽⁴⁾

Los servicios de salud materna se ofrecen principalmente a través del sector público e incluso la atención calificada durante el parto se brinda gratuitamente a la población pobre y casi gratuitamente a otros grupos. El gobierno ha hecho grandes esfuerzos para eliminar barreras financieras; un ejemplo es el subsidio del transporte de casos de emergencia.

Para obtener información adicional acerca del programa de maternidad sin riesgo de Malasia, dirigirse a:

Raj Karim
 Director Regional
 Federación Internacional de Planificación de la Familia
 246 Lorong Enau, off Jalan Ampang
 Oficina Regional del Sudeste Asiático y Oceanía (ESEAOR)
 Kuala Lumpur 50450 Malasia
 Tel.: 60 3 456 61 22/246/308
 Fax: 60 3 456 6386
 Correo electrónico: rkarim@ippfeseaor.org

TABLA 1 >
GASTO PÚBLICO EN SERVICIOS DE SALUD Y ATENCIÓN EN SALUD MATERNA COMO PORCENTAJE DEL PIB (4)

Período	Inversión pública como % del PIB	
	Total de Servicios de Salud	Atención en Salud Materna
1950-55	ND*	ND
1956-60	1,54	ND
1961-65	1,71	ND
1966-70	ND	ND
1971-75	1,79	0,32
1976-80	1,63	0,36
1981-85	1,59	0,41
1986-90	1,51	0,40
1991-95	1,44	0,37

* ND = No Disponible

LAS CLAVES DEL ÉXITO DE MALASIA SON:

- > Una política de compromiso de alto nivel para reducir la mortalidad materna y mejorar la atención calificada durante el parto.
- > Un enfoque descentralizado y con muchas facetas que identifica problemas específicos y los resuelve a través de aumentar las mejoras en los servicios de salud y en los sistemas hospitalarios y comunitarios.
- > Colaboración a nivel de políticas, programas y participación comunitaria.
- > Sistemas de control y evaluación para identificar deficiencias en la atención y sugerir mejoras.
- > Participación y empoderamiento de la comunidad, lo que incluye alianzas con las parteras tradicionales.

Fuentes

¹ *World Development Indicators 2002*. Banco Mundial, Washington DC, 2002.
² 1994, any method. *World Contraceptive Use 2001*. United Nations Population Division. Department of Social and Economic Affairs. Nueva York, Mayo 2002.
³ 1995; *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. WHO, Geneva, 2001.
⁴ Indra Pathmanathan and Jerker Liljestrand, eds. *Investing Effectively in Maternal Health: Malaysia and Sri Lanka*. Banco Mundial, Washington DC, 2003.
⁵ *Safe Motherhood and the World Bank: Lessons from 10 years of Experience*, Human Development Network Series, Banco Mundial, 1999.
⁶ 1996; *Report on the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in Malaysia 1995-1996*. Ministerio de Salud, Malaysia, 2000.
⁷ A.T. Lim, Sharifah Tahir, and A. Vasanthamala. *Combating Maternal Mortality: Lessons from Pasir Mas, Malaysia*. International Council on Management of Population Programmes, 1998.



Introducción

La República Democrática Socialista de Sri Lanka es una isla localizada en el Océano Índico. Su población es primordialmente rural y su economía está basada en la agricultura.

Desde hace muchos años, Sri Lanka se ha dedicado a asegurar el bienestar social y la salud de sus ciudadanos. Desde los años 30, brinda servicios de salud integral en forma gratuita y, en 1945, el gobierno estableció una política universal de educación gratuita desde el primer año hasta la culminación de los estudios universitarios, resultando en una tasa global de alfabetización de 91% en 2000.*

Sri Lanka ha mostrado progresos similares en otros indicadores sociales y de salud: la mortalidad infantil decayó de 82 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1950 a 15 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1997.⁽⁴⁾ La expectativa de vida aumentó a 73 años; la tasa de fecundidad bajó en forma sostenida, de 5,1 en 1953 a 2,1 en 2000. El uso de métodos anticonceptivos tradicionales y modernos aumentó a 66% en 1993.⁽²⁾

La inversión en salud y desarrollo de las mujeres ha sido un componente importante en el éxito de Sri Lanka. Las mujeres tienen igualdad de derechos en educación, sufragio y empleo. La constitución nacional (1978) les garantiza igualdad, y se les otorga derechos humanos y libertades en igualdad de condiciones que a los hombres.⁽⁵⁾

Salud materna: En las últimas cinco décadas, la mortalidad materna ha decrecido considerablemente, de 1.660 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 1947⁽⁵⁾ a 60 muertes en 1995.⁽³⁾ La atención calificada durante el parto aumentó del 27% en 1939 al 89% en 1996.⁽⁴⁾ Hoy en día la mayoría de las mujeres en Sri Lanka tiene acceso a atención calificada durante el embarazo y el parto. La mayoría de las mujeres (99%) recibe atención prenatal, el 90% da a luz en contextos institucionales y el 95% de los partos son atendidos por una persona calificada.

La salud maternoinfantil ha sido prioritaria en la política gubernamental de atención primaria y la infraestructura de salud. Desde mediados de los años veinte, una amplia red de instituciones a nivel comunitario ha brindado servicios preventivos básicos, que incluyen atención prenatal y atención calificada durante el parto y el posparto, ya sea en contextos domiciliarios o institucionales.⁽⁶⁾

A pesar de tener las tasas de mortalidad más bajas del sur de Asia (así como la tasa más alta de prevalencia anticonceptiva)⁽⁶⁾, Sri Lanka continúa perfeccionando sus programas para reducir aún más el número de muertes y discapacidades. En aquellas provincias donde el conflicto armado sigue siendo un problema, la mortalidad materna es casi el doble. Se estima que aproximadamente del 3 al 4% de los partos (que suponen un total de 14.000 partos anuales) no reciben ninguna atención calificada. Estos partos ocurren principalmente en áreas remotas (como el sector de las plantaciones) y en áreas

Población (millones) ⁽¹⁾	19,4
Distribución poblacional (%)	
Rural	76
Urbana	24
Tasa de analfabetismo en adultos (%) ⁽¹⁾	
Hombres	6
Mujeres	11
PIB (millones de US \$) ⁽¹⁾	16.305
% del PIB invertido en salud	1,7
Tasa total de fecundidad ⁽¹⁾	2,1
Prevalencia anticonceptiva (%) ⁽²⁾	66
Razón de mortalidad materna nacional ⁽³⁾	60

La atención calificada durante el parto requiere la presencia de un/a médico/a, una partera profesional o un/a enfermero/a con habilidades en atención del parto, capacitado/a para atender el trabajo de parto y el parto normal, reconocer complicaciones y brindar ya sea tratamiento de emergencia o referencia inmediata a los centros de salud para una atención más especializada. La atención calificada también requiere sistemas adecuados de referencia y transporte, y disponibilidad de los medicamentos, equipamientos y suministros necesarios.

* % para 15 años y más. *Informe sobre Desarrollo Humano 2002*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York, 2002.

de conflicto civil. Además, por razones culturales, algunas mujeres aún prefieren dar a luz en sus hogares sin el apoyo de una persona calificada. La investigación ha demostrado que dos terceras partes de la mortalidad y morbilidad maternas se deben a causas prevenibles y que más del 70% de las muertes infantiles ocurren durante el período neonatal. El aborto es ilegal bajo toda circunstancia excepto cuando se trata de salvar la vida de la mujer, y se estima que los abortos realizados en condiciones de riesgo causan aproximadamente del 7 al 10% de todas las muertes maternas (ver Figura 1).

Leyes, políticas y programas relacionados

Sri Lanka ha mostrado un compromiso sostenido y de alto nivel con la maternidad sin riesgo desde el período de la colonia y después de su independencia. Una serie de políticas e iniciativas legales han creado un marco de respaldo para la reducción de la mortalidad materna y para mejorar el acceso a la atención calificada durante el parto. Entre ellas se incluyen:

Profesionalización de las parteras: Desde finales del siglo diecinueve, las parteras profesionales fueron capacitadas en habilidades clínicas y registradas oficialmente como parte del personal de salud. Fueron asignadas a una extensa red de servicios de salud rurales, domiciliarios e institucionales. La profesión de partera adquirió prestigio y éstas eran muy respetadas en las comunidades en que servían. Hasta el día de hoy esto es así.

Sistema de registro vital: En 1897, ya existía un sistema para registrar los nacimientos y las muertes y en 1921, se incluyó una sección especial para registrar las muertes maternas. La disponibilidad de estadísticas vitales no sólo facilita la creación de conciencia acerca de la magnitud del problema y la toma de medidas, sino que también brinda un mecanismo para evaluar y mejorar los servicios de salud maternoinfantil.

Integración de los servicios de planificación familiar: Desde 1965, los servicios de planificación familiar han formado parte integral de la salud maternoinfantil. La integración de estos servicios facilitó la aceptación de la planificación familiar y promovió un descenso notorio de las tasas de fecundidad.⁽⁴⁾

Inversión en las mujeres: Como se describió en la sección anterior, Sri Lanka ha hecho grandes inversiones para mejorar la condición de las mujeres a través de políticas que promueven su educación y facilitan su participación en la vida social y política del país.

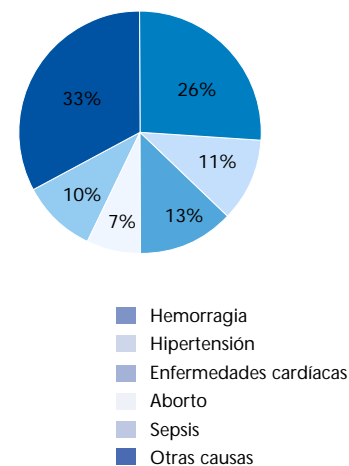
Colaboración: Desde hace algún tiempo, el Presidente o el Ministro de Salud nombran un comité multisectorial con representación de los ministerios pertinentes, asociaciones profesionales y ONG para formular las políticas nacionales. Algunas veces se nombran subcomités para asegurar que los diferentes sectores (centrales y regionales) y asociaciones profesionales (i.e., Colegios de Obstetras, asociaciones de parteras profesionales, etc.) puedan opinar sobre los detalles de su implementación antes de que la política sea formulada. La Política de Población y Salud Reproductiva de 1998, que incluye la maternidad sin riesgo como una de sus metas, fue desarrollada por un grupo de trabajo que incluía representantes del Ministerio de Salud, el Ministerio de Asuntos Femeninos, la Oficina de la Mujer, académicos y ONG.

Intervenciones críticas para aumentar la atención calificada durante el parto

Entre 1940 y 1990, Sri Lanka desarrolló una serie de estrategias escalonadas para mejorar la salud maternoinfantil. Entre ellas:

- La mejora del acceso a los servicios de salud comunitarios, incluyendo la atención prenatal y la atención calificada durante el parto, gratuitos para toda la población;
- La expansión de los servicios obstétricos especializados; y
- El desarrollo de sistemas de monitoreo y evaluación para mejorar la calidad de los servicios.

FIGURA 1 > CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA



EL PROGRAMA NACIONAL DE MATERNIDAD SIN RIESGO

Una de las metas principales de las políticas de salud y del Programa Maternoinfantil, es reducir la mortalidad materna. A nivel nacional, la Oficina de Salud Familiar, encabezada por el Director de Salud Maternoinfantil, es la unidad responsable en el Ministerio de Salud de planificar, implementar y dar seguimiento a todas las actividades de salud materna. Las prioridades más importantes para una maternidad sin riesgo son:

- > Promover la distribución equitativa de los servicios de salud materna para reducir las disparidades en y entre los distritos;
- > Mejorar la calidad de los servicios prenatales, durante el parto y posnatales a través de la capacitación y supervisión; introducir el partograma en algunos hospitales y una lista de suministros y equipos esenciales;
- > Actualizar y mejorar el proceso de identificación de riesgo y la referencia, con énfasis en la atención obstétrica esencial y de emergencia; e
- > Investigar sistemáticamente las muertes maternas.

LA PARTERA PROFESIONAL DE SALUD PÚBLICA

La Partera Profesional de Salud Pública es el proveedor de salud de primera línea en la comunidad para la atención domiciliaria en salud materno-infantil y en planificación familiar. Existen alrededor de 4.600 Parteras Profesionales de Salud Pública activas en el sistema de unidades de salud, y cada una atiende a una población de entre 3.000 y 5.000 personas. A través de visitas domiciliarias programadas, estas parteras brindan a mujeres embarazadas, infantes y pre-escolares servicios que incluyen:

- > consejería y educación individual en salud;
- > identificación y registro de todas las mujeres embarazadas;
- > atención prenatal;
- > apoyo a las mujeres para planificar el sitio en donde darán a luz;
- > atención a partos domiciliarios si es necesario;
- > atención y consejería posparto;
- > consejería en planificación familiar y suministro de pastillas anticonceptivas y condones a las parejas en edad reproductiva;
- > educación en salud reproductiva para los adolescentes; y
- > promoción de exámenes para detección de cáncer de órganos reproductivos entre las mujeres y programación de controles periódicos.

Respaldadas por un sistema de salud institucional bien estructurado, las Parteras Profesionales de Salud Pública enlazan los servicios domiciliarios con los servicios clínicos. Sus actividades se apoyan en un sistema de registro que les permite planificar y dar seguimiento a sus actividades diarias.

Colaborar en la planificación del lugar donde las mujeres darán a luz ha responsabilizado a las Parteras Profesionales de Salud Pública de la gran proporción de mujeres (88%) que dan a luz en instituciones de salud gubernamentales. También ha garantizado que alrededor del 65 por ciento de las mujeres reciban atención posparto al menos una vez en los primeros 10 días después del parto.

Mejorar el acceso a los servicios de salud comunitarios

En 1926, el gobierno estableció un sistema de “unidades de salud” para brindar servicios de salud comunitarios, que incluyen servicios de atención materno-infantil y de planificación familiar, a la mayor parte de la población. A través de la oferta de servicios, tanto en el ámbito institucional (centros de salud localizados en la comunidad) como en el ámbito domiciliario, cada unidad de salud cubre una población que oscila entre 40.000 y 70.000 habitantes. Las unidades de salud cuentan con un/a Oficial Médico/a de salud (quien está a cargo de la unidad) y un equipo que incluye Enfermeros/as de Salud Pública y Parteras Profesionales de Salud Pública (*ver recuadro*). Además, cada unidad de salud está subdividida en áreas por Partera Profesional de Salud Pública, que constituyen la unidad más pequeña de trabajo dentro del sistema rural de atención en salud del gobierno.

Hacia 1948, el sistema de unidades de salud había crecido hasta cubrir todo el país y se capacitó y asignó personal de salud a cada centro para ofrecer servicios domiciliarios a las mujeres. En 1975, la mayoría de la población habitaba a sólo 1,3 kilómetros de una institución de salud.⁽⁴⁾

El personal asignado a la comunidad es capacitado y supervisado de acuerdo con los siguientes criterios:

- **La Partera Profesional de Salud Pública** recibe una capacitación en competencias para la atención del parto de 18 meses de duración (12 meses en una escuela de enfermería y seis meses en la comunidad, en un centro de capacitación de terreno).
- **La Enfermera de Salud Pública** recibe tres años de formación en una Escuela de Enfermería, seguido de seis meses de capacitación en atención de partos, un año en una escuela superior de enfermería y seis meses de prácticas en servicio en terreno.
- **Los Oficiales Médicos** reciben cinco años de formación en la Facultad de Medicina, seguido por un año de internado (consistente en dos períodos de seis meses cada uno). Desde 1915, todos los estudiantes de medicina deben recibir capacitación en atención de partos.

Regularmente, capacita en servicio al personal de terreno para actualizar sus conocimientos y habilidades en salud materno-infantil y en planificación familiar. El personal de cada unidad de salud participa en conferencias mensuales donde recibe capacitación, supervisión y desarrollo de habilidades.

Supervisión: Basado en un enfoque de promoción no punitivo, la supervisión y los Oficiales Médicos dirigen y supervisan los servicios de salud materna. Las Parteras Profesionales de Salud Pública son supervisadas por Parteras Profesionales supervisoras de Salud Pública, quienes a su vez son supervisadas por las Enfermeras de Salud Pública. Las Parteras Profesionales de Salud Pública llevan las historias clínicas y registros que son revisados por el personal de supervisión.

Sistemas de referencia y transporte: En 1926, se instituyó un sistema de servicios de ambulancia que se expandió rápidamente de manera que para 1950 la mayoría de los centros disponían de transporte de emergencia. En caso de no contar con una ambulancia, el personal de salud puede hacer arreglos para financiar otro medio de transporte, que es reembolsado por el Ministerio de Salud.⁽⁴⁾

Las parteras profesionales que trabajan en el campo pueden llamar a la Enfermera de Salud Pública o al Oficial Médico de sus unidades de salud para discutir los casos de emergencia y pueden referir a las mujeres a la clínica u hospital más cercano, o directamente a una institución de referencia de nivel más alto.

Extensión comunitaria: El Ministerio de Salud lleva a cabo actividades de información, educación y comunicación (IEC) para motivar a las madres a que visiten las clínicas de salud y den a luz en los hospitales. La Oficina de Salud Familiar y la Oficina de Educación en Salud del Ministerio de Salud prepararon materiales impresos para educar a las madres respecto a los beneficios de salud de la atención calificada durante el parto. Varios programas de televisión y radio dirigidos por especialistas en la materia también transmiten información importante sobre salud, nutrición y otros temas relacionados. La población, que tiene un alto nivel educativo, ha sido más receptiva hacia las actividades de educación en salud, lo cual ha promovido una mayor utilización de los servicios.

Ampliar el acceso a los servicios obstétricos especializados

El sistema de salud comunitario de Sri Lanka (*ver sección anterior*) está conectado a una red de tres niveles institucionales que brindan una variedad de servicios obstétricos:

- Los **hospitales especializados** (de enseñanza, provinciales y de base) constituyen el nivel terciario que ofrece cuidados obstétricos de emergencia y otros servicios especializados. Actualmente existe un total de 50 hospitales especializados (población 1:400.000) atendidos por especialistas obstetras.
- Las **instituciones intermedias/secundarias** (hospitales de distrito y unidades periféricas) ofrecen una gran variedad de servicios con internamiento además de servicios de salud materna. Estas instituciones ofrecen cuidados obstétricos esenciales básicos y, si es necesario, refieren a las mujeres a hospitales especializados (por ambulancia).
- Las **instituciones primarias** (hospitales rurales, hospitales campestres y casas maternas) ofrecen servicios ambulatorios y atención de partos normales.

TABLA 1 >
EXPANSIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNOINFANTIL

	Hospitales*	Casas Maternas	Parteras Profesionales†	Centros de Salud
1941	129	12	347	ND**
1945	153	34	542	503
1950	263	99	1053	701
1954	270	104	1854	ND
1970	ND	128	2680	1122
1980	357	100	3350	1344
1986	389	88	4652	1778
1989	400	83	5030	1880
1993	410	78	6533	1905
1996	426	60	6745	1950

* Incluye unidades de capacitación, provinciales, de base, distritales y periféricas, y hospitales rurales, todas con salas de parto en los servicios.

† Incluye tanto hospitales como parteras profesionales de campo.

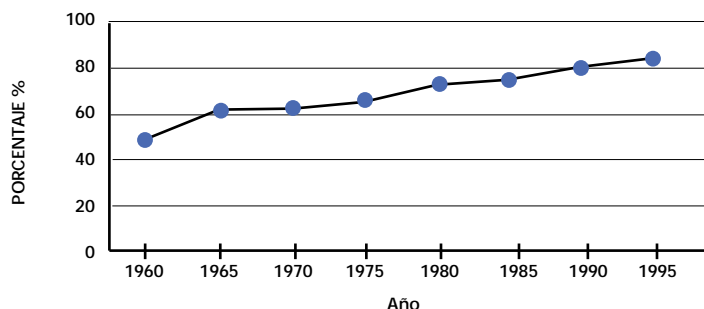
** ND= No disponible

Desde los años cincuenta, el número de instituciones especializadas aumentó en forma sostenida (*ver Tabla 1*), con lo que se ofrecía a las mujeres un mayor acceso a médicos (incluyendo especialistas obstétricos) para la atención materna. Entre 1964 y 1983, el número de hospitales de provincia y de base creció en un 30% y el número de hospitales de distrito y periféricos creció en un 41%.⁽⁴⁾

Como ilustra la *Figura 2*, los partos institucionales han aumentado progresivamente en las últimas cuatro décadas debido a un mayor acceso a las instituciones y al contacto sistemático con la Partera Profesional de Salud Pública. Del número total de partos atendidos en instituciones gubernamentales, casi el 70% se lleva a cabo en hospitales especializados, donde gineco-obstetras, parteras profesionales o enfermeras con destrezas para la atención de parto manejan los partos. Un poco más del 20% de los partos son atendidos en el nivel secundario y aproximadamente un 10% en el nivel primario. Una pequeña proporción (3%) es atendida en el hogar por parteras profesionales gubernamentales.

Sistemas de transporte y de referencia: Todos los hospitales importantes cuentan con servicios de ambulancia para el transporte a una institución de referencia de nivel superior. Si no hay disponibilidad de una ambulancia u otro vehículo del hospital, el personal de salud puede hacer arreglos para financiar un servicio alternativo de transporte, que es reembolsado por el Ministerio de Salud.

FIGURA 2 >
PORCENTAJE DE PARTOS EN HOSPITALES GUBERNAMENTALES



INVESTIGAR CADA MUERTE MATERNA

Desde finales de los años cincuenta existe un sistema para investigar las muertes maternas. Inicialmente, el Oficial Médico de Salud conducía la investigación de una muerte materna usando un formato definido, y determinaba si era necesario introducir cambios. En los años ochenta se introdujo un sistema formal de análisis de las muertes maternas. Un comité, encabezado por el Director General de los Servicios de Salud y que incluye a administradores, obstetras, oficiales médicos de salud y miembros de las asociaciones profesionales médicas, analiza las causas y circunstancias de cada muerte materna.

A nivel regional y central se llevan a cabo análisis anuales y trimestrales. Usando el modelo de las Tres Demoras, cada muerte es analizada detalladamente, no para determinar culpabilidades sino para identificar acciones correctivas. Las medidas necesarias para prevenir estas muertes se discuten con los gerentes de los programas y con los proveedores de los servicios. La Oficina de Salud Familiar actúa como el punto focal para este sistema y aporta retroalimentación sobre los temas discutidos y las medidas correctivas que se deben tomar en el futuro. Algunos ejemplos de las medidas que se tomaron a raíz del análisis de muertes maternas son: el establecimiento de servicios de ambulancia las 24 horas, y el nombramiento de dos especialistas obstetras en una institución de referencia.⁽⁴⁾

Sistemas de seguimiento y evaluación para mejorar la calidad de los servicios

Entre 1960 y 1990, el Gobierno puso énfasis en mejorar la calidad de los servicios a través de la implementación de sistemas de seguimiento y evaluación. A nivel nacional, todas las actividades de salud materno-infantil y de planificación familiar se consolidaron en una sola división, la Oficina de Salud Familiar, encabezada por el Director de Salud Materno-infantil. Se revisó el sistema de informes de terreno para evaluar el programa e identificar las áreas que necesitan mejoras.⁽⁴⁾

La Oficina de Salud Familiar coordina las actividades de seguimiento y evaluación que incluyen:

- Auditorías anuales de muertes maternas en los niveles regional y central (*ver recuadro*); y
- Análisis trimestrales y anuales de muertes maternas a nivel distrital.

Se ha desarrollado una serie de indicadores para el Sistema de Información Gerencial de Salud Materno-infantil que orientan la supervisión de los proveedores de salud distritales, provinciales y nacionales. Los proveedores reciben inmediatamente la retroalimentación y orientación correctiva necesaria.

Normas y protocolos: Se redactaron normas y protocolos para la mayoría de las actividades de salud materno-infantil. Estos orientan la capacitación y la organización de los servicios de salud y se preparan y circulan periódicamente entre los trabajadores de la salud para actualizar sus conocimientos. Algunos ejemplos de ello son:

- Un manual integral para los proveedores de salud del nivel periférico sobre salud materno-infantil y planificación familiar (actualmente en revisión) que es usado como referencia por el personal de salud en sus actividades diarias.
- Protocolos específicos para el manejo de emergencias obstétricas y resucitación de recién nacidos que han sido elaborados y distribuidos entre el personal pertinente.
- Dos manuales sobre *Manejo de emergencias obstétricas en la periferia* y *Desarrollo de recursos humanos para el personal de salud* en proceso de elaboración con la ayuda de agencias especializadas en la materia.
- Un sistema nacional para el análisis de cada muerte materna (*ver recuadro*).

Una reciente evaluación de la calidad de la atención materna ha identificado algunas deficiencias en instituciones de nivel primario, especialmente en relación con los sistemas de comunicación y transporte. Por ejemplo, pese a que la mayoría de los hospitales cuentan con ambulancias y teléfonos, las instituciones más pequeñas aún no cuentan con estos servicios y enfrentan dificultades en el traslado de los/as pacientes a los centros de referencia. También hay escasez de ciertas categorías de personal de salud en algunas regiones del país, lo cual ha afectado la calidad en la provisión de servicios.

Inversión pública en salud materna

El gasto gubernamental en salud ha variado de 1,47% a 2,12% del PIB; del total gastado en servicios de salud, un porcentaje muy modesto se dedica a la atención en salud materna (ver *Tabla 2*). Antes de los años noventa, los servicios de salud eran financiados principalmente por el Gobierno; posteriormente el financiamiento para los servicios de salud proviene tanto del gobierno como de aportes de los hogares.⁽⁴⁾

Además del aporte gubernamental, el Programa de Maternidad sin Riesgo también recibe apoyo financiero y técnico de agencias internacionales; entre otras, UNICEF, OMS, UNFPA y el Banco Mundial.

TABLA 2 >
GASTO PÚBLICO EN SALUD MATERNA EN SRI LANKA: 1950-1999⁽⁴⁾

Década	Porcentaje del PIB	
	Gasto en atención en salud materna	Total de gasto gubernamental en salud
1950s	0,28	1,95
1960s	0,30	2,12
1970s	0,26	1,81
1980s	0,18	1,47
1990s	0,16	1,53
1950-1999	0,23	1,79

LAS CLAVES DEL ÉXITO DE SRI LANKA SON:

- > Un compromiso constante y de largo plazo del gobierno con la salud y el desarrollo, con énfasis en la igualdad de las mujeres.
- > La integración de la salud materna dentro de una política amplia de salud y desarrollo.
- > Servicios de salud gratuitos y ampliamente accesibles a nivel comunitario.
- > Énfasis en la capacitación y calidad de la atención.
- > Seguimiento y análisis rutinarios, incluyendo auditorías de muertes maternas.

Para información adicional acerca del Programa de Maternidad sin Riesgo de Sri Lanka, dirigirse a:

Dr. Anoma Jayathilaka
Ministerio de Salud
Oficina de Salud de la Familia
No. 231, De Saram Place
Colombo, Sri Lanka
Tel.: 94 1 696 508
Fax: 94 1 823 012
Correo electrónico: jayandse@sltnet.lk

Fuentes

- ¹ *World Development Indicators 2002*. Banco Mundial, Washington DC, 2002.
- ² *World Contraceptive Use 2001*. United Nations Population Division, Department of Social and Economic Affairs. Nueva York, Mayo, 2001.
- ³ 1995; *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. WHO, Ginebra, 2001. Un estudio sobre mortalidad materna. Un estudio de la mortalidad materna [*Maternal deaths in Sri Lanka: A review of estimates and causes 1996*. Autores: J. Nalin Rodrigo, Lakshman Fernando, Lakshman Senanayaka, Prasanna Gunasekara, Soma da Silva. Estudio apoyado por UNICEF] realizado en 1996 mostró una tasa de mortalidad materna de 92 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. El estudio determinó que el uso de registros vitales para medir la mortalidad materna puede registrar inadecuadamente el número de muertes maternas.
- ⁴ Indra Pathmanathan and Jerker Liljestrand, eds. *Investing Effectively in Maternal Health: Malaysia and Sri Lanka*. World Bank, Washington DC, 2003.
- ⁵ World Bank Case Study on Sri Lanka, Institute on Reproductive Health and Health Reform, 2000.
- ⁶ H.R. Seneviratne and L.C. Rajapaksa. "Safe Motherhood in Sri Lanka: A 100-year March." *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 70 (2000): 113-124.



Población (millones) ⁽¹⁾	9,6
Distribución poblacional (%)	
Rural	35
Urbana	65
Tasa de analfabetismo en adultos (%) ⁽¹⁾	
Hombres	19
Mujeres	39
PIB (millones de US \$) ⁽¹⁾	19.462
% del PIB invertido en salud	2,2
Tasa total de fecundidad ⁽¹⁾	2,1
Prevalencia anticonceptiva (%) ⁽²⁾	2,1
Razón de mortalidad materna nacional ⁽³⁾	70

Introducción

Túnez es el más pequeño de los países del norte de África. Limita con Argelia, Libia y el Mar Mediterráneo.

Las condiciones de salud y de vida de todos los tunecinos han mejorado sustancialmente en las últimas décadas. Por ejemplo, entre 1970 y 2000, la expectativa de vida subió de 55,6 a 72 años. Así mismo, en el periodo de 1970 a 2000, la mortalidad infantil bajó de 135 a 26 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

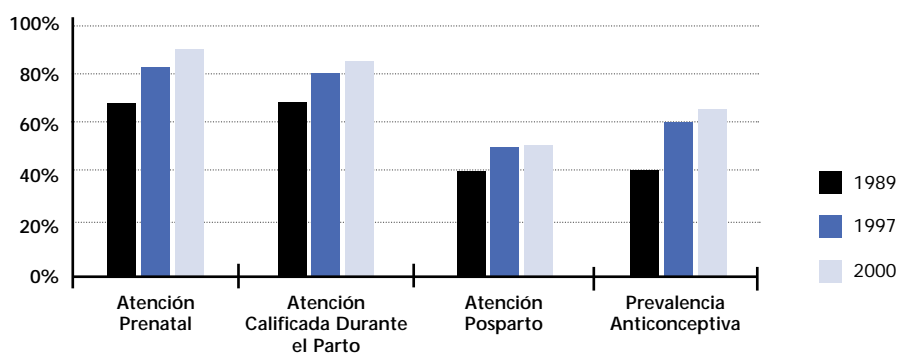
Desde su independencia en 1956, Túnez ha puesto mayor énfasis en la salud y bienestar de las mujeres. Se abolió la poligamia, la educación es obligatoria tanto para niños como para niñas, y en 1959, se otorgó igualdad de derechos a las mujeres, lo que les permitió el sufragio y el acceso a cargos públicos. A mitad de los años sesenta, Túnez legalizó el aborto y comenzó a implementar un programa nacional de planificación familiar que ayudó a promover un descenso notable de la tasa total de fecundidad, de 6,2 en 1970 a 2,1 en 2000.

Salud materna: La tasa de mortalidad materna de Túnez ha declinado drásticamente en las últimas décadas—en un 80% entre 1971 y 1994— a su nivel actual de 70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.⁽²⁾ La utilización de los servicios de salud materna también ha aumentado notoriamente (ver *Figura 1*): el 92% de las mujeres reciben atención prenatal y el 82% dan a luz con una persona calificada.

Desde los años sesenta, Túnez ha hecho un esfuerzo concertado para reducir la mortalidad materna. Se establecieron centros de salud maternoinfantil en todo el país, en los que las parteras profesionales juegan un papel primordial en la prestación de servicios de salud materna y de planificación familiar. Durante los años sesenta y setenta, se instituyeron varias políticas para mejorar la salud materna (ver *la próxima sección*) y en 1990, se lanzó un programa nacional de salud materna.

La atención calificada durante el parto requiere la presencia de un/a médico/a, una partera profesional o un/a enfermero/a con habilidades en atención del parto, capacitado/a para atender el trabajo de parto y el parto normal, reconocer complicaciones y brindar ya sea tratamiento de emergencia o referencia inmediata a los centros de salud para una atención más especializada. La atención calificada también requiere sistemas adecuados de referencia y transporte, y disponibilidad de los medicamentos, equipamientos y suministros necesarios.

FIGURA 1 > USO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MATERNA Y DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Leyes, políticas y programas relacionados

Entre 1950 y 1970, Túnez instituyó una serie de políticas para promover la igualdad y mejorar la condición de las mujeres:

- El **Código de Estatus Personal** (1956, 1964) abolió la poligamia y el repudio y aumentó la edad legal para contraer matrimonio (17 años para las mujeres; 20 años para los hombres).*
- La **Educación Obligatoria** (1958) se instituyó en forma gratuita para niños y niñas desde la edad de seis años.
- La **Constitución Nacional** (1959) otorgó a las mujeres igualdad de derechos civiles, económicos y administrativos; las mujeres obtuvieron el derecho a voto y a ocupar cargos públicos.

Además de establecer un marco de políticas que promueven el mejoramiento de la salud materna y la ampliación del acceso a atención calificada durante el parto, en 1965 Túnez implementó un programa nacional de planificación familiar integrado a su sistema básico de salud. Las parteras profesionales se convirtieron en el personal de salud clave para la atención en planificación familiar y en salud materna. En 1965 también se legalizó el aborto durante el primer trimestre para aquellas mujeres con más de cinco hijos. Posteriormente esta ley fue enmendada para permitir el aborto a petición de la mujer durante los tres primeros meses de embarazo.†

En 1981 Túnez elaboró una política de atención primaria en salud cuyo objetivo clave fue reducir la mortalidad materna. A principios de los años noventa se establecieron varias entidades de vigilancia para aconsejar sobre asuntos de la mujer, entre ellas la salud materna. Estas son:

- El Centro de Investigación, Estudio, Documentación e Información sobre las Mujeres;
- El Ministerio a Cargo de las Mujeres y Asuntos de Familia (que responde al Primer Ministro);
- El Consejo Nacional de Mujeres; y
- La Comisión Perinatal Nacional, creada para asesorar al Ministerio de Salud sobre estrategias y normas de salud materna. Esta Comisión incluye a especialistas en el campo de la perinatología, directores de formación básica (pre-servicio), responsables de servicios de obstetricia y ginecología (hospitales universitarios o regionales), planificadores nacionales y regionales y parteras profesionales, así como representantes de la Oficina Nacional de Familia y Población (ONFP).

Programa Nacional: Aunque desde su independencia Túnez dio prioridad a la salud maternoinfantil, sólo en 1990 implementó un programa de maternidad sin riesgo. Antes de 1990, las estrategias más importantes para mejorar la salud materna fueron:

- El desarrollo de la infraestructura y los servicios primarios de atención en salud maternoinfantil; y
- Implementación de un programa nacional de planificación familiar.

En 1973, se creó la Oficina Nacional de Familia y Población (ONFP), una división del Ministerio de Salud, para supervisar los programas de salud materna y de planificación familiar.

En 1989, Túnez evaluó los programas vigentes de salud maternoinfantil y en 1990 lanzó el Programa Perinatal Nacional para mejorar su calidad y coordinación. Este programa pasó de centrarse en un desarrollo e implementación de los servicios basado en el enfoque de riesgo (Primera Fase), a un esfuerzo más focalizado en la reducción de la mortalidad materna a través de metas específicas de cobertura de la atención calificada durante el parto (Segunda Fase).

El Programa Perinatal Nacional de 1990 se diseñó para enfrentar las deficiencias en los servicios maternos, especialmente en áreas rurales. De manera particular el programa abordó:

- > La carencia de recursos humanos, especialmente de parteras profesionales;
- > La carencia de recursos materiales;
- > La falta de integración de las actividades de salud maternoinfantil y planificación familiar en los centros de atención primaria (únicamente el 47% ofrecían atención prenatal);
- > La ausencia de normas para la atención y de definición clara de las funciones;
- > La deficiente coordinación entre los servicios periféricos y de referencia; y
- > La baja tasa de utilización de los servicios por parte de las mujeres embarazadas: el 50% de ellas no buscó atención prenatal y el 35% de aquellas que acudieron a su primera visita no regresó para un seguimiento

* La edad mínima para contraer matrimonio aumentó en 1964 a 17 años para las niñas y a 20 años para los niños.

† Después del primer trimestre, pueden realizarse abortos por razones de salud física o mental.

SEGUNDA FASE: ESTABLECER NUEVAS METAS

Las estadísticas sobre salud y utilización de los servicios obtenidas en 1994 sirvieron para perfeccionar el Programa Perinatal Nacional. Algunos de los hallazgos fueron:

- > La razón de mortalidad materna nacional fue de 69 muertes por 100.000 nacidos vivos, fluctuando entre 54 en el este y 99 en el oeste;
- > Las principales causas de mortalidad fueron las hemorragias (31%), hipertensión (19%), infecciones (11%) y enfermedades cardiovasculares (11%);
- > El momento de la muerte fue: durante el parto (36%), dentro de los 42 días posteriores al parto (34%), durante el embarazo (22%);
- > El lugar de la muerte fue: 72% en instituciones de salud pública (39% en el nivel regional, 23% en hospitales universitarios y 10% en el nivel periférico), 3% en instituciones privadas y 19% en el hogar; y
- > Las causas indirectas de muerte: inaccesibilidad cultural (67%), poca utilización de atención prenatal (57%), y falta de planificación familiar (38%).

Primera Fase (1990–1996):

Estrategias clave:

- Definición de normas de servicio para la atención prenatal y postnatal;
- Cursos de actualización, supervisión capacitante e integración curricular para mejorar y actualizar las habilidades de las parteras profesionales y de los/as médicos/as de salud pública, y la calidad de los servicios;
- Educación en salud para promover cada componente de la salud materna;
- Investigación y evaluación (encuestas, sistemas de información de salud, monitoreo y evaluación de actividades);
- Integración de la salud materna y promoción de la planificación familiar en los Fondos de Solidaridad Nacional 26/26, una iniciativa nacional cuya meta es mejorar las condiciones de vida en áreas desfavorecidas (por ej., agua potable, electricidad, vivienda, alfabetización y educación, salud, empleo e infraestructural vial); y
- Reducción de las disparidades inter e intraregionales a través del Proyecto de Población y Salud Familiar (1992–1996), financiado por el Banco Mundial para integrar los servicios de salud materna y de planificación familiar en los centros periféricos de salud.

Segunda Fase (1997–2000): Reducir la mortalidad materna a menos de 50 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, asegurando que el 90% de los partos se lleven a cabo en contextos institucionales.

Estrategias Clave: Además de centrarse en las prioridades establecidas en la Primera Fase, se identificaron las siguientes estrategias:

- Mejorar la calidad de atención materna y de planificación familiar a través de la creación de alianzas entre los diferentes niveles de atención;
- Instar a las mujeres a que utilicen las instituciones de salud; y
- Establecer un sistema de auditoría de las muertes maternas en los hospitales públicos.

Intervenciones críticas para aumentar la atención calificada durante el parto

Para incrementar la cobertura de nacimientos que ocurren en un entorno calificado, Túnez implementó una serie de intervenciones focalizadas en la salud materna:

- Desarrollo de la infraestructura de servicios de salud;
- Inversión en la formación de parteras profesionales;
- Extensión comunitaria; y
- Establecimiento de sistemas de seguimiento y evaluación.

Desarrollo de la infraestructura de servicios de salud

Durante los años sesenta y setenta, Túnez invirtió en el desarrollo de centros primarios de atención materno-infantil para brindar servicios de planificación familiar, vacunación, atención prenatal y atención calificada durante el parto. En 1966, existían 89 de estos centros; en 1984, el número había aumentado a 141.

En la actualidad, Túnez cuenta con 152 maternidades públicas con una capacidad de 2.847 camas de obstetricia/ginecología. En 1998, existía una cama de obstetricia/ginecología por cada 61 partos. La infraestructura de salud se organiza en tres niveles:

- **Nivel periférico:** Existen 112 maternidades periféricas para asegurar el acceso geográfico a la atención calificada. El 80 por ciento de ellas cuentan con un laboratorio y servicios de radiología y todas tienen al menos una ambulancia. Casi una cuarta parte de los partos en instituciones del sector público ocurre en estas maternidades. Un médico de salud pública supervisa cada maternidad periférica para asegurar la calidad de la atención.

El Gobierno también opera alrededor de 1.957 centros de salud pública (uno por cada 4.825 habitantes). El 90% de estos centros brinda servicios integrados de atención prenatal, posparto y de planificación familiar.

- **Nivel regional:** Las 31 maternidades regionales son el “centro neurálgico” que enlaza las instituciones periféricas con los hospitales universitarios. Cada una tiene un quirófano, un laboratorio, un servicio de radiología y tres ambulancias, y cuenta con nueve parteras profesionales y tres o cuatro ginecólogos entre su personal. Estas maternidades atienden el 43% de todos los partos en los servicios públicos. La tasa de referencia de las maternidades periféricas a las unidades obstétricas regionales es del 19%.

Las maternidades regionales fueron el blanco de la segunda fase del Programa Perinatal Nacional. Se han hecho esfuerzos para mejorar el equipamiento y las competencias, especialmente a través de la creación de alianzas entre los equipos de las maternidades regionales y universitarias.

- **Nivel universitario:** Existen nueve hospitales universitarios de referencia, localizados principalmente en el área metropolitana de Túnez y en tres grandes ciudades universitarias (Sousse, Monastir y Sfax en el sur del país). Todas tienen un ala de quirófano y servicios médicos especializados las 24 horas, lo que les permite atender las complicaciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres.

Además, existen equipos móviles que brindan servicios básicos de atención materna y de planificación familiar en áreas semi-urbanas y rurales que no disponen de centros y personal de salud. Actualmente operan en Túnez 54 equipos móviles y 12 clínicas móviles.⁽³⁾

TABLA 1 >
SERVICIOS SELECCIONADOS OFRECIDOS POR PERSONAL DE SALUD (1988)⁽⁴⁾

	Partera Profesional	Médico	Partera tradicional (matrona)	Otros	Ninguno
Atención prenatal (total)	34%	24%	-	-	42%
Urbana	35%	36%	-	-	28%
Rural	31%	11%	-	-	57%
Atención durante el parto (total)	53%	16%	18%	13%	-
Urbana	61%	26%	8%	4%	-
Rural	43%	7%	28%	22%	-

Inversión en formación de parteras profesionales

Desde los años cincuenta, la inversión en formación de parteras profesionales ha sido una estrategia consistente. En 1957, un decreto ministerial definió el alcance del papel preventivo y curativo que juegan las parteras profesionales en la salud materno-infantil, y en los años setenta el Ministerio de Salud elaboró un perfil del puesto de la partera profesional (*profil du poste*).

Las parteras profesionales son las principales proveedoras de servicios de planificación familiar y el proveedor más importante para la atención del parto, especialmente en áreas rurales (*ver Tabla 1*). Con mucha frecuencia constituyen el primer punto de contacto de las mujeres que buscan servicios de salud, mientras que los médicos proveen servicios más especializados en el nivel más alto de atención.

Programas de capacitación y supervisión: Los programas de capacitación son revisados continuamente para actualizar y mejorar las habilidades de las parteras profesionales y de los médicos de salud pública:

- Un curso obligatorio de cuatro meses en ginecología y obstetricia fue incorporado a los dos años de internado de los médicos generales.
- En los años setenta, la formación básica de las parteras profesionales (pre-servicio) se extendió a tres años y fue reestructurada en módulos centrados en 3 temas: pediatría, salud comunitaria y planificación familiar.

El Programa Perinatal Nacional estableció mecanismos para capacitación en servicio y supervisión capacitante:

- Se elaboró una herramienta de auto-evaluación, conocida como la “libreta de internado,” para que cada estudiante de partería durante el período de internado (capacitación práctica), llevara un monitoreo de su progreso en el logro de los objetivos de la formación; el supervisor de los internos revisa esta libreta y, al finalizar el período de internado, devuelve la libreta a cada estudiante, quien a su vez la remite al instructor del curso.
- Se descentralizaron los cursos de actualización a los niveles periféricos y regionales de salud. Así, la frecuencia y el contenido de los cursos de actualización se definen localmente en base a las necesidades identificadas en la supervisión, los hallazgos de las evaluaciones, y las solicitudes del personal de salud.
- El Ministerio de Salud elaboró guías de supervisión para estandarizar la evaluación de desempeño del personal. La supervisión se descentralizó a los niveles periféricos y regionales y ahora los equipos regionales y periféricos pueden modificar o adaptar las herramientas en base a las necesidades locales.

Normas y protocolos: Las normas para la prestación de servicios se elaboran en colaboración con la Comisión Perinatal Nacional, al igual que los objetivos y contenidos de la capacitación en servicio y la selección de estrategias de servicio. Se han aprobado una serie de leyes que rigen el uso de medicamentos y la atención durante el parto, entre ellas un decreto del Ministerio de Salud que establece la lista de medicamentos que pueden manejar y recetar las parteras profesionales.

Así mismo, las “fichas técnicas” sobre prácticas de manejo clínico brindan una referencia oficial para la definición del ámbito de intervención de las parteras profesionales y de los médicos en la prestación de servicios de atención materna.

Extensión comunitaria

El Programa Perinatal Nacional realiza actividades de educación e información (con medios impresos y audiovisuales) para destacar los beneficios de la atención materna tanto para la salud de la madre como la del hijo. Este material se reparte en los centros de salud o durante sesiones educativas organizadas y lideradas por personal de salud. Otras prioridades importantes, especialmente en áreas rurales, son concientizar a las comunidades respecto a las complicaciones del embarazo y los factores de riesgo, y alentar a las mujeres a que usen los servicios adecuados.

Un estudio realizado en 1997 encontró que, a pesar de todos los esfuerzos, persisten problemas de accesibilidad cultural. Por ejemplo, el 60% de las mujeres que dieron a luz en sus hogares vivían en áreas rurales. Razones de tipo psicológico y emocional motivaron la elección en el 40% de ellas. Otro factor fue la falta de conocimiento. Por ejemplo, del 46% del total de mujeres que no buscaron atención posparto, 73% de ellas indicó que no conocía el plan de visitas posparto.

Por este motivo, en colaboración con los Fondos de Solidaridad Nacional, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de vida en áreas rurales, el Programa Perinatal Nacional promueve servicios integrados de salud familiar y reproductiva en más de 800 áreas marginadas. Se está desarrollando otra estrategia separada, pero relacionada con ésta, para mejorar el ambiente y la aceptación de las maternidades periféricas con el fin de alentar a las mujeres a que las utilicen.

El Programa Perinatal Nacional también trabaja en coordinación con el Comité Nacional de Educación para la Salud, un consorcio de grupos que incluye ONG (como la Unión Nacional de Mujeres Tunecinas, la Asociación de Planificación Familiar de Túnez, etc.), el partido mayoritario en el gobierno (la Asamblea Democrática Constitucional) y los Guías Scout. Este Comité organiza actividades de información, educación y comunicación, tanto en el ámbito nacional como local.

Sistemas de seguimiento y evaluación

La evaluación y la investigación forman parte del Programa Perinatal Nacional. En 1994, se elaboró e implementó un sistema de recolección de datos para proporcionar estadísticas sobre las actividades de salud maternoinfantil y de planificación familiar, que ha demostrado un incremento sostenido en la utilización de estos servicios.

De acuerdo con estas estadísticas, se ha logrado cumplir la meta programada de atención calificada durante el parto, a pesar de que en áreas rurales aún persisten algunos problemas. Además, se llevaron a cabo siete estudios nacionales para medir la evolución y el impacto del programa. Como se describió en las secciones anteriores, los resultados de estos estudios se usaron para ajustar las estrategias, objetivos y metas del Programa Perinatal Nacional. Los estudios señalaron la necesidad de ampliar los servicios y de centrarlos en la prevención de la anemia y otros problemas de salud reproductiva (cánceres genitales, menopausia, etc.) para la tercera fase del programa, y también de introducir un nuevo certificado médico de muerte y de extender las auditorías de muertes maternas al sector privado y al ámbito doméstico.

Inversión pública en salud

Túnez gasta el 2,2% de su PIB en salud. La inversión gubernamental cubre el 91,5% del presupuesto nacional de salud maternoinfantil y el 8,5% restante proviene de agencias internacionales. El Programa Perinatal Nacional se beneficia de la cooperación sostenida de UNICEF, el Banco Mundial y la OMS.

Para obtener información adicional sobre el programa de maternidad sin riesgo de Túnez, dirigirse a:

Dr. Mounira Garbouj
 Director de Salud Primaria
 Ministerio de Salud Pública
 31 rue Khartoum
 Túnez, 1002 Túnez
 Tel.: 216 1 789 148
 Fax: 216 1 789 679

LAS CLAVES DEL ÉXITO DE TÚNEZ SON:

- > Invertir en la salud y el desarrollo de las mujeres, con énfasis en la promoción de la igualdad de género;
- > Asegurar la atención calificada durante el parto en todos los niveles de la infraestructura de salud;
- > Mantener a la partera profesional como eje de la atención materna y como punto de contacto inicial para las mujeres embarazadas;
- > Revisar y actualizar permanentemente el currículo de capacitación de parteras profesionales;
- > Asegurar la continuidad de la atención en cada etapa de embarazo, parto y período posparto inmediato;
- > Colaborar a nivel multi-sectorial para aprovechar las fortalezas de todos los aliados potenciales, tanto públicos como privados;
- > Llevar programas de extensión comunitaria a áreas marginales y abordar las desigualdades regionales;
- > Integrar el proceso de garantía de calidad en la atención materna.

Fuentes

¹ *World Development Indicators 2002*. Banco Mundial. Washington DC, 2002.

² 1995; *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. OMS, Ginebra, 2001.

³ M. Boukhris. *Family Health and Population Policy in Tunisia*, 1992.

⁴ *Enquete Demographique et de Santé en Tunisie 1988*. Ministère de la Santé Publique, Office National de la Famille et de la Population, Direction de la Population, Tunis, Tunisie y Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc., Octubre, 1989.

Acrónimos

CEMD	Indagación Confidencial de Muertes Maternas
IAG	Grupo Interagencial por una Maternidad Sin Riesgo
IEC	Información, Educación y Comunicación
ITS	Infecciones de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONFP	Oficina Nacional de Familia y Población
ONG	Organizaciones no gubernamentales
PIB	Producto Interno Bruto
PNB	Producto Nacional Bruto
SADCC	Cooperación de Desarrollo de África del Sur
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas



Maternidad
Sin Riesgo



Para mayor información, sírvase comunicarse con la
Secretaría del Grupo Interagencial por una Maternidad
Sin Riesgo (IAG):

Family Care International
588 Broadway, Suite 503
New York, NY 10012 USA

1.212.941.5300 Teléfono
1.212.941.5563 Fax
smi@familycareintl.org Correo electrónico
<http://www.safemotherhood.org> Sitio de internet



Fondo de Población de las Naciones
Unidas (UNFPA)



Banco Mundial



Federación Internacional de
Planificación de la Familia



Organización Mundial de la Salud
(OMS)



Confederación Internacional
de Matronas



Population Council



Federación Internacional
de Ginecología y Obstetricia



Red de Maternidad Sin Riesgo
de Nepal



Programa Regional de Prevención
de la Mortalidad Materna (África)

Los principios y políticas de cada agencia se rigen por las decisiones de sus órganos de gobierno.
Cada agencia implementa las intervenciones descritas en este documento de acuerdo a estos principios
y políticas, y dentro del marco de su mandato.