

A photograph of a nurse in a white uniform and cap, wearing a stethoscope, attending to a pregnant woman. The nurse is focused on the woman's arm, possibly checking her blood pressure. The woman is seated and looking towards the nurse. The image has a warm, sepia-toned overlay.

LA ATENCION CALIFICADA DURANTE EL PARTO UN CUADERNO INFORMATIVO >>

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

- 1 **La Atención Calificada Durante el Parto:
Una Introducción**
- 5 **Evidencia Histórica y Epidemiológica que
Sustenta la Atención Calificada Durante el Parto**
- 11 **Competencias Esenciales del Personal Calificado:
Clínicas, Cognoscitivas y de Actitudes**
- 19 **Acceso a la Atención Calificada Durante el Parto:
Disponibilidad, Asequibilidad y Accesibilidad**
- 27 **El Entorno Habilitante para la Atención Calificada
Durante el Parto (Parte 1): Leyes, Políticas,
e Infraestructura**
- 33 **El Entorno Habilitante para la Atención Calificada
Durante el Parto (Parte 2): Capacitación,
Educación Continua y Supervisión Capacitada**
- 39 **Seguimiento y Evaluación del Impacto de
la Atención Calificada Durante el Parto**



Cada año, de un estimado de 120 millones de embarazos que ocurren en el mundo:

- › Más de medio millón de mujeres mueren como consecuencia de complicaciones durante el embarazo o el parto;
- › Más de 50 millones de mujeres sufren enfermedades o discapacidades serias relacionadas con el embarazo; y
- › Por lo menos 1.2 millones de recién nacidos mueren por complicaciones durante el parto.

DEFINICIONES

“El término **personal o proveedor calificado** se refiere exclusivamente a aquellas personas con destrezas en atención profesional del parto (por ejemplo, médicos, parteras profesionales, enfermeros) que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas necesarias para brindar cuidados competentes durante el embarazo y el parto. Las personas calificadas deben ser capaces de manejar el trabajo de parto y el parto normal, reconocer el inicio de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, dar comienzo al tratamiento y supervisar la referencia de la madre y el bebé a intervenciones que están más allá de sus competencias o que no son posibles en ese entorno particular.” (basado en *Reducción de la Mortalidad Materna*, Declaración Conjunta OMS/UNFPA/Unicef/Banco Mundial. Ginebra: OMS, 1999.)

La Iniciativa global por una Maternidad Sin Riesgo (IMSR), fue lanzada en 1987 en respuesta a este grave problema de salud pública. La Iniciativa, encabezada por el Grupo Interagencial por una Maternidad Sin Riesgo,¹ trabaja para aumentar la conciencia y promover la acción a nivel global y nacional para lograr que los embarazos y los partos sean más seguros para las mujeres y los recién nacidos. En 1997, el Grupo Interagencial (IAG) convocó una conferencia internacional con el objetivo de examinar las lecciones aprendidas durante el primer decenio de la Iniciativa, identificar las estrategias más eficaces y movilizar la acción a nivel nacional para implementar esas estrategias.

De la conferencia de 1997 surgió un claro consenso sobre el valor de la atención calificada durante el parto como una intervención fundamental para hacer los embarazos y los partos más seguros. Los datos actuales indican que sólo el 53% de las mujeres de países en vías de desarrollo dan a luz siendo atendidas por personal calificado. A fin de mejorar esta situación, el IAG ha elaborado una estrategia de varios pasos, que incluye la publicación de este folleto, con el objetivo de evaluar la importancia y el posible impacto de la atención calificada durante el parto, sobre la reducción de la mortalidad materna.² El IAG, se enfoca primordialmente en el proceso de la atención calificada durante el parto, en lugar de centrarse únicamente en personal o proveedores³ calificados individualmente, como una forma de garantizar que se tome en cuenta también, un contexto habilitante más amplio en el que los profesionales de la salud brindan atención materna (ver recuadro).

Contenido de este cuaderno

Este cuaderno informativo presenta los aspectos más relevantes que deben considerarse al concebir e implementar políticas y programas para ampliar la atención calificada durante el parto. Las seis secciones están basadas en la publicación *La atención calificada durante el parto: Un análisis* cubriendo los siguientes tópicos:

- › La evidencia histórica y epidemiológica que sustenta la atención calificada durante el parto;
- › Las competencias esenciales del personal calificado: clínicas, cognoscitivas y de actitudes;
- › El acceso a la atención calificada durante el parto; disponibilidad, asequibilidad y accesibilidad;
- › La creación de un entorno habilitante para la atención calificada durante el parto (parte 1): leyes, políticas e infraestructura;
- › La creación de un entorno habilitante para la atención calificada durante el parto (parte 2): capacitación, educación continua y supervisión capacitada; y
- › Seguimiento y evaluación del impacto de la atención calificada durante el parto.

Este cuaderno está dirigido principalmente a directores de programas en los gobiernos (p.ej., Ministerios de Salud), ONGs e instituciones de formación, representantes de organismos de asistencia técnica, investigación y financiamiento que trabajan en este campo y asociaciones de profesionales de la salud dedicadas a mejorar la salud materna y promover la maternidad sin riesgo. Así mismo, los encargados de formular políticas en los gobiernos y los organismos donantes, medios de comunicación internacionales y nacionales y organizaciones de base interesadas particularmente en promover la maternidad sin riesgo, encontrarán este cuaderno informativo e instructivo.

Varias instancias internacionales y nacionales han fijado metas para la reducción de la mortalidad materna y la expansión de la atención calificada durante el parto. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (CIPD) definió metas para la proporción de

La atención calificada se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud o el hospital. Para que esto ocurra, el proveedor debe tener las destrezas necesarias **y además** contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. Esto incluye un marco de políticas y normas, suministros adecuados, equipamiento e infraestructura además de un eficiente y efectivo sistema de comunicación, y de referencia y transporte.

La atención calificada incluye cuidados para mujeres que sufren complicaciones que ponen en riesgo su vida, pero no se limitan a eso. El enfoque de la atención calificada se basa en la premisa de que **todas** las mujeres tienen derecho a cuidados de calidad durante el parto. Asume que este tipo de cuidados (tales como prácticas higiénicas y el manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto) puede prevenir algunas complicaciones, aumentar la probabilidad de un tratamiento inmediato y apropiado cuando ocurren complicaciones, y promover una referencia rápida y oportuna si fuera necesario.



partos atendidos por personal calificado, las cuales fueron reafirmadas y expandidas en la revisión de la CIPD cinco años más tarde, en 1999. Más recientemente el sistema de las Naciones Unidas y sus miembros, ratificaron las Metas de Desarrollo para el Milenio, las cuales incluyen la reducción de la mortalidad materna entre una de sus ocho metas, con la proporción de nacimientos atendidos por personal calificado como indicador.

Aunque se ha logrado cierto progreso en la consecución de esas metas aún queda mucho por hacer. Asegurar la maternidad sin riesgo para todas las mujeres— y lograr que la atención calificada durante el parto sea universal —exigirá compromisos y aportes de una gama de socios, incluidos los gobiernos, ONGs, organizaciones internacionales de asistencia y organismos donantes, entre otros.

1 Los miembros actuales del Grupo Interagencial por una Maternidad sin Riesgo son: Unicef, UNFPA, el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la Confederación Internacional de Matronas, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la Federación Internacional de Planificación Familiar, el Population Council, el Programa Regional de Prevención de la Mortalidad Materna (África) y la Red de Maternidad Sin Riesgo de Nepal. Family Care International actúa como Secretaría.

2 Otros componentes de esta estrategia son: una consulta técnica realizada en abril de 2000 que evaluó la evidencia y elaboró estrategias para ampliar la atención calificada del parto; la conferencia

internacional *Salvar vidas: la atención calificada del parto* realizada en noviembre de 2000 en Túnez; la publicación del documento *La atención calificada durante el parto: Un análisis sobre el que está basado este cuaderno* y de *La atención calificada durante el parto: Perfiles por país*.

3 Las parteras tradicionales no son consideradas personal calificado dado que carecen de la capacidad para manejar las complicaciones obstétricas. Véase las secciones *Competencias Esenciales* y *Acceso a Cuidados* para un análisis adicional de las habilidades y los roles de las parteras tradicionales.

que Sustenta la Atención Calificada Durante el Parto

La evidencia histórica y epidemiológica sugiere que la atención calificada durante el parto e inmediatamente después puede tener un efecto significativo en la reducción de las muertes maternas. Los países que han dado prioridad a la ampliación de la atención calificada durante el parto, generalmente han logrado una reducción sustantiva en la mortalidad materna. Estas experiencias y los cambios políticos y normativos específicos que las han posibilitado, constituyen lecciones potencialmente valiosas sobre el rol de la atención calificada durante el parto en la reducción de las muertes maternas.

Lo que muestra la evidencia histórica

La “primera fase” en la reducción de la mortalidad materna:

A fines del siglo XIX, la mortalidad materna en Europa y EE.UU. era tan alta o incluso más que la que existe actualmente en gran parte de los países en desarrollo. Alrededor de 1870, más de 600 mujeres morían por cada 100 000 nacimientos en gran parte de lo que ahora es el mundo industrializado. Pero para 1900, la tasa de mortalidad materna (TMM)⁴ en Suecia había descendido a la mitad; las tasas en Inglaterra y Gales también descendieron en casi 25% y reducciones similares se estaban dando en gran parte del mundo occidental (*ver Figura 1*). Todas esas disminuciones se lograron antes del advenimiento de la obstetricia moderna, p.ej. el desarrollo de antibióticos, transfusiones de sangre, cesáreas y mejor anestesia (*véase abajo*).

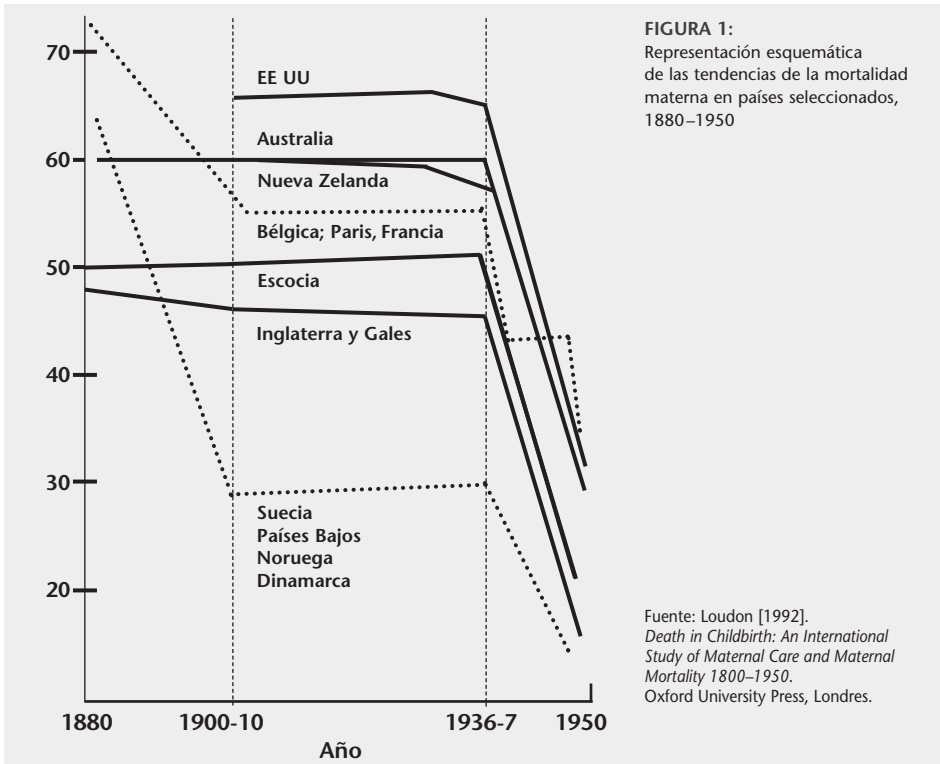
Varios factores contribuyeron a estas reducciones iniciales en la mortalidad materna en Europa Occidental entre 1870 y 1910 incluidos:

- › La disponibilidad y el análisis de estadísticas demográficas fidedignas, que llevaron a tomar conciencia sobre la magnitud del problema de la mortalidad materna y sus causas, y crearon presión para tomar medidas;
- › La adopción de una legislación que exigió o promovió la atención calificada durante el parto;
- › La implementación de programas nacionales para capacitar y asignar estratégicamente un número adecuado de personal calificado; y
- › La profesionalización de la atención durante el parto y la elaboración y aplicación de normas de atención.

1 La tasa de mortalidad materna o TMM es el número de mujeres que muere por complicaciones del embarazo o el parto por cada 100 000 nacidos vivos.

En Suecia, a fines del siglo XIX por ejemplo, el gobierno exigió a cada parroquia que seleccionara una persona para ser capacitada como partera profesional y que apoyara su trabajo a su regreso. Entre 1860 y 1890, la proporción de partos domiciliarios asistidos por una partera profesional en Suecia aumentó de 30% a 70%. La legislación adoptada en Suecia en 1881 contribuyó a promover la atención calificada durante el parto, reemplazando a las parteras tradicionales por parteras profesionales capacitadas y certificadas. Inglaterra y Gales promulgaron leyes similares en 1902. En realidad, los investigadores sugieren que se logró una reducción más rápida de la mortalidad materna en aquellos países europeos donde las parteras profesionales fueron primero reconocidas y respetadas, tanto por decisores políticos como por el público, como profesionales de la salud que prestaban una atención materna de buena calidad.

La “segunda fase”: Después de esta primera fase de disminución de la mortalidad materna en los países europeos y otros países occidentales, poco o ningún progreso se logró en los siguientes cuatro decenios. No obstante, entre 1937 y fines de los años 1960, acontecieron rápidas reducciones en los números de muertes maternas en todos los países industrializados, alcanzando su nivel actual de alrededor 10 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos (*véase Figura 1*). Este progreso coincidió con adelantos en tecnologías médicas y el desarrollo de antibióticos y otros modos de tratamiento (por ej. transfusiones de sangre)—métodos que ayudaron a reducir las muertes maternas causadas por infecciones y hemorragias. Además, mejoras subsecuentes en la atención obstétrica (por ej. mejor anestesia, menor interferencia en partos normales y un uso adecuado de la cesárea) tuvieron un impacto adicional positivo en la mortalidad materna, reduciendo las TMM a los niveles actuales.



Medidas necesarias

La evidencia de los registros históricos sugiere que las estrategias que se presentan a continuación son eficaces para aumentar la atención calificada durante el parto y reducir la mortalidad materna. Cada una de ellas puede ser adaptada a las condiciones locales o nacionales y acompañarse de intervenciones adicionales (tales como el fortalecimiento de los sistemas de referencia), si fuera necesario:

‣ **Reconocer la magnitud del problema de la mortalidad materna** y aceptar que las muertes maternas pueden ser evitadas en su mayoría;

‣ **Hacer un compromiso político** para reducir la mortalidad materna, y aprobar legislación que facilite la atención calificada durante el parto para todas las mujeres;

‣ **Profesionalizar la práctica de la atención al parto** y garantizar que las parteras sean profesionales competentes (y vistas por el público como tales), a través de la adopción de sistemas eficaces de supervisión y de rendición de cuentas;

- › Incorporar intervenciones clave para salvar vidas dentro de la práctica de las parteras profesionales; y
- › Asegurar la disponibilidad de financiamiento para brindar atención calificada en todos los nacimientos y para la provisión de los suministros y equipamientos necesarios.

Las experiencias de Malasia y Sri Lanka, dos países exitosos en la reducción de la mortalidad materna en las últimas décadas, confirman las lecciones expuestas arriba. Ambos países construyeron sobre una sólida base, un sistema de salud eficiente y asequible (ver: *La Atención Calificada Durante el Parto: Perfiles de País*), aplicando entre otras, las siguientes medidas:

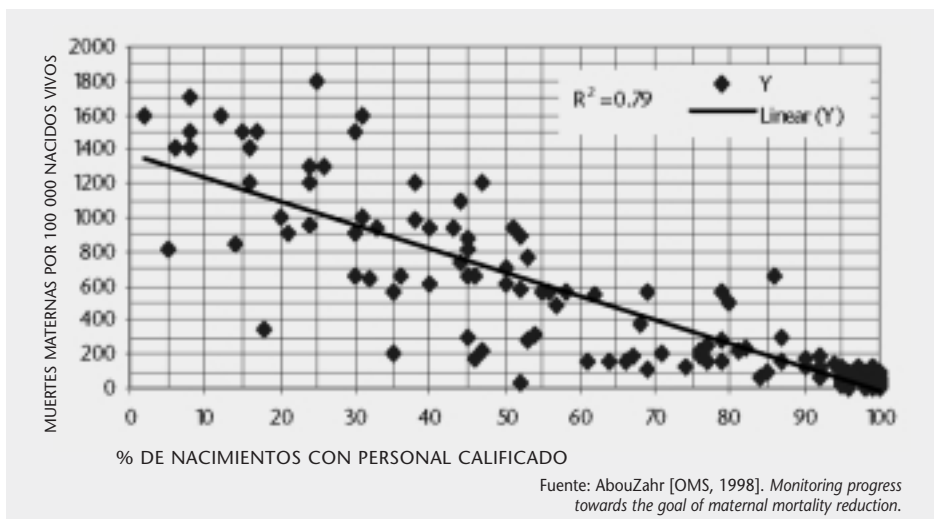
- › Mejoraron el acceso a cuidados maternos efectivos, particularmente en poblaciones rurales y pobres, asignando estratégicamente personal calificado (sobre todo parteras profesionales) en centros de salud comunitarios, estableciendo alianzas entre estas parteras profesionales y las parteras tradicionales, garantizando así un sistema efectivo de referencia para las complicaciones, y brindando cuidados maternos gratuitos a todas las usuarias; y
- › Mejoraron la calidad de los servicios disponibles, gracias a una mejor gerencia y al empoderamiento de las usuarias y de la comunidad.

Evidencia epidemiológica

Además de la evidencia histórica dada por el hoy llamado mundo desarrollado, la evidencia epidemiológica reciente en varios países en desarrollo sugiere que la atención calificada durante el parto puede ayudar a prevenir las muertes maternas. Tal como indica la *Figura 2*, los datos por país muestran una relación inversa entre la tasa de mortalidad materna y la proporción de partos atendidos por personal calificado—los países con mayores tasas de atención calificada durante el parto generalmente tienen tasas de mortalidad materna menores y viceversa.

Si bien esta relación parece fuerte, la *Figura 2* debe ser interpretada con cautela debido a una serie de factores:

Figura 2 Relación entre proporción de partos atendidos por una persona calificada (%) y Tasa de Mortalidad Materna



› El hecho de que los datos están estrechamente correlacionados no implica necesariamente causalidad, es decir: el aumento de la cobertura de personal calificado no necesariamente causará una reducción en la mortalidad materna, ya que pueden existir otros factores difíciles de medir que estén afectando ambos indicadores;

› La confiabilidad de los datos es cuestionable y su interpretación problemática. Las dificultades para estimar la mortalidad materna son bien conocidas. Por otra parte, los datos de cobertura por personal calificado presentan problemas surgidos de la forma en que se recopila e interpreta la información de las encuestas. Estos problemas incluyen la falta de claridad sobre la definición de personal calificado, y dudas sobre la habilidad de la persona encuestada para recordar e identificar con precisión al personal o individuo que le brindó cuidados durante el parto. Más aún, los datos de cobertura por personal calificado no aportan suficiente información sobre factores del “entorno habilitante” tales como insumos, equipamiento, infraestructura y sistemas de referencia funcionando. Por lo tanto, es imposible determinar a partir de los datos de las encuestas si los proveedores calificados pueden, de hecho, brindar atención calificada; y

› El agregar las categorías de “personal calificado” puede enmascarar diferencias importantes. Por ejemplo, cuando los datos de la *Figura 2* se desagregan por tipo

de proveedor (médico/a, enfermero/a o partera profesional), la correlación se mantiene fuerte para los médicos, pero no es tan fuerte para enfermeros/as y parteras profesionales. Este fenómeno seguramente refleja la variación en el nivel de destreza entre las personas clasificadas como enfermeros/as/ y parteras profesionales, así como la falta de un entorno habilitante tal como se define arriba.

Estos problemas impiden concluir definitivamente que el hecho de contar con personal calificado es el único factor, o el más importante, para reducir la mortalidad materna. Sin embargo, existe también evidencia clínica de que el manejo apropiado del trabajo de parto, del parto mismo y del posparto inmediato por personal calificado puede evitar algunas complicaciones, tales como la hemorragia posparto, o prevenir la muerte por complicaciones tales como la retención de la placenta— aun en ausencia de técnicas obstétricas modernas como la cirugía y la transfusión sanguínea.

Por lo tanto, los expertos recomiendan un enfoque holístico para la reducción de la mortalidad materna

que comprenda una gran parte de—si no todos— los factores asociados a una cobertura casi universal de la atención calificada en los países con baja mortalidad materna. Entre esos factores están:

- › Trabajar con la comunidad para crear conocimiento sobre los temas de salud materna y fortalecer su capacidad de tomar decisiones y de actuar en relación a su salud, incluyendo la utilización de los servicios de salud;
- › Garantizar sistemas de transporte, comunicación y referencia eficaces, basados en la comunidad; y
- › Establecer y mantener en funcionamiento un sistema de atención médico integral y bien equipado.

Medidas necesarias

Es necesario realizar más investigación epidemiológica para evaluar el impacto que puede tener el aumento en la proporción de partos con atención calificada sobre la mortalidad materna en una variedad de condiciones. Tales estudios deben también intentar determinar el costo y el impacto relativo de los elementos programáticos propios de la atención calificada durante el parto, tanto en partos normales como en partos complicados.

Clínicas, Cognoscitivas y de Actitudes

A fin de dar atención eficaz y de buena calidad durante el embarazo y el parto, el personal calificado (ya sean parteras profesionales, enfermeros/as o médicos/as) deben tener una variedad de destrezas específicas y poder ejercerlas de forma competente. También es fundamental que el personal calificado estén autorizadas a realizar todos los procedimientos para los cuales han sido capacitadas, a fin de mantener sus destrezas actualizadas y brindar una atención que satisfaga las necesidades de las mujeres a quienes dan servicios. Para que eso ocurra, el personal calificado necesita un contexto facilitador en el cual prestar los servicios (ver sección sobre *Entorno Habilitante*). Esto incluye un marco legal y normativo de respaldo, acceso a equipamientos y medicamentos esenciales, un sistema de referencia en funcionamiento y sistemas de educación y de salud que fomenten el pensamiento crítico, la competencia clínica y el desarrollo de destrezas interpersonales y de comunicación eficaces.

Competencias esenciales

Los proveedores de salud que han sido capacitados como personal calificado pueden y deben realizar una amplia variedad de intervenciones efectivas, para disminuir tanto la muerte materna y neonatal, como la enfermedad durante el embarazo, el parto y el período de posparto inmediato. Durante el embarazo, una persona calificada debe ser capaz de:

- › Monitorear la salud de la mujer y del feto;
- › Dar tratamiento preventivo y curativo para enfermedades comunes (anemia, infecciones de transmisión sexual, infecciones de las vías urinarias y malaria) e inmunizar con toxoide tetánico; y
- › Educar a las usuarias sobre los signos de peligro y orientarlas en la planificación del parto.

Más aún, un proveedor calificado debe ser capaz de ofrecer consejería y apoyo para enfrentar un embarazo no deseado.

El término “persona calificada” (vea definición en *La atención calificada durante el parto: Una introducción*) se refiere a una persona con destrezas para brindar todo tipo de cuidados maternos, desde antes del embarazo hasta el período de posparto, incluyendo los cuidados obstétricos esenciales y de emergencia si fuera necesario. Algunos países han asignado personal de salud con formación y destrezas más limitadas, a menudo llamadas parteras auxiliares, asistentes maternoinfantiles u otro. La utilización de estos cuadros y su promoción a la categoría de personal completamente calificado puede ser parte de una estrategia más amplia para lograr mayor cobertura de la atención calificada durante el parto. La meta final debe siempre ser la cobertura universal por parte de personal completamente calificado.

Por otra parte, a nivel comunitario a menudo hay personas que tienen una larga tradición de trabajo con las mujeres durante la maternidad, generalmente llamadas parteras tradicionales. Estos cuadros tienen niveles muy variables de comprensión del embarazo y el nacimiento y de formación en cuidados de la mujer, y ninguna o limitada experiencia en cuidados obstétricos de emergencia. La mayor parte ha aprendido mediante la práctica y la observación y son miembros de confianza y valorados en la comunidad. Como se analiza en la sección “Acceso a los Cuidados”, en situaciones donde las parteras tradicionales juegan un rol importante en la prestación de servicios e información a las mujeres en la comunidad, el sistema de salud debe trabajar con las parteras tradicionales como parte de una estrategia para mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

Durante el trabajo del parto y el parto, una persona calificada debe:

- › Realizar un exámen general y abdominal;
- › Observar y monitorear la condición física de

la mujer;

- › Atender un parto normal; y
- › Reconocer y responder a signos de sufrimiento

tanto en la mujer como en el feto.

El personal calificado debe brindar los elementos básicos de los cuidados de apoyo, tales como: alentar a la mujer a andar y proveer líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, y ofrecer métodos apropiados para calmar el dolor.

Los elementos clave de **los cuidados del posparto inmediato** incluyen:

- › Cuidados del cordón umbilical;
- › Manejo adecuado del tercer estadio de trabajo de parto;
- › Brindar un ambiente cálido y seguro a la madre y al recién nacido;
- › La promoción de la lactancia temprana y exclusiva; y
- › La consejería sobre métodos apropiados de planificación familiar.

En el nivel domiciliario (hogar) o primario (centro o puesto de salud), el personal calificado debe también tener capacidad para manejar situaciones clínicas que representen amenazas serias para la vida de las madres y de los recién nacidos (*ver más abajo*). El personal calificado de las instituciones de referencia debe tener competencias adicionales para dar atención obstétrica de emergencia para salvar vidas (*analizada en otra sección que sigue*) y, dondequiera que trabaje, toda persona calificada debe estar respaldada por y conectada a instalaciones de referencia bien equipadas y bien abastecidas que puedan brindar atención para salvar vidas.

A continuación se enumeran las destrezas y competencias esenciales que las personas capacitadas que atienden en el nivel domiciliario o primario necesitan (Cuidados Obstétricos Esenciales Básicos) para tratar con eficacia

las principales causas de mortalidad y morbilidad materna. Esta lista surge de dos documentos claves: *Provisional Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*, publicado por la Confederación Internacional de Matronas, y *Essential Care Series For Integrated Management of Pregnancy and Childbirth* publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las siguientes emergencias obstétricas deben ser manejadas o transferidas, en base a los protocolos acordados.

Competencias para el Manejo de Complicaciones en los Niveles Domiciliario y Primario

Hemorragia materna: Una persona calificada debe poder diagnosticar diversas causas de hemorragia en el parto y posparto, incluyendo el aborto (*véase más abajo*), como también reconocer la posibilidad de hemorragia interna debida a un embarazo ectópico. En el caso de hemorragia interna y parto, una persona calificada debe estabilizar a la mujer y transferirla de inmediato. Una persona calificada puede reducir la posibilidad de hemorragia después del parto promoviendo los mecanismos normales de parto placentario y haciendo un manejo activo de esta etapa cuando sea apropiado, incluida la administración de un oxitócico profiláctico durante el parto o inmediatamente después del nacimiento del bebé, pinzamiento y corte temprano del cordón umbilical y tracción controlada del cordón. También puede incluir la extracción manual de la placenta, el masaje uterino y la compresión aórtica o bimanual. Si la hemorragia exige atención médica de emergencia, la persona calificada podrá estabilizar a la mujer mediante fluidos intravenosos y transferirla a un centro de referencia.

Sepsis: Una persona calificada debe prevenir la infección garantizando que la mujer dé a luz en un entorno seguro y limpio. Para ello debe mantener las normas más exigentes de higiene y control de infecciones y usar equipos limpios o estériles e incluso guantes. En el caso de mujeres que desarrollan un mayor riesgo de infección durante el parto (p.ej. cuando las

membranas han estado rotas por un período prolongado, o la mujer ha quedado expuesta a una sustancia/situación infecciosa) la persona calificada puede administrar antibióticos. Puede asimismo monitorear a la mujer después del parto, educar a la mujer y sus familiares sobre los signos de infección y, si ésta aparece, administrar antibióticos. Una persona calificada también puede reconocer la infección causada por un aborto realizado en condiciones de riesgo.

Preeclampsia y eclampsia: El personal calificado puede identificar síntomas de preeclampsia tales como la presión arterial elevada y la proteinuria. Tales casos deben recibir atención de emergencia y referirse a un nivel más complejo de atención. Si se produce eclampsia durante el parto, la persona calificada podrá brindar cuidados que potencialmente salven una vida: administrar medicamentos anticonvulsivos, inducir el parto mediante ruptura de las membranas y colocar a una mujer inconsciente en la posición correcta para alumbrar. El personal calificado debe tener la capacidad de administrar medicamentos anticonvulsivos, estabilizar la condición de una mujer para prevenir que empeore y referirla a un nivel más complejo de atención.

Parto prolongado u obstruido: Una persona calificada puede utilizar el partógrafo para monitorear el progreso del trabajo de parto, identificar un parto prolongado u obstruido y tomar medidas apropiadas y oportunas. Si el parto es largo o difícil, la persona calificada puede brindar cuidados de apoyo durante todo el proceso. Si el trabajo de parto prolongado se debe a contracciones ineficientes, una opción es acelerarlo cuidadosamente con oxitocina. En otras situaciones tales como distocia de hombro o prolapso del cordón, la persona calificada puede brindar cuidados de emergencia. En algunos casos, los proveedores experimentados pueden emplear un extractor al vacío para salvar la vida de la madre y del bebé. En todos los casos de parto prolongado y obstruido, el personal calificado debe tener la capacidad de referir los casos graves con prontitud a un nivel más complejo de atención.



Tratamiento de las complicaciones del aborto: Una persona calificada puede ser crucial para facilitar el acceso de una mujer a medidas apropiadas para manejar un aborto realizado en condiciones de riesgo. Estas incluyen: dar atención a las mujeres que presenten síntomas de aborto inevitable, incompleto o séptico; o referirlas según el nivel de destreza del proveedor. En circunstancias en las que el aborto no es ilegal, el personal calificado tiene un papel que jugar en la protección de la salud de la mujer. Sin promover el aborto como método de planificación familiar, pueden abogar por servicios que sean seguros y asequibles. La atención posaborto debe incluir la consejería y métodos de planificación familiar así como orientación en salud reproductiva según sea necesario.

Prevención de muertes neonatales: El personal calificado puede tomar las medidas apropiadas para prevenir la muerte neonatal. Estas incluyen: inmunización con toxóide tetánico durante el embarazo, evaluación de la condición del bebé al nacer y su resucitación si fuera necesario, prevención de la hipotermia neonatal, medidas apropiadas para la prevención de infecciones nosocomiales y la promoción de la lactancia temprana y exclusiva. La persona calificada puede identificar y dar la atención inicial a los bebés enfermos y/o de bajo peso al nacer y referirlos sin que corran riesgos. También puede apoyar a la madre brindando atención apropiada a un bebé moderadamente prematuro o de bajo peso cuya condición no conlleve riesgo de muerte.

Condiciones que pueden complicar el embarazo y el parto (p. ej. anemia, malaria, VIH/SIDA): El personal calificado puede realizar una serie de intervenciones apropiadas con el objeto de prevenir estas condiciones. Entre ellas, dar suplementos regulares de hierro y vitaminas, suministrar tratamiento profiláctico contra la malaria y medicación antihelmíntica y educar sobre nutrición. El personal calificado con acceso a servicios de laboratorio puede asimismo diagnosticar y tratar la anemia, la malaria y las infecciones de transmisión sexual. Tendrá capacidad para orientar a las

mujeres instándolas a que se hagan exámenes voluntarios de detección de VIH, y aconsejar a las madres que tengan o se sospeche que tengan VIH/SIDA acerca de las opciones para alimentar a su bebé. El personal calificado puede administrar terapias anti-retrovirales—si están disponibles—a las mujeres con VIH, antes o durante el parto.

Competencias adicionales en el primer nivel de referencia

Debería haber una persona calificada en el primer nivel de referencia con habilidades para realizar las siguientes intervenciones, además de las anteriormente citadas:

- › Inducción del trabajo de parto;
- › Intervención quirúrgica (p.ej., cesárea, laparatomía en caso de un embarazo ectópico, histerectomía de emergencia, dilatación y curetaje);
- › Operaciones destructivas (p.ej. craneotomía); y
- › Diagnóstico y manejo durante el trabajo de parto

y el parto de la diabetes, hipertensión crónica, enfermedades cardíacas, enfermedades renales y otras condiciones crónicas.

Destrezas cognoscitivas y de actitud

Además de las competencias técnicas para la atención clínica, el personal calificado debe tener la capacidad de comprender las costumbres locales para trabajar con la comunidad en la toma de decisiones saludables, es decir, promover prácticas beneficiosas o benignas y explicar por qué otras son dañinas y desalentar su uso. Para apoyar a las mujeres y sus familiares en la toma de decisiones sobre salud, el personal calificado debe ser capaz de comunicarse eficazmente con las mujeres y sus familias (tanto escuchar como hablar, y hablar claramente, con sencillez y respeto). De hecho, en algunos contextos, estas destrezas en comunicación e interpersonales pueden ser el factor que determine que el personal calificado sea aceptado por la comunidad y que sus servicios sean utilizados.





Por otra parte, es importante que una persona calificada utilice destrezas cognoscitivas que faciliten la resolución de problemas y la acción rápida y decisiva. La Confederación Internacional de Matronas ha elaborado un “marco para la toma de decisiones” que permite identificar las competencias esenciales del personal calificado. Este marco insta al personal calificado a tomar las siguientes medidas para asegurar una atención de alta calidad:

- › Recopilar información—por medio de entrevistas, diálogo, observación y exámenes clínicos— y decidir lo que es pertinente en cada situación;
- › Identificar signos y síntomas de condiciones graves y/o que amenacen la vida y elaborar un plan de atención, equilibrando la rapidez con la atención a los detalles; y
- › Evaluar la eficacia de las medidas adoptadas y cambiar o adaptar el plan de atención si fuera necesario, en casos individuales y cuando una situación similar surja en el futuro.

Disponibilidad, Asequibilidad y Accesibilidad



Una de las metas de salud y desarrollo internacionalmente acordadas, es aumentar la proporción de partos atendidos por personal calificado. Sin embargo, persiste la carencia de personal calificado en la mayor parte del mundo en desarrollo. La cobertura de atención por personal calificado sigue siendo baja en muchos países debido a problemas de:

- › Disponibilidad, debido al número insuficiente de personal calificado y la distribución inadecuada del personal existente;
- › Asequibilidad institucional, debido a recursos insuficientes para financiar la atención calificada y mantener la infraestructura del sistema de salud; y
- › Accesibilidad al servicio, como resultado de barreras familiares, comunitarias, financieras y estructurales que las mujeres continúan enfrentando.

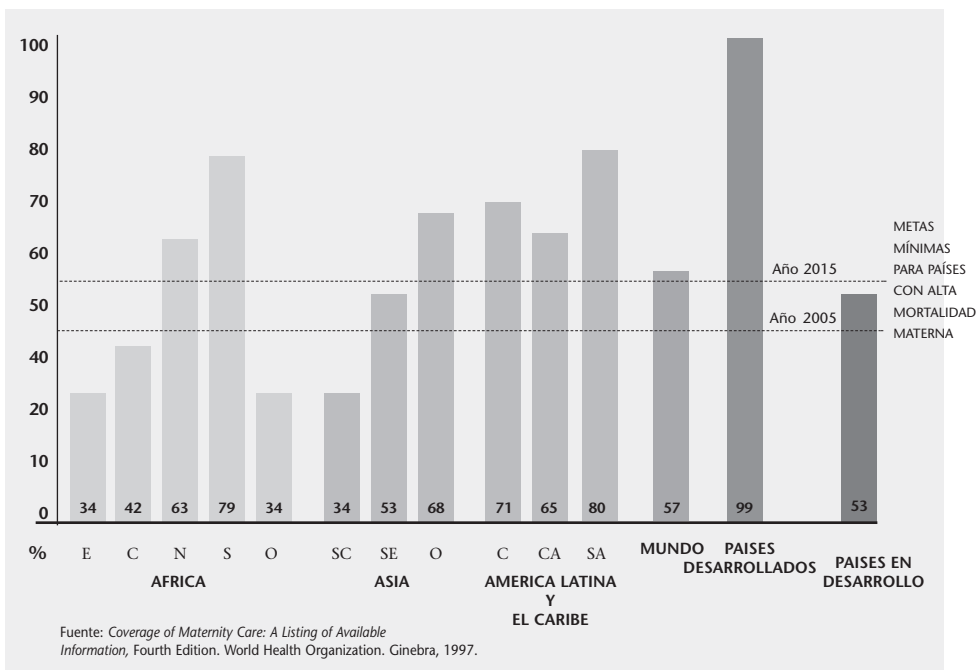
Partos no asistidos: algo todavía demasiado frecuente

En septiembre del año 2000, los miembros de las Naciones Unidas adoptaron las Metas de Desarrollo para el Milenio, las cuales incluyen la reducción de la mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015, e identificaron la proporción de nacimientos atendidos por personal calificado como un indicador para esta meta. Este esfuerzo se inspira en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas de julio de 1999, en la cual se instó a todos los países a que: “...continúen sus esfuerzos para que de manera global, para el 2005, el 80% de todos los nacimientos a nivel mundial sean atendidos por personal calificado, para el 2010, el 85%, y para el 2015, el 90%.”

Sin embargo, actualmente sólo un poco más de la mitad (53%) de todos los nacimientos en los países en desarrollo son atendidos por personal calificado y en la última década ha habido pocos cambios en la cobertura de la atención calificada durante el parto o en la mortalidad materna. Persisten dentro de cada región diferencias significativas en la atención calificada durante el parto (véase *Figura 1*).

Figura 1

Porcentajes y números estimados de mujeres atendidas durante el parto por personal calificado, por subregión.



Metas de recursos humanos y asignación estratégica del personal

Una razón que explica porque pocos partos son atendidos por personal calificado es que la capacitación en atención profesional durante el parto ha sido descuidada en muchos países. Cuando se presenta esta situación, es porque sencillamente no existe suficiente personal calificado que brinde una atención adecuada, y/o el material de trabajo que emplea está obsoleto. La escasez de personal calificado es a menudo crónica, y es más aguda en las zonas rurales. En partes de Asia y Africa puede encontrarse tan sólo una persona con preparación de partera profesional por cada 300 000 habitantes. Eso se traduce en una persona calificada por cada 15 000 nacimientos al año—una proporción bajísima.

Es necesario que los países se fijen metas realistas para capacitar y asignar estratégicamente al personal calificado. La Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propusieron una meta de una persona

PARTERAS PROFESIONALES COMUNITARIAS EN INDONESIA

Durante los años noventa Indonesia entrenó y asignó estratégicamente unas 56 000 parteras profesionales comunitarias como parte de una política para colocar una partera profesional en cada pueblo. Aquellas personas que completaron 9 años de enseñanza, recibieron 3 años de formación en enfermería general, seguidos de un año de capacitación en atención profesional del parto. Una vez en su puesto, se espera que atiendan los partos, supervisen la atención al parto por parte de parteras manejen las emergencias.

La evaluación en un distrito mostró que hubo aumentos impresionantes en la cobertura de partos atendidos por personal calificado. La proporción de complicaciones manejadas en instalaciones hospitalarias, sin embargo, no tuvo aumentos importantes. Muchos factores inhibieron el uso de los hospitales, incluyendo la falta de reconocimiento en el nivel comunitario de las complicaciones que ponen en riesgo la vida, la carencia de medios de transporte, una economía en receso y el costo alto de la atención hospitalaria del parto. Estos factores sumados al tema de cómo sustentar a la partera profesional no han sido abordados adecuadamente, lo cual indica que la estrategia de parteras profesionales comunitarias necesita ser aún modificada.

con destrezas en atención profesional del parto por cada 5 000 habitantes, asumiendo que el proveedor brinda solamente cuidados obstétricos. En un típico país en desarrollo, esto se traduciría en una persona calificada brindando atención a 200 nacimientos al año. En general, los países desarrollados han fijado metas mucho más bajas, que fluctúan entre 30 y 120 nacimientos atendidos por una persona calificada por año, según la cultura y el sistema de salud en que trabaja la persona calificada. Entre los factores importantes que los planificadores deben considerar al fijar esas metas están los siguientes:

▶ **La carga laboral de la persona calificada:** el personal calificado generalmente brinda otros cuidados maternos y reproductivos además de la atención durante el trabajo de parto y el parto (atención prenatal, servicios de planificación familiar, orientación, etc.); la cantidad de tiempo invertido en esos otros servicios esenciales determina cuántos partos se puede esperar que una persona atienda;

▶ **La satisfacción del proveedor del servicio y de las usuarias:** lo ideal es que la carga laboral del personal calificado sea tal que les permita mantener o mejorar su competencia clínica y destrezas interpersonales y brindar un servicio de buena calidad;

▶ **La asignación estratégica de personal calificado:** para asegurar que las mujeres de las zonas rurales tengan igual acceso a la atención calificada durante el parto, las metas de personal en zonas rurales y urbanas pueden ser diferentes.

La asignación estratégica del personal de salud y su retención son retos adicionales que enfrentan los países para ampliar la cobertura de la atención calificada durante el parto. La mayor parte del personal calificado trabaja en hospitales y, por lo tanto, vive y ejerce en zonas urbanas, en las capitales nacionales o regionales, o en sus cercanías. Los puestos rurales son con frecuencia poco deseados por el personal de salud debido a la mala calidad de las instalaciones, las dificultades de comunicación y temores relacionados con riesgos de salud y seguridad. Por otra parte, las malas condiciones de trabajo y la baja remuneración en muchos sistemas de salud nacionales han forzado a médicos/as y parteras profesionales a buscar otras fuentes de ingreso y

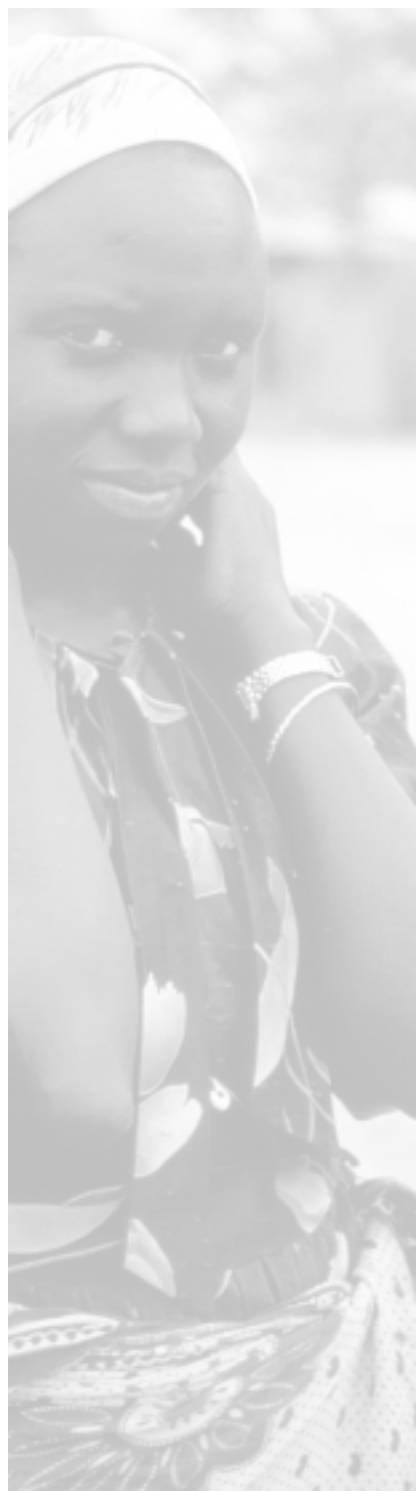
mejores condiciones de trabajo, incluso en entidades de salud privadas. Esto disminuye y obviamente, dificulta la capacidad de los gobiernos para hacer que la atención calificada durante el parto sea accesible para todas las mujeres.

Una estrategia para aumentar el número de personal calificado y mejorar su distribución, particularmente en las zonas rurales, es reclutar personal para capacitar en atención profesional del parto de las mismas comunidades donde luego prestarán servicios. Cuando el personal calificado proviene de un pueblo y reside allí o en su cercanía, puede desempeñar un rol crucial en la educación de la comunidad sobre la salud materna y promover vínculos entre proveedores de salud tradicionales (tales como las parteras tradicionales) y profesionales de salud capacitados, además de movilizar recursos para los servicios de atención y de referencia (ver *Los Perfiles de Países*, para Malasia y Sri Lanka).

Costos y ahorros de brindar atención calificada durante el parto

Si se quiere promover apoyo político para la atención calificada durante el parto y diseñar políticas y programas efectivos y sustentables, es esencial contar con información sobre los costos reales y los mecanismos de financiamiento de la atención calificada. Una serie de estudios realizados en la década pasada indican que el costo de un parto normal con una persona calificada puede ser de sólo US\$2, pero tiende a costar entre US\$8 y US\$15 en los centros de salud de África y América Latina. Los costos de un parto normal en un hospital van desde US\$10 a US\$35 por parto, mientras que los nacimientos por cesárea y los partos complicados pueden costar entre US\$50 y US\$100 por parto.

Los estudios han demostrado generalmente que las prácticas actuales no son las más eficientes (o efectivas), y que se puede reducir costos a través de la aplicación consistente de los protocolos de manejo clínico (p. ej., para prevenir el uso excesivo de antibióticos y otros medicamentos).



Si los costos por parto se distribuyen entre toda la población, resultan más asequibles. El costo per cápita estimado para un parto normal, por ejemplo, puede ser de sólo US\$ 0.50 en países de bajos ingresos, mientras el costo per cápita de una gama completa de servicios maternos se ha calculado entre US\$1 y US\$4.

Estas inversiones podrían evitar aproximadamente un 4% de la carga por enfermedad de un país y entre el 20% y un 80% de las muertes maternas y neonatales, dependiendo de las condiciones del país. El promedio de efectividad de costo de las intervenciones de maternidad sin riesgo, es generalmente comparable a la de otras intervenciones tales como la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

Mecanismos de financiamiento

En la mayoría de los casos, los países necesitarán dedicar recursos adicionales si quieren construir o mejorar una base sólida para el acceso universal a la atención calificada durante el parto. Para ello, casi todos los países necesitan mejorar las estimaciones de los costos operativos y las inversiones necesarias para lograr la atención calificada durante el parto y elaborar un plan sistemático para financiar estos programas. En lugar de depender exclusivamente de las fuentes tradicionales de ingresos (impuestos y donantes externos) muchos países han desarrollado y probado mecanismos alternativos de financiamiento tales como:

- Financiamiento parcial a través de cuotas al usuario, planes de prepago comunitarios y programas de seguros; y
- Nuevos métodos de asignación de recursos tales como subsidios en bloque a localidades, planes de prepago, seguro privado o social y contratación externa de servicios.

A menudo estos nuevos mecanismos de financiamiento se están implementando en el contexto de una reforma más amplia del sector salud. Los esfuerzos de reforma son una oportunidad para asegurar que la atención calificada durante el parto sea una parte integral de

todo mejoramiento en los sistemas de financiamiento, calidad, organización y gerencia.

Al mismo tiempo que los encargados de formular políticas y los planificadores de la salud investigan formas para lograr la cobertura universal de la atención calificada, es fundamental que los gobiernos:

- › **Garanticen el acceso al servicio para todos, especialmente para los muy pobres** (p. ej., a través de subsidios para los pobres que cubran los costos del servicio público o privado que no pueden costearse);

- › **Identifiquen áreas donde se pueden ahorrar costos** basándose en estadísticas nacionales y usen estimaciones de costo para seleccionar las intervenciones más costo-efectivas;

- › **Aseguren el pago regular de los salarios del sector público**, ya que la experiencia ha demostrado que la motivación y los incentivos de los trabajadores de la salud son clave para garantizar la calidad y sustentabilidad de los servicios de salud; y

- › **Explore una gama de opciones para conseguir un financiamiento más equitativo y sostenible** de la atención calificada durante el parto y los servicios de salud materna, lleven a cabo pruebas piloto con los nuevos mecanismos (antes de implementarlos a nivel nacional) y promuevan una implementación más eficaz de los métodos actuales de financiamiento.

El empoderamiento de las comunidades

La colaboración entre la comunidad y el sistema de salud es esencial para garantizar el acceso de las mujeres a la atención calificada. En primer lugar, las comunidades pueden ser una fuerza poderosa para mejorar la calidad de la atención demandando, facilitando y evaluando los cambios en los servicios y en las instalaciones de manera que respondan a las necesidades locales. En segundo lugar, las comunidades son esenciales para abordar las barreras que pueden limitar el acceso de las mujeres a los servicios. Esas barreras incluyen: falta de poder de las mujeres en la toma de decisiones en el seno de las familias; recursos financieros inadecuados; poca conciencia y comprensión de las cuestiones relativas a la salud

materna; y falta de acceso a transporte. Los proveedores de salud necesitan capacitación que les ayude a formar alianzas con la comunidad, a mejorar la comunicación con los miembros de las comunidades y a identificar formas concretas de apoyar a las mujeres y sus familias en la toma de decisiones saludables en relación a la maternidad sin riesgo.

Por otra parte, los sistemas y proveedores de salud deberán trabajar conjuntamente con los miembros de la comunidad para ayudarlos a identificar y expresar sus necesidades. Deben desarrollarse herramientas para pedir cuentas a los proveedores de salud y decisores políticos, por el servicio de salud brindado.

En la construcción de estas alianzas es importante dar participación a miembros influyentes de la comunidad, incluidas las parteras tradicionales. Dada la escasez de recursos financieros y humanos para la salud materna en la mayor parte de los países en desarrollo, la recomendación es invertir en la capacitación de personal calificado, en lugar de hacerlo en programas de capacitación a parteras tradicionales en gran escala. Sin embargo, en los contextos en donde las parteras tradicionales ya juegan un rol importante en la provisión de servicios o en la educación de las mujeres y de la comunidad, ellas pueden y deben ser incluidas en un “equipo de salud” que trabaje para mejorar el acceso y la calidad de los servicios. Como miembros de un equipo, las parteras tradicionales pueden educar a las mujeres y a sus familiares sobre la importancia de la atención calificada durante el parto, especialmente en caso de emergencias obstétricas, referir oportunamente, y ayudar al personal de salud a comprender y respetar los conocimientos, tradiciones y creencias locales en relación al parto.



Para que el personal calificado puede reducir la incidencia de muertes, lesiones o enfermedades maternas, necesita un entorno habilitante que facilite y apoye su trabajo. Entre los factores fundamentales de dicho entorno están:

- › **Políticas, leyes y reglamentos de respaldo** que den prioridad a la maternidad sin riesgo, autoricen a los profesionales de la salud, incluidas las parteras profesionales, a realizar todas aquellas intervenciones que salvan vidas en las que tienen competencia y contrarresten las barreras al acceso a los servicios que enfrentan las mujeres;

- › **Infraestructura eficaz del sistema de salud**, incluidos equipamientos y suministros adecuados y sistemas de referencia, comunicación y transporte;

- › **Asociaciones profesionales** que promuevan la formación de personal calificado, formulen políticas y protocolos, establezcan normas de práctica y competencias básicas y faciliten la comunicación y el intercambio de información; y

- › **Educación de calidad y sistemas de supervisión** que ofrezcan oportunidades de formación antes de prestar servicios y educación continua y provean un mecanismo de supervisión y apoyo.

Políticas y leyes

El compromiso político y normativo con la maternidad sin riesgo—con un acceso más amplio a la atención calificada durante el parto como componente principal ha sido fundamental en el proceso de reducción de la mortalidad materna.

Pero, si bien el fijar metas cuantitativas para la maternidad sin riesgo o la atención calificada durante el parto ayuda, esto no es suficiente. Los gobiernos necesitan invertir recursos e implementar intervenciones eficientes. En los países que atraviesan reformas en el sector, la maternidad sin riesgo así como otros aspectos de la salud reproductiva, deben ser incorporados explícitamente en los paquetes esenciales de servicios y abordarse en otros componentes de la reforma.

Una legislación que permita al personal calificado ejercer todas sus destrezas y emplear todos los medicamentos y dispositivos para los cuales está capacitado es una prioridad legal y política fundamental. Dicha legislación amplía el acceso de la mujer al servicio de profesionales calificados que pueden realizar intervenciones que salvan vidas y recetar medicamentos durante el embarazo, el parto y el período posparto. Esto es especialmente crítico en países que cuentan con un número limitado de médicos/as.

Sin embargo una legislación que apoye la atención calificada durante el parto no será eficaz a menos que forme parte de una reforma jurídica general que promueva la salud y los derechos de la mujer. Por lo tanto el entorno habilitante de la atención calificada durante el parto debe ser complementado con leyes que protejan la salud de la mujer y que garanticen el acceso a la gama completa de servicios de salud materna y a otros servicios de salud reproductiva.

Los expertos en salud y en el campo legal, respaldados por acuerdos internacionales, definen cada vez más frecuentemente la maternidad sin riesgo como un derecho humano. Garantizar este derecho depende de leyes y políticas, así como de la prestación de servicios de salud que respondan a las necesidades expresadas por las mujeres.

En Sri Lanka, la mortalidad materna ha descendido de forma espectacular en los últimos 80 años: de 2 200 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos en 1920 a la cifra actual de 70 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos. Un factor fundamental en esta disminución ha sido el compromiso del gobierno con la maternidad sin riesgo a través de una política que promueve la cobertura universal de la atención calificada durante el parto. La cobertura actual de la atención calificada durante el parto supera el 96%.

Nota: En esta sección se considerarán los primeros tres componentes del entorno habilitante; las políticas referidas a la educación y la práctica de la atención calificada se analizarán en la sección siguiente.

Jamaica ha intentado instrumentar el derecho a la maternidad sin riesgo por medio de la Carta de la Usuaría. La Carta establece los derechos y responsabilidades de los administradores, profesionales y usuarias del servicio de salud y sostiene que éstos deben basarse en el respeto mutuo y la obligatoriedad de rendir cuentas, independientemente de la situación socioeconómica de las usuarias.

La maternidad sin riesgo es también un asunto de justicia social, profundamente entrelazado con la situación y el poder de la mujer. Esto es evidente en las barreras de carácter político, cultural, socioeconómico, religioso y de actitud que impiden a las mujeres gozar de buena salud y socavan sus derechos, incluido su derecho a los cuidados de salud materna. Los países deberán trabajar a través de leyes, políticas y reformas del sistema, además de campañas permanentes de educación pública a nivel nacional y comunitario, para cambiar las siguientes realidades:

- › El acceso desigual de las niñas a la educación;
 - › El limitado contacto de las mujeres con informaciones e ideas nuevas;
 - › Las relaciones de poder desiguales que limitan la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y obtener acceso a servicios de salud;
 - › La restringida autonomía financiera de las mujeres;
- y
- › La muy frecuente mala calidad de la interacción entre los proveedores de salud y las usuarias que a menudo se sienten tratadas con condescendencia, falta de respeto e incluso humilladas.

Infraestructura funcional: instalaciones y sistemas de gerencia

La capacidad del personal calificado para salvar vidas puede verse gravemente limitada - en cualquier nivel del sistema de salud - si las instalaciones no son funcionales o si el equipamiento, los suministros o los fármacos necesarios han caducado, han sido almacenados inadecuadamente o no están disponibles. Para asegurar la existencia de estos elementos básicos y su utilización eficaz por parte del personal calificado, es necesario que las instalaciones cuenten con servicios básicos tales como electricidad, agua potable, servicios sanitarios, etc., y que los sistemas de suministro y reabastecimiento de materiales estén funcionando bien.


De igual manera son esenciales los sistemas de comunicación, transporte y referencia para que los servicios obstétricos de emergencia sean accesibles a todas las mujeres en forma oportuna durante el embarazo, el parto y el posparto. Un sistema de comunicación eficaz incluye el uso del teléfono o de la radio para hacer consultas y referencias. Los programas de educación comunitaria culturalmente apropiados son también fundamentales para ayudar a que las comunidades y las mujeres descubran la importancia y la disponibilidad de la atención calificada durante el parto, comprendan cuándo se requiere un nivel más especializado de servicio, y planifiquen activamente el parto, apartando dinero y haciendo otros preparativos. Es esencial garantizar transporte inmediato a centros de referencia donde hay servicio las 24 horas del día, ya sea mediante esfuerzos comunitarios o acuerdos entre la comunidad y el sistema de salud. También deben eliminarse las barreras financieras al servicio de emergencia, por ejemplo, mediante el establecimiento de un fondo comunitario para dar préstamos en casos de urgencia. Todas estas intervenciones constituyen elementos esenciales de la estrategia de “preparación para el parto”, la cual tiene como meta asegurar que las mujeres y las comunidades estén preparadas para tomar las medidas adecuadas, ya sea en el hogar o camino al centro de salud, para evitar atrasos que pongan en peligro la vida de la madre o del bebé.

Las casas maternas son una opción a considerar cuando el acceso a las instalaciones de salud es problemático. Estos hogares, ubicados cerca de los centros de salud y administrados por los sistemas de salud o las comunidades, brindan a las mujeres un lugar seguro donde esperar durante las semanas finales del embarazo y aseguran su acceso a la atención calificada. Si bien su efectividad no ha sido rigurosamente evaluada, la retroalimentación anecdótica indica que cuando las casas maternas han sido creadas por la comunidad y cuentan con su respaldo, pueden ser útiles para las mujeres.

En Bolivia, se han empleado radionovelas, panfletos y afiches para hacer llegar información a las mujeres rurales sobre el embarazo y el parto, y aumentar su demanda y su acceso a servicios de salud reproductiva. Las mujeres expuestas a mensajes por radionovela tenían mayor probabilidad de saber sobre las complicaciones del embarazo y el parto que las mujeres que no estuvieron expuestas a ellos.

Asociaciones profesionales

Un entorno favorable al desarrollo de personas capacitadas implica la existencia de asociaciones profesionales que promuevan y defiendan una atención de alta calidad durante el parto. A nivel local, las asociaciones profesionales deben promover el desarrollo personal y profesional de sus miembros a través de la educación y la investigación y asegurando la calidad. A nivel nacional, regional o internacional, las asociaciones profesionales juegan un rol importante en la promoción de normas técnicas basadas en la evidencia y de perfiles de competencias básicas para todos los cuadros de personal calificado. Las asociaciones profesionales también pueden ser canales eficaces de comunicación entre las diversas disciplinas de personal calificado (parteras profesionales, enfermeros/as y médicos/as) y entre el sistema de salud público y el privado. Esta comunicación promueve la colaboración, la cooperación y el respeto entre el personal calificado y facilita la creación de vínculos profesionales entre los proveedores de salud en general (p. ej. equipos profesionales interdisciplinarios).



Si se quiere reforzar la capacidad del personal calificado para salvar las vidas de las mujeres y proteger y promover la salud materna, infantil y comunitaria es indispensable establecer **programas de capacitación de alta calidad y supervisión capacitante**. Un proceso educativo exitoso fomenta en el personal calificado la adquisición de habilidades y competencias prácticas para la resolución de problemas, el pensamiento crítico y la toma de decisiones. También pone énfasis en la importancia de respetar y responder a las necesidades de las usuarias. Un sistema educativo que promueve dichas destrezas, habilidades y conocimientos incluye los siguientes componentes básicos:

- › Programas de capacitación apropiados (en aulas y en servicios), además de educación continua y oportunidades de reciclaje para profesionales;
- › Materiales didácticos actualizados, completos y pertinentes a las situaciones locales; y
- › Docentes calificados que pueden supervisar el aprendizaje clínico de los estudiantes tanto en el servicio como en la comunidad.

Las normas y los protocolos también son fundamentales para guiar y respaldar la atención de calidad por parte del personal calificado, así como para medir su rendimiento y promover su sentido de responsabilidad.

Programas de capacitación

Los currículos más eficaces para capacitar a personal calificado son específicos a cada país, se basan en la evidencia científica, y utilizan un enfoque basado en la competencia tanto para el aprendizaje como para la evaluación de destrezas. Si se busca mejorar la calidad técnica e interpersonal de la atención, las lecciones aprendidas de los programas de capacitación señalan que:

- › Los currículos deben reflejar la realidad del sistema de salud donde trabajará el personal calificado y tener en cuenta los conocimientos que ya tienen;
- › Los programas deben contar con apoyo y financiamiento suficiente por parte de los administradores del sistema de salud;

‣ El aprendizaje teórico debe estar integrado a la práctica clínica y debe ponerse énfasis en el pensamiento crítico y la solución de problemas—no simplemente en la memorización de datos;

‣ Además de las destrezas clínicas, debe ponerse énfasis en las destrezas de consejería y comunicación, así como en la importancia de la satisfacción de la usuaria;

‣ Los docentes deben estar preparados efectivamente para enseñar y los instructores clínicos deben ser practicantes competentes;

‣ La capacitación debe estar basada tanto en el nivel de la comunidad como en los centros de referencia, y debe brindar a los estudiantes oportunidades para adquirir competencias en la atención de partos tanto normales como complicados;

‣ Sólo debe otorgarse créditos o certificados a aquellos estudiantes que puedan demostrar un nivel aceptable de destreza;

‣ El número de participantes en un curso debe mantenerse bajo a fin de facilitar el aprendizaje (p. ej., un profesor por cada tres a cinco estudiantes que adquieren destrezas clínicas, y un profesor por cada 15 a 20 estudiantes en una aula de clase); y

‣ Debe enseñarse a los estudiantes a asumir seriamente su responsabilidad frente las personas a las que prestan servicios, de modo que las comunidades acepten y valoren la atención calificada durante el parto.

Conocimientos prácticos avanzados y educación continua

Los expertos concuerdan en que tanto las parteras profesionales y enfermeros/as, como los médicos/as, deben recibir adiestramiento avanzado en “Intervenciones que Salvan Vidas” (ISV), también llamadas destrezas avanzadas en atención del parto, como parte de su formación pre-servicio.⁶ Los países que han implementado programas de capacitación en ISV reconocen el valor de capacitar a equipos de proveedores—médicos/as y parteras profesionales conjuntamente—de forma que los sistemas de referencia se fortalezcan gracias a la creación de respeto mutuo por el rol que cada cual juega en salvar la vida las mujeres.

Para aumentar la eficiencia de la atención calificada también es fundamental la existencia de programas de educación continua y de reciclaje, tanto para enseñar información nueva, como para actualizar y ampliar las competencias clínicas e interpersonales.

Materiales didácticos y educadores

Lo ideal es que los países produzcan sus propios materiales didácticos o los adapten de los numerosos manuales de enseñanza, módulos didácticos y textos de estudio disponibles internacionalmente. Entre los más usados y validados en el terreno están:

› *The WHO Safe Motherhood Midwifery Education Modules* (1996), concebidos para facilitar la enseñanza de los conocimientos y destrezas esenciales para prevenir cuatro causas importantes de muerte materna (hemorragia, parto obstruido, eclampsia, y sepsis puerperal); en breve aparecerá un quinto módulo, sobre las complicaciones del aborto realizado en condiciones de riesgo;

› *Manual de Destrezas para Salvar la Vida Dirigido a Parteras* (1998) publicado por el American College of Nurse Midwives (ACNM), da orientación técnica para enseñar la evaluación prenatal del riesgo, y monitoreo y manejo del trabajo de parto, incluyendo el tratamiento de algunas complicaciones; y

› *El Curso Internacional ALARM* (2000), ofrece educación continua a parteras profesionales, enfermeros/as, médicos/as gineco-obstetras y familiares que proveen cuidados obstétricos esenciales básicos e integrales. Desarrollado por la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá y refrendado por la FIGO, el curso se centra en las cinco causas principales de mortalidad y morbilidad materna.

1 Las ISV incluyen prevención y tratamiento de hemorragias, prevención y tratamiento del shock, sepsis y eclampsia, resucitación del recién nacido, extracción al vacío y tratamiento de las complicaciones del aborto.

Para el éxito de cualquier programa de educación es esencial contar con profesores motivados, entusiastas, bien preparados y clínicamente competentes. No obstante, en muchos países hay escasez de parteras profesionales con la experiencia clínica y la capacidad didáctica necesaria para enseñar a nuevos aprendices. Dos estrategias para remediar esto son:

- ▶ Establecer cursos de formación de instructores en atención profesional del parto a nivel nacional; y
- ▶ Extender los componentes de “capacitación de capacitadores” (CC) dentro de los programas de capacitación en atención profesional durante el parto y en intervenciones que salvan vidas.

Supervisión capacitante

Deben establecerse programas efectivos de supervisión para ayudar al personal de salud a cumplir las metas de calidad en la atención a nivel nacional, institucional y comunitario. Una forma de alcanzar esas metas y promover la retención de los profesionales calificados es la supervisión capacitante. La supervisión capacitante es un proceso por el cual proveedores y supervisores examinan conjuntamente la calidad del servicio prestado; los supervisores refuerzan las prácticas eficaces y ofrecen crítica constructiva para introducir los cambios necesarios; y supervisores y proveedores deciden de forma conjunta sobre los mecanismos para un permanente mejoramiento en la calidad del servicio.

Las visitas de supervisión deben tener lugar de forma regular y con notificación previa. Los criterios de análisis deben estar bien definidos y deben elaborarse formularios uniformes para evaluar la práctica. También es importante que los sistemas de supervisión vinculen el sistema de salud, el proveedor y la comunidad ya que no puede haber mejoramiento en la calidad sin una buena comunicación entre todos los participantes del proceso de prestación de servicios.

En la provincia Kalimantan Sur, Indonesia, los sistemas de monitoreo y supervisión están integrados en la capacitación en el servicio de parteras profesionales y tradicionales. Este sistema de supervisión “por pares”, administrado por la asociación nacional de parteras (IBI), ofrece supervisión y orientación a los nuevos proveedores por parte de parteras más experimentadas, que han recibido capacitación especial como supervisoras y tutoras.

Estándares y protocolos

Los estándares y protocolos nacionales que definen el tipo de cuidados que brinda cada nivel del sistema de salud y cada categoría de proveedor, son esenciales para orientar y apoyar la práctica de la atención calificada durante el parto, así como para evaluar y mejorar el desempeño de los proveedores. Las normas y directrices también pueden utilizarse como base para auto evaluación en la práctica clínica por parte del personal calificado y para evaluaciones en el marco de programas de supervisión por pares.

La elaboración de normas y protocolos eficaces exige el acuerdo entre varios actores claves incluido el Ministerio de Salud, los hospitales universitarios más importantes, las asociaciones profesionales y los organismos fiscalizadores. Las normas deben actualizarse regularmente sobre la base de nuevos avances en el campo de la práctica clínica y de nuevas políticas relativas a la atención calificada durante el parto.

de la Atención Calificada Durante el Parto



Muchos programas nacionales de maternidad sin riesgo deberán cambiar su énfasis para lograr mejoras en el nivel de la atención calificada durante el parto. A fin de mantener el impulso, es necesario monitorear los progresos en la implementación de los programas y demostrar sus efectos sobre la supervivencia y el bienestar de las madres. El enfoque principal para hacer el seguimiento y la evaluación es generalmente mediante indicadores cuantitativos y los datos en los cuáles éstos se basan. Pero otros métodos sin indicadores, tales como las auditorías de muertes maternas y perinatales o el análisis de las barreras que enfrentan las mujeres para recibir atención, también son útiles. Un enfoque pragmático de seguimiento y evaluación implica seleccionar diversos métodos de medición y dar seguimiento a una serie de indicadores, tanto cuantitativos como cualitativos, de modo que las limitaciones de una medida queden compensadas por las ventajas de otra.

Selección de indicadores

Las evaluaciones pueden tener lugar a varios niveles: mundial o regional, nacional, estatal, provincial o comunal, de institución de salud, de proveedor de salud y de mujer individual. Los indicadores deben ser seleccionados sobre la base del alcance del programa evaluado. Es esencial definir un marco claro para todas las evaluaciones de programa y asegurarse de que las intervenciones y el logro de los objetivos se midan dentro de ese marco. Por ejemplo, si las metas del programa se definen en términos de una reducción en las muertes maternas y neonatales, entonces eso es lo que se debe evaluar; si se está incidiendo en la proporción de nacimientos con personal calificado, entonces se debe evaluar la utilización del personal calificado, tanto en partos domiciliarios como institucionales. En todos los casos, la factibilidad de obtener datos válidos y confiables es fundamental para el éxito de la evaluación.

Los indicadores para los programas de monitoreo en salud normalmente se organizan en una estructura de insumo/proceso/producto que lleva a los resultados. Es decir, se utilizan indicadores para evaluar la forma en que los insumos a un programa se convierten, por medio de actividades (procesos), en productos y, eventualmente, en cambios a nivel de la población (resultados).

Insumos	Actividades	Productos	Resultados
Recursos financieros	Capacitación	Mejoramiento en la calidad de la atención	Reducción en la mortalidad /morbilidad materna

Cuando es difícil obtener indicadores de resultado (tal como es el caso de la mortalidad materna), los indicadores de proceso (tales como la proporción de partos atendidos por personal calificado) son a menudo usados como sustitutos para medir resultados en salud materna, aunque no es evidente que este marcador sea sensible a los cambios en la mortalidad materna.

Fuentes de datos

Las dos principales fuentes de datos para medir el impacto de la atención calificada durante el parto son:

› **Datos demográficos** (recopilados normalmente a través de encuestas por muestreo), que dan información sobre un grupo meta representativo (p. ej. mujeres en edad reproductiva en una zona geográfica particular); y

› **Datos de servicios**, que incluyen datos sobre el uso de servicios y productos de los sistemas de información de salud (es decir, registros y notas de casos), entrevistas a usuarias al salir de la consulta, análisis de situación y auditorías.

Si bien todas tienen limitaciones, las siguientes fuentes son útiles a fin de recopilar datos demográficos sobre el alcance y el impacto de la atención calificada durante el parto:



› **Encuestas muestrales de mujeres individuales**, tales como la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS), que incluye preguntas sobre salud materna y utilización de los servicios. Sin embargo, algunas encuestas muestrales pueden no estar bien diseñadas y tener una representación insuficiente de mujeres pobres o marginadas—el grupo con menor posibilidad de acceso al servicio de salud materna y por ello con mayor probabilidad de tener malos resultados;

› **Datos del registro civil** a veces utilizados para conocer la incidencia de muertes maternas y nacidos vivos. No obstante, en la mayoría de los países en desarrollo estos datos son de mala calidad; especialmente para las poblaciones rurales y pobres; y

› **Evaluaciones rápidas**, realizadas al nivel de la institución y del proveedor de salud, generan datos tanto cualitativos como cuantitativos. Dichos estudios pueden dar información útil para una intervención específica, pero la poca uniformidad en el enfoque, en la recolección de datos y en el análisis, dificulta la comparación de conclusiones sacadas de diferentes evaluaciones.

Si bien valiosos, los **datos de servicios** a menudo son de calidad variable y pueden descuidar grandes segmentos de la población. Son más útiles en contextos en que es común el uso de centros de salud materna. Por ejemplo, los registros de nacimientos que incluyen algunos resultados de salud materna e infantil (p. ej. partos, nacidos vivos) a menudo son muy informativos y muchos centros de salud producen informes trimestrales o anuales. Pero en numerosos países, la mayor parte de las muertes maternas y neonatales ocurren fuera de las maternidades o centros de salud, lo cual limita la utilidad de los datos.

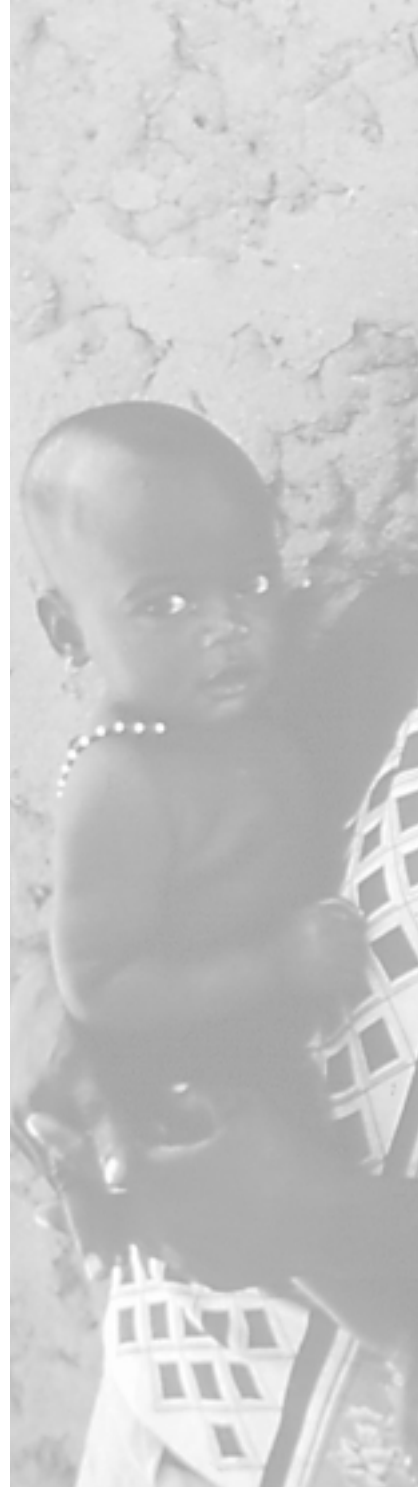
Más aún, los datos de servicios posiblemente estén sesgados hacia las usuarias más pudientes y hacia casos complicados que han sido referidos. Siempre que se reconozca ese sesgo, puede obtenerse mucha información útil de los datos de los servicios, especialmente datos sobre la calidad de la atención recibida a partir de entrevistas a usuarias a la salida de la consulta.

Partos atendidos por personal calificado: Un indicador clave

El indicador primario para el monitoreo y la evaluación de impacto de la atención calificada durante el parto es la proporción de ellos atendidos por personal calificado. Este indicador es ampliamente usado como una meta internacional de desarrollo y, aunque es un indicador de proceso, su relativamente estrecha relación con los resultados maternos lo convierten en el centro de estudios de evaluación.

No obstante, al iniciar los esfuerzos de monitoreo y evaluación deben considerarse una serie de temas conceptuales, operacionales y de medición relativos a este indicador. Uno de ellos es que las comparaciones de cobertura de atención durante el parto por personal calificado entre países no serán precisas mientras no se estandaricen las definiciones de “persona calificada” y de “nivel de competencia de los proveedores” en las encuestas. La mayor parte de las encuestas usan simplemente una versión de las categorías más comunes (médicos/as, enfermeros/as o partera profesional), pero es importante reconocer que los niveles de destreza y el alcance de su trabajo varían entre las diferentes categorías de personal de salud y entre países, e incluso dentro de un mismo país. Mientras no se desarrollen y adopten en las encuestas definiciones estandarizadas de “personal calificado”, los datos deberán variar entre las diferentes categorías profesionales que proveen los servicios.

Otro asunto relacionado es determinar si una persona calificada está ejerciendo en su nivel de competencia. Las políticas y leyes nacionales, y las realidades a nivel de distrito y de instalaciones de primer nivel pueden promover o limitar la capacidad de una persona calificada para realizar el conjunto de intervenciones que han demostrado tener un impacto positivo sobre la salud materna resultante (*véase sección “Competencias esenciales”*).





Otro factor importante es la estructura y funcionalidad del sistema de atención médica. Tanto los suministros y recursos para la atención esencial y de emergencia, como los sistemas de referencia, transporte y comunicaciones, son elementos importantes de un sistema de atención materna—y no son captados por el indicador de personal calificado. Por otra parte, el acceso y la utilización de los servicios son aspectos fundamentales para la efectividad de la atención calificada durante el parto. Si las mujeres no pueden pagarlos, no pueden llegar hasta ellos o no pueden elegir una atención calificada, ya sea por factores geográficos, económicos, demográficos o culturales, el contar con personal calificado no incidirá en la mortalidad materna y neonatal.

Otros indicadores: Cuestiones relativas a la utilidad y la recopilación de datos

La reducción de las tasas de mortalidad materna es una meta clave de desarrollo en acuerdos y políticas nacionales e internacionales. Pero, tal como se ha visto en muchos análisis, no es un buen indicador para identificar cambios de corto plazo ni otros resultados, fuera de los de nivel nacional. No obstante, hay otros indicadores que pueden dar información sobre la calidad de la atención calificada y su impacto sobre la salud y la supervivencia materna y neonatal. Entre ellos se encuentran:

- › **La incidencia de uso de partógrafo** para medir el progreso de trabajo de parto, puede ser un buen indicador de la calidad de la atención, especialmente durante partos prolongados y obstruidos;

- › **Satisfacción de la usuaria y preferencias de servicio** medidas a través de métodos cualitativos tales como entrevistas de usuarias y grupos focales. Si bien se han desarrollado y utilizado instrumentos cuantitativos para evaluar la satisfacción de las usuarias, dadas las complejidades de medición no se ha desarrollado un enfoque sistemático; y

› **Destreza y satisfacción del personal calificado.**

Estos evalúan la destreza clínica, la experiencia, la formación y la capacidad de comunicación, además de las horas de trabajo y salarios de los proveedores—elementos todos importante para la prestación de un servicio de calidad. La medición de estos factores es un reto ya que son necesarios muchos indicadores para evaluar las fortalezas y las debilidades de los servicios.

Auditorías: Un método sin indicadores

Los métodos sin indicadores pueden ser importantes para el monitoreo y seguimiento del impacto de la atención calificada durante el parto. Las auditorías—de muertes maternas, atención brindada por un proveedor, o barreras a la atención médica—son técnicas relativamente nuevas, aún poco utilizadas en los países en desarrollo. **Las auditorías de muertes maternas** pueden incluir alguno o todos los procesos de análisis complementarios tales como: discusión de casos entre los proveedores que participaron en la atención a la mujer; investigación confidencial de los factores que afectaron el proceso de atención; auditoría médica de la calidad de la atención prestada, medida según normas y protocolos existentes; y la “autopsia verbal” que involucra a los proveedores de salud y miembros de la comunidad en un debate sobre los factores que podrían haber llevado a demorar el acceso al servicio o la atención médica una vez en el servicio.

Las asociaciones profesionales pueden recibir el mandato del Ministerio de Salud de conducir auditorías en los niveles nacionales, provinciales y distritales e informar de forma regular al Ministerio. Una auditoría profesional implica cinco pasos:

- › **Establecer los criterios** de mejor práctica en el tratamiento de las complicaciones obstétricas;
- › **Medir** la práctica actual;
- › **Proveer** retroalimentación y fijar los estándares;
- › **Implementar** cambios en la práctica; y
- › **Reevaluar** la práctica y dar retroalimentación.

Dos enfoques de auditorías que se están probando actualmente en países en desarrollo son:

1. En las auditorías de supervivientes un equipo de parteras profesionales, médicos/as, asistentes sociales y administradores analizan los casos de complicaciones severas con riesgo de muerte de la mujer (en lugar de muertes). Este enfoque, a prueba en 12 hospitales de Africa, está diseñado para elaborar criterios estándar para tratar complicaciones. Dado que los casos examinados sobrevivieron, se estima que el enfoque es menos sensitivo y por ello menos amenazador para la comunidad médica.

2. Las auditorías basadas en criterios implican el desarrollo de un listado de criterios de buena calidad de atención. Se analizan entonces las notas de cada caso para determinar si la atención brindada satisface los criterios seleccionados. En este momento se está realizando un estudio sobre la factibilidad y la efectividad de este enfoque en dos hospitales distritales en Ghana y otros dos en Jamaica.

La auditoría de las barreras y problemas que enfrentan las mujeres que necesitan atención médica, realizada de forma anónima y usando indicadores agregados, también ha sido eficaz en la identificación de intervenciones para llenar “vacíos” (como en el conocimiento o destreza del proveedor) o solucionar las “demoras”, que tienen un impacto adverso en la atención. Las auditorías tendrán poco efecto si sus resultados no son comunicados a las personas, comunidades u organizaciones que pueden hacer uso de los datos para promover cambios positivos a nivel de la política de salud, de los proveedores o de la comunidad.



*Maternidad
Sin Riesgo*



Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales,
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

www.familycareintl.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.