

Intervenciones Innovadoras para Mejorar la Salud del Recién nacido/a en la Región de Latinoamérica y el Caribe

Por Rachel Haws, Peter J. Winch, Jaime Castillo
Johns Hopkins University



Agosto 2004

Intervenciones Innovadoras para Mejorar la Salud del Recién nacido/a en la Región de Latinoamérica y el Caribe

Por Rachel Haws, Peter J. Winch, Jaime Castillo
Johns Hopkins University

Agosto 2004





El Grupo CORE (www.coregroup.org)

El Grupo de Colaboración y Recursos para la Supervivencia Infantil (The CORE Group) es una asociación de membresía formada por más de 35 Organizaciones Privadas Voluntarias de los Estados Unidos que trabajan unidas para promover y mejorar los programas de atención primaria en salud para mujeres y niños y las comunidades en que viven. La misión del Grupo CORE es fortalecer la capacidad local y llevarla a una escala global para mejorar de forma mensurable la salud y bienestar de las mujeres y niños/niñas de los países en desarrollo a través de la colaboración de las ONG para la acción y el aprendizaje conjunto. Las organizaciones miembros, vistas en forma colectiva trabajan en más de 140 países, apoyando programas de salud y desarrollo.

Esta publicación se hizo posible mediante el apoyo del Bureau of Global Health, Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID), bajo el acuerdo de cooperación FAO-0098-00030. Las opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no necesariamente representan las opiniones y puntos de vista de la USAID. Esta publicación puede ser reproducida siempre y cuando se acredite la fuente.



Indice de Contenidos

Siglas y Abreviaturas	vii
Agradecimientos	ix
Resumen Ejecutivo	xi
1. Introducción	1
1.1. Mortalidad del menor de cinco de América Latina	1
1.2. Mortalidad neonatal en América Latina	1
1.3. Diferentes tendencias que influyen en la mortalidad neonatal en áreas rurales, urbanas y peri-urbanas de la Región de LAC	3
1.4. Prácticas tradicionales que afectan la salud del recién nacido/a	6
1.5. Conexión entre mortalidad materna y la atención para salud materna	7
1.6. Objetivos de este informe	9
2. Modelos para implementar programas de salud neonatal	11
2.1. Previendo la mortalidad neonatal: cuatro períodos críticos	12
2.2. El modelo de atención con personal de salud capacitado	14
2.3. El programa de atención con base en la comunidad	15
2.4. Roles de la comunidad que se deben contemplar en la implementación	16
2.5. Parteras tradicionales: antecedentes	16
2.6. PT: roles que pueden desempeñar	18
2.7. Agentes comunitarios de salud	23
2.8. Grupos de mujeres y comités de la comunidad	24
2.9. La importancia de los fuertes enlaces y de la referencias	28
3. Estudios de casos	31
3.1. Estudio Caso: Supervivencia infantil en el departamento de Matagalpa, Nicaragua	36
3.2. Estudio Caso: Maya salud neonatal en Guatemala	40
3.3. Estudio Caso: Capacitación en salud del recién nacido en el Altiplano Peruano	44
3.4. Estudio Caso: Promoviendo la supervivencia del recién nacido en Bolivia a través de una red de ONG	47
3.5. Estudio Caso: Atención técnica obstétrica y neonatal a nivel comunitario en Honduras	55

4. Lecciones aprendidas	59
4.1. Aspectos técnicos y operativos	59
4.2. Roles para las ONG	66
4.3. Agenda para la evaluación de un programa y una investigación operativa	68
5. Conclusiones	71
6. Bibliografía	73

Tablas

Tabla 1. Comparación de las TM5A, TMNN, y TMM por región	2
Tabla 2. Tasas estimadas de mortalidad neonatal para Brasil y Nicaragua, por quintiles de consumo equivalentes	2
Tabla 3. Diferencias entre áreas rurales, peri-urbanas y urbanas en la región de LAC	3
Tabla 4. Dos tipos de agentes comunitarios de salud en los programas de salud del recién nacido	22
Tabla 5. Intervenciones prioritarias para los grupos de mujeres y los comités	24
Tabla 6. Resumen de los estudios de casos	32
Tabla 7. Roles de los miembros de la comunidad y los proveedores de salud del proyecto “supervivencia infantil”	37
Tabla 8. Proyecto de supervivencia infantil componentes de la intervención	38
Tabla 9. Roles de los miembros de la comunidad y los proveedores de salud en el proyecto maya de salud Neonatal	41
Tabla 10. Intervenciones del proyecto maya de salud neonatal de Guatemala	41
Tabla 11. Roles de los miembros de la comunidad y los proveedores de salud en proyecto BABIES	45
Tabla 12. Roles de los miembros de la comunidad y proveedores de salud en el Programa de Supervivencia infantil de Intibucá con Base en la Comunidad	56
Tabla 13. Componentes de la intervención del Programa de Supervivencia Infantil de Intibucá con Base en la Comunidad	57
Tabla 14. Personas y grupos involucrados en las intervenciones basadas en la comunidad	60
Tabla 15. Competencias claves en atención del recién nacido que se sugiere deben tener los ACS, las PT y la madre/parientes	61
Tabla 16. Intervenciones parte del paquete de atención esencial del recién nacido	63
Tabla 17. Tipos de actividad que emprenden las ONG de los estudios de casos	67

Cuadros

Cerrando la brecha de la atención neonatal: un enfoque integral	8
Proyecto de salud materna y neonatal de Quetzaltenango	19
Mejorando la calidad de la atención de las parteras tradicionales desarrollando sus destrezas y habilidades para la referencia efectiva	21
Promotoras vs. técnicos: ejemplos prácticos	23
Ciclos de acción comunitaria: el proyecto Warmi de Bolivia	25
En Guatemala: Cómo trabajar con los grupos de mujeres para aumentar la conciencia hacia los signos de peligro durante el embarazo	26
Un marco de referencia para trabajar con individuos, familias y comunidades: La Iniciativa “Un Embarazo Seguro” (<i>Making Pregnancy Safer</i>)	27
Brigadas para transporte obstétrico en Matagalpa, Nicaragua	28
“Plan de apoyo a la vida” en Guatemala	29
Enlaces Innovadores: farmacias en El Alto, Bolivia	29

PROCOSI en El Alto: Cómo trabaja CARE con los grupos de mujeres para mejorar los cuidados esenciales del recién nacido	48
PROCOSI en Cochabamba: Cómo esta trabajando PCI para reducir la mortalidad neonatal en las comunidades rurales y urbanas	50
Roles de los miembros de la comunidad y de los trabajadores de salud en los proyectos de SNL en Bolivia	53

SIGLAS Y ABREVIATURAS

TMSA	–	Tasa de Mortalidad del Menor de Cinco Años (Mortalidad Infantojuvenil)
EAP	–	Enfermeras Auxiliar Partera
CCC	–	Comunicación para Cambios de Comportamiento
ACS	–	Agente Comunitario de Salud
CRS	–	<i>Catholic Relief Services</i> (Servicios de Ayuda Católicos)
DILOS	–	Directorio Local de Salud (Bolivia)
CERN	–	Cuidados Esenciales Para el Recién Nacido
CONE	–	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
AOEmI	–	Atención Obstétrica de Emergencia Indispensable
PF	–	Planificación Familiar
DPAH	–	Destrezas de Primeros Auxilios en el Hogar
SIS	–	Sistema de Información de Salud
IEC	–	Información, Educación, & Comunicación
TMI	–	Tasas de Mortalidad Infantil
CPC	–	Conocimientos, Prácticas, y Cobertura
LAC	–	Latino América y el Caribe
MELA	–	Método de Lactancia Amenorrea
BPN	–	Bajo Peso al Nacer
LQAS	–	Muestreo de Aceptación de Lotes (siglas en Inglés)
SMN	–	Salud Materna y Neonatal
MS	–	Ministerio de Salud
TMM	–	Tasa de Mortalidad Materna
ONG	–	Organización no Gubernamental
TMS	–	Tasa de Mortalidad Neonatal
PCI	–	Proyecto Concern Internacional
APS	–	Atención Primaria en Salud
TMP	–	Tasa de Mortalidad Perinatal
OPV	–	Organización Privada Voluntaria
SNL	–	<i>Saving New born Children Lives</i> (Salvando Vidas de los Recién nacidos/as, iniciativa liderada por Save the Children)
ITS	–	Infecciones de Transmisión Sexual
SUMI	–	Seguro Universal Materno Infantil (Bolivia)
PT	–	Partera Tradicional
TT	–	Toxoide Tetánico
UNICEF	–	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	–	<i>United States Agency for International Development</i> (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)
ITU	–	Infección del tracto Urinario
OMS	–	Organización Mundial de la Salud



Agradecimientos

Deseamos agradecer a muchas personas por su generosidad al brindarnos su tiempo y proporcionarnos descripciones detalladas de sus experiencias en la implementación de programas para la salud del recién nacido/a. Agradecemos especialmente a las personas que nos dieron información para los estudios de casos: Ivette Arauz (CARE/Nicaragua), Elizabeth de Bocaletti (Save the Children/Guatemala), Irma Ramos (CARE/Perú), Oscar González (PROCOSI/SNL/Bolivia) y Alfonso Rosales (CRS). Las siguientes personas nos proporcionaron retroalimentación técnica detallada y específica; de la USAID: Peg Marshall, Jennifer Winestock Luna, Susan Youll, y Sharon Arscott-Mills; del Grupo CORE: Lynette Walker, Karen LeBan, y Laura McCarthy. Aneesa Arur and Babak Tofighi nos apoyaron con la investigación de la literatura.



Resumen Ejecutivo

A pesar del avance logrado en las últimas dos décadas en la reducción de la mortalidad de los/las menores de cinco años en los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC), las tasas de mortalidad neonatal han permanecido casi sin cambios y representan una proporción creciente. Los niveles de mortalidad más altos de la región LAC están en áreas que son geográficamente muy remotas y/o habitadas por poblaciones indígenas marginadas, áreas caracterizadas por pobres indicadores de salud que reflejan la inequidades en recursos, atención en salud y educación. Estas áreas, ya sea en remotas comunidades en las montañas o barrios

peri-urbanos marginales, por lo general sufren de una deficiente atención de los servicios del gobierno. El hecho de que en la región de LAC las organizaciones no-gubernamentales (ONG) son quienes sirven estas comunidades las coloca en una situación ideal para utilizar intervenciones probadas y de bajo costo para reducir la mortalidad neonatal en el nivel comunitario.

Este informe analiza intervenciones para salud neonatal con base en la comunidad en la región de LAC, tanto desde una perspectiva teórica como programática con el objetivo de identificar aspectos operativos que resulten en una atención efectiva de la salud neonatal. El desarrollo de este informe se basa en una extensa revisión teórica, colegas que revisaron artículos de revistas reconocidas, literatura no formal, así como también información recolectada por lo autores sobre los programas existentes a través de entrevistas y documentos pertinentes del las ONG que se trabajan en intervenciones de cuidados o salud neonatal en la región.

El documento está organizado en cinco secciones. La Sección No.1 presenta antecedentes relacionados a

la mortalidad neonatal en Latinoamérica y hace énfasis en las áreas de mayor preocupación. La Sección No. 2 presenta y explica en detalle tres diferentes modelos de atención continua y de calidad para las madres y recién nacido/as. Tanto el Proyecto Salvando la Vida de los Recién Nacido/as (SNL, siglas en inglés) como CARE, que siguen los principios de maternidad segura, nos han recomendado representar la continuidad en la atención durante los cuatro períodos críticos (desde antes de la concepción hasta el período postnatal). El modelo de atención del proveedor capacitado de De Bernis, que concuerda muy bien con las recomendaciones de la OMS, nos recomienda que el personal de salud con habilidades obstétrica/neonatales esté presente en cada parto y que se establezca un sistema efectivo de referencia para proveer cuidados obstétricos de emergencia cuando estos sean necesarios. Susan Rae Ross nos presenta recomendaciones programáticas para capacitar las PT que son específicas para los establecimientos de salud materna, éstas recomendaciones deberán seguirse tomando en cuenta la disponibilidad de infraestructura

y los indicadores de salud materno-infantil. La versión de Bárbara Kwast de la pirámide de la atención materna es un modelo integral con base en la comunidad que hace énfasis en la calidad de la atención comenzando en el hogar hasta llegar al nivel de hospital de referencia. Esta sección también incluye definiciones detalladas de los roles de los miembros de la comunidad en las intervenciones neonatales y hace énfasis en la importancia de establecer sociedades para promover fuertes vínculos dentro de la comunidad y la referencia efectiva. La Sección No.3 presenta cinco estudios de casos de proyectos de cuidados neonatales que están siendo ejecutados en Nicaragua, Guatemala, Perú, Bolivia, y Honduras, e incluye información sobre el contexto geográfico de cada proyecto, los objetivos, las intervenciones para mejorar la salud neonatal y materna, los roles de los miembros de la comunidad en la intervención y los siguientes pasos/lecciones aprendidas. La Sección No.4 hace una síntesis de la información de los estudios de casos y de la literatura, para presentar una serie de lecciones aprendidas en lo que concierne a aspectos operativos y técnicos de las intervenciones para el cuidado prenatal. Después de estas lecciones hay una evaluación de las fortalezas claves y cualidades que ofrecen las ONG en las intervenciones de atención neonatal, así como también una agenda para efectuar una evaluación de un programa y una investigación operativa. La Sección No. 5 termina el documento haciendo énfasis en el valor de las propuestas de las ONG para aquellas áreas que no están siendo atendidas y enfatiza la validez de los enfoques con base en la comunidad que éstas utilizan para desarrollar intervenciones de atención neonatal que son efectivas, sostenibles y factibles de reproducir a escala.

Un tema recurrente en el informe es el de las diferencias en infraestructura y las variaciones culturales entre áreas rurales, urbanas y peri-urbanas, especialmente en lo que se refiere al acceso a los servicios, el papel de las parteras tradicionales y la importancia del conocimiento y prácticas tradicionales. Las diferencias de acceso a los recursos y personal capacitado en estas diferentes áreas tienen gran importancia en los aspectos pertinentes al diseño del programa. A través de todo el informe se hace hincapié en lo importante que es comprender el conocimiento tradicional y el rol que éste puede jugar durante el parto y en el comportamiento para la búsqueda de atención. La literatura y los estudios de

casos destacan las diferentes perspectivas que tienen tanto el personal de los servicios de salud, las mujeres y las PT que interactúan con el sistema para realizar referencias, divergencias que son el resultado de la falta de comprensión por parte del personal formal de salud del conocimiento tradicional. A la hora de conceptualizar los modelos con base en la comunidad para la atención neonatal, se da a las PT una especial atención porque son una fuente muy rica del conocimiento tradicional y representan recursos de salud con que se cuenta en áreas muy remotas. Sin embargo, su nivel de capacitación y la calidad del servicio que proveen varía muchísimo, lo que significa muchos retos a nivel operativo para los programas de cuidados neonatales que involucran a la PT.

Este informe también reseña el valor de las estrategias participativas con base en la comunidad para enfrentar aspectos tales como la resolución de problemas y mejorar la educación, como parte de un conjunto de intervenciones integrales para mejorar la salud neonatal (incluyendo la capacitación de profesionales de la salud y el desarrollo de políticas/abogacía). Los abordajes con base en la comunidad pueden enseñarnos destrezas para la resolución de problemas que desarrollan la capacidad y habilidad de las comunidades y sus miembros para cuidarse a sí mismos de la mejor manera. Muchos de los estudios de casos que se presentan en este informe utilizan los éxitos del Proyecto Warmi, un proyecto de salud materna y neonatal con base en la comunidad dirigido por MortherCare en Bolivia en los primeros años de la década de los 90. El modelo de resolución de problemas, diagnóstico comunitario, priorización, planificación, implementación y evaluación reaparece a través de todos los estudios de casos, adaptado a nuevos entornos y a nuevos problemas y ligado a otras intervenciones tales como la vigilancia de la mortalidad y la capacitación de los proveedores de salud.

Los aspectos comunes entre los cinco casos y la evidencia en su apoyo encontrada en la literatura permite reflexionar sobre aspectos de tipo operativo que pueden influenciar la efectividad de las intervenciones para la atención neonatal: 1) la necesidad de contar con un personal variado que pueda cumplir múltiples roles, 2) los roles que los ACS y las PT puedan realizar (incluyendo un mayor rol técnico para algunos ACS), 3) una propuesta de un paquete de intervenciones esenciales para los cuidados del recién

nacido/a, 4) minimizar el largo período de tiempo que se demoran en “arrancar” los programas de cuidados de salud neonatal, 5) las diferencias en las necesidades de los programas en los contextos rurales y peri-urbanos, 6) formas de mejorar el uso de los servicios y 7) la búsqueda de sociedades para desarrollar sostenibilidad y el potencial de expansión a mayor escala.

Lo encontrado en este informe constantemente sugiere que existe un buen número de roles que las ONG pueden desempeñar en la atención neonatal. En los estudios de casos, tanto como en la literatura que los sustenta, las ONG muestran de manera consistente

fortalezas que sugieren que ellas tienen un rol en el mejoramiento la atención neonatal, como ser creatividad, habilidad para trabajar con recursos limitados, adaptabilidad, capacidad para obtener recursos adicionales y voluntad política a través de socios y aliados, hacer énfasis en el desarrollo de capacidades y el potencial expandir proyectos exitosos. Por lo tanto es importante involucrar a las ONG en una amplia gama de actividades que incluyan, entrega de servicios, capacitación, desarrollo de redes y movilización de recursos, esto las convierte en enlaces entre las comunidades, gobierno y otros actores del campo de la salud.



Introducción

1.1. Mortalidad del menor de cinco de América Latina

Durante las últimas dos décadas la Región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) ha logrado reducir en forma consistente la tasa de mortalidad del menor de cinco años, gracias en parte al mejoramiento de la infraestructura básica y al éxito de los programas de supervivencia infantil. Hoy en día, de los países de LAC, solamente Haití queda entre los 40 países del mundo que aún informan las tasas más elevadas de mortalidad del menor de cinco (Black et al., 2003). Los niveles de fertilidad en casi todos los países de LAC están decreciendo gradualmente a niveles que prometen estabilizar el crecimiento poblacional y bajar aún más las tasa de mortalidad infantil.

Aún cuando las tasas de mortalidad del menor de cinco años (TM5A) y las tasas de mortalidad infantil (TMI) han disminuido en forma consistente, los países Latinoamericanos tienen una representación significativa en el estimado de las 10.5 millones de muertes de menores de cinco años que ocurren anualmente en el mundo (Black et al., 2003). Esto se debe al enorme tamaño de sus poblaciones y a las constantes desigualdades de las acciones de salud y sus resultados. Las tasas de mortalidad varían mucho en los países de LAC: Haití y Bolivia presentan altas tasas de mortalidad neonatal, del menor de cinco, y mortalidad materna, comparables a las de muchos países Asiáticos y Africanos, mientras que en Cuba y Chile los indicadores de mortalidad se comparan más bien con los de los países desarrollados.

En 1980 esto se agrava debido a las fallidas políticas de ajustes estructurales y en 1990 la crisis financiera, desigualdades en el ingreso, educación y el acceso a la atención en salud se pone de manifiesto en muchos de los países de LAC, (Wagstaff, 2000). Estas inequidades están definitivamente asociadas con las

desigualdades que se observan en términos de salud infantil. (Victora et al., 2000; Victora et al., 2003; Wagstaff, 2000). Es importante destacar que las tasas de mortalidad agregadas a nivel nacional esconden los altos niveles de mortalidad del menor de cinco años en sub-sectores vulnerables de la población (Victora et al., 2003). En la mayoría de los países de LAC, los pueblos autóctonos, minorías étnicas y poblaciones rurales tienen indicadores de salud y en particular de la salud neonatal significativamente peores que el promedio (Bender et al., 1993; Torres, 2002). En muchos casos, estas poblaciones están concentradas en remotas áreas montañosas: se ha documentado una alta TM5A en áreas de ese tipo en México, Centro América y en los Andes (de Meer et al., 1993; Kwast, 1995).

1.2. Mortalidad neonatal en América Latina

Se considera que la tasa de mortalidad neonatal (muerte en los primeros 28 días de vida) es bastante más baja en la región de LAC que en África o Asia (ver Tabla 1). Aún así, la magnitud total de la mortalidad

TABLA 1. COMPARACIÓN DE LAS TM5A, TMNN, Y TMM POR REGIÓN

Region	TM5A (número de muertes hasta la edad de 5 por 1000 nacidos vivos, 2003)	TMNN (número de muertes neonatales por cada 1000 nacidos, 1995-1999)	TMM (número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, 2000)
Africa	174*	42	830
Asia (S de Asia) (E de Asia y el Pacífico)	(97) (43)	34	330
LAC (Caribe) (Centro América) (Sur América)	34	17 (19) (13) (18)	190
Países en Desarrollo	90	34	440
Países Desarrollados	7	5	20
Mundo	82	31	400

* Solamente el África del la región sub.-Sahariana

Fuentes:

TM5A: (UNICEF, 2003); TMNN: (SNL, 2001); TMM: (AbouZahr y Wardlaw, 2000).

neonatal es muy significativa: 9 por ciento de toda las muertes neonatales en el mundo ocurren en los países de LAC (SNL, 2001). La tasa de mortalidad neonatal de Bolivia y Haití son las más altas de la región de LAC, el 34 por 1000 nacidos vivos en Bolivia y 31 por 1000 nacidos vivos en Haití (SNL, 2001).

Las intervenciones de Supervivencia Infantil, que incluyen las inmunizaciones rutinarias y el tratamiento de las enfermedades prevalentes de la infancia, tales como malaria, diarrea, y neumonía, han reducido significativamente la muerte neonatal en la región de LAC. Sin embargo, el número de muertes neonatales ha permanecido más o menos estable. El hecho de que las muertes neonatales se haya mantenido relativamente constante mientras que las de la TM5A ha mermado, ha provocado que una proporción muy grande de la mortalidad del menor de cinco años en los países de LAC pueda atribuirse a la mortalidad neonatal (SNL,

2001). Mundialmente, casi el 40% de la mortalidad del el menor de cinco años ocurre dentro de los primeros 28 días de vida (Ross, 1998; SNL, 2001). Este porcentaje es aún mayor los países como Brasil, 53% de la mortalidad; en El Salvador, 59%; en Paraguay, 67%; y en México, 86%. Una proporción significativa de esta mortalidad ocurre durante la primera semana de vida, especialmente en el primer día, lo cual demuestra que la atención inmediata del recién nacido/a y su monitoreo para vigilar las signos de peligro son críticos durante los primeros días (Ross, 1998). Para reducir aún más la mortalidad infantil y del menor de cinco años será por lo tanto necesario abordar la atención del recién nacido/a.

Las diferencias en la mortalidad neonatal en los países de LAC son inquietantes: la Tabla 3 demuestra que en Brasil y Nicaragua, aún cuando el total de la mortalidad neonatal es menor que en África y Asia, las

TABLA 2. TASAS ESTIMADAS DE MORTALIDAD NEONATAL PARA BRASIL Y NICARAGUA, POR QUINTILES DE CONSUMO EQUIVALENTES

País	Mortalidad Neonatal por quintiles de consumo				
	Más Pobres		Más Ricos		
	1	2	3	4	5
Brasil	48.5	24.7	21.8	11.3	10.2
Nicaragua	65.8	51.5	42.7	40.0	27.1

Fuente: Estimación (TMR=0.6667*TMI) se utilizan cifras de información desagregada en Wagstaff, 2000.

TABLA 3. DIFERENCIAS ENTRE ÁREAS RURALES, PERI-URBANAS Y URBANAS EN LA REGIÓN DE LAC

	Rural	Peri-urbana de bajos ingresos	Urbana
Acceso a la atención	Baja	Varía de acuerdo al costo y la marginalización	Alta
Utilización de los servicios de salud materna	Baja	Baja	Alta
Personal capacitado presente en el parto	Baja	Variable	Alta
PT ejerce un rol en los partos	Alto	Bajo	Bajo
Importancia del conocimiento tradicional	Alta	Variable	Baja
Tasa de partos domiciliarios	Alta	Variable	Baja
Tasa de cesáreas	Baja	Moderada	Alta
Tasa de lactancia materna	Alta	Variable	Baja

tasas para los quintiles más pobres de la población son comparables a o mayores que las TMNN de los países con las TMNN más altas, tales como las de Etiopía, Nepal y Mozambique.

Las altas tasas de mortalidad neonatal típicamente están concentradas en las áreas rurales más remotas y barrios marginales peri-urbanos. Los servicios del gobierno por lo general no llegan a las áreas rurales y en los barrios de bajos ingresos con frecuencia esta brecha es atendida por las organizaciones no-gubernamentales (ONG) (Levinger y McLeod, 2002; Winch et al., 2002). (Nota: OPV es un término gubernamental estadounidense para las entidades privadas con base en ese país que realizan actividades caritativas; el término ONG incluye OPV así como sus asociados locales—sean públicos y privados). En este documento nos referiremos a las OPV con el término ONG que es más incluyente y común. Por último el hecho de que la disminución de la TMNN y la tasa de TMI típicamente se observa en áreas con poblaciones pobres y marginales, para bajar la mortalidad del menor de cinco años en la región de LAC será necesario priorizar los bolsones que tienen una alta mortalidad neonatal y que se encuentran en lugares de difícil acceso (Szwarcwald et al., 2002).

1.3. Diferentes tendencias que influyen en la mortalidad neonatal en áreas rurales, urbanas y peri-urbanas de la Región de LAC

Las diferencias en la mortalidad neonatal en los diferentes países son causadas principalmente por las

desigualdades en la distribución de los recursos disponibles, acceso de las mujeres a la educación (Wagstaff, 2000). En Bolivia, las tasas de mortalidad neonatal son casi el doble en las áreas rurales en comparación con las áreas urbanas; el promedio de TMNN que alcanza un 48 por cada 1000 nacidos vivos en las áreas rurales se aproxima a las tasas encontradas en África y Asia. En la Tabla 1 se presenta un breve resumen de las diferencias entre las áreas rurales, urbanas y peri-urbanas que más tarde serán discutidas con mayor detalle.

Áreas Rurales

En las áreas rurales la mortalidad neonatal es muy alta por la falta de acceso a servicios de salud de calidad, la distancia a las unidades de servicios de salud y por los bajos niveles de educación y capacitación de los miembros de la comunidad y de los proveedores de salud. En áreas rurales, el conocimiento tradicional es aún muy importante ya que la mayor parte de los nacimientos son domiciliarios y muchos de ellos dependen de las destrezas de parteras tradicionales empíricas, (Nota: a través de toda la literatura el término de “partera” se aplica a un grupo heterogéneo de individuos con diferentes destrezas y entrenamiento, que van desde parteras no-capacitadas sin ninguna destreza para la atención del parto, hasta las que tienen un grado de maestría con entrenamiento en atención obstétrica. Para mayor claridad, el término Partera Tradicional (PT) se utilizará para referirse a las parteras del sector informal que tienen menos de un

mes de capacitación formal, el término partera se utilizara solamente para referirse a cualquiera de los diferentes tipos de personal de salud que atienden partos y que han recibido un alto grado de entrenamiento. En la Sección 2.2 y 2.5 respectivamente, encontrarán una tipología parteras y PT, con subcategorías y tipos de destrezas por cada grupo).

Las PT continúan teniendo un rol clave en las áreas rurales por la combinación de necesidades y tradición. Muchas áreas rurales están muy poco pobladas o empobrecidas como para poder mantener un puesto permanente para un médico, aún cuando la población rural demande atención de mayor tecnología. En ausencia de atención médica, son más comunes el conocimiento tradicional y los partos domiciliarios. El conocimiento tradicional y la aceptación cultural pueden ser muy poderosos: aún en los lugares en los que se han introducido alternativas de atención médica versus prácticas de parto tradicional, las mujeres rurales han seguido prefiriendo a la PT (Hunt et al., 2002). Sargent y Bascope, en su estudio de los Mayas rurales de Yaxuna en México, observan en estas comunidades rurales un estilo de colaboración en el que se comparten los conocimientos tradicionales, realizados por la experiencia personal en lugar de la capacitación profesional, en el cual tanto las madres como las PT tiene el poder en el proceso del parto (Sargent y Bascope, 1996), esto también se ha documentado en Chiapas, México (Hunt et al., 2002). En aquellos países en los cuales los gobiernos han adoptado las políticas recomendadas por la OMS de limitar rigurosamente las actividades de las PT, estos incluyen a Bolivia, Brasil, Costa Rica, Paraguay y Jamaica, el rol de las PT en el proceso del parto es muy limitado (Jenkins, 2003; Kwast, 1995; Sargent y Bascope, 1996).

En los países de LAC la tasa de lactancia materna tiende a ser más alta en las áreas rurales que en las urbanas, esta observación ha sido documentada en diversos estudios con mujeres que amamantan. Un estudio en mujeres mexicanas encontró que las mujeres rurales tenían una tasa iniciación de lactancia materna y un promedio de duración más alto que el de las mujeres de área urbana (Pérez-Escamilla y Dewey, 1992), y un estudio de 1993 sobre la duración de la Lactancia en 9 países de LAC confirmó que la duración de la lactancia era mayor en áreas rurales que urbanas (Pérez-Escamilla, 1993; Pérez-Escamilla et al., 1993). Aún cuando investigación más reciente ha confirmado

que la duración media de la lactancia materna es todavía mas alta en el área rural que en la urbana, también se ha encontrado que esta diferencia, con el tiempo, está decreciendo en la medida en que hay una proporción más alta de mujeres urbanas que deciden amamantar (Pérez-Escamilla, 2003).

Aunque la necesidad de atención obstétrica es similar en áreas urbanas y rurales, sin obviar las variantes locales producidas por los patrones de mortalidad y morbilidad, existe un sesgo relacionado con la capacitación de los médicos. La mayor parte del entrenamiento médico ocurre en el contexto de hospitales urbanos más o menos sofisticados y el personal médico no está preparado para brindar una atención continua apropiada y que sea congruente con las áreas rurales, (Kwast, 1995) La falta de infraestructura y la contracción de los presupuestos nacionales de salud son los mayores obstáculos para la creación y posterior sostenibilidad en las áreas rurales de estos ambientes relativamente sofisticados. Este “sesgo urbano” también es aplicable a las políticas nacionales de salud neonatal, las que con frecuencia están diseñadas y adecuadas para las áreas urbanas. Estas políticas son formuladas en base a cifras obtenidas de áreas predominantemente urbanas, dado que la recolección de información rural presenta muchas dificultades se justifica el por qué estas políticas con frecuencia no contienen los elementos necesarios para poder dar respuesta a las diferentes dinámicas de las comunidades, a las variaciones culturales y a los obstáculos originados por la falta de recursos.

Áreas Urbanas

Los niveles más bajos de mortalidad neonatal en las áreas urbanas son atribuibles al mejor acceso y la mayor utilización de la atención obstétrica y neonatal de las unidades de salud. Algunas de las tendencias observadas en las áreas urbanas son: una proporción más alta de nacimientos en establecimientos médicos, tasas más altas de atención prenatal y una mayor confianza hacia las intervenciones técnicas obstétricas (Barros et al., 1991; Jenkins, 2003; Sargent y Bascope, 1996). En las áreas urbanas de los países de LAC el aumento del valor que se le da a la información biomédica ha medicalizado el proceso del parto y esto ha incrementado la demanda de establecimientos de salud para atención obstétrica y neonatal (Sargent y Bascope, 1996). En Costa Rica, en la actualidad el

98% de todos los partos ocurre en clínicas. Los médicos, enfermeras, enfermeras obstétricas, parteras institucionales con destrezas para la atención del parto se encargan de la mayor parte de la atención prenatal y obstétrica; este cambio ha disminuido o eliminado el rol de la partera tradicional (PT) no capacitada en atención biomédica (Jenkins, 2003). A través de las décadas una disminución en la influencia del conocimiento tradicional podría ser uno de los factores que ha conducido a la disminución de las tasas de lactancia materna en las mujeres urbanas. Aunque una investigación reciente sugiere que las políticas de protección y los programas de promoción han contribuido en los países de LAC al alza de las tasas de lactancia materna en las mujeres urbanas (Pérez-Escamilla, 2003).

Un ejemplo de la creciente influencia que tiene la atención obstétrica de alta tecnología en las áreas urbanas de la región de LAC es el ya documentado incremento de las cesáreas en la última década en algunos países del área, como ser El Salvador, Nicaragua, Bolivia, Paraguay y la República Dominicana (AbouZahr y Wardlaw, 2001). Se cree que esta tendencia es más pronunciada en las áreas urbanas, debido a que el personal médico entrenado en este procedimiento se congrega en torno a las áreas urbanas. Es difícil obtener información sobre Cesáreas en las áreas rurales de LAC. En Brasil, la tasa nacional de cesáreas es de 36.4%, y más del 80% en algunos hospitales urbanos (Barros et al., 1991; Misago et al., 2001). El énfasis que hace el gobierno de Brasil en la atención hospitalaria y los procedimientos altamente técnicos se ha extendido recientemente a las áreas rurales, lo cual es un potencial de riesgo para la madres y neonatos ya que los hospitales de los pueblos pequeños carecen de recursos profesionales y financieros. El uso excesivo y el mal uso de tecnologías reproductivas y obstétricas puede tener muchos efectos negativos en la salud de las madres y neonatos tales como una mayor morbilidad y mortalidad, depresión causada por la anestesia y trauma obstétrico (Patterson et al., 2002). El alto costo de las soluciones tecnológicas nos hace preguntarnos si estas soluciones son las apropiadas y equitativas para dar solución a la problemática de un mayor número de mujeres rurales, autóctonas o marginadas ya por otros motivos, cuestionarnos si no sería más racional utilizar los mismos recursos financieros en intervenciones de mayor costo-efectividad y de menor tecnología.

Áreas peri-urbanas de bajos ingresos

Las áreas peri-urbanas de bajos ingresos deberían ser vistas separadamente de las áreas urbanas más adineradas ya que se encuentran segregadas de éstas por una inmensa pobreza y separadas de las áreas rurales remotas por las diferencias en estructura comunitaria y acceso a los servicios. En los barrios peri-urbanos, las tasas de mortalidad neonatal pueden ser iguales o exceder las tasas de las áreas rurales. Aún cuando en los países de ALC hay una escasez de información sobre la mortalidad neonatal en las áreas urbanas de bajos ingresos y barriadas peri-urbanas, la pobreza endémica y la mala infraestructura son los factores comunes que sugieren que lo encontrado en contextos similares en otros países puede ser generalizado a toda la región de LAC. En un estudio en la India se observó que la proporción de partos domiciliarios sin la atención de personal capacitado es aún más alta en los barrios peri-urbanos que en las áreas rurales. El estudio también encontró que la medición que se hizo de la TMNN en los barrios marginales de Delhi, India, resultó más del doble que la TMNN nacional (58.1 por cada 1000 nacidos vivos en Delhi; 26 por 1000 la nacional) (Fernández et al., 2003).

Los barrios peri-urbanos de la región de LAC son mayormente el resultado de la emigración de las poblaciones rurales hacia las ciudades en busca de oportunidades económicas. En los últimos años las poblaciones de los barrios peri-urbanos, como El Alto en Bolivia, han estado creciendo continuamente a razón de un 9% o más por año, demasiado rápido para que los servicios de salud—cuando existen—puedan dar respuesta a las necesidades de los habitantes o lleguen a las grandes cantidades de recién llegados (Aguilar et al., 1998). Las pobres condiciones de vida que encontramos en estas áreas son el resultado de una sistemática baja en la inversión en infraestructura, educación, servicios de salud, educación y otros bienes sociales (Szwarcwald et al., 2002). En algunos casos, los habitantes peri-urbanos de bajos ingresos no tienen acceso o no pueden costearse servicios de salud de calidad por causa de la marginación social, cultural y económica. Igual que en las áreas rurales, en los barrios peri-urbanos los factores determinantes de la mortalidad infantil son las inadecuadas condiciones sanitarias de la vivienda y/o el pobre acceso a servicios de salud de calidad, además de los factores culturales que afectan la utilización de los servicios preventivos.

A pesar de que los cuidados prenatales adecuados pueden revertir muchas de las consecuencias de la pobreza en la mortalidad neonatal e infantil, las tasas de atención prenatal en los barrios marginales son típicamente bajas.

En muchas áreas, los barrios peri-urbanos tienen poblaciones étnica y lingüísticamente más heterogéneas que las de las áreas rurales o que las que se establecen en áreas urbanas a causa del rápido crecimiento y emigración interna proveniente de diferentes zonas del país. Esta heterogeneidad puede crear obstáculos para la atención ya que muchas de estas personas no están familiarizadas con el sistema formal de salud, así como también existen dificultades para la comunicación entre los profesionales de salud que dan los cuidados obstétricos y los usuarios. La movilización comunitaria de esas áreas también puede dificultarse por la poca conciencia de responsabilidad colectiva que causa esta diversidad.

Por lo general las ONG están bien versadas en las dinámicas de las comunidades en las cuales trabajan y entienden el conocimiento tradicional local en lo que se refiere a la salud y están acostumbrados a diseñar soluciones creativas con un mínimo de recursos: esto las hace especialmente idóneas para mejorar la salud del recién nacido/a en aquellas áreas deficientes en servicios, incluso en los barrios peri-urbanos y comunidades geográficamente remotas (Levinger y McLeod, 2002; Winch et al., 2002).

1.4. Prácticas tradicionales que afectan la salud del recién nacido/a

El período neonatal se caracteriza por diversas transiciones que se superponen. A medida que el/la niño/a se adapta a la vida fuera del útero hay transiciones biológicas y fisiológicas y hay transiciones sociales y culturales que ocurren cuando el/la niño/a es reconocido y aceptado como miembro de la familia y de la comunidad (Winch et al., Manuscrito en preparación). Los antropólogos han documentado en muchos estudios que cuando alguien pasa de una etapa de la vida a otra, como es el caso del recién nacido/a (neo-nato a recién nacido) o de las niñas durante la menarquia (niña a mujer fértil) o cuando las personas adoptan un nuevo rol en la sociedad, éstas se encuentran en una situación vulnerable y en mayor riesgo de ser afectadas por fuerzas tanto visibles como invisibles (Turner, 1969). Las diferentes culturas adoptan distintas medidas para “manejar” estas etapas de transición y asegurarse de que

serán recorridas con éxito (Turner, 1969; Winch et al., Manuscrito en preparación).

Durante el parto, tanto la madre como el recién nacido/a pasan simultáneamente a través de importantes y vinculadas transiciones que el/la encargado/a de los cuidados debe manejar, con frecuencia solo/a. Ambos, la madre y el recién nacido/a tienen la necesidad de ser protegidos de cualquier daño, pero durante el parto la persona que brinda la atención por lo general atiende primero a la madre y en segundo lugar al/la recién nacido/a. En algunas culturas del altiplano, se acostumbra a que sean los parientes quienes le den al/la recién nacido/a tés de hierbas (*mates*) en vez de calostro (la primera leche) para permitir que la madre descanse después de parir (Aguilar et al., 1998). Inmediatamente después del parto, los encargados colocan al recién nacido sobre el piso en un trapo o tela hasta que salga la placenta, en lugar de secarles y abrigoles rápidamente. Estas prácticas culturales para manejar la transición de la madre pueden, sin intención, debilitar al/a recién nacido/a, especialmente si es prematuro/a.

Mientras los profesionales de la salud ven la búsqueda de atención como un comportamiento clave para disminuir la mortalidad neonatal, en muchas culturas las familias ven el buscar atención como un comportamiento que incrementará el riesgo del neonato y que arriesga al niño/a a una serie de fuerzas malévolas tales como el *mal de ojo* (Cosminsky, 1994). Esto, combinado con el tiempo y esfuerzo que requiere buscar atención, disuade a los padres con mucha efectividad de buscar atención para un recién nacido que está muy enfermo (Terra de Souza et al., 2000). Al igual que la muerte, el comienzo de la vida está asociado con una variedad de espíritus y las familias toman medidas para apaciguarlos o mantenerlos alejados del bebé. En vez de buscar ayuda fuera del hogar, una mujer puede tener su parto, el nacimiento y los cuidados postnatales en un cuarto interior de su propia casa, restringiendo el acceso a unos cuantos miembros selectos de su entorno familiar. Estas restricciones protegen tanto a la madre como al recién nacido de influencias dañinas tales como el frío, los aires y los malos espíritus. Por ejemplo, Sargent y Bascope describen cómo durante un parto en un área rural de Guatemala “el marido fue regañado por Doña Lila (la partera tradicional) por no tapar todos los hoyos (de las paredes) para protegerles de los aires peligrosos” (Sargento y Bascope, 1997).

También es posible que las familias sientan que es poco lo que pueden hacer para influenciar en el resultado del paso del recién nacido por este peligroso período de transición. Cuando el recién nacido está enfermo, las acciones que emprende la familia pueden estar más orientadas hacia lo espiritual que hacia lo biomédico. Especialmente en las comunidades rurales, las mujeres cuyos recién nacidos se enferman piensan que esta condición fue causada por el contacto durante el embarazo con espíritus de muertos. La lectura de las hojas de coca para conocer el desenlace natural de la enfermedad del infante es una práctica común en Colombia, Perú, Ecuador, y Bolivia. Especialmente en las áreas rurales es común el uso de los remedios de hierbas, tanto por las madres como por los curanderos tradicionales. En algunos casos, los recién nacidos reciben masajes con alcohol o se les baña en orina, empeorando así su condición (Aguilar et al., 1998). Creencias como la de que los/as niños/as enfermos “están con el diablo,” o que Dios ya tiene predestinada la muerte de los/as recién nacidos/as que se enferman, son algunos de los obstáculos para dar al neonato una atención adecuada y oportuna (Aguilar et al., 1998). Estos conceptos culturales han contribuido a lo que se ha llamado la invisibilidad del recién nacido (SNL, 2001).

Resulta difícil identificar complicaciones neonatales graves, especialmente infecciones que amenazan la vida del neonato, tales como sepsis y meningitis. Las oportunidades de supervivencia se empeoran rápidamente por los retrasos en la identificación de problemas o enfermedades que comprometen la vida, o en el retraso en la toma de la decisión de buscar atención, en hacer las diligencias para conseguir transporte al servicio de salud y la demora en acceder a una unidad de salud que tenga capacidad para brindar servicios apropiados y de calidad (Ross, 1998; SNL, 2001).

Por último, está muy difundida en los países de LAC la percepción incorrecta, tanto de las familias como de los profesionales, que la atención neonatal para los bebés prematuros o de bajo peso al nacer (BPN), requiere atención de alta tecnología, de equipos de monitoreo tales como incubadoras o monitores de señales vitales (Ross, 1998). Mucha gente cree que nada se puede hacer por los recién nacidos fuera de las sofisticadas unidades de salud. Sin embargo, hay evidencia convincente de que las técnicas de resucitación de baja tecnología pueden reanimar a los bebés asfixiados, que la higiene adecuada y el lavado de

manos puede prevenir un buen número de infecciones potencialmente fatales y el mantener caliente al bebé prematuro y alimentarlo con frecuencia puede reducir la mortalidad neonatal (SNL, 2001). Algunas intervenciones básicas pueden tener muy buenos resultados ya que le enseñarán a las madres a reconocer las señales de peligro y a buscar ayuda adecuada para la atención de sus bebés. Una de estas intervenciones es alentar la práctica del contacto postnatal temprano con un/a proveedor/a de salud entrenado/a o una PT capacitada en consejería o en atención del recién nacido y en la identificación de señales de problemas de salud—tales como dificultades respiratorias, problemas de alimentación, convulsiones, sangrado, ictericia, fiebre, palidez o edema—en el neonato que pueden requerir atención especial o referencia (Ross, 1998; SNL, 2001).

1.5. Conexión entre mortalidad materna y la atención para salud materna

La inserción de la salud neonatal en la salud materna es de crucial importancia. En la región de LAC cada año mueren 23,000 madres durante o inmediatamente después del parto, especialmente en las áreas rurales que no tienen acceso a la atención en salud. La mayoría de estas mujeres tienen antecedentes de bajos ingresos, poca educación y viven en áreas rurales remotas, lejos de la atención médica de calidad (Acosta et al., 2000).

Es esencial establecer una cadena de atención continua que responda a las necesidades de salud de las madres y sus bebés: antes del embarazo, durante el período prenatal y durante el parto; en el período postnatal es esencial proteger la salud de la mujer y mejorar las condiciones del recién nacido. Por ejemplo, una atención prenatal puede prevenir y tratar algunas complicaciones del embarazo y de la labor de parto. Cuando se brinda servicios de salud reproductiva y materna que promueven una buena nutrición y el uso de métodos de planificación familiar, las madres estarán mejor preparadas para enfrentar las demandas nutricionales del embarazo y aprenderán a espaciar sus embarazos, estarán en mejores condiciones de cuidar de su propia salud y la de sus hijos/as (SNL, 2001). El mejorar la calidad de atención del parto, como ser el mantener la cadena de limpieza, reduce no solo el riesgo de muerte neonatal sino también el riesgo de muerte y morbilidad materna (Acosta et al., 2000). La atención postnatal para identificar complicaciones del

nacimiento, tales como infecciones, es tan esencial para la salud de la madre como para la de su recién nacido. (Ross, 1998).

Incluir los cuidados del recién nacido en esta cadena de atención de salud materno-infantil exigirá de una sinergia entre la integración de los programas

ya establecidos de salud materna y neonatal y de supervivencia infantil. Estos programas proveen mucha de la infraestructura necesaria para implementar intervenciones que fomentan la salud neonatal y materna en el período postnatal temprano (SNL, 2001). Se pueden incorporar con facilidad en los

CERRANDO LA BRECHA DE LA ATENCIÓN NEONATAL: UN ENFOQUE INTEGRAL

Desde el año 1999 hasta el 2003, en el Departamento de Intibucá, Honduras, Catholic Relief Services (CRS) trabajó para reducir la mortalidad infantil y neonatal utilizando una intervención de enfoque integral. El programa, llamado Programa Comunitario de Supervivencia Infantil de Intibucá, tenía cuatro áreas de intervención: 1) Maternidad Segura y Atención Neonatal; 2) Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) para Salud y Espaciamiento de los Embarazos; 3) Prevención de la Diarrea, Identificación y Manejo; y 4) Prevención de la Neumonía, Identificación y Manejo. Las actividades de la intervención se reforzaban mutuamente y creaban una cadena de atenciones durante el ciclo del embarazo, parto y desarrollo e iba

desde la comunidad hasta los niveles más altos de servicio, cuando era necesario.

Las actividades del programa daban respuesta a la salud materna e infantil en todas sus etapas. El programa se estructuró para que las madres pudieran recibir adecuada atención prenatal, aprendieran a reconocer los signos de peligro durante el embarazo y recibieran atención de PT capacitadas que pudieran manejar algunas complicaciones y referir las otras. Las PT iniciaban la lactancia materna inmediatamente después del parto. Las madres recibían visitas domiciliarias postnatales para monitorear la salud de la madre y del recién nacido y al mismo tiempo se les daba instrucción sobre MELA, para prevenir enfermedades y promover el crecimiento del bebé y al mismo tiempo ayudar a la madre a espaciar

futuros embarazos. Las actividades de crecimiento, el fortalecimiento en la capacitación de AIEPI profesional y la educación de la comunidad sobre la prevención y tratamiento de la diarrea y la neumonía ayudaron a mejorar la salud infantil durante su etapa de crecimiento.

El programa también se concentró en que hubiera una continuidad entre la atención obstétrica y neonatal en la comunidad y la referencia a las unidades de salud en casos de emergencia. Se les enseñó a las mujeres y las PT a reconocer los signos de peligro durante parto y el período postparto, cómo utilizar los servicios de los comités de emergencia de cada comunidad que coordinaban el transporte de las mujeres a las unidades de servicios de emergencia. Un sistema de monitoreo

de la comunidad recolectaba información sobre el resultado de los partos.

Este enfoque integral ha probado ser un éxito en la promoción de la salud materna y neonatal: la proporción de partos institucionales ha subido del 16 al 23%, lo que representa un incremento de la presencia en los partos de personal capacitado. En el 17% de todos los embarazos, las mujeres, los miembros de la familia, o las PTA reconocían un factor de riesgo o señal de peligro que requería y resultaba en una referencia. Al finalizar el proyecto, bajo el liderazgo del comité de emergencia el 100% de las comunidades había desarrollado sus propios planes de transporte.

Fuente: (Anderson et al., 2004).

programas de maternidad segura y supervivencia infantil componentes sencillos de cuidados neonatales que precisarían pocos recursos. En el Cuadro 1 puede verse un ejemplo de un proyecto que combina intervenciones que promueven la salud neonatal con intervenciones básicas de Maternidad Segura y de supervivencia infantil. El modelo de atención materna con base en la comunidad sobresale en forma especial como ejemplo de esta cadena de servicios que puede tener como resultado la reducción de la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal (Kwast, 1995).

1.6. Objetivos de este informe

Es en las comunidades postergadas de los países de LAC donde la mortalidad neonatal y materna sigue siendo aún elevada, lograr una continua reducción de la mortalidad del menor de cinco años exigirá que en las más remotas y empobrecidas regiones de Latinoamérica se atiendan las necesidades del recién nacido y de sus madres. Este informe describe diferentes enfoques que para reducir la muerte neonatal las ONG están implementando en la región.

Este informe intenta evaluar los diferentes marcos teóricos y tipologías en la atención neonatal. Después

de examinar la literatura, el informe presenta una serie de estudios de casos con perfiles de proyectos comunitarios de salud neonatal que están llevando a cabo las ONG en Nicaragua, Guatemala, Perú, Bolivia y Honduras. El análisis de estos estudios de casos nos permite comparar distintos modelos que las ONG pueden utilizar en las comunidades para mejorar la atención neonatal en la región de LAC, especialmente en las áreas más postergadas y otros contextos de bajos ingresos.

Una serie de lecciones aprendidas sobre aspectos operativos emerge de la comparación de los casos que nos sugieren algunos roles claves y el potencial de los miembros de la comunidad, modalidades para la implementación en los paquetes de atención del recién nacido, enfoques para trabajar en áreas rurales y periurbanas y cómo vencer las barreras culturales hacia la búsqueda de atención. Después de identificar las diferentes cualidades de las ONG que aumentan su potencial de efectividad para la implementación y expansión de las intervenciones en la atención prenatal, el documento termina recomendando una agenda para efectuar más investigaciones operativas y evaluación.



Modelos para implementar programas de salud neonatal

No existe un modelo universal para la implementación exitosa de un programa de salud neonatal. En la región de LAC la gran diversidad de sistemas de salud, geografía, distribución de personal capacitado y la distribución de los recursos hace que tal modelo no sea factible. Sin embargo, algunos aspectos generales serán característicos de cualquier proyecto exitoso de salud neonatal.

En primer lugar, el modelo debe incluir intervenciones de salud dirigidas a los cuatro períodos críticos del embarazo y el parto: antes de la concepción, embarazo, parto y post parto. La salud neonatal puede ser afectada indirecta y directamente muy temprano: durante la niñez de la madre y hasta el día 28 después del parto. Existen intervenciones sencillas costo-efectivas que pueden proteger la salud de la madre antes y durante la maternidad y que pueden incrementar la oportunidad de sus bebés de sobrevivir y llegar a adultos. Algunas de estas intervenciones afectan la salud de las mujeres y sus recién nacidos directamente, como la suplementación con ácido fólico y el cuidado adecuado del cordón umbilical, mientras que otras incrementan indirectamente el estatus y las habilidades de las mujeres en la toma de decisiones, tales como mejorar el acceso de las niñas a la educación y desalentar los matrimonios tempranos.

Segundo, debe hacer énfasis en que la calidad del servicio sea continua y brindada por personal obstétrico/neonatal capacitado, cuando éste exista (De Bernis et al., 2003; Koblinsky et al., 1999), e incorporar y dar apoyo a los voluntarios y miembros de la comunidad que no tengan destrezas en la atención

del parto. La mayor parte de las áreas más remotas y postergadas sufren de la falta de personal obstétrico/neonatal capacitado. Aunque nada sustituye el que durante el embarazo o el parto se tenga atención de personal obstétrico/neonatal capacitado, llevará bastante tiempo y voluntad política entrenar y dar apoyo a la cantidad de personal capacitado que se necesita para suplir las necesidades de las mujeres de la región de LAC (OMS, 1998). Mientrastanto la PT, los ACS, los promotores de salud y los grupos de mujeres serán recursos indispensables para ejecutar programas de salud neonatal. La riqueza de su experiencia nos da la oportunidad de aprender como viven las mujeres, cuales son sus problemas de salud y que se ha hecho en el pasado para resolver los problemas del parto. Como educadores y proveedores de salud su presencia en las comunidades que están muy alejadas de otros recursos de atención es muy valiosa. Cualquier programa de atención neonatal maximizará sus fortalezas, suplementará su conocimiento brindándoles capacitación continua, supervisión y animando una interdependencia constructiva de estos actores de la atención en salud.

Tercero, debe estar enfocado en la comunidad. Las

muerres neonatales son mas altas en las áreas rurales y peri-urbanas de bajos ingresos de los países de LAC y los retrasos en la búsqueda de atención del parto y neonatos enfermos con frecuencia son fatales. La mayoría de los servicios prenatales, parto y post-parto ocurren o se inician en la comunidad por lo que incorporar el cuidado neonatal en la pirámide de la atención materna tendría muy buenos resultados y aliviaría el vacío de capacidad en cuidados obstétricos/neonatales que existe en los centros de salud (Kwast, 1995).

2.1. Previendo la mortalidad neonatal: cuatro períodos críticos

La mayor parte de la mortalidad neonatal puede prevenirse sin necesidad de utilizar intervenciones o equipo de alta tecnología. Existen soluciones sencillas y costo-efectivas, que muchas veces son tan simples como una buena nutrición, una adecuada limpieza e higiene, vacunas contra enfermedades prevenibles y acceso a la buena atención durante y después del parto. En el mejor de los casos, prevenir la muerte del recién nacido (y proteger la salud la madre) debería empezar mucho antes de que nazca y aún antes de que sea concebido. Siguiendo los principios de Safe Motherhood (Maternidad Segura), algunas organizaciones, incluyendo a CARE y SNL (Saving New Born Lives), recomiendan un modelo para brindar cuidados esenciales al recién nacido que establece una cadena de atención durante los cuatro períodos claves: antes de la concepción (atención para las futuras madres), embarazo, parto, y post parto (Ross, 1998; SNL, 2001).

Antes de la concepción

Antes de que la mujer se embarace, existen oportunidades críticas para mejorar su capacidad de conservarse saludable y dar a luz a un/a bebé saludable. Brindar atención a las futuras madres, cuando éstas son niñas todavía, las preparará mejor para tener embarazos saludables y familias fuertes. Mejorar la salud en general, la nutrición, el estatus social y la educación de las mujeres son todos factores que contribuirán a mejorar su capacidad para tener una maternidad saludable y niños/as saludables (de Meer et al., 1993). En América Latina, 25% de la población carece de seguridad alimentaria, esto es predominante en áreas muy alejadas que sufren de sequías y producción estacional de comida (Ross,

1998). Durante este período es crítico asegurar el acceso a los servicios de planificación familiar (Ross, 1998). Se estima que en Latinoamérica la prevención de embarazos no deseados podría evitar el 33% de las muertes maternas (Kwast, 1995). La planificación familiar aumenta la capacidad de las mujeres para espaciar sus embarazos, ayudándolas a renovar sus fuerzas y reponer los nutrientes gastados para que ellas y sus futuros hijos/as sean más saludables y eviten empobrecerse más al tener más bocas que alimentar (Ross, 1998; SNL, 2001). La promoción de prácticas sexuales seguras puede también contribuir a la prevención de diversas infecciones de transmisión sexual, incluso HIV/SIDA, gonorrea y sífilis, las que pueden amenazar la vida de las mujeres y poner en peligro sus recién nacidos/as. La creciente incidencia de la sífilis en Latinoamérica es especialmente preocupante: la Organización Mundial de la Salud estima que el número de casos nuevos de sífilis en Latinoamérica se ha más que duplicado entre 1995 y 1999 y que aproximadamente el 25% de los casos de sífilis a nivel mundial ocurren en Latinoamérica (OMS, 2001). La sífilis es la mayor causa de nacidos muertos, nacimiento prematuro y bajo peso al nacer y la sífilis congénita en el recién nacido puede causar convulsiones o muerte en las primeras semanas de vida, esto significa que la sífilis es una causa muy importante de mortalidad perinatal (Conde-Agudelo et al., 2000; Gloyd et al., 2001; Ramos et al., 2000; Saraceni y Carmo Leal, 2003). Van Dam ha estimado que de todos los embarazos de mujeres infectadas de sífilis, solamente el 12.5% tendrá como resultado un niño sano (Van Dam, 1995). El resto de los embarazos terminará en un aborto espontáneo (20%), nacidos muertos (30%), sífilis congénita (25%), parto prematuro (12.5%). Las comunidades tienen un rol muy importante que jugar en asegurar que las mujeres puedan escoger cuando quieren tener sus hijos y que antes de concebir estén saludables y preparadas para cuidarse durante el embarazo.

Embarazo

Una atención prenatal de calidad prepara a las madres tanto para cuidar al recién nacido como para evitar complicaciones que pudieran darse durante el parto y poner en peligro la vida de la madre y/o de su bebé (Ross, 1998). La visitas prenatales regulares ayudan a preparar a la mujer para el parto y a identificar muchas complicaciones posibles, tales como no ganar

suficiente peso, presión alta, anemia o sangrados, antes de que se pierda la vida de la madre o de los/as bebés. Brindar información a las mujeres embarazadas sobre preparación para el parto, el cuidado de sus cuerpos durante el embarazo y los cuidados del recién nacido las ayuda a reconocer la signos de peligro y cómo y cuando buscar ayuda (Ross, 1998). La buena nutrición durante el embarazo reduce el riesgo de tener bebés de bajo peso al nacer (BPN), la causa subyacente más importante de la mortalidad y morbilidad de los neonatos (SNL, 2001). Una nutrición apropiada, incluyendo la suplementación, también fortalece a las madres preparándolas para el parto y para las demandas nutricionales de la lactancia materna (Ross, 1998). El embarazo ofrece una oportunidad para detectar y tratar infecciones que ponen en riesgo a las madres y sus niños/as. La inmunización contra el tétano, el tratamiento de infecciones del tracto urinario, el tratamiento de la vaginitis bacteriana son intervenciones baratas pero muy efectivas para prevenir la morbilidad y mortalidad neonatal. El tratamiento de las infecciones de transmisión sexual puede reducir el riesgo de infecciones congénitas que causan la ceguera o muerte del bebé (Ross, 1998). El tratamiento de la malaria y los parásitos puede prevenir el aborto espontáneo y evitar bebés de BPN. Además el período prenatal es un punto de entrada para la prevención y atención del VIH; la consejería y prueba voluntaria del VIH brinda a muchas mujeres la oportunidad de reducir el riesgo de que su bebé nazca infectado y de conservar su propia salud con medicamentos y una nutrición adecuada (SNL, 2001).

Parto

El personal del sistema formal de salud que ha recibido entrenamiento a profundidad en cuidados obstétricos esenciales (para ver una definición de estas destrezas refiérase a la Sección 2.2) puede manejar eficientemente partos normales y manejar o referir los partos complicados. Un parto atendido por una persona capacitada en atención obstétrica está asociado con menores tasas de muerte neonatal (SNL, 2001). En los países de LAC solamente el 64% de los partos es atendido por personal capacitado en cuidados obstétricos: 48% por médicos, y 16% por otro tipo de personal capacitado (de Bernis, 2003). Las PT atienden un 24% adicional de los nacimientos en la región de LAC (de Bernis, 2003). En las áreas rurales remotas de muchos países de LAC, los hospitales distritales son

incapaces de dar una cobertura adecuada, por lo tanto las mujeres no tienen acceso a proveedores de salud capacitados en el parto (Kwast, 1995). En los casos raros en que en áreas lejanas esa atención está disponible, debe mantenerse o mejorarse la capacitación para continuar la formación y supervisión del personal con habilidades en la atención obstétrica y referencia de calidad. Esté o no involucrado personal capacitado, hay pasos sencillos que pueden prevenir una variedad de complicaciones e infecciones durante los primeros minutos, horas y días post parto. Es de primordial importancia mantener una “cadena de limpieza”—manos limpias, superficies y equipo de parto limpios, cuidados para cortar/amarrar/cordón umbilical, ropa y frazadas limpias—para prevenir infecciones tales como la sepsis y el tétano (Kwast, 1995). También son esenciales la alimentación (leche materna) especialmente para los de BPN y prematuros, que pueden necesitar atención especial para detectar problemas potenciales y se debe monitorear sus signos vitales. La hipotermia se puede prevenir secando los bebés inmediatamente y abrigándolos o poniéndolos directamente en contacto piel a piel con la madre. La iniciación de la lactancia durante la primera hora después del parto, asegura que los bebés reciban los beneficios del calostro, la primera leche, y ayuda a reducir la mortalidad neonatal causada por infecciones (Kwast, 1995). La capacidad de reconocer las señales tempranas de peligro, tales como asfixia, letargia o sangrado también ayuda a incrementar la posibilidad de un nacimiento seguro.

Después del parto

El cuarto período crítico como oportunidad para mejorar la salud neonatal es después del parto. La mayoría de las muertes neonatales ocurren en los primeros minutos, horas o días post parto. Las muertes se clasifican como muerte neonatal temprana hasta la edad de 7 días y muerte neonatal tardía desde los 7 a 28 días. Las causas de muerte neonatal temprana por lo general se relacionan con las causas del óbito fetal (complicaciones por infecciones adquiridas en forma congénita y defectos congénitos) así como también causas relacionadas con el parto (hipotermia, asfixia del parto, infecciones, y trauma del parto), condiciones que se sinergizan si el parto es prematuro y/o de bajo peso (Hinderaker et al., 2003; Lansky et al., 2002). Más de dos tercios de estas muertes son prevenibles si se tiene acceso a personal capacitado (Ross, 1998). La

muerte neonatal tardía con frecuencia se debe a problemas de alimentación, infecciones transmisibles o condiciones relacionadas con asfixia, que se complican debido a retrasos en la detección o búsqueda de atención o en la referencia de problemas neonatales. La mayor parte de las intervenciones que previenen la muerte neonatal (como secar y envolver inmediatamente, o la simple resucitación) deben practicarse durante o inmediatamente después del parto. Sin embargo, una proporción importante de las muertes neonatales tempranas o tardías pueden prevenirse brindando cuidados postnatales básicos y adecuados a la madre y al bebé, un enfoque que muy pocos programas tienen (Ross, 1998). Cuando una persona capacitada en cuidados obstétricos/neonatales esenciales (ver la Sección 2.2) tiene contacto temprano postnatal con la madre y su recién nacido, se brinda la oportunidad de dar consejería a la madre sobre los cuidados apropiados del recién nacido (incluyendo cuidados del cordón, lavado de manos y lactancia materna) y la detección de problemas en la madre o el bebé. Los hogares o las comunidades pueden jugar un rol clave en motivar a la madre a buscar atención, por lo tanto la movilización comunitaria y las técnicas participativas podrían enfocarse en el período postnatal (Ross, 1998). Durante este período, se puede identificar problemas potenciales de lactancia exclusiva. Cuando las madres en México recibieron apoyo para la lactancia durante la visita del período postnatal, la tasa de lactancia exclusiva aumentó (Morrow et al., 1999). Una visita postnatal de rutina también aumenta las oportunidades de detectar y tratar temprano las infecciones.

2.2. El modelo de atención con personal de salud capacitado

De Bernis et al han hecho hincapié en las razones que apoyan el modelo de atención con personal de salud capacitado en habilidades obstétricas/neonatales, en el cual todos los partos son atendidos por personal formal de salud entrenado en atención obstétrica neonatal (De Bernis et al., 2003). Que el parto sea atendido por personal obstétrico capacitado mejora la identificación de casos que deben ser referidos y disminuye la pérdida de tiempo para hacer la referencia lo cual con frecuencia salva vidas (De Bernis et al., 2003; Ross, 1998). Sin embargo, este modelo podría estar fuera del alcance de muchos, en áreas de pocos recursos sin apoyo gubernamental que promueva la presencia en el

parto de personal capacitado, aún así el modelo tiene algunas características que merecen ser mencionadas.

Para propósitos de claridad y planificación de programas es importante distinguir entre personal de salud con habilidades obstétricas/neonatales (también se emplea con cierta frecuencia el término “personal de salud calificado o certificado) y parteras tradicionales o parteras adiestradas. En el sistema de salud, la categoría personal de salud con habilidades obstétricas/neonatales, como la define la Organización Mundial de la Salud, incluye parteras certificadas que han estudiado en una universidad, enfermeras, enfermeras-parteras (obstetrices certificadas) o médicos que han tomado un curso de cuidados obstétricos esenciales y están registrados o tienen licencia legal para ejercer. Las PT incluyen aquellas que han recibido alguna capacitación en técnicas biomédicas para la atención del parto y no están incluidas en la definición de “personal de salud con habilidades obstétricas y neonatales, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998).

El personal formal de salud (médicos, enfermeras, (obstetrices), etc.) no es *de facto* personal con habilidades obstétricas/neonatales. Los médicos y enfermeras en los países de LAC pueden haber no recibido entrenamiento obstétrico alguno o pueden no haber tenido práctica alguna que les dé el dominio de estas habilidades. De acuerdo a la clasificación de la OMS, el personal con habilidades obstétricas/neonatales está más definido por su dominio del paquete de habilidades obstétricas esenciales que por su título profesional. (OMS, 1998).

El personal con habilidades obstétricas/neonatales tiene un entrenamiento biomédico extenso en técnicas obstétricas esenciales que los prepara para el manejo del parto normal, la prevención de complicaciones, para brindar tratamiento donde sea posible y para referir a cuidados más avanzados cuando sea necesario. Las PT tienen poco o ningún entrenamiento en estas habilidades. Mucho personal con habilidades obstétricas/neonatales tiene capacitación en habilidades obstétricas avanzadas (también llamadas de emergencia), tales como la prevención y tratamiento de hemorragias; extracción por aspiradora; prevención y manejo del shock; prevención y manejo de la sepsis; prevención y manejo de la eclampsia; monitoreo del parto; resucitación del recién nacido; manejo de las complicaciones del aborto y cuidados después del aborto (OMS, 1998).

El modelo de atención con personal capacitado presentado por De Bernis recalca la clara ventaja clínica de la presencia de personal médico capacitado en el caso de que se den complicaciones y argumenta que con este modelo también se puede brindar atención de calidad con poca tecnología, fuera de una unidad médica de referencias, la que debe reservarse sólo para cuando hay complicaciones (De Bernis et al., 2003).

Para el nivel comunitario, el modelo de personal capacitado en habilidades obstétricas/neonatales hace énfasis en que este personal esté capacitado para dar también atención prenatal y postnatal, además de la atención del parto (Ross, 1998). El entrenamiento obstétrico califica al personal para brindar atención a mujeres embarazadas, monitorear complicaciones y anomalías y para recetar medicamentos esenciales. Este personal está igualmente preparado para brindar apoyo psicológico y social a mujeres embarazadas y nuevas madres, educar a las familias y comunidades sobre el embarazo, parto y cuidados infantiles; también puede ejercer liderazgo en administración, implementación de proyectos e investigación (Ross, 1998). No importa el nivel de capacitación que tenga, el personal con habilidades obstétricas/neonatales no puede por sí solo tener éxito en este modelo; necesita del soporte apropiado de otro personal también capacitado, el trabajo en equipo con otro personal de cuidados obstétricos y para comprender las costumbres y creencias locales necesitan del apoyo, respeto y ayuda de los proveedores de atención tradicional de la comunidad y la confianza de las mujeres a quienes sirven (De Bernis et al., 2003). En los lugares en que logran cultivar estas relaciones el personal con habilidades obstétricas/neonatales tiene el potencial de ser un elemento poderoso para la abogacía colectiva y el empoderamiento individual (De Bernis et al., 2003).

El modelo de personal capacitado en habilidades obstétricas/neonatales es una meta digna de alcanzar, pero requiere de una inversión de recursos sustancial y puede que no sea alcanzable en un futuro cercano, especialmente en áreas lejanas que tienen poca o ninguna infraestructura de salud o capacidad de referencia. La abogacía puede acelerar el progreso en la implementación del modelo de atención con personal capacitado, pero el aumento en la cobertura, en los niveles de supervisión, en los niveles de compromiso para suplir la demanda de recursos necesarios tardará mucho en lograrse. El Comité

Estatual para la Mortalidad Materna de San Pablo, Brasil ha adoptado un rol activo en la formulación de políticas y abogacía para la salud materna y sirve de trampolín para la abogacía a nivel nacional (Rodríguez et al., 2003). Aún cuando la abogacía para el modelo de personal con habilidades obstétricas/neonatales para comunidades postergadas es siempre una prioridad, un modelo más práctico para muchas de estas comunidades podría ser un programa de atención neonatal con base en la comunidad.

2.3. El programa de atención con base en la comunidad

Cada vez es más claro que es posible que un tipo de personal, con entrenamiento empírico, sea capaz de reducir la mortalidad neonatal y materna. El marco integral para la atención materna que se presenta en varios artículos de Bárbara Kwast ofrece un punto de partida útil en el diseño de programas comunitarios de atención en salud neonatal. Kwast argumenta que para diseñar programas de salud materna con base en la comunidad y que se apeguen al paradigma de la “pirámide de atención materna” (Kwast, 1995), debe hacerse énfasis en la base de la pirámide: la capacidad de las comunidades para manejar la mayor parte de la atención materna, apoyándose en la referencia (el ápice de la pirámide) solamente para partos complicados. Para dar mejor apoyo al nivel primario de atención, los cuidados maternos deben proporcionarse a nivel periférico (por ejemplo tan cerca como sea posible a la comunidad) y que puedan brindarse con eficiencia y seguridad (Kwast, 1995). Las intervenciones a nivel comunitario deben extenderse a una serie de categorías que incluyan la formulación de políticas, capacitación, IEC, gerencia/supervisión, logística/suministros e investigación/monitoreo/evaluación. Cada uno de estos componentes, razona, debería estar presente y ninguna intervención debería ser priorizada por encima de otra. Además, el servicio debe tener congruencia cultural y social, una proeza que se logrará con mayor facilidad efectuando una investigación cualitativa sobre las barreras que limitan la atención a nivel comunitario. (De Bernis et al., 2003; Kwast, 1996).

El hecho de que la relación entre atención materna y neonatal es tan cercana permite que la tipología del modelo integral de atención materna con base en la comunidad de Kwast también se aplique a la atención neonatal, especialmente en áreas de bajos recursos. En

áreas urbanas y peri-urbanas es apropiado adoptar, por un buen número de razones, el cuidado neonatal con un enfoque basado en la comunidad. Las tasas más altas de muertes neonatales ocurren en estas áreas donde el acceso a la atención es limitado y el retraso en la referencia puede ser fatal. Es más, en la mayor parte de los hospitales distritales en los países de LAC no se puede suplir la demanda de camas o de personal para funciones obstétricas esenciales, por lo que éstos se beneficiarían enormemente si las comunidades pudieran manejar los partos sin complicaciones. Mantener la responsabilidad principal de la atención materna centrada en la comunidad también conserva las tradiciones y el conocimiento local con relación al proceso del parto que ha sido del dominio de las PT y reduce la preocupación por el transporte y la problemática del idioma.

Como la mayoría de los partos no necesitan referencia, un programa de cuidados neonatales con base en la comunidad no necesariamente comprometería la salud de las madres o los recién nacidos, siempre y cuando se pueda practicar con seguridad y eficiencia las destrezas básicas para la atención del parto. Involucrar a las comunidades en programas que promueven el cuidado neonatal las ayuda a empoderarse y mejorar la protección de sus miembros más jóvenes, al mismo tiempo que conserva las buenas relaciones respetando el conocimiento y costumbres locales y desarrollando modelos participativos de resolución de problemas.

2.4. Roles de la comunidad que se deben contemplar en la implementación

Establecer una cadena de cuidados de salud neonatal y materna con base en la comunidad requerirá del reforzamiento de las habilidades de las parteras tradicionales en el proceso del parto. En la comunidad existen tres categorías de individuos y grupos que tienen roles y relaciones importantes en un programa de salud neonatal con base en la comunidad:

- 1) Parteras tradicionales, las que proveen los cuidados básicos prenatales y obstétricos al igual hacen la referencia cuando no hay personal adiestrado y promueven los partos en las unidades de servicios donde hay personal adiestrado,
- 2) Agentes comunitarios de salud (ACS) tales como promotoras de salud, las que brindan atención primaria en salud y educación y

- 3) Grupos de mujeres y/o comités de comunidad que solucionan problemas y planifican como brindar oportunidades a las niñas, la salud de las mujeres y el cuidado de las madres y sus recién nacidos.

2.5. Parteras tradicionales: antecedentes

La prevención y manejo efectivo de complicaciones relacionadas con el embarazo depende de que las mujeres embarazadas tengan acceso a un personal eficiente que tenga las habilidades necesarias, medicamentos, suministros, equipo y apoyo (De Bernis et al., 2003). Aunque todas las embarazadas deberían tener acceso a una atención de calidad, en el parto y durante las primeras semanas de vida de sus recién nacidos, este ideal está muy lejos de la realidad en muchas de las empobrecidas áreas rurales y peri-urbanas de los países de LAC. Sin embargo, la mayor parte de las mujeres en estas áreas no están totalmente sin apoyo durante el período perinatal, aunque el nivel de habilidades de los proveedores de salud puede variar muchísimo. En los lugares donde no hay unidades médicas sofisticadas ni personal altamente capacitado, las PT cumplen de cierta manera este rol (Kwast, 1995).

Las parteras tradicionales son proveedoras de salud empíricas que asisten a las madres durante el parto. Es importante notar que el término PT puede referirse a diferentes categorías de proveedores de salud con diferentes niveles de capacitación. Las parteras tradicionales (o sin capacitación) por lo general no tienen entrenamiento formal y han aprendido su oficio primeramente al servir como aprendices de otras PT o por experiencia personal. Las PT pueden considerarse capacitadas si han completado un taller de varias semanas en cuidados obstétricos esenciales. La literatura no siempre es clara en cuanto a que grupo de proveedores de salud nos referimos ya que términos como *partera/parteira* (partera tradicional) se aplica a mujeres con diferentes niveles de capacitación, dependiendo del país de que se trate.

Por tradición, las PT han aprendido su ocupación o a través de sus propios partos o sirviendo como aprendices a una PT experimentada. Aún cuando los ministerios de salud de los países de LAC por lo general las han pasado por alto, la PT provee la única atención perinatal en muchas comunidades, especialmente en áreas rurales sin ningún acceso a una facilidad hospitalaria. Aún en los lugares en que existen otras

alternativas, la aceptabilidad cultural, el bajo costo y la percepción de estatus podrían estar en favor de las PT (Kamal, 1998). Las PT pueden también dar tratamiento con remedios a base de hierbas, planificación familiar y atención primaria en salud. Las PT son culturalmente aceptables y fácilmente accesibles ya que por lo general viven muy cerca de las mujeres que sirven y comparten costumbres, idioma, y las mismas ideas respecto a la salud y el parto (Cosminsky, 1994). Con frecuencia tienen un estatus muy alto en la comunidad, ya que con frecuencia se escogen de entre las familias más respetadas para servir como aprendices de PT muy respetadas y tienen un prestigio basado en una historia de partos exitosos, especialmente éxitos en resolver partos de presentaciones complicadas (por ejemplo, posición transversal) utilizando masaje fetal, empujar hacia abajo el abdomen y otras maniobras.

Las PT pueden dividirse libremente en tres grupos, (Castañeda Camey et al., 1996):

- 1) Parteras Tradicionales PT—practican su oficio en áreas remotas basándose en la sabiduría transmitida por tradición oral y con frecuencia utilizan remedios de hierbas.
- 2) PT adiestradas—tienen un limitado entrenamiento biomédico, generalmente proveniente de programas que brindan una corta capacitación especializada con duración de una pocas semanas o aún menos y combinan el uso de terapias y remedios tradicionales con productos farmacéuticos modernos e instrumentos quirúrgicos y también brindan servicios de planificación familiar.
- 3) PT empírica, sin destrezas—la que práctica en poblaciones desplazadas o poblaciones migratorias que han sufrido grandes problemas tales como guerra o reubicación. Han aprendido sus destrezas obligadas por la necesidad, solamente a través de la propia experiencia, en vez del sistema de aprendiz (partera tradicional, PT) o de capacitación institucional (PTA). Por lo general pueden atender partos normales solamente, con poco o ningún conocimiento de remedios o tratamientos biomédicos.

Por lo general, las PT no caen estrictamente dentro de una de estas tres categorías. Excepto en áreas muy remotas, lo que con frecuencia encontramos son PT que combinan en diferentes grados las prácticas

tradicionales con las prácticas biomédicas modernas. Vale la pena observar que sin embargo hay diferencias significativas en la forma de adquirir la habilidad: a través del sistema de aprendiz o en un aula en una clase de educación formal (intuitiva/imitativa vs. intelectual), esto explica en parte los bajos niveles de éxito para brindar a las parteras tradicionales capacitación biomédica suplementaria o re-capacitación en contextos institucionales o aulas de clase (Castañeda Camey et al., 1996).

No puede esperarse que las PT que trabajan sin ningún apoyo del sector formal de salud reduzcan la mortalidad neonatal y materna por sí solas. Especialmente en las áreas remotas las PT con frecuencia asumen niveles de responsabilidad muy altos sin ayuda alguna del personal obstétrico adiestrado, sin recursos para referir a las mujeres a las unidades de salud, sin ningún equipo sofisticado y aún sin las condiciones sanitarias más básicas. Esta PT, que por lo general sirve partos domiciliarios, opera por debajo del nivel de atención más elemental en que se puede funcionar según la tipología descrita por Koblinsky. Koblinsky señala que en el nivel más bajo de un modelo funcional (Modelo 1) para proveer cuidados seguros para las madres y sus recién nacidos se requiere que haya acceso a/y cuidados esenciales (Koblinsky et al., 1999), y que aún en los lugares donde hay personal capacitado con habilidades obstétricas (Modelo 2) debe haber acceso a cuidados obstétricos esenciales para salvaguardar las vidas de las madres y sus recién nacidos. No sorprende que en ausencia de soporte, de recursos y capacitación y supervisión continua, la habilidad de la PT para reconocer y manejar complicaciones sea limitada (OMS, 1998). Sin apoyo ni capacitación, la PT pueden recetar drogas y hierbas en forma potencialmente dañina u omitir el desinfectar su equipo (Castañeda Camey et al., 1996). También puede tener la práctica de empujar el abdomen u otra manipulación externa para acelerar la expulsión del feto, ambas son prácticas potencialmente peligrosas para la madre y su bebé (Castañeda Camey et al., 1996). Aún cuando algunas intervenciones físicas son necesarias como el afeitado del vello púbico, hacer examen vaginal, la ruptura de membranas, las episiotomías o el amarrado del cordón umbilical inmediatamente después del parto, probablemente las PT no las llevarán a cabo (Carvalho et al., 1998). Algunos remedios tradicionales tienen impactos positivos o neutrales en la salud de las

madres y los recién nacidos, pero otras son potencialmente dañinas y pueden contribuir a la mortalidad materna y/o neonatal (Kamal, 1998). Sin capacitación de calidad, educación continua y la supervisión de personal obstétrico capacitado las PT continuarán sin poder reconocer exitosamente, manejar y referir las complicaciones del embarazo y/o anomalías y enfermedades del recién nacido. La atención segura materna y neonatal exige trabajo en equipo y cooperación de todos los niveles de los proveedores de salud, desde la comunidad hasta los hospitales de referencia. Mientras el sector formal de salud no pueda proveer un apoyo permanente a la PT que incluya educación continua, suministros y relaciones con el sistema formal de salud, el aislamiento de la PT continuará impidiéndole reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

Muchos países de LAC han experimentado con entrenamiento biomédico obligatorio o voluntario de las PT en áreas rurales y con el desarrollo de nexos con el sistema de referencias. Estas políticas y proyectos han logrado diferentes niveles de éxito, en algunos casos destruyendo o subordinando el conocimientos tradicional cultural y en otros haciendo enlaces entre las comunidades y el sistema de salud biomédico (Jenkins, 2003; Kwast, 1995). El cambio de roles de la PT en las áreas rurales, pesar de las deficiencias en el apoyo, recursos y capacitación, en muchas áreas rurales de la región de LAC, representa tanto un reto como una oportunidad para mejorar el cuidado de la salud neonatal ya que con frecuencia las PT proveen la única atención del parto accesible. El concepto que tienen las PT de la anatomía y fisiología femenina con frecuencia difiere mucho de la biomedicina, lo cual puede explicar en parte el fracaso en lograr que la capacitación biomédica obligatoria del gobierno se afiance con la PT o sus usuarias (Sesia, 1996). Las diferencias en el estilo de aprendizaje puede ser otra de las barreras ya que las PT aprenden por imitación y no en un aula de clase. Otro de los retos es establecer un sistema efectivo de referencia que cultive una relación de trabajo, respetuosa entre la PT y el personal adiestrado en habilidades obstétricas neonatales de centros de salud y hospitales.

A pesar de la presión del gobierno para que se adopte la capacitación biomédica, muchas PT rurales tienen un estatus muy alto en su comunidad debido a que se les percibe como autoridades en el conocimiento tradicional y por lo tanto son reacias a cambiar de

prácticas (Sargent y Bascope, 1996; Sesia, 1996). Para incorporar con éxito a la PT en la iniciativa de la atención neonatal y desarrollar un sistema efectivo de referencia para las complicaciones debemos cultivar entre el personal biomédico la sensibilidad hacia el conocimiento obstétrico tradicional y asegurarnos de que se conserve y respete, siempre que sea posible, el conocimiento tradicional durante la capacitación biomédica de las PT. Incorporar con éxito a las PT en la iniciativa para mejorar la salud neonatal y materna en el período postnatal temprano será difícil, pero es esencial, ya que con frecuencia ellas son las únicas proveedoras de salud que brindan la única atención y desempeñan roles sociales importantes en las comunidades con las mayores mortalidades maternas y neonatales.

2.6. PT: roles que pueden desempeñar

En las comunidades postergadas, las PT continúan llenando una necesidad vital y con seguridad existirán por algunas décadas más (Kamal, 1998). Las PT gozan en sus comunidades de posición y estatus y son actores que debemos incorporar en los programas que ayudan a las comunidades marginadas en APS neonatal (Kamal, 1998). Mientras en la mayoría de los casos no es factible o costo-efectivo capacitar parteras en cuidados obstétricos esenciales, la PT siempre puede contribuir a reducir las muertes y discapacidad asociada al nacimiento. Las PT pueden ofrecer a las mujeres embarazadas apoyo moral y emocional y enseñar al personal capacitado en atención obstétrica las costumbres locales y a respetar las necesidades de las mujeres. Los roles potenciales de la PT difieren de acuerdo a la infraestructura de salud existente en las diferentes áreas (Ross, 1998). En áreas con atención de salud pobremente desarrollada, donde las PT son parte integral de la comunidad y la cultura local debería de 1) capacitarse a las PT en evitar las prácticas perjudiciales, a reconocer las señales de peligro y a referir las complicaciones a las unidades de salud, 2) fortalecerse la relación entre las PT y el sistema formal de salud (donde exista) y 3) cultivarse el respeto de parte del sistema formal de salud por las PT y las referencias que ellas hacen (OMS, 1998).

Existen diferentes intervenciones con el objetivo de apoyar a las PT con recursos y soporte técnico para mejorar su capacidad de: Reconocer y referir complicaciones, responder a las signos de peligro y referir a las madres y neonatos a las unidades de salud

PROYECTO DE SALUD MATERNA Y NEONATAL DE QUETZALTENANGO

El Proyecto de Salud Materna y Neonatal de Quetzaltenango se implementó de 1990 a 1993 en Guatemala como un proyecto conjunto entre MotherCare y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Guatemala está en tercer lugar en la región de LAC, después de Haití y Bolivia en lo que se refiere a altas tasas de mortalidad materna y neonatal. Se estimó que la tasa de mortalidad materna (TMM) para el Área de Salud de Quetzaltenango era de 240/100,000 nacidos vivos, con una tasa de mortalidad perinatal de 23.2 por cada 1000 nacimientos y una tasa de mortalidad neonatal 16.7 por cada 1000 nacidos vivos (Schieber y Delgado, 1993). En esta área de Guatemala, la mayor parte de las mujeres tienen partos domiciliarios, entre el 70-90% de los partos son atendidos por PT, y que los programas de

capacitación de parteras certificadas fueron abolidos hace más de 20 años. Las mujeres evitan dar a luz en el hospital porque la capacidad institucional es limitada y en los hospitales y las clínicas hay que esperar mucho, además porque no se sienten respetadas por el sistema formal médico. Las mujeres y las PT se quejan de la actitud negativa de los proveedores de salud hacia ellas.

Con este proyecto, MotherCare e INCAP intentaron mejorar los servicios obstétricos y neonatales, y reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. El programa tenía cinco objetivos: (1) mejorar la identificación y respuesta de las PT a las signos de peligro (especialmente la presentación anormal, parto prolongado, parto prematuro), (2) mejorar las relaciones entre el personal de salud y las PT y mujeres embarazadas, (3) mejorar la supervisión del personal del puesto de salud y del centro de salud en la atención ma-

terna y neonatal, (4) desarrollar protocolos sencillos para la identificación y manejo de complicaciones en los centros de salud y (5) mejorar el manejo y la referencia de estas complicaciones capacitando al personal.

El programa desarrolló protocolos para la identificación, manejo y referencia de complicaciones; sensibilizó a los proveedores de salud para mejorar las relaciones entre ellos mismos y con las PT; capacitó 400 PT en la identificación y referencia oportuna de las complicaciones en la madre y el recién nacido; desarrolló guías para el control de la temperatura de los establecimientos de salud, control de infecciones y guías para abrigar a los recién nacidos enfermos; y realizó una auditoría médica de manejo neonatal para medir el impacto de la intervención. Se recolectó información de un estudio hospitalario de las referencias de las

PT y de un sistema de vigilancia comunitaria de mujeres con complicaciones obstétricas y perinatales y neonatales. En el componente de capacitación de las PT se encontró un aumento constante (31.3% antes y después de la capacitación) en la cantidad de referencias realizadas por la PT. La oportunidad de las referencias subió de 28 a 46%. El tiempo de espera en los hospitales disminuyó y la satisfacción de las mujeres con los servicios de salud aumentó. El Proyecto de Salud Materna y Neonatal de MotherCare Quetzaltenango demuestra que los programas de capacitación de PT tienen un efecto positivo, pero que los programas de IEC basados en la comunidad son un complemento necesario.

Fuente: (Kwast, 1995; Kwast, 1996; Schieber y Delgado, 1993).

o en la aplicación de intervenciones sencillas tales como las técnicas de parto seguro y la resucitación del recién nacido con asfixia del parto. Los resultados del Proyecto de Salud Materna y Neonatal de Quetzaltenango mostraron que las PT pueden aprender a reconocer y responder a un buen número de complicaciones clínicas, tales como, sangrado, edema, presentación anormal, trabajo de parto prolongado, retención de placenta, recién nacido deprimido, sangrado postparto e infecciones en la madre y el recién nacido. Las PT también pudieron reducir el tiempo de referencia a los puestos de salud y a los centros de salud (Kwast, 1995). Otro estudio ha encontrado que la capacitación de las PT puede lograr mejorar la identificación de embarazos de alto riesgo, el manejo de emergencias y la referencia adecuada hasta 26 meses después de realizada (Rodgers et al., 2004).

En la práctica, los resultados de capacitar a las PT en el manejo y/o referencia de los partos y las complicaciones neonatales con frecuencia son decepcionantes, éxitos como el presentado arriba han sido raros entre los esfuerzos realizados en más de 70 países (Kamal, 1998). Un factor que tienen en común estos resultados es la falta de identificación de los roles que la PT podría desempeñar en el contexto y con los recursos de infraestructura general y de salud del área en la cual trabajan y la excesiva inversión en la capacitación de la PT a expensas de otras intervenciones complementarias y un enfoque más integral.

En una guía elaborada recientemente por CARE para el desarrollo de intervenciones de atención materna y del recién nacido se describe cómo el nivel de infraestructura general y de salud de un área (medida por indicadores de salud materna) da forma a las intervenciones y programas de salud materna que pueden ser implementados. Para poder sugerir enfoques de intervenciones de salud materna adecuados describe cinco categorías de infraestructura, o ámbitos de atención de salud materna, que van desde “muy pobre” hasta “muy rico” (Ross, 1998). Si utilizamos esta tipología, la PT cumple una función clave sólo en los ámbitos de salud materna “muy pobres” y “pobres”. Estos ámbitos se caracterizan por la pequeña proporción de partos atendida por personal capacitado (<35%), la baja prevalencia de planificación familiar (<25%), las altas tasas de fertilidad y una mortalidad materna alta (>550/100,000 nacimientos). En los

ámbitos “muy pobres”, CARE indica que el énfasis debe ser en capacitar a las PT en el parto limpio y una efectiva promoción de salud en la comunidad; en ámbitos “pobres” con un poco más de recursos y acceso a las unidades de referencia, el énfasis debe ser en capacitarlas en primeros auxilios obstétricos adecuados y la referencia. En ámbitos de salud materna con mejores indicadores de salud materna (y acceso a proveedores capacitados), los roles para la PT serán mínimos o inexistentes.

Cuando analizamos los intentos exitosos y no exitosos para capacitar a la PT, es claro que las intervenciones que tratan de mejorar las destrezas de las PT deben prestar mucha atención a:

- 1) si dentro del contexto de sus deberes tradicionales es posible que la partera desempeñe las destrezas para las que está siendo capacitada y hay acceso a la supervisión y apoyo,
- 2) el ambiente en que se hace la capacitación (la capacitación basada en la experiencia es más efectiva que una capacitación en un aula de clase),
- 3) el miedo que siente una PT respetada a que el cambio de prácticas le hará perder estatus en su comunidad, y
- 4) las contradicciones entre las creencias autóctonas sobre la salud y las buenas prácticas biomédicas.

En estos esfuerzos también se debe trabajar a conciencia para cultivar relaciones de supervisión y de colegas entre las PT y el sistema formal de salud y crear oportunidades para la capacitación continua.

Las comunidades con clínicas o unidades de salud de mayor nivel pueden tener proveedores capacitados además de o en vez de PT. En las comunidades la mayor parte de los partos son atendidos en las unidades de salud por proveedores capacitados (médicos, enfermeras, enfermeras parteras u obstétricas) en atención obstétrica esencial. En los lugares en que los partos son domiciliarios y se tiene acceso a personal capacitado, son ellos los que atienden el parto y por lo general también brindan atención de salud materna lo que facilita los partos normales, también refieren o tratan los partos complicados, brindan planificación familiar y tratan problemas de salud infantil (Koblinsky et al., 1999). Por algunas décadas la región de LAC ha sufrido de un “vacío” de personal

MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LAS PARTERAS TRADICIONALES DESARROLLANDO SUS DESTREZAS Y HABILIDADES PARA LA REFERENCIA EFECTIVA

En el pueblo de Juliaca al sur del Perú, los hombres y mujeres que se ofrecen como *parteros/parteras voluntarios* (PT) brindan diferentes servicios prenatales y para el parto. Sus destrezas y habilidades varían mucho, algunas personas que sirven de PT no tienen capacitación ya que son los parientes de mujeres embarazadas, mientras que otras han

recibido una capacitación oficial como parteras. En esta área urbana, se tiene atención obstétrica y neonatal en unidades de salud de diferentes calidades, pero las relaciones entre la comunidad de habla Quechua y la gente del sistema formal de salud que habla español son tirantes, lo cual provoca la baja utilización de las unidades de salud. Muchas mujeres no buscan atención prenatal y prefieren que un

pariente o una PT semi-capacitada les atiendan el parto a dar a luz en una unidad de salud.

El Proyecto BABIES, liderado por CARE Perú, está trabajando en las comunidades de Juliaca con PT capacitadas y no capacitadas en mejorar la atención del recién nacido de los partos normales a nivel comunitario. El proyecto también les brinda capacitación para reforzar sus habilidades para que identifiquen los

signos de peligro y efectúen la pronta referencia de la mujer al sistema formal de salud. El proyecto ayuda a la PT a contribuir con la recolección de datos y la vigilancia de las muertes neonatales, pidiéndoles a las PT que escriban informes semanales sobre las mujeres y recién nacidos que han visitado.

capacitado en atención obstétrica, causado por un número decreciente de parteras, falta de personal capacitado, y una disminución en el acceso a la atención obstétrica esencial para partos complicados (Kwast, 1995). En muchos países las parteras profesionales (certificadas) se sienten frustradas por los bajos sueldos y la falta de atención por parte del sistema de salud pública. En las unidades de atención materna y de neonatos atendidas por personal altamente capacitado no hay suficiente espacio. Aún en aquellas donde hay una cantidad suficiente de camas, la falta de personal capacitado impide que una madre reciba la atención de emergencia que ella y/o su recién nacido necesitan. Los Centros de Salud primarios brindan atención prenatal y cuidados infantiles pero proveen pocos o ningún servicio para las complicaciones del parto. Es común en los países de LAC asumir que las mujeres con complicaciones deben ir hasta los hospitales distritales o de mayor nivel para recibir atención obstétrica (Kwast, 1995).

Para enfrentar este problema la OMS ha desarrollado guías que definen las funciones de la atención obstétrica esencial en los diferentes niveles del sistema de salud (OMS, 1994). Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) es un término amplio que comprende

las habilidades y medios para el manejo de complicaciones cuando estas ocurren, también incluye la identificación de un perfil temprano de riesgo, diagnóstico y tratamiento para identificar los problemas durante el embarazo antes de que se conviertan en emergencias de parto. En años recientes el aumento en la atención de salud del recién nacido ha llevado a agregar los cuidados del recién nacido a la lista de las funciones de COE. La definición más incluyente de COE reúne un amplio espectro de servicios como planificación familiar, atención prenatal completa, manejo de complicaciones y atención post parto.

COE Básico comprende todos los elementos de COE que pueden brindarse a nivel de centros de salud con personal capacitado. COE básico incluye por lo menos las siguientes funciones: administración parenteral de antibióticos, administración parenteral de drogas oxitócicas, administración de anticonvulsivos para la preclampsia o eclampsia, extracción manual de la placenta o pedazos retenidos, parto vaginal con ayuda. También se hace énfasis en la atención de los problemas de salud del recién nacido. Especialmente en áreas rurales, donde el acceso a y la capacidad de las unidades de salud son limitadas, COE Básico—que brinda

atención para embarazos con problemas, tratamiento médico, procedimientos manual, monitoreo del parto y cuidados neonatales especiales—es con frecuencia el primer paso para brindar el COE completo.

La Atención Obstétrica de Emergencia (AOEm) comprende un conjunto de otros elementos de COE diseñados para salvar la vida a las mujeres cuando se presentan complicaciones inesperadas durante el parto, tales como hemorragias, parto obstruido. AOEm incluye los servicios de COE Básico y otros como cirugía, anestesia y transfusiones de sangre. Para estas funciones se requiere un personal altamente capacitado en obstétrica y una unidad en la que se pueda llevar a cabo una cirugía obstétrica.

En los sitios donde hay PT y también personal capacitado en atención obstétrica, o se tiene una buena interrelación con el sistema formal de salud existen oportunidades para una mayor coordinación entre la PT y el personal capacitado en atención obstétrica. La experiencia que tienen los proyectos en promover mejores relaciones de trabajo ha demostrado que esta interacción con frecuencia puede volverse tirante por la

diferencias de idiomas, percepciones de superioridad/inferioridad y desconfianza o conflictos en el abordaje de la atención. Sin embargo no se debe pasar por alto que las PT son recursos excelentes del conocimiento tradicional que con frecuencia entienden las preocupaciones de las mujeres con mayor exactitud que el personal capacitado y que pueden solventar los problemas de idioma y culturales que apartan a las mujeres del sistema formal de salud y mejoran la calidez y calidad de la interacción de las mujeres y sus proveedores de salud.

Igual que los agentes comunitarios de salud, especialmente los *técnicos* (especialistas técnicos que se discuten en la siguiente sección), las PT también pueden mejorar los resultados del parto haciendo visitas domiciliarias prenatales y postnatales o si hay unidades de salud accesibles, animando a las mujeres a ir al establecimiento de salud para sus respectivos controles. De esta manera las PT se convierten en parte integral del sistema de vigilancia comunitaria en áreas donde los servicios públicos están sobrecargados y hay poca información estadística confiable.

TABLA 4. DOS TIPOS DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD EN LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO

Tipo de agente comunitario de salud	Roles y responsabilidades típicas	Ejemplo de programa de una ONG con este tipo de agente comunitario de salud
1. Promotoras (Mujeres promotoras de salud): Promueven conductas saludables en las comunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de las mujeres embarazada, mantienen una lista y detectan a las embarazadas • Promoción de vacunación con toxoide tetánico y atención prenatal • Participación en las campañas de vacunación • Promoción de la Lactancia Materna Exclusiva • Organización y trabajo con grupos comunitarios • Concientizar sobre los problemas de salud materna y del recién nacido, a hombres y mujeres • Trabajar con las comunidades para establecer y mantener un sistema de transporte para emergencias • Facilitar enfoques participativos para la resolución de problemas de salud materna y del recién nacido con los diferentes actores en la comunidad 	PROCOSI/SNL Bolivia (incluye Save the Children Bolivia, PCI Bolivia, y CARE Bolivia) CARE Nicaragua CARE Perú
2. <i>Técnicos</i> (especialista técnicos): Agentes comunitarios de salud con destrezas técnicas en atención del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con familias durante el período prenatal para prepararlas en los cuidados del recién nacido • Brindar atención al recién nacido durante el parto incluyendo tratamiento para la asfixia del parto y prevención de la hipotermia • Hacer visitas domiciliarias post parto para vigilar al recién nacido y dar consejería en cuidados y alimentación 	SNL Guatemala PROCOSI/SNL Bolivia (incluye a Save the Children Bolivia, PCI Bolivia, y CARE Bolivia)

2.7. Agentes comunitarios de salud

Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) tienden a desempeñar uno de dos tipos de roles en la atención prenatal. El primero es general, llevan a cabo actividades de concientización, promueven la inmunización con toxoide tetánico en las mujeres embarazadas, participan en las campañas de vacunación, promueven la asistencia a la atención prenatal, promocionan la lactancia materna exclusiva y brindan educación general de salud a los miembros de la comunidad. También son facilitadores de las iniciativas basadas en la comunidad. Tienen relaciones armoniosas con la comunidad y conocimientos básicos de salud y a veces conocimientos sobre la atención del parto de los cuidados neonatales, sirven de enlace entre

las ONG y los grupos comunitarios y pueden facilitar las metodologías participativas. En muchos países de LAC se da el nombre de *promotora* (mujer promotora de salud) a una persona que cumple todas estas tareas y la mayoría de los ACS cae dentro de esta categoría.

Sin embargo, sólo un número muy pequeño de ACS son capacitados para realizar algunas intervenciones técnicas en los períodos prenatales, del parto y postnatal y para además hacer algunas actividades generales de promoción. Estos especialistas técnicos, a los que nos referiremos como *técnicos*, dan consejería a las mujeres embarazadas para que puedan prepararse para el parto y el cuidado del recién nacido. Utilizan metodologías de educación popular como juegos de roles ayudándose con una muñeca diseñada

PROMOTORAS VS. TÉCNICOS: EJEMPLOS PRÁCTICOS

Promotoras (mujer promotora de salud)

Un buen ejemplo del rol de la *promotora* (mujer promotora de salud) se ilustra con el caso de ACS que trabajan la zona de El Alto en Bolivia. Estas promotoras están con en el proyecto para salud neonatal de CARE Bolivia, *Cuidados Esenciales del Recién Nacido en Comunidades con Grupos Organizados de Mujeres*, y son educadoras con base en la comunidad que están haciendo concientización sobre aspectos generales de salud: cuidados básicos prenatales, vacunación con toxoide tetánico y lactancia materna exclusiva. También organizan eventos para educar a la comunidad sobre las necesidades de salud de las mujeres y los niños. En este proyecto en particular, las *promotoras* se han capacitado en atención de salud neonatal desde el embarazo hasta el período postnatal, incluyendo la identificación de signos de peligro, promoviendo la búsqueda de atención y la referencia adecuada. Algunas promotoras *especiales* son las *promotoras estrellas* (mujer promotora de salud “estrella”), facilitadoras que promueven liderazgo e información sobre salud neonatal a los grupos de mujeres y hombres que están involucrados en enfoques participativos para la solución de problemas relacionados con la salud neonatal. En la Sección 3-4, Cuadro 10 encontraremos una discusión más detallada de los roles de las *promotoras* y la experiencia de CARE Bolivia en El Alto.

Técnicos (especialistas técnicos)

Los ACS que cumplen el rol de *técnico* (especialistas técnicos) trabajan con Saving Newborn Lives en *Salud Neonatal Maya* (Proyecto en las tierras altas de Guatemala, una iniciativa liderada por Save the Children). En las comunidades del proyecto los ACS y *técnicos* están siendo capacitados en técnicas obstétricas seguras y cuidados esenciales para el recién nacido (CERN)), atención inmediata para el recién nacido normal, resucitación simple para la asfixia del parto, técnicas adecuadas para el baño para limitar el riesgo de la hipotermia, iniciación inmediata de la lactancia materna y la identificación de signos de peligro en el parto. Los *técnicos* también distribuyen equipo para parto seguro y dan consejería sobre la planificación de cómo realizar un plan de parto. En este proyecto en particular no son ellos quienes hacen la visita domiciliaria en el período postnatal, un rol del *técnico*; la visita postnatal la efectúa la PT. En la Sección 3.2. Encontrará una discusión más detallada de cómo Save the Children capacita los *técnicos* en este proyecto.

especialmente para esto. También pueden brindar cuidados durante el parto identificando y manejando problemas del recién nacido, como atención básica para la asfixia del parto o calentando al recién nacido con síntomas de hipotermia. Durante el período de posparto, los *técnicos* pueden hacer visitas domiciliarias de rutina para verificar la salud de la madre y del recién nacido, inclusive examinarlos para ver si hay señales de infección.

Cuando se revisaron artículos, documentos de proyectos e informes para elaborar el presente documento, con frecuencia encontramos que la descripción de roles y responsabilidades de los agentes comunitarios de salud no era muy precisa y detallada. Por esta razón, es difícil establecer hasta que grado su rol se ajusta al modelo de *promotora* (mujer promotora de salud) o *técnico* (especialista técnico). En algunos casos, parece que el ACS tiene una gama mayor de responsabilidades que tienen que ver con la salud de las mujeres y niños mayores y que el tiempo y esfuerzo que dedican exclusivamente a la salud del recién nacido es limitado.

2.8. Grupos de mujeres y comités de la comunidad

A nivel de comunidad las acciones colectivas de los grupos de mujeres o comités de la comunidad pueden mejorar la capacidad de los individuos de la comunidad para tomar mejores decisiones respecto a la atención materna y neonatal. Estos grupos se involucran en distintas áreas relacionadas con la salud

materna y neonatal, desde ayudar a las mujeres a mantenerse saludables y a dar una respuesta adecuada a las emergencias hasta mejorar la calidad de atención y crear oportunidad para establecer relaciones de apoyo dentro de las comunidades. La Tabla de abajo cataloga una serie de intervenciones que enfrentan directamente la salud materna y neonatal y también las inequidades subyacentes que contribuyen a la mala salud materna y neonatal.

En todas las intervenciones de atención de salud neonatal el empoderamiento es la meta que más se destaca en los esfuerzos para incorporar los grupos de mujeres o a los comités. El empoderamiento es al mismo tiempo un medio y un fin (Portela y Santarelli, 2003), que permite a los grupos a desarrollar su capacidad, mejorar su análisis crítico y actuar sobre sus conclusiones y repetir el proceso para una variedad de diferentes problemas. Casi siempre, los enfoques basados en la comunidad que trabajan con este tipo de grupos están orientados al proceso, mucho más concentrados en procesos de resolución de problemas y en resolver los problemas. Este proceso por lo general es altamente participativo e iterativo, motivando a los miembros del grupo a identificar, priorizar y analizar por sí mismos el problema, diseñar e implementar la solución y participar colectivamente en la evaluación de la solución.

Kwast hace notar la necesidad de que todas las intervenciones comunitaria para mejorar la atención del recién nacido incluyan iniciativas basadas en la

TABLA 5. INTERVENCIONES PRIORITARIAS PARA LOS GRUPOS DE MUJERES Y LOS COMITÉS

Áreas Prioritarias de Intervención	Temas de Intervención
Desarrollar capacidades para mantenerse saludables, tomar decisiones saludables y responder a las emergencias obstétricas y neonatales	<ul style="list-style-type: none"> o Autocuidado o Comportamientos hacia la búsqueda de atención o Preparación para el parto y para emergencias
Concientizar respecto a derechos, necesidades y problemas potenciales relacionados con la salud materna y del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> o Derechos Humanos o El rol de los hombres y otras personas con influencia o Vigilancia epidemiológica comunitaria y auditoría de muertes maternas y perinatales
Fortalecer las relaciones de apoyo entre las mujeres, las familias y las comunidades y en el sistema de salud para el parto	<ul style="list-style-type: none"> o Planes para financiamiento comunitario y transporte o Hogar de Espera para la Maternidad o Roles de los ACS dentro del sistema de salud
Mejorar la calidad de la atención, servicios de salud y su interacción con las mujeres y las comunidades	<ul style="list-style-type: none"> o Involucrar a la comunidad en la mejora de la calidad del servicio o Apoyo social durante el parto o Competencia interpersonal e intercultural de los proveedores de salud

Ref: (Portela y Santarelli, 2003)

CICLOS DE ACCIÓN COMUNITARIA: EL PROYECTO WARMI DE BOLIVIA

El Proyecto Warmi representa la aplicación más ilustrativa de una intervención basada en la comunidad para mejorar las prácticas de salud del recién nacido y reducir la mortalidad neonatal. Desarrollado por Save the Children/ Bolivia como parte del proyecto de USAID/ MotherCare, el Proyecto Warmi se llevó a cabo en 50 comunidades rurales remotas de la Provincia de Inquisivi en Bolivia de 1990 a 1993. La TMM era de 400/100,000 nacidos vivos y la TMP era de 103/1000 nacidos vivos. Las comunidades que se seleccionaron estaban a 6-8 horas en autobús del hospital de referencia para la atención de emergencias obstétricas y en estas comunidades no había PT. Por lo general los maridos atendían el parto de su esposa. Eran comunes las prácticas tradicionales como el *manteo* (mecer a la

parturienta en una manta para tratar la presentación anormal) y el retraso del inicio de la lactancia materna. Al recién nacido se le atendía hasta que la placenta era expulsada.

La intención del proyecto era mostrar qué acciones había que llevar a cabo en áreas con extrema limitaciones de acceso a los servicios de salud. En cada comunidad se formó y/o se fortaleció un grupo de mujeres utilizando metodologías para resolución de problemas con enfoque de género, ahora llamadas el "Ciclo de Acción Comunitaria". En estos grupos las mujeres se involucraban en un proceso de autodiagnóstico (identificando y priorizando problemas), planificando en forma colectiva, implementando el plan y participando en la evaluación. Los esfuerzos comunitarios durante el proyecto se concentraron en la formación y fortalecimiento de los grupos de mujeres, capacitando a las

mujeres y a sus esposos en partos domiciliarios seguros y utilizando a las PT como enlaces con los hospitales de referencia en los casos de complicaciones en el parto.

El proyecto animaba a los grupos a diseñar e implementar sus propios planes para intervenciones neonatales, y esto resultó en la capacitación de un cohorte de parteras, una cantidad de hombres y mujeres educados en planificación familiar, servicios de planificación familiar brindados a siete comunidades a través de la coordinación con otras ONG, el reforzamiento de enlaces con los hospitales para efectuar referencias, la reducción de los costos de admisión para las referencias y el desarrollo de materiales de CC/IEC incluyendo una tarjeta de salud materna para cuidados en el hogar, manuales, folletos y un programa radial.

El Proyecto Warmi logró reducir la mortalidad perinatal en casi un 50% y también

se documentó un incremento significativo en la práctica de comportamientos claves. Sólo en 1993, la asistencia a la atención prenatal aumentó del 45 al 77%, los partos atendidos por la PT subieron del 13 al 15%, las tasas de lactancia inmediata subieron del 25 al 57%, y el uso de métodos de planificación familiar se incrementó de 0 a 27%. Y lo que es muy importante, el proyecto propició que las mujeres verbalizaran sus preocupaciones sobre la salud de sus niños, les dio por primera vez la oportunidad de participar en la planificación comunitaria y en el proceso de la toma de decisiones. Diferentes proyectos han utilizado elementos del modelo Warmi, pero el plan inicial de expansión del proyecto a nivel nacional aún no se ha realizado.

Fuente: (González y Howard-Grabman, 1998), (Kwast, 1996).

EN GUATEMALA: CÓMO TRABAJAR CON LOS GRUPOS DE MUJERES PARA AUMENTAR LA CONCIENCIA HACIA LAS SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO

En 1997, el Ministerio de Salud de Guatemala y MotherCare diseñaron una estrategia de información, educación y comunicación (IEC) para aumentar la conciencia sobre las signos de peligro durante los períodos de el embarazo, parto y post parto en las tierras altas del suroeste de Guatemala. Se realizaron sesiones educativas para los grupos locales de mujeres, las que fueron complementadas con otros dos brazos de la intervención, uno, para capacitar a los proveedores de salud y otro para transmitir por radio mensajes sobre complicaciones obstétricas.

62 grupos de mujeres participaron en las sesiones educativas, cada grupo se componía de un promedio de 37 mujeres en edad reproductiva sin importar si estaban o no embarazadas. Estos grupos de mujeres ya habían sido establecidos en estas comunidades por ONG que estaban trabajando en salud o en desarrollo. En cada grupo de mujeres, los facilitadores desarrollaron siete diferentes discusiones, utilizando una versión modificada del “Ciclo Triple A”, una estrategia participativa de grupos focales desarrollada por la UNICEF. Similar al ciclo acción comunitaria, esta estrategia tiene tres pasos: autodiagnóstico, análisis y acción;

MotherCare agregó una cuarta, llamada aprendizaje para ayudar a las mujeres a evaluar situaciones y monitorear los avances. Utilizando materiales como libros de colorear y rompecabezas que representaban complicaciones obstétricas, los facilitadores animaban la participación de las mujeres.

La fortaleza especial de los grupos de mujeres en esta intervención fue la oportunidad que permitió una discusión de mayor profundidad. Ellas pudieron discutir como identificar y manejar una amplia gama de complicaciones obstétricas como: hemorragia, edemas de las manos y pies, parto

prematureo, ruptura de membranas, parto anterior por cesárea, presentación fetal anormal, gemelos, parto prolongado, retención placentaria, dolor abdominal, fiebre, y secreción fétida. Durante el año del proyecto la conciencia de las mujeres hacia los signos de peligro aumentó en aproximadamente un 80% y hubo mayor correlación entre el haber asistido a las siete sesiones participativas y su mayor capacidad para reconocer los signos de peligro que entre la asistencia a una serie de visitas prenatales.

Fuente: (Perreira et al., 2002).

comunidad y se concentren en el auto-cuidado, sin importar el tipo de personal de salud al que la comunidad tiene acceso (Kwast, 1995). Sin embargo, el trabajar en forma óptima con los grupos de mujeres o comités de comunidad dependerá enormemente de la situación geográfica, densidad poblacional y recursos (humanos y financieros), que tenga el lugar donde el programa se está implementando. Koblinsky nos proporciona una tipología para modelos de atención para maternidad segura, la mayor parte de los cuales incluyen personal obstétrico capacitado (Koblinsky et al., 1999). Mientras mayor sea el nivel de atención que se brinde, mayor será la demanda de capacitación de personal, de mantenimiento de habilidades y de

supervisión así como también de la reglamentación de los servicios para que sean utilizados por las mujeres. La falta de acceso a los cuidados obstétricos esenciales en contextos rurales y/o barrios marginales periurbanos que examinamos en este documento exige que consideremos formas de mejorar el nivel de atención en una forma que sea sostenible sin que tengamos que tener una gran cantidad de personal profesional de partos o acceso a unidades médicas sofisticadas. Es por esta razón que los grupos organizados de mujeres y los comités de la comunidad ofrecen un poderoso punto de partida para ayudar a individuos, familias y comunidades a tomar mejores decisiones durante los períodos del embarazo, parto y postnatal. El trabajar

con grupos de mujeres ayuda a aumentar la influencia y control de las mujeres en la salud materna y neonatal y las anima a utilizar servicios de salud de calidad donde estén accesibles.

Es importante hacer notar que en muchas áreas peri-urbanas puede que no haya ninguna PT. Dependiendo del acceso a la atención institucional, los posibles roles que los grupos de mujeres pueden desempeñar en el parto y el postnatal variará considerablemente. En los sitios donde los habitantes de las áreas peri-urbanas de bajos ingresos tienen buen acceso a los servicios de salud, como en muchas áreas peri-urbanas de países como Costa Rica y Brasil, los grupos de mujeres pueden desempeñar un rol en la promoción de la salud, educando, madres y familias en la preparación para el parto y cuidados neonatales. En estos casos, como hay una gran cantidad de partos institucionales, los grupos de mujeres se enfocarán menos en hacer intervenciones técnicas durante los períodos del parto o postparto y se concentrarán más

en la promover la utilización de los servicios y la abogacía de los derechos a la salud. En las áreas peri-urbanas de otros países, los sobrecargados servicios de salud y poblaciones nuevas no familiarizadas con el sistema médico formal pueden provocar que ocurra un mayor número de partos en el hogar. Si no existe atención de salud de calidad y sin la ayuda de la PT, los enfoques basados en la comunidad para proveer mejor atención de los partos normales en el hogar serán los que den mejores resultados para los habitantes de estos barrios marginales. La movilización comunitaria y la toma de decisiones colectiva puede ser una forma efectiva para que las comunidades mejoren el resultado del parto a través del auto-cuidado, así como también para que logren empoderarse y enfrentar sus problemas en forma colectiva.

La ayuda a los grupos de mujeres y a los grupos comunitarios en general para que sean los actores en las intervenciones de atención neonatal es también una

UN MARCO DE REFERENCIA PARA TRABAJAR CON INDIVIDUOS, FAMILIAS Y COMUNIDADES: LA INICIATIVA "UN EMBARAZO SEGURO" (MAKING PREGNANCY SAFER)

La Iniciativa Un Embarazo Seguro lanzada en el año 2000, por la OMS complementa la Iniciativa de Maternidad Segura también lanzada por la OMS, ambas intervenciones intentan mejorar la salud materna y del recién nacido. A nivel nacional, la iniciativa es un intento de ayudar a los países a fortalecer su sistema de salud y desarrollar intervenciones efectivas basada en la experiencia para reducir la mortalidad

materna y neonatal, especialmente entre la población pobre.

Es crucial involucrar individuos, familias y comunidad para tener éxito en las intervenciones de salud materna y neonatal. Es por eso que la Iniciativa del Embarazo Seguro ha apoyado el desarrollo de un marco de referencia estratégico para trabajar con individuos, familias y comunidades para disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal y empoderar a las mujeres, familias y comunidades para que puedan tomar mejores

decisiones y mejorar el acceso a servicios de calidad. Este marco de referencia propone una base conceptual para que se produzca un cambio (promoción de la salud), dos metas (aumentar el acceso y la utilización de la atención de calidad y el empoderamiento de mujeres, hombres, familias y comunidades) cuatro áreas prioritarias de intervención (Ver Tabla 4: Intervenciones Prioritarias para Grupos de Mujeres y Comités de las Comunidades) y diferentes ámbitos de intervención. Las estrategias que se pueden

aplicar a este marco incluyen educación, acción comunitaria, sociedades, fortalecimiento institucional y abogacía local. El hecho de que la salud materna y neonatal descansa en una cadena integral de información y de servicios a través de los diferentes períodos claves, hace que se recomiende que se diseñen estrategias amplias que contengan intervenciones en cada área prioritaria.

Fuente: (Portela y Santarelli, 2003).

BRIGADAS PARA TRANSPORTE OBSTÉTRICO EN MATAGALPA, NICARAGUA

En el área rural alejada de los servicios de salud, las barreras más importantes para obtener atención para los problemas de salud materna y neonatal son la distancia y el alto costo del transporte. Una forma innovadora de resolver estos problemas es un proyecto piloto que está

llevando a cabo el proyecto de *Supervivencia Infantil* de CARE Nicaragua en las áreas rurales del Departamento de Matagalpa, una región alta de Nicaragua. Las *Brigadas de transporte para emergencias obstétricas* proveen transporte gratuito al hospital de referencia de Matagalpa a las mujeres

embarazadas que están teniendo complicaciones del embarazo o parto y para las madres con recién nacidos enfermos. Al dar transporte cuando es necesario, las brigadas pueden minimizar los retrasos en el acceso a la atención. Los miembros (conductores) de las brigadas son todos hombres, una forma novedosa de involucrar

la participación masculina en mejorar la salud materna y neonatal. En la Sección 3.1 encontrarán una descripción más detallada de cómo esta actividad encaja en una intervención para reducir la mortalidad materna y neonatal.

oportunidad para hacer abogacía buscando influenciar las políticas en el nivel nacional. De Bernis, al hacer énfasis en lo esencial que es que las mujeres tengan acceso a personal obstétrico calificado durante los períodos de embarazo, parto y postnatal, sugiere que las asociaciones profesionales pueden formar alianzas con los grupos de mujeres y otros profesionales de salud para hacer un llamado nacional a la acción y conseguir así que se dote de atención con personal capacitado y mejores servicios de salud. (De Bernis et al., 2003).

2.9. La importancia de los fuertes enlaces y de las referencias

Bárbara Kwast indica que “todo mundo está tratando de salvar la vida de las mujeres” (Kwast, 1995). En muchos casos el problema principal es simplemente la falta de fuertes relaciones laborales entre los diferentes niveles de atención de salud, y el trato adecuado hacia las mujeres y a las PT cuando entran al sistema de salud formal. De Bernis, también apunta lo esencial que es un sistema de referencia que sea funcional en los caso de complicaciones, cuando hay acceso a unidades médicas de alto nivel (De Bernis et al., 2003). Sin embargo en muchos casos en la región de LAC, hay barreras culturales en contra de la referencia, tales como la creencia de que los recién nacidos no deben salir de la casa para ir a las unidades de salud. Existen algunas soluciones innovadoras para resolver estas barreras, algunas incluyen: reunir dinero de la comunidad para

poder costear el transporte, patrocinar hogares de espera para las mujeres que están llegando a término, realizar planes de transporte con base en la comunidad. Estas soluciones para mejorar el acceso de las mujeres que viven en las remotas área rurales han sido implementadas alrededor del mundo en una variedad de sitios. Los hogares de espera de Maternidad están situados cerca de un hospital con unidad de atención obstétrica esencial y permiten que las mujeres con embarazos de alto riesgo permanezcan cerca del hospital durante las últimas semanas del embarazo (OMS, 1996). Muchos hogares de espera también brindan educación y consejería sobre preparación para el parto y cuidados del recién nacido. Las técnicas de movilización comunitaria pueden ayudar en el desarrollo de planes basados en la comunidad para obtener transporte (Ver en el Cuadro 8 un ejemplo de este tipo de solución). En estos planes para transporte se reúnen fondos de la comunidad y los conductores de los vehículos son voluntarios (algunas veces grupos organizados de hombres de la comunidad, otras veces sindicatos de conductores de camiones) que se organizan para estar de turno cuando hay que dar transporte de emergencia hacia las unidades de referencia a mujeres con complicaciones o mamás con bebés enfermos. En algunos casos, el transporte es un servicio gratuito para mujeres que necesitan transporte por una emergencia obstétrica., en otros se puede utilizar los mecanismos de la comunidad para préstamos con pagos de largo plazo (Essien et al., 1997).

“PLAN DE APOYO A LA VIDA” EN GUATEMALA

En Guatemala, el Ministerio de Salud y el Proyecto de Salud Materna y Neonatal (JHPIEGO) están haciendo intervenciones en los cuatro momentos durante los cuales el retraso en o la falta de atención puede tener como resultado que la madre o su recién nacido/a muera: 1) Identificación del problema (señales de

peligro), 2) Toma de decisión para la búsqueda de atención, 3) Acceso oportuno a la atención, y 4) Atención de calidad. La estrategia es implementada en varios niveles: en el hogar, en la comunidad, en la municipalidad, en el departamento y en la región. A nivel del hogar se desarrolla un “Plan de Apoyo a la Vida” que incluye un plan para el parto y un plan de

emergencia.. A nivel de la comunidad se desarrolla un plan comunitario de emergencia que incluye la creación de un comité local para una maternidad segura, una cuenta de ahorros para las emergencias y planes de transporte a las unidades de salud para la atención de las referencias. Para dar apoyo a este proceso se reunió un foro de

diferentes autoridades públicas (5 municipales, 5 departamentales y 2 regionales) con la participación de las ONG, autoridades gubernamentales, municipalidades, el sector privado, los grupos de madres, las asociaciones de parteras y los alcaldes de las comunidades indígenas.

El mejor estándar posible de salud neonatal y materna requiere de una cadena de atención continua a través de todo el embarazo, parto y período postnatal y se necesita una integración y coordinación entre el hogar, la comunidad y las unidades de salud en las que las mujeres pueden recibir atención perinatal. El punto crítico para fortalecer la cadena de cuidados continuos

recomendados por la OMS es concentrar los esfuerzos en individuos, familias y comunidades (Portela y Santarelli, 2003).

Varios de los estudios de casos presentados en este informe, así como en un buen número de informes de la literatura informal sobre intervenciones de atención neonatal, sugieren que la relación entre el personal

ENLACES INNOVADORES: FARMACIAS EN EL ALTO, BOLIVIA

En El Alto, Bolivia, CARE Bolivia está realizando una intervención para movilizar los grupos de hombre y mujeres para vigilar los signos de peligro durante los períodos del embarazo, parto y postnatal. El proyecto promueve la búsqueda de atención en las unidades de salud en el caso de partos anormales,

problemas neonatales o del puerperio, pero al mismo tiempo se recomienda el autocuidado para los embarazos y partos normales y para los recién nacidos saludables. El hecho de que los costos de atención médica, incluso el autocuidado, pueden consumir recursos esenciales del hogar, hizo al proyecto se asociarse con una “red de

farmacias familiares” de la comunidad para que les den mejores precios en las medicinas y otros suministros tales como jabón, cuchillas, y guantes que las mujeres embarazadas, madres recientes o sus proveedores pueden necesitar durante un parto normal, atención de un recién nacido normal o enfermedades simples. Las farmacias no son socios

tradicionales en intervenciones de salud materna y del recién nacido, pero innovaciones como esta pueden apoyar comportamientos apropiados para la búsqueda de atención disminuyendo el total de los costos de la atención. En la Sección 3.4 Cuadro 10 se ofrece una descripción más detallada de este estudio caso.

tradicional y el personal de salud con capacitación biomédica es a veces tirante. Esta falta de armonía puede deberse a que existen diferencias de idioma entre la comunidad y el puesto de salud de o entre el puesto de salud y el personal del hospital de la ciudad, o a que el personal con entrenamiento biomédico institucional percibe a las PT como inferiores o a la falta de confianza y respeto. Es obvio que es necesario mejorar la calidad de las relaciones entre el personal de salud biomédico y el personal tradicional para lograr fortalecer la efectividad de la referencia y los enlaces dentro de la comunidad. El personal calificado debe darse cuenta que los otros proveedores de salud juegan roles sociales y culturales muy importantes y con frecuencia controlan o ayudan a que las mujeres tengan acceso al personal capacitado y a que se lleve a cabo la referencia. Debe tratárseles con respeto, como

verdaderos miembros del equipo que son y colaborar con ellos de cerca y dejarlos trabajar bajo la supervisión del proveedor calificado (De Bernis et al., 2003). De Bernis añade que donde los hay, los curanderos tradicionales y las PT tienen el conocimiento local que los proveedores calificados deben aprender para brindar una mejor atención a las mujeres.

Otros enfoques creativos para desarrollar enlaces comunitarios más fuertes también pueden beneficiar las intervenciones de atención para la salud neonatal. Estos enlaces no se limitan a interacciones entre PT, ACS, grupos de mujeres/comités de comunidades y personal del sistema formal de salud. En muchos casos existe otro personal o recursos dentro y fuera del sector tradicional y formal, estos incluyen curanderos y farmacias (Ver Cuadro 9).



Estudios de casos

En esta sección se revisan 5 diferentes proyectos de cuidados neonatales basados en la comunidad de Nicaragua, Guatemala, Perú, Bolivia, y Honduras. Una descripción más detallada de los estudios de casos la encontrarán en la Tabla 6. Cada caso tiene un breve resumen del contexto en que ocurre la intervención (urbano/rural, acceso a la atención y el estatus básico de la salud neonatal y/o materna) una descripción de los objetivos del proyecto, un resumen de las intervenciones del proyecto para mejorar la salud neonatal y materna, una tipología de los diferentes miembros de la comunidad involucrados en la intervención y próximos pasos/lecciones aprendidas hasta la fecha en cada proyecto.

Los elementos del modelo Saving Newborn Lives para atención neonatal (delineados en la Sección 2.1) están claros en algunos de los estudios de caso, aquellos que tienen intervenciones específicas que se enfocan en períodos claves (embarazo, parto, y posparto) que impactan la salud neonatal. Los elementos del enfoque integral de Bárbara Kwast (descritos en la Sección 2.2), en los que se aplican los principios de la pirámide de la atención materna al desarrollo de las capacidades de la comunidad en salud neonatal también pueden verse en algunos de los casos. Muchos de los proyectos tienen en la intervención componentes para mejorar los enlaces necesarios entre el sistema formal de salud y la

comunidad, al mismo tiempo que mantienen el énfasis en el auto-cuidado.

Es importante notar que la mayoría de los proyectos presentados en estos estudios de casos todavía están funcionando o han finalizado recientemente. En la mayoría de los casos las evaluaciones de medio término y/o finales todavía no finalizan o no se han realizado, el análisis de la información no se ha completado o los resultados no se han diseminado. Cada proyecto tiene pendiente la información sobre el proceso y los resultados la cual se espera recibir cuando termine el tiempo del proyecto.

TABLA 6. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS DE CASOS

País	Organización/ contacto	Nombre del proyecto	Área geográfica	Descripción del proyecto	Grupos involucrados en la implementación	Intervenciones técnicas del proyecto
Nicaragua	CARE Nicaragua Ivette Arauz Gerente de Proyecto) iarauz@care. org.ni	Supervivencia Infantil	Urbana (25%) y rural (75%) áreas del Departamento Matagalpa, en la región montañosa de Nicaragua	El proyecto espera reducir la mortalidad materna y neonatal mejorando del acceso a y calidad de establecimientos de COE y CERN. Incluye intervenciones basadas en la comunidad para capacitar mujeres y PT para reconocer, prevenir y hacer referencia por complicaciones	1) Brigadistas de salud 2) Parteras empíricas (PT) 3) Consejeras de Lactancia materna 4) Monitoras/es de atención de salud integral/ promotoras/es 5) Miembros de brigadas de transporte emergencia obstétrica)	1) Proveer capacitación para los proveedores del sector formal y PT en atención obstétrica segura 2) Monitoreo de embarazadas haciendo visitas domiciliarias durante los períodos del prenatal, parto, y posparto, por PT, Consejeras de Lactancia Materna, promotores de salud, PT, y registrando los nacimientos. 3) Motivar que se dé la presencia de personal capacitado en los partos 4) Proveer transporte de emergencia a los hospitales vía las brigadas de transporte de emergencia obstétrica
Guatemala	Save the Children Guatemala Elizabeth de Bocaletti (Asesora de Salud para ALC) ebocaletti@ savechildren. org	Salud Neonatal Maya	3 pueblos de bajos ingresos urbanos y peri-urbanos (Cotzal, Nebaj, y Chajul) en las remotas áreas del Triángulo de Ixil Tierras Altas del Departamento del Quiché	Proyecto Piloto basado en investigación para mejorar para la preparación y búsqueda de ayuda en el hogar, las capacidades de los proveedores de salud en el manejo de complicaciones y cuidados esenciales del recién nacido, y abogacía para la atención neonatal a nivel local y nacional	1) Promotoras 2) Líderes de grupos de mujeres 3) Vigilantes (Voluntarios para la vigilancia del em barazo)	1) Desarrollar la educación entre pares de mujer-a-mujer para que las mujeres puedan identificar signos de peligro durante el período perinatal y tenga una conducta positiva hacia la búsqueda de atención 2) Mejorar por medio de la capacitación las relaciones entre promotores, PT y el sector de salud formal en atención del recién nacido 3) Desarrollar el sistema de vigilancia local para el monitoreo de mujeres embarazada, recolección de información y conectar a las mujeres con las unidades de salud 4) Abogacía para los programas de atención neonatal programas a nivel comunitario y nacional.

TABLA 6. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS DE CASOS (CONTINÚA)

País	Organización/ contacto	Nombre del proyecto	Área geográfica	Descripción del proyecto	Grupos involucrados en la implementación	Intervenciones técnicas del proyecto
Perú	CARE Perú Irma Ramos (Gerente de Proyecto) ramos@ care.org.pe	BABIES	Juliaca (Altiplano)	En Sociedad con el MSP brindar mejorar la capacidad de capacitación y referencia que proveen la PT capacitada y sin capacitación Fortalecer la calidad de atención en las unidades de salud por medio de la capacitación en COE y CERN.	1) Promotoras 2) Parteros/as (PT) 3) Enfermeras- matronas 4) Médicos 5) Enfermeras	1) Capacitación del sistema de salud del MS en atención de salud del recién nacido. 2) Capacitación de grupos de PT voluntarias capacitadas o no capacitadas para mejorar la calidad del servicio, identificar signos de peligros, referencia de emergencias y atención postnatal. 3) Monitoreo de resultado de los partos y recolección de datos por medio de actualización semanal con las PT.

TABLA 6. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS DE CASOS (CONTINÚA)

País	Organización/contacto	Nombre del proyecto	Área geográfica	Descripción del proyecto	Grupos involucrados en la implementación	Intervenciones técnicas del proyecto
Bolivia	<p>PROCOSI, red de más de 30 ONG. Los perfiles de los Proyectos este informe son todos de <i>Save the Children</i> Bolivia, PCI Bolivia, y CARE Bolivia</p> <p>Estos programas son parte de la Iniciativa SNL Oscar González PROCOSI/SNL Director de Proyecto ogonzalez@procosi.org.bo</p>	Programa Neonatal: <i>Saving Newborn Lives</i>	Varios de los proyectos son liderados por diferentes ONG miembros de la red de PROCOSI. Los proyectos de extienden en 4 departamentos (Cochabamba, La Paz, Oruro, y Potosí) y ocho redes de salud. Predominantemente rural, pero dos periurbanas en El Alto y Ciudad de Potosí.	Una variedad de de proyectos con intervenciones para fomentar la preparación para el prenatal y el parto; parto seguro con la atención de personal capacitados; y atención postnatal, incluyendo lactancia materna inmediata y exclusiva, secar y calentar, y visita postnatal para vigilar la salud de las madres y recién nacidos.	Varía de proyecto a proyecto pero puede incluir: <ol style="list-style-type: none"> 1) Promotoras 2) Técnicos (especialistas técnicos) 3) Parteras (PT) 4) Grupos de Mujeres 5) Grupos de Hombres 6) Personal de salud 7) Manzaneras (Voluntarias para la vigilancia del embarazo) 8) Curanderos tradicionales 9) Red de Farmacias Amigas 	<p>Las actividades específicas varían de proyecto pero todas incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Capacitación de promotores de salud, y/o proveedores del sistema formal de salud en atención materna y del recién nacido. 2) Capacitación de madres, miembros de la familia y/o PT en preparación para el parto, técnicas de parto seguro y cuidados inmediatos del recién nacido, incluyendo lactancia materna inmediata y exclusiva y secar y calentar. Capacitación de PT/ACS en visitas postnatales. 3) Enseñar a los miembros de la comunidad a reconocer signos de peligro y como actuar al respecto. 4) Motivar el aprendizaje colectivo y la decisión participativa de los grupos comunitarios respecto a la atención neonatal. 5) Reforzando enlaces con el sistema de salud formal (en algunos casos, mejorando las relaciones de las mujeres con los proveedores, en otros, oportunidad de la referencia desde el nivel comunitario).

TABLA 6. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS DE CASOS (CONTINÚA)

País	Organización/ contacto	Nombre del proyecto	Área geográfica	Descripción del proyecto	Grupos involucrados en la implementación	Intervenciones técnicas del proyecto
Honduras	Catholic Relief Services Honduras Alfonso Rosales (Asesor Técnico de salud de alto nivel) arosales@ crs.org	Intibucá Programa de Supervivencia Infantil basado en la Comunidad m	95 comunidades en el Departamento de Intibucá cobertura de 6 municipali- dades. Exclusiva- mente rural.	Maternidad Segura/atención del recién nacido y Método Lactancia Amenorrea (MELA) son componentes de una intervención integral para reducir al mortalidad infantil (otros componentes incluyeron prevención y manejo de la diarrea y neumonía). El componente de Maternidad Segura/ cuidados del recién nacido motivaban la identificación de signos de peligro, intervenciones técnicas por la PT, mejoramiento de la búsqueda de referencias por las familias y la PT y mejoramiento del acceso a la atención utilizando transporte de emergencia. MELA motivaba la lactancia inmediata y exclusiva.	1) Educadores de Salud 2) PT y asistentes de PT 3) Voluntario Comunitarios 4) Proveedores de salud del sistema formal 5) Comités de emergencia	1) Capacitar las mujeres y sus familias para identificar los factores de riesgo y signos de peligro durante el embarazo y parto. 2) Capacitación y supervisión de PT en identificación de signos de peligro y habilidades emergencia obstétrica 3) Estableciendo comités de emergencia con las comunidades para coordinar el transporte hacia las unidades de primer nivel de referencia para las complicaciones. 4) Promoviendo el uso apropiado de el método de Lactancia Amenorrea entre las mujeres de la comunidad para que se de lactancia inmediata y exclusiva para lograr una mejor nutrición, prevenir enfermedades y mejorar el espaciamiento de los embarazos. 5) Monitores de los resultados del parto por medio de la detección de mujeres embarazadas, identificación de problemas relativos al embarazo y las consecuencias para la madre y el bebé.

3.1 ESTUDIO CASO: SUPERVIVENCIA INFANTIL EN EL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA, NICARAGUA

Antecedentes

En el año 2003, CARE Nicaragua comenzó el Proyecto de *Supervivencia Infantil* en el Departamento de Matagalpa (en el Municipio de Matagalpa, La Dalia, Wastala) asociándose con el Ministerio de Salud de Nicaragua (MS). La ciudad de Matagalpa, tiene una población de 70,000 habitantes y el 25% de la población del Departamento es una de las principales áreas urbanas del país, pero las áreas que rodean la ciudad son predominantemente rurales. El departamento de Matagalpa es una región alta y húmeda en las montañas de Nicaragua, y sus comunidades están muy dispersas. A muchos de los hogares de esta área no pueden llegar los proveedores capacitados. CARE escogió esta área basándose en las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, así como también por su accidentada geografía.

El proyecto

Supervivencia Infantil es una adaptación de diferentes y exitosas intervenciones de salud neonatal y materna que utilizaron enfoques similares basados en la comunidad de Guatemala, Honduras, y Perú. El proyecto, de cuatro años de duración, espera reducir la mortalidad materna e infantil utilizando una amplia gama de intervenciones para establecer una cadena de atención continua de las madre y sus recién nacidos. El proyecto intenta mejorar, tanto el acceso a/y la calidad de los servicios maternos y neonatales, una necesidad identificada conjuntamente por CARE y el Ministerio de Salud (MS). El enfoque comunitario del programas también apunta a mejorar la habilidad de las mujeres, sus parientes y las PT para la prevención, identificación y referencia de los problemas del parto, enfermedades del recién nacido y problemas puerperales de la madre para que estos sean atendidos fuera del hogar. También desarrollan otras intervenciones complementarias para mejorar la atención prenatal, alimentación infantil, preparación para el parto y monitoreo perinatal y prenatal. Otra intervención del programa es la institucional, dirigida al mejoramiento de la atención neonatal que brinda el personal del Hospital de Referencia en la ciudad de Matagalpa, al que son referidas las madres que presentan complicaciones de emergencia y los recién nacidos enfermos.



Personal implementando la intervención

Una buena cantidad de agentes comunitarios de salud están involucrados en la planificación e implementación de este proyecto, la mayor parte voluntarios. Las comunidades se involucraron en la identificación de necesidades relacionadas con la salud del recién nacido y también participaron en la planificación de las intervenciones adoptadas por el proyecto.

Parteras empíricas (PE) son voluntarias que atienden partos, con un entrenamiento tradicional pero que han recibido capacitación adicional en atención prenatal y parto por parte del MS. Cada comunidad tiene una o dos consejeras de lactancia materna, las que son seleccionadas por la comunidad para promover lactancia materna inmediata y lactancia exclusiva hasta por lo menos seis meses de edad, seguida de alimentación complementaria adecuada. Además CARE y el MS identificaron para este proyecto monitoras/es de atención integral de salud, quienes educan a la comunidad sobre aspectos generales de salud. Un componente clave del sistema de referencia organizado por este Proyecto son las brigadas de transporte emergencia obstétrica, hombres voluntarios

TABLA 7. ROLES DE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD Y LOS PROVEEDORES DE SALUD DEL PROYECTO “SUPERVIVENCIA INFANTIL”

Nombre en Español	Nombre en Inglés	Rol en la implementación
Brigadistas de salud	Health brigadiers	Voluntarios que hacen la visita domiciliaria durante los períodos prenatales y posparto y que toman parte en las reuniones mensuales con la comunidad.
Parteras empíricas	TBAs	Parteras Voluntarias con alguna capacitación tradicional pero suplementada con capacitación del MS en atención prenatal y parto. En este Proyecto, las PT están capacitadas en atención prenatal, atención de parto, identificación de signos de peligro y referencias, cuidados del recién nacido.
Consejeras de Lactancia materna	Breastfeeding counselors	Voluntarios de las comunidades que promueven la lactancia inmediata y exclusiva vía visitas domiciliaria a las mujeres embarazadas y durante el parto.
Monitoras de atención de salud integral	Primary health care monitors/promoters	Educadores de aspectos generales de salud basados en la comunidad, los temas incluyen también vacunación y atención básica prenatal.
Miembros de brigadas de transporte de emergencia obstétrica	Members of emergency obstétrica transport brigades	Conductores voluntarios hombres que llevan a las mujeres al centro de salud más cercano o al hospital en casos de emergencia obstétrica o un recién nacido.
Personal de salud	Formal health care workers	Médicos, enfermeras, personal APS, y personal técnico que ha recibido capacitación en atención neonatal.

que coordinan el transporte de la mujeres a los hospitales en caso de emergencias obstétricas. Por último está el *personal de salud* (profesionales de salud), médicos, enfermeras, personal APS, y el personal técnico, que ha recibido capacitación en atención neonatal.

Los brigadistas y consejeras de lactancia materna se reúnen mensualmente. Ambos grupos hacen visitas domiciliarias a las mujeres embarazadas y madres recientes durante el período postnatal. Las Parteras empíricas (PT) también hacen visitas domiciliarias durante el período perinatal. Las mujeres embarazada se reúnen periódicamente para discutir la preparación para el parto y los cuidados del recién nacido; las comunidades también conforman grupos de apoyo de lactancia materna para animar a las mujeres a tomar la decisión de dar lactancia materna a sus hijos.

Intervenciones para mejorar la salud materna y del recién nacido

Las intervenciones con mujeres embarazadas y otros miembros de la comunidad buscan (1) mejorar los comportamientos hacia la búsqueda de atención durante los períodos prenatal y posparto, (2) aumentar el

uso de métodos de planificación familiar para espaciar los embarazos y prevenir embarazos no deseados, (3) promover la lactancia exclusiva durante por lo menos seis meses, e iniciarla durante la primera hora después del parto, (4) diseminar información sobre la importancia de la atención durante el período del post parto, incluyendo la prevención e identificación de infecciones y la búsqueda de atención para los problemas. Las intervenciones también hacían énfasis en la importancia de la atención infantil y trataban de aliviar la carga de trabajo de las madres animando a los miembros de la familia a ayudarlas con las tareas de la casa, creando un ambiente que permitía a las madres darle más atención a su recién nacidos.

Las intervenciones dirigidas al personal formal de salud fueron diseñadas con el propósito de (1) ayudar al personal de partos a hacer un mejor uso de las guías emergencia obstétrica (2) asegurarse de que las mujeres embarazada pudieran obtener transporte oportuno al Hospital de Referencia en caso de emergencias utilizando las brigadas de transporte obstétrico y (3) capacitar personal de parto y voluntarios con habilidades obstétricas para seguir los pasos necesarios para partos seguros.

Los componentes del Proyecto de Supervivencia Infantil se enfocaban en períodos claves en los que puede reducirse la mortalidad infantil. El período prenatal es un primer objetivo del proyecto. Al principio del proyecto, todas las mujeres embarazadas del proyecto en el área meta del Departamento de Matagalpa se identificaron a través de un censo realizado por los grupos comunitarios y servicios de salud. Después de identificarlas las mujeres embarazadas recibían visitas de las parteras empíricas (PT capacitadas por el MS), consejeras de lactancia materna que promueven la lactancia materna y las monitoras/es de atención integral de salud (por lo general ACS capacitados para dar consejos de salud general). Estas visitas permiten que se haga el manejo de infecciones, tales como STD e ITU, durante el embarazo, sirven también para intervenciones de nutrición prenatal y para el desarrollo de planes de preparación para el parto incluyendo cuidados y alimentación del recién nacido.

Muchos componentes de la intervención se enfocan en el período del parto. De acuerdo con las guías del MS, se hace énfasis en el parto atendido por personal capacitado, de preferencia en un puesto de salud o en un hospital. Las parteras empíricas (PT) y el personal de salud (personal de salud capacitado desde el nivel de puesto de salud hasta el nivel de Hospital de Referencia) están siendo entrenados en atención obstétrica segura, monitoreo del parto para identificar

complicaciones y referencia tanto al primer nivel como al segundo nivel. Un aspecto único del Proyecto de Supervivencia Infantil son las brigadas de transporte obstétrico, camionetas manejadas por voluntarios hombres de la comunidad que dan transporte de emergencia hacia los hospitales a las mujeres con problemas durante el embarazo o que tienen complicaciones durante el parto. El hecho de que en Matagalpa la atención a los recién nacidos es con frecuencia responsabilidad de la madre. El proyecto también hace énfasis en la atención inmediata del recién nacido durante el parto para reducir el riesgo de hipotermia, asfixia de parto, infección y otros problemas del neonato. También se hace especial énfasis en la iniciación inmediata de la lactancia materna dentro de la primera hora después del parto.

Durante el período del post parto, la visita domiciliaria brinda la oportunidad de dar suplementos de Vitamina A, vacuna de BCG y detección temprana de infecciones o problemas de la madre y el recién nacido. En la visita postnatal también los brigadistas pueden aprovechar para discutir métodos de planificación familiar, a las parteras (PT) brindar atención puerperal a la madre y monitorear la salud del bebé durante las primeras 72 horas o los primeros 10 días después del parto. El programa también anima a que se complete el registro civil en los primeros días de vida, un sistema que permite un mayor nivel en el registro de las muertes de recién nacidos.

TABLA 8. PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN

Período	Actividades
Embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las mujeres embarazadas a través de censo comunitario. • Asegurarse que las embarazadas reciben visita domiciliaria de las parteras empíricas (PT), consejeras de lactancia materna, y monitoras/es de atención integral de salud para tratar infecciones, monitorear complicaciones, promover lactancia materna y desarrollar planes de preparación para el parto.
Parto	<ul style="list-style-type: none"> • Animarlas a tener un parto institucional con personal capacitado presente. • Capacitar a las parteras empíricas (PTB) y personal de salud (personal biomédico del sistema del MS) con atención obstétrica segura, monitoreo del parto y procedimientos para referencia adecuada. • Capacitar a las parteras empíricas (PT) y personal de salud (personal biomédico) en atención inmediata del recién nacido. • Brindar transporte de emergencia para mujeres con complicaciones de parto o recién nacido enfermo utilizando las brigadas de transporte obstétrico.
Postpartum	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la visita de las parteras empíricas (PT) como una oportunidad para suplementar con Vitamina A, vacunar BCG, y observar para ver si hay signos de morbilidad en el recién nacido. • Utilizar la visita de las parteras empíricas (PT) como una oportunidad para suplementar para educar a las madres sobre las alternativas que hay de planificación familiar y atención puerperal. • Registrar los nacimientos en sistema de registro civil.

Lecciones aprendidas y pasos siguientes

Se han planificado otras actividades de la intervención para el futuro de este Proyecto, que incluyen el manejo y tratamiento de las infecciones del recién nacido, promoción de la búsqueda de atención fuera del hogar, prevención de la hipotermia y capacitación de ACS y PT. Un elemento innovador en este Proyecto de Supervivencia Infantil es que brinda educación para las madres durante las visitas postnatales sobre los derechos de los niños/as como seres humanos, de manera que ellas y otros miembros de la comunidad puedan entender y analizar.

El Proyecto de Supervivencia Infantil es un ejemplo de un proyecto que cierra la brecha que por lo general existe entre la maternidad segura y los programas de supervivencia infantil incluyendo componentes claros para mejorar la salud del recién nacido. El programa tiene indicadores relacionados con la mortalidad del recién nacido, tales como proporción de madres que recibieron toxoide tetánico durante el embarazo, porcentaje de partos hospitalarios y porcentaje de recién nacidos que recibieron lactancia inmediata dentro de la primera hora después del parto y lactancia exclusiva. Sin embargo, el Proyecto de Supervivencia Infantil también apoya otras actividades que son parte de la cadena de atenciones para mantener la salud materna y proteger la salud del recién nacido y durante la infancia. El programa provee capacitación a mujeres o ACS en el uso de métodos de planificación familiar y la importancia del comportamiento sobre de búsqueda de atención durante el período prenatal.

También monitorea al bebé durante la infancia documentando tasas de desnutrición, lactancia materna/alimentación complementaria de los bebés entre 6–9 meses de edad, tasas de vacunación de niños/as entre 12–23 meses de edad, implementación adecuada del manejo de la deshidratación durante las enfermedades y el uso de mosquiteros impregnados.

En el caso del Proyecto de Supervivencia Infantil, la movilización comunitaria ha mejorado el acceso a los servicios de mayor nivel, tanto para los partos normales llevando atención de calidad prenatal y postnatal al hogar como para los partos complicados, organizando un sistema de referencia efectiva hacia personal capacitado y transporte de emergencia. El efecto neto del programa es una mayor cobertura de atención obstétrica y neonatal en el Departamento de Matagalpa. Todas las mujeres madres que participan en el programa se benefician de una mayor atención de salud y el personal voluntario puede decir que ha adquirido un mayor nivel de conocimientos. El reto que aún queda para esta intervención es implementarla en un contexto donde hay otras organizaciones trabajando en problemas similares de salud materna y neonatal que aun emplean un sistema vertical en vez de un enfoque comunitario participativo.

Contacto:

Ivette Arauz

Proyecto Manager, CARE Nicaragua

iarauz@care.org.ni

3.2. ESTUDIO CASO: MAYA SALUD NEONATAL EN GUATEMALA

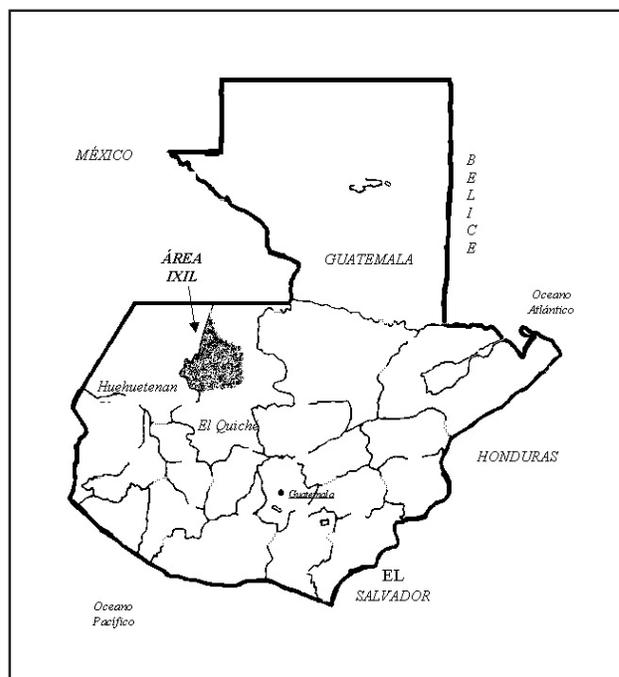
Antecedentes

El Proyecto Maya Salud Neonatal se concentra en el área del Triángulo Ixil en las remotas tierras altas de Guatemala, un área bordeada al sur y al oeste por montañas y al norte por colinas sobre el bosque húmedo del Petén. Comenzó en abril del 2003, el proyecto es parte de las Iniciativa *Saving Newborn Lives* de *Save the Children* Guatemala. Informa que llega a 3,000 mujeres Mayas en edad reproductiva que viven en área urbana y peri-urbanas de San Juan Cotzal, Santa María Nebaj, y San Gaspar Chajul en el Departamento del Quiché. El área del Proyecto tiene una población de 18,000 personas. La tasa de mortalidad neonatal en el Ixil alcanza 33/1,000 nacidos vivos, que representa más de la mitad de la mortalidad infantil que es de 57/1,000 para la región. Los problemas dentro del sistema de salud ocasionan la creación de barreras en la utilización. La falta de confianza en los servicios de salud, el temor y las barreras idiomáticas han sido descritas como limitantes del uso de los servicios. Además el personal de salud no está conciente de las dificultades de transporte, el tiempo que emplea la familia en tomar la decisión de ir a un servicio y el rol que juegan los trabajadores de salud comunitarios, incluyendo a las comadronas.

El proyecto

Este programa con base en la comunidad se funda en una investigación cualitativa y en experiencias anteriores de *Save the Children*, *MotherCare* y la Liga de Leche quienes aunque habían trabajado con grupos de mujeres del área no habían aplicado el enfoque de atención perinatal y neonatal.

Utilizando las conclusiones preliminares tomadas de los resultados de un estudio de línea base, *Save the Children* encontró que la información que los proveedores de salud dan a las mujeres en el período prenatal y las visitas post parto no es completa. Muchas mujeres no tienen buen conocimiento sobre la identificación de los signos de peligro en sus recién nacidos durante las primeras horas y días después del parto, tales como hipotermia, convulsiones u otras reacciones anormales. Estas mujeres no tienen la suficiente información para buscar atención cuando es necesario y durante el parto las personas que toman las



decisiones (PT y los maridos) generalmente retrasan el tomar acción cuando se dan emergencias obstétricas. Además, la línea base encontró una baja cobertura en las visitas prenatales con proveedores capacitados y que un gran número de partos en esta región—más de 66%—no son atendidos por un proveedor capacitado. Otro descubrimiento importante es que las creencias culturales de la región no permiten a la madre dar calostro (primera leche) al recién nacido, esto puede retrasar la iniciación de la lactancia. Las mujeres Mayas también practican el baño ritual de sus recién nacidos, sobre el piso y con agua extremadamente fría, una práctica que, por el frío, hace al recién nacido vulnerable a la hipotermia.

Un primer objetivo del proyecto es aumentar los conocimientos de las madres y la identificación de los signos de peligro durante los períodos del embarazo, parto y postparto. El proyecto también espera mejorar los resultados del parto mejorando la atención inmediata del recién nacido y aumentando y mejorando la referencia a los servicios de atención materna y neonatal cuando hay emergencias. Las intervenciones para apoyar el logro de los objetivos arriba señalados comprenden (1) motivar el cambio de comportamiento por medio de la capacitación de

mujeres que den consejería y educación a otras mujeres, tanto de par-a-par como en grupos de mujeres (modelo de mujer-a-mujer), (2) capacitar el 80% de los agentes comunitarios de salud identificados en el área del proyecto en cuidados esenciales del recién nacido (CERN), (3) desarrollar un sistema de vigilancia con base en la comunidad para detectar embarazos nuevos y referir a estas mujeres a los servicios de atención perinatal adecuados, (4) realizar investigación cuantitativa para determinar los cambios en conocimientos y prácticas neonatales, así como también, investigación formativa y cualitativa para desarrollar materiales adecuados para CC, y (5) concientizar sobre la necesidad de hacer abogacía a nivel local y nacional respecto a las necesidades de salud neonatal, utilizando la información y resultados del proyecto como instrumento.

Un rasgo único de este programa es que promueve las reuniones de las mujeres en edad reproductiva y no solamente de las embarazadas. La educación de mujer-a-mujer en estas reuniones permite que las mujeres aprendan sobre muchos aspectos de salud, como cuidados prenatales, preparación para el parto y cuidados del recién nacido aún antes de que se embaracen.

Las personas que están implementando la intervención

Aún cuando este programa fue diseñado por *Save the Children*, la implementación, manejo y evaluación fue liderada por los miembros de la comunidad. Todas las personas involucradas en la implementación del Proyecto Maya Salud Neonatal eran voluntarios, con la excepción de los facilitadores comunitarios. A las mujeres que participaron como líderes de los grupos de mujeres o como vigilantes (voluntarias para la identificación del embarazo y los recién nacidos) se les dieron incentivos con base en un sistema de puntos. Al finalizar el proyecto, las mujeres recibieron premios de acuerdo al número de puntos que había acumulado. Al principio *Save the Children* como resultado de su propio trabajo realizado en la comunidad identificó varios grupos de mujeres de la comunidad, pidió a los facilitadores comunitarios información sobre estos grupos y preguntó a la municipalidad sobre otros grupos que estuvieran activos en el área. Muchas de las mujeres fueron reclutadas de la Iglesia Evangélica, que es muy activa en la comunidad. Con frecuencia las mismas mujeres seleccionadas ayudaban a identificar otras mujeres para que participaran.

TABLA . 9 ROLES DE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD Y LOS PROVEEDORES DE SALUD EN EL PROYECTO MAYA DE SALUD NEONATAL

Nombre en Español	Nombre en Inglés	Rol en la implementación
Facilitadores comunitarios	<i>Community facilitators</i>	Miembros de la comunidad que reciben un salario como empleados de SAVE, trabajan en cooperación con un coordinador de campo/médico. En este programa se seleccionaron tres mujeres y un hombre para facilitadores comunitario y para servir de recolectores de información para los estudios de investigación cualitativa, así como también de capacitadores de las mujeres en cuidados del recién nacido. También para identificar líderes en los grupos de mujeres para invitarlas a participar.
Mujeres líderes de grupos	<i>Women's group leaders</i>	Las mujeres miembros de conocidos grupos comunitarios, escogidas por los facilitadores para recibir capacitación en cuidados del recién nacido y diseminar información y dar charlas a sus grupos y comunidades.
Vigilantes	<i>Pregnancy surveillance volunteers</i>	Seleccionadas entre las mujeres líderes de los grupos, las vigilantes voluntarias del embarazo son primeramente responsables por el sistema de vigilancia de la comunidad, encargadas de identificar mujeres embarazadas en la comunidad. Capacitadas por Save para detectar señales de riesgo, las voluntarias también atienden partos y hacen visitas postnatales con las PT, vigilando las signos de peligro durante el parto y en los recién nacidos.

TABLA 10. INTERVENCIONES DEL PROYECTO MAYA DE SALUD NEONATAL DE GUATEMALA

Intervención	Actividades
Desarrollar un modelo de educación de mujer-a-mujer para consejería y educación a las mujeres para reconocer signos de peligro durante el período neonatal y tomar la acción necesaria	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un estudio cualitativo de CAP para determinar las creencias verdaderas, los conocimientos actitudes y prácticas en salud materna y neonatal. • Diseñar y producir materiales para cambios de conductas para utilizarse en consejería comunitaria. • Identificar grupos organizados de mujeres e identificar individuos en la comunidad que puedan ser facilitadores en las capacitaciones. • Capacitar a las mujeres locales como facilitadoras y consejeras comunitarias que puedan diseminar información, hacer consejería y dar charlas a otras mujeres de sus comunidades sobre los siguientes temas: (1) promoción de la búsqueda de atención, fuera del hogar, para los recién nacidos enfermos, (2) lactancia materna inmediata y exclusiva, (3) prevención de la hipotermia, (4) equipos para parto seguro, (5) preparación y planificación para el parto y (6) cuidados del recién nacido. • Capacitar a las mujeres para lograr una buena transición hacia el buen cuidado infantil a través de la promoción de la vacunación adecuada para la edad, comenzando con la BCG/polio al nacer, y haciendo la transición a una buena rutina de cuidados e inmunizaciones para cuando el bebé llega a los 2 meses de edad.
Mejorar las habilidades de los proveedores de salud en atención inmediata del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un estudio cualitativo de CAP para determinar las creencias verdaderas, los conocimientos actitudes y prácticas en salud materna y neonatal. • Diseñar materiales de capacitación y un currículo para las PT y ACS. • Capacitar ACS y PT y el proveedores de salud en hospitales y Centros de Salud en parto limpio, cuidados inmediatos del recién nacido normal, resucitación simple para la asfisia del parto, baño adecuado del recién nacido para prevenir la hipotermia, iniciación inmediata de la lactancia materna, identificación de signos de peligro en el parto, (Capacitación manejada por JHPiego en hospitales y centros de salud y por <i>Save the Children</i> en la comunidad). • Fortalecer las relaciones entre los servicios de salud y los agentes de salud de la comunidad.
Desarrollar un sistema de vigilancia local para permitir la detección temprana de mujeres embarazadas y enlazar estas mujeres con los servicios de las unidades de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y contactar los líderes locales e identificar y organizar mujeres voluntarias por sector (para actividades de vigilancia). • Diseñar y producir instrumentos sencillos para la recolección de información. • Capacitar voluntarias comunitarias en la recolección de información y el uso de los datos por medio de la sala situacional (análisis situacional local). • Establecer relaciones firmes con los servicios públicos de salud para reforzar la referencia y el seguimiento de la referencia.
Hacer abogacía para los programas de salud neonatal en el nivel comunitario y nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con el Ministerio de Salud para concientizarlos de la importancia de la atención neonatal en los niveles comunitarios y de los servicios de salud. • Hacer foros abiertos para presentar información y lecciones aprendidas en el nivel local y nacional, incluyendo a socios y representantes del Ministerio de Salud. • Realizar otras reuniones a nivel local y nacional para obtener apoyo a través de la sensibilización y coordinación de actividades de de salud del recién nacido. Los resultados conseguirán el apoyo necesario para hacer la salud del recién nacido una prioridad en la agenda nacional.

Intervenciones para mejorar la salud materna y del recién nacido

El programa esta compuesto de cuatro intervenciones principales que son (1) un sistema de educación de mujer-a-mujer para educar a las mujeres a identificar las signos de peligro (2) capacitación para ACS, PT y personal de salud para mejorar los cuidados esenciales del recién nacido, (3) un sistema de vigilancia liderado por la comunidad para identificar y monitorear las mujeres embarazadas de la comunidad hasta el período postnatal, y (4) abogacía a nivel local y nacional para

la atención de la salud del recién nacido. El siguiente cuadro describe las actividades que apoyan cada una de estas intervenciones.

Lecciones aprendidas y próximos pasos

El estudio cualitativo final de este Proyecto demuestra que a medida que las mujeres saben más sobre su salud, están mejor dispuestas a asumir la responsabilidad de su cuidado y mejorar la comunicación con los proveedores de salud (Estrada, 2003). Un aspecto positivo de este modelo es que la mayoría de las

intervenciones se apoyan en la interacción de pares de mujer-a-mujer, permitiendo a las mujeres Mayas que trabajen con otras mujeres Mayas. Esta relación establece una confianza que permite la transferencia de conocimientos, por lo general, los Mayas evitan utilizar los servicios de salud pública porque no confían en los proveedores de salud y porque con frecuencia no entienden español, el idioma principal del sistema de salud. Muchas mujeres/madres embarazadas tienen dificultad para comunicarse con

los proveedores de salud. Es por eso que el apoyarse en voluntarios y el uso de estrategias de par-a-par, componentes del proyecto, parecen ser sostenibles.

Contacto:

Elizabeth de Bocaletti

Asesora Técnica Regional
Save the Children Guatemala
ebocaletti@savechildren.org

3.3. ESTUDIO CASO: CAPACITACIÓN EN SALUD DEL RECIÉN NACIDO EN EL ALTIPLANO PERUANO

Antecedentes

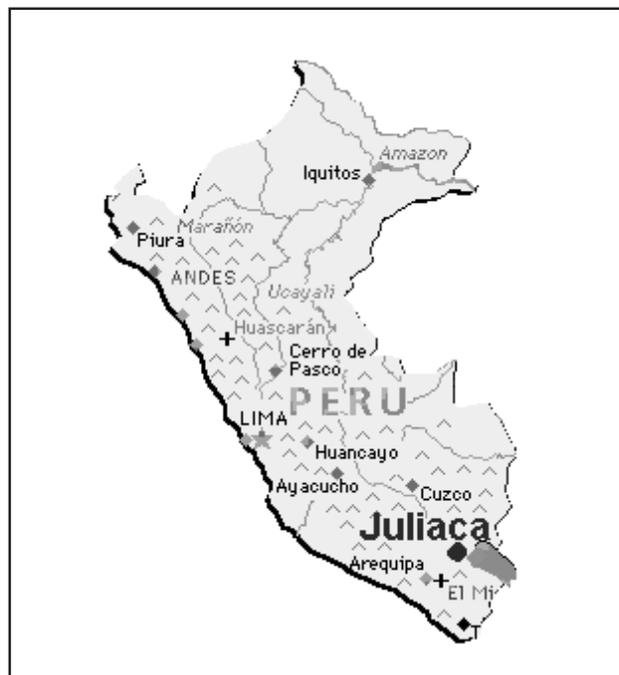
En los extensos y altos altiplanos en el centro de Los Andes, CARE Perú esta trabajando en sociedad con el Ministerio Peruano de Salud y PT voluntarias locales para promover la salud neonatal. El Proyecto BABIES, esta dirigido a las áreas rurales y urbanas del pueblo sureño de Juliaca y sus alrededores, una de las comunidades más pobres del Perú. Juliaca se encuentra sobre la carretera panamericana cerca de las costas del lago Titicaca, a 15,000 pies de altura y es uno de los pueblos que está a mayor altura en el mundo. CARE ha trabajado en Juliaca desde 1998 y empezó la iniciativa BABIES en el año 2001 y la concluyó a finales del 2003.

El proyecto

El objetivo principal del proyecto era reducir la tasa mortalidad neonatal y perinatal en Juliaca mejorando la calidad de atención tanto de recién nacidos enfermos como saludables a nivel comunitario y de las unidades de salud. La meta del programa era mejorar la atención neonatal enseñando prácticas de baño saludable, promoviendo la lactancia materna inmediata y asegurando que se tuviera equipo y superficies limpias durante el parto. El programa se proponía (1) aumentar el número de mujeres que tuvieran partos institucionales atendidos por proveedores de salud capacitados en cualquier unidad de servicio del sistema de MS, (2) mejorar la atención de las mujeres embarazadas ya fuera atendidas por personal de salud capacitado del MS o proveedores semi capacitados de la comunidad, tanto durante el período prenatal como del parto, (3) incrementar la frecuencia de las visitas prenatales al sistema del MS y (4) brindar servicios de atención neonatal a por lo menos el 50% de los recién nacidos.

Intervenciones para mejorar la salud materna y neonatal

BABIES tenía diversas actividades para apoyar el logro de estos objetivos. Primero, en la iniciativa se capacitaba al personal del MS en atención neonatal. Durante el proyecto también se organizaron grupos de parteros/parteras (PT) y se les capacitó para mejorar sus habilidades en brindar atención neonatal de calidad y como hacer la referencia para el cuidado



prenatal, parto y postnatal y efectuar visitas/observación en el prenatal, parto y postnatal. Para complementar esta iniciativa de capacitación, el proyecto desarrolló materiales informativos y de capacitación (afiches, guías, videos, etc.) sobre el cuidado neonatal. La capacitación para parteros/parteras incluía enseñarles a escribir informes semanales para mejorar la vigilancia y el reporte de complicaciones del parto y muertes neonatales y capacitarlos en hacer la identificación y referencia de mujeres y recién nacidos con de signos de peligro a las clínicas de Juliaca. Los parteros/parteras también se capacitaron para que enseñaran a las mujeres a diseñar planes de preparación para el parto y a reconocer y tratar enfermedades infantiles comunes.

CARE ya había aplicado los principios centrales del Proyecto BABIES en otras comunidades de Nicaragua y Perú. La estrategia esta más o menos basada en el Proyecto Warmi de Bolivia, el cual se adaptó a Juliaca, teniendo como fundamento una evaluación de necesidades. Las intervenciones se decidieron en base a los cálculos de las tasas de mortalidad en Juliaca, grupos focales que se llevaron a cabo para poder evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas

TABLA 11. ROLES DE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD Y LOS PROVEEDORES DE SALUD EN PROYECTO BABIES

Nombre en Español	English title	Rol en la implementación
<i>Promotoras/ promotores</i>	Health promoters	Hombres y mujeres del servicio civil que son parte del sistema de salud del MS que promueven salud en general, planificación familiar, cuidados prenatales adecuados a través de visitas y cuidados inmediatos del recién nacido.
<i>Parteros/ parteras</i>	TBAs	Hombres y mujeres voluntarios de las comunidades de Juliaca que brindan diferentes servicios de prenatales y de parto. Niveles de habilidades muy variados en este grupo: algunos parientes de mujeres embarazadas y otros que han recibido capacitación oficial de atención de partos.
<i>Enfermeras-matronas</i>	Nurse-midwives	Mujeres que han sido capacitadas a nivel universitario en habilidades biomédicas de habilidades obstétricas esenciales. En Juliaca, solamente una enfermera-matrona estaba involucrada.
<i>Medicos</i>	Doctors	Parte de sistema del MS y por lo general sólo se encuentran en los hospitales, estos individuos tienen entrenamiento biomédico avanzado en atención obstétrica esencial.
<i>Enfermeras</i>	Nurses	Mujeres que han sido capacitadas como enfermeras a nivel universitario.

respecto al cuidado neonatal, también se hizo observación de los comportamientos de atención neonatal en los hogares y unidades de salud.

Las personas que implementaron la intervención

Los personajes centrales en el diseño de esta intervención fueron promotores/promotoras (promotores de salud), ACS cuyos servicios se integraron con el sistema del MS. El hecho de que el número de promotores/promotoras era reducido, hacía que su rol principal en atención perinatal, y su red social en la comunidad con los/las parteros/parteras (PT) y promotores/promotoras se ajustara muy bien al trabajo de coordinación. En cooperación con una enfermera-matrona prominente de la comunidad los/las promotores/promotoras seleccionaban en representación del sistema del MS a los/las parteros/parteras para sus comunidades. A los/las partero/partera voluntarios seleccionados se les brindó capacitación en atención de salud neonatal. El MS de salud se encargó del manejo de promotoras/promotores y parteros/parteras recibiendo de parte de ellos una retroalimentación muy útil respecto a su capacitación y experiencias con el proyecto. A las mujeres y madres

de la intervención se les animó para que buscaran atención por si mismas para ellas y sus bebés y a que demandarán servicios basándose en el conocimiento adquirido a través de la intervención (por ejemplo lactancia inmediata).

Durante la implementación del programa BABIES surgieron algunas dificultades. En primer lugar los/las parteros/parteras, como eran voluntarios legos atendiendo partos, no fueron bien recibidos por el personal del sistema del MS. Hubo mucha resistencia a su participación de parte personal del MS. La interacción entre parteros/parteras y el personal de MS con frecuencia era muy tirante. Parte de estas dificultades en la comunicación se pueden atribuir a las diferencias de idioma; en general los/las parteros/parteras eran de habla Quéchua, mientras que el personal capacitado del MS hablaba español. Esta diferencia de idiomas también era un problema con las mujeres de las comunidades cuando buscaban atención perinatal en las unidades del MS. Por razones geográficas esta área de los Andes Centrales tiene un sistema de salud, sanitario y de infraestructura de comunicaciones muy poco desarrollado y esto hace que la referencia para las complicaciones perinatales

graves no se dé oportunamente y sea muy difícil. Además hay una bien documentada falta de voluntad política para mejorar la salud neonatal observable en todo sistema de MS y del gobierno del Perú.

Lecciones aprendidas y próximos pasos

El período del proyecto BABIES terminó en el año 2003. Una observación interesante, resultado del proyecto, es que las enfermera y enfermeras-matrnas (enfermeras parteras) ambas piensan que su prioridad más alta es el parto mismo y que su mayor preocupación debe ser la salud inmediata de la madre durante e inmediatamente después del parto. La salud del recién nacido es típicamente una prioridad de segundo o tercer lugar. Esta observación sugiere una mayor necesidad de enfocarnos en el recién nacido y que el personal biomédico del MS necesita aún más capacitación en atención inmediata del recién nacido para reducir todavía más las tasas de mortalidad neonatal de la región.

Juliaca tampoco tiene información estadística de calidad en mortalidad neonatal y perinatal (debido a la gran cantidad de partos domiciliarios y muertes neonatales que no se reportan). La capacitación de los/las parteros/parteras en la elaboración de informes semanales para recoger información sobre problemas maternos y neonatales debería mejorar la capacidad de las comunidades de Juliaca para recolectar y analizar los datos en coordinación con el centro de salud local.

CARE piensa que los/las promotores/promotoras, coordinando con otro personal de salud del MS tendrán la capacidad de desarrollar e implementar instrumentos sencillos para poder utilizar esta información sobre la mortalidad en el diseño de programas para el mejoramiento de la salud neonatal y la atención del parto en esta área.

La educación que los/las parteros/parteras brindaron a las madres durante el proyecto promete tener efectos duraderos. Por causa de su marginalización geográfica y social y la diferencia de idioma, las mujeres Quéchua han tenido experiencias negativas en el pasado con servicios del MS. Este proyecto fue visto por la comunidad como una forma de empoderar y educar a las mujeres para poder demandar mejores servicios de salud y ser capaces de verbalizar mejor sus necesidades y las de sus bebés.

Los voluntarios comunitarios observaron un incremento en el número de niños saludables así como en la importancia que ahora se le da a la salud de los bebés. La gente de Juliaca comprende ahora que las familias y la comunidad comparten la responsabilidad de mantener sanos a los niños.

Contacto:

Irma Ramos
Gerente de Proyecto
CARE Perú
ramos@care.org.pe

3.4. ESTUDIO CASO: PROMOVRIENDO LA SOBREVIVENCIA DEL RECIÉN NACIDO EN BOLIVIA A TRAVÉS DE UNA RED DE ONG

Antecedentes

En Bolivia las intervenciones deben incluir componentes que fomenten la preparación para el embarazo y el parto; un parto seguro atendido por personal capacitado y atención postnatal, que incluya lactancia materna inmediata y exclusiva, el secado y abrigo del bebé y visitas de salud postnatales a las madres y sus recién nacidos.

Las actividades y métodos seleccionados para fomentar estos cambios de comportamiento y lograr los objetivos anteriores varían de proyecto a proyecto. Estas dependen de las necesidades de la comunidad que está involucrada en el proyecto, las diferencias en el personal que va a implementar las intervenciones, si los partos son mayormente en la casa o en una unidad de salud y las preocupaciones del gobierno municipal. Algunos programas se concentran en mejorar la capacitación de las parteras tradicionales en la preparación para el parto y en la atención inmediata del recién nacido, mientras que otros utilizan los grupos comunitarios para educar a las mujeres en la identificación y respuesta a las señales de peligro del recién nacido. En los lugares en donde hay disponibilidad de unidades de salud para atender las complicaciones obstétricas de emergencia o las enfermedades del recién nacido, los programas hacen énfasis en que los partos deben atenderse en las unidades de salud, en que las referencias deben ser oportunas y la capacitación del personal médico debe ser de calidad. En sitios donde no existen estas facilidades, se capacita a las PT y los ACS en la atención inmediata del recién nacido. Algunos proyectos utilizan las reuniones comunitarias como oportunidades para educar a las madres, otros utilizan las visitas domiciliarias, otros las visitas a las clínicas y otros una mezcla de las tres. Algunos incluyen componentes de vigilancia para llevar un registro de mujeres embarazadas y monitorear la efectividad de las referencias y documentar los resultados. En los cuadros de esta sección encontrarán ejemplos de esta diversidad de proyectos. Se perfilan dos diferentes proyectos de SNL ejecutados en Bolivia por miembros de PROCOSI: uno en Cochabamba, liderado por PCI Bolivia, y otro en El Alto, liderado por CARE Bolivia.



El Proyecto

En Bolivia la Iniciativa Saving Newborn Lives (SNL) tiene proyectos en cuatro departamentos con ocho redes de salud, insertos en el Programa de Reducción de la Mortalidad Materna de PROCOSI, al que también se llama *Programa Neonatal*. Distintas ONG miembros de PROCOSI lideran proyectos en diferentes departamentos. Los sitios en que están siendo implementados los proyectos incluyen El Alto en La Paz, CIES/CARE (Red Corea y Los Andes), Red Valle Alto Punata y Valle Bajo Quillacollo, PCO en Cochabamba, Redes Azanakes, Norte, Oruro, Save the Children en la ciudad de Oruro y CEPAC Potosí en la ciudad de Potosí. Los proyectos involucran a más de 20 gobiernos, todos rurales, con la excepción de los barrios marginales de la ciudad de Potosí y El Alto. El total de la población meta del área de intervención de los proyectos es de 944,826, la cual incluye 163,953 mujeres en edad reproductiva.

La Iniciativa SNL se concentra en 5 líneas claves de acción:

PROCOSI EN EL ALTO: CÓMO TRABAJA CARE CON LOS GRUPOS DE MUJERES PARA MEJORAR LOS CUIDADOS ESENCIALES DEL RECIÉN NACIDO

En un barrio marginal periurbano de Bolivia, CARE Bolivia, un miembro de PROCOSI, está trabajando con grupos autóctonos de mujeres indígenas Aymaras para implementar un programa con base en la comunidad con miras a reducir la mortalidad materna y neonatal. El Alto es el barrio marginal más grande de Bolivia, el cual surgió como resultado de convertir tierras agrícolas en asentamientos humanos para absover la inmigración urbano-rural hacia La Paz que se ha dado durante las últimas dos décadas. La mayor parte de la población de El Alto, más de 600,000 habitantes, no tiene agua, saneamiento, ni atención de salud adecuada. El sistema nacional de salud no puede satisfacer las necesidades de esta enorme población y sufre de una enorme rotación de personal, lo que hace que los enfoques basados en la comunidad sean más sostenibles que los programas de capacitación dirigidos al personal médico. La TMN en El Alto es la más alta en Bolivia y

el 43.4% de la mortalidad neonatal sucede durante el primer día de vida. Los cuatro distritos que se escogieron para este programa están entre los más pobres de este creciente barrio marginal, mal atendido por el sistema de salud gubernamental.

Este proyecto de SNL, llamado *Cuidados Esenciales del Recién Nacido en Comunidades con Grupos Organizados de Mujeres*, comenzó en Marzo del 2003 y terminará en Diciembre del 2004. En el programa modelo de atención neonatal con base en la comunidad, del cual es pionero el Proyecto Warmi de Bolivia, se aplica la metodología de monitoreo y evaluación de Babies, desarrollada por la CDC (Centro para el Control de Enfermedades) y CARE Estados Unidos. El programa utiliza metodologías participativas con base en la comunidad que empoderan a la comunidad para que identifique y enfrente los problemas relacionados con la salud neonatal y tiene cuatro objetivos principales: (1) disminuir la TMN en los cuatro distritos y mejorar la calidad de atención, (2) empoderar a los hombres

y mujeres de la comunidad con destrezas y conocimientos para mejorar la atención de las mujeres embarazadas, las madres y los recién nacidos, (3) enlazar las redes comunitarias con los sistemas de salud para reducir la mortalidad neonatal y (4) fortalecer la vigilancia del MS de la mortalidad neonatal utilizando el autodiagnóstico comunitario y el enfoque de BABIES para el monitoreo y evaluación.

Igual que el Proyecto Warmi, este proyecto se basa en la capacidad de la comunidad para realizar el autodiagnóstico, la planificación, la implementación y evaluación participativa orientada hacia los cuatro retrasos y los cuatro períodos claves. El proyecto ayuda a los grupos de mujeres y de hombres a desarrollar sus propias propuestas de intervención y materiales de educación en salud, ayuda a los participantes a identificar las señales de peligro en las madres y sus recién nacidos, a tomar acción en la búsqueda de atención y ayuda a hombres y mujeres a aprender intervenciones que les sirvan para mejorar la salud de sus recién nacidos. Se anima a los

miembros de los grupos a desarrollar sus propias propuestas para el cuidado neonatal y a educar a otros miembros del grupo y de la comunidad y aprenden a negociar con otras organizaciones comunitarias cómo ayudar a mejorar la salud utilizando a los ACS como facilitadores. Los ACS también dan educación prenatal a los grupos de mujeres, fomentan la preparación para el parto y el cuidado adecuado durante el período prenatal. El proyecto también capacita al personal de salud en salud materna y neonatal.

El proyecto está adaptando la metodología de BABIES para que se incorpore en el sistema de información de salud neonatal del MS. La metodología de BABIES permite que los actores de todos los niveles identifiquen las intervenciones claves en salud neonatal: familias, comunidades y servicios de salud. En este proyecto el nivel comunitario es un eje central para mejorar la toma de decisiones en relación a la salud neonatal, para desarrollar planes de seguimiento durante el puerperio y para desarrollar y

mantener mecanismos de evaluación participativa efectiva que servirá de base para el desarrollo de planes futuros. A través del uso de la metodología de BABIES los grupos de hombres y de mujeres están aprendiendo a desarrollar propuestas de intervenciones y actividades de IEC, esto implica que tienen que aplicar el Ciclo de Acción Comunitaria del Proyecto Warmi a los problemas que identifiquen relacionados con la salud neonatal. A su vez, los miembros de estos grupos se educan unos a otros y capacitan a otros grupos de la comunidad con los materiales educativos que desarrollan.

El programa aprovecha la existencia de estos grupos de hombres y mujeres que fueron organizados en el proyecto anterior de El Alto, financiado por la USAID, utilizando los ACS como educadores de salud. Las *promotoras estrellas* que son un personal con mucha experiencia y prestigio sirven como facilitadores en discusiones de salud neonatal y en la planificación de intervenciones de los grupos de hombres y de mujeres. Estos esfuerzos son complementados con

acciones de vigilancia de dos grupos: un equipo de vigilancia, con base en la comunidad, de *manzanas* (voluntarias de vigilancia de las embarazadas), quienes identifican eventos de enfermedad anormales tales como brotes de diarrea o neumonía y *defensores de la salud*, quienes monitorean violencia y otros conflictos sociales en la comunidad. Por el lado de la comunidad dan apoyo a las intervenciones una “red de farmacias amigas,” que son una empresa cooperativa que ofrece medicamentos a precios más bajos y otros artículos necesarios tales como esponjas, paños limpios y hojas de afeitar.

El enfoque con base en la comunidad ha ayudado a mejorar la habilidades gerenciales desde los niveles inferiores hasta los superiores y ha estimulado el empoderamiento comunitario. Al trabajar con los grupos de hombres y de mujeres y facilitar que se eduquen ellos y su comunidad, el proyecto promueve el auto-cuidado efectivo sin sobrecargar el ya abrumado sistema de salud gubernamental. El proyecto ofrece a las

ONG y a los gobiernos una nueva forma de medir el desempeño del sistema de atención de salud. En El Alto, todavía existe campo para mejorar la coordinación entre las familias y comunidades y los centros de salud y los hospitales públicos, un área que los grupos de hombres y de mujeres podrían considerar cuando diseñen intervenciones futuras y currículos de capacitación.

El proyecto aspira a incrementar la participación de las mujeres en el proceso de la toma de decisiones, empoderándolas para buscar ayuda cuando es necesario, a expresar en voz alta sus necesidades de salud, y a animar a las comunidades enteras a promover la atención esencial del recién nacido. El proyecto está enseñando a las mujeres, muchas de las cuales han emigrado del campo y tienen poco conocimiento de su derecho a los servicios básicos tales como agua, saneamiento y atención de salud, sobre el *ejercicio de derechos*, o sea cómo ejercer estos derechos. Las mujeres están aprendiendo que la atención en salud es un derecho que pueden exigir y que merecen

servicios de calidad. Aunque el proyecto hace énfasis en el auto-cuidado siempre que sea posible, las mujeres del proyecto también están aprendiendo que tienen derecho al acceso a recursos y servicios que son parte de la atención en la salud universal.

La evaluación está pendiente y utilizará las lecciones aprendidas en un proyecto similar con base en la comunidad de CARE Tanzania (Ahluwalia et al., 2003), el cual documentó éxitos al utilizar el modelo participativo con base en la comunidad para la toma de decisiones, para el mejoramiento en la identificación de signos de peligro, el incremento en la cantidad de partos atendidos por personal capacitado, el incremento en la cantidad de referencias y la mejoría en la solución de emergencias obstétricas en las unidades de salud.

Contacto:

Jenny Romero
 Coordinadora de Salud
 CARE Bolivia
jromero@carebolivia.org

PROCOSI EN COCHABAMBA: CÓMO ESTA TRABAJANDO PCI PARA REDUCIR LA MORTALIDAD NEONATAL EN LAS COMUNIDADES RURALES Y URBANAS

Con el propósito de reducir la mortalidad neonatal entre los Indios Quéchuas en la ciudad andina de Cochabamba en la zona central de Bolivia, PCI, (Project Concern International) un miembro de PROCOSI, está liderando el Proyecto *Camino a la Sobrevivencia Neonatal* en sociedad con el MS de Bolivia y el gobierno municipal de Cochabamba. Un área del proyecto es rural (Valle Alto, se comenzó en Febrero del 2003) y abarca ocho provincias y el otro es urbano (Valle Bajo, se comenzó en Julio del 2003) en la provincia de Quillacollo. Igual que en muchos países, la mayor parte de la mortalidad de Valle

Alto y Valle Bajo ocurre durante la primera semana de vida, esta ocurre especialmente por infecciones, problemas respiratorios, bajo peso al nacer y prematuridad. Se ha documentado en ambas áreas TMN de 46/1000 nacidos vivos, las que están entre las más altas de Bolivia. En Valle Alto, el 85% de los partos en casa son atendidos por los maridos o la suegra y no por personal capacitado. Solamente el 11% de las mujeres pueden reconocer los signos de riesgo en los recién nacidos.

El Proyecto *Camino a la Sobrevivencia Neonatal* es un grupo de intervenciones con base en la comunidad tanto en Valle Alto como en Valle Bajo para mejorar la tasa de mortalidad neonatal por medio de 1) mejorar la atención du-

rante el embarazo, 2) mejorar la atención durante el parto y el período postnatal inmediato, y 3) mejorar la atención neonatal. Las estrategias más importantes que está utilizando PCI para lograr estas metas incluyen 1) la capacitación sobre calidad de atención para el personal de salud municipal y del sistema del MS, 2) la capacitación de las PT y las *promotoras* (promotoras de salud) en atención inmediata del recién nacido (que incluye las primeras acciones para evitar la hipotermia y animar la lactancia exclusiva e inmediata), 3) la capacitación de las PT y promotores de salud para preparar a las mujeres para el parto y cuidados del recién nacido durante el período prenatal

(incluyendo la identificación de señales de peligro en ella mismas y en sus recién nacidos y en cuándo buscar atención), 4) el desarrollo de un sistema de vigilancia con base en comunidad para el monitoreo y referencia de las mujeres embarazadas y dar seguimiento a los resultados de los nacimientos, y 5) el mejoramiento del sistema de referencias y las relaciones entre la PT/promotores y personal del sistema de salud gubernamental. Además, el proyecto apoya los eventos comunitarios para proveer a las mujeres embarazadas con estuches de parto seguro, inmunizaciones e información que les sea necesaria.

La educación sobre salud neonatal se da a nivel de unidades de

1. La expansión de los cuidados esenciales del recién nacido con intervenciones comunitarias costo-efectivas, ésta se efectúa inicialmente con las ONG de la red de PROCOSI utilizando los proyectos ya existentes que tienen financiamiento de otras fuentes.
2. La capacitación para proveedores de salud en cuidados esenciales del recién nacido.
3. La capacitación de trabajadores comunitarios de salud cuando se solicite;
4. La comunicación para cambios de

comportamiento y el reforzamiento de comportamientos;

5. La adaptación o mejoramiento de modelos de intervenciones innovadoras que son el resultado de investigaciones para obtener así el compromiso y la movilización de recursos.

En el proceso de implementación, los proyectos involucran a las autoridades locales en el diagnóstico y planificación de actividades para que los proyectos estén en armonía con los problemas y necesidades

salud para los trabajadores de la salud, en el nivel comunitario por medio de la televisión educativa y cuñas radiales, la capacitación de *promotoras* y presentaciones en reuniones comunitarias y a nivel del hogar durante las visitas prenatales y postnatales realizadas por las *promotoras*.

Todas las personas que implementan el proyecto son voluntarios, especialmente PT, así como también promotores quienes durante las reuniones comunitarias y visitas domiciliarias brindan a las mujeres información sobre salud prenatal y promueven la búsqueda de atención en caso de enfermedad. El proyecto también intenta mejorar la calidad de atención que brindan los curanderos tradicionales

y el personal del sistema formal de salud por medio de capacitaciones y talleres sobre calidad de atención en las cuales participa el MS.

También se involucra a las *Manzaneras* (voluntarias para la vigilancia del embarazo); estas son miembros de la comunidad a quienes se les escoge para dirigir la vigilancia epidemiológica local relacionada con la atención obstétrica y neonatal. Las *manzaneras* dirigen comités de vigilancia epidemiológica formados por líderes comunitarios, promotores de salud, e informantes claves para monitorear los embarazos y brindar referencias a mujeres embarazadas y madres de recién nacidos en caso de emergencias obstétricas. Estos comités

registran la información sobre la incidencia de los problemas y cómo fueron manejados. La vigilancia la realizan los *defensores de la salud*, quienes se aseguran de que el proyecto está siendo implementado a nivel local.

Información temprana proveniente de la intervención enfatiza la importancia de mantener el respeto entre los diferentes grupos de personas involucrados en las intervenciones. En estas áreas de Cochabamba, los promotores comunitarios de salud han informado sentirse desmoralizados y sin apoyo, sin embargo hay informes por parte de profesionales de salud y/o de los servicios de salud con quienes éstos han tenido interacciones neutrales o hasta negativas, de que su desempeño es realmente

de mucha calidad. Los trabajadores del sistema formal de salud están por principio más preocupados por la calidad de la atención médica, que por la calidez y comprensión de la interacción entre paciente/proveedor. Esta es una actitud prevalente y una fuente de quejas igualmente por parte de los ACS, mujeres embarazadas y madres recientes y un aspecto que PCI está tratando de abordar en las capacitaciones.

Contacto:
Kurt Henne
Director Nacional
PCI Bolivia
khenne@pci-bolivia.org

locales. Los resultados esperados en los sitios de los proyectos incluyen:

- El 45% de las mujeres embarazadas reconocen por los menos 2 señales de peligro durante el embarazo;
- El 30% de las mujeres embarazadas tienen su propio “plan de parto;”
- El 60% de los nacimientos son atendidos por una persona o personal calificado, en la casa o en una unidad de salud;
- El 65% de los recién nacidos son secados y

abrigados en los primeros minutos de vida;

- El 45% de las mujeres embarazadas y sus parientes reconocen por lo menos dos señales de peligro de los recién nacidos y buscan la ayuda de los servicios de salud;
- El 40% de los recién nacidos reciben atención/visita post parto durante los primeros tres días de vida.

Aunque no se describe en detalle, la Iniciativa SNL está interviniendo en ambos niveles: el de la unidad de

salud y el comunitario. En colaboración con el Ministerio de Salud y Deportes, SNL está apoyando la implementación del componente del recién nacido en AIEPI, en coordinación con la OMS/OPS, el Proyecto de Salud Integral (PROSIN/USAID) y UJNICEF que actualiza al personal en cuidados adecuados para el recién nacido.

A través de la Iniciativa la calidad de atención que se brinda a los recién nacidos en las unidades de salud en los cuatro Departamentos en los que trabaja, SNL está mejorando en la aplicación del enfoque AIEPI (Manejo Integregado de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) el manejo de los recién nacidos enfermos. Existe una estrecha colaboración con OPS/Bolivia, para construir sobre la enorme experiencia que tiene la OPS con la implementación de AIEPI en América Latina. Además, en estos Departamentos se están haciendo esfuerzos para fortalecer los nexos entre la unidades de salud y las comunidades.

Intervenciones para mejorar la Salud Materna y del Recién Nacido

Todos los proyectos de SNL en Bolivia incluyen componentes que estimulan intervenciones para la preparación prenatal y del parto, el parto seguro con personal calificado presente y la atención post natal que incluya lactancia materna inmediata y exclusiva, el secar y abrigar al recién nacido y visitas postnatales para la madre y el recién nacido.

Las actividades y métodos seleccionados para promover cambios de comportamientos y lograr los objetivos arriba apuntados, varían de proyecto a proyecto, dependiendo de las necesidades particulares de la comunidad de que se trate, el personal que implementa las intervenciones, si los partos son predominantemente domiciliarios o en las unidades de salud y las preocupaciones de los gobiernos municipales. Algunos programas se concentran en mejorar la capacitación de las PT en la preparación para el parto y los cuidados inmediatos del recién nacido, mientras que otros utilizan grupos de mujeres en la identificación de señales de emergencia obstétrica, signos de peligro del recién nacido y como darles respuesta. En los lugares donde hay unidades para dar respuesta a la emergencia obstétrica y complicaciones o enfermedad del recién nacido, los programas se concentran en que los partos sean atendidos en las unidades de salud, la referencia oportuna y la capacitación de calidad para el personal

médico. Donde no hay servicios de salud, las PT y los ACS son capacitados en atención inmediata del recién nacido. Algunos proyectos utilizan las reuniones comunitarias como punto de entrada para educar a las madres, otros utilizan las visitas domiciliarias, otros las consultas clínicas y otros una mezcla de los tres. Algunos incluyen componentes de vigilancia para llevar un registro de mujeres embarazadas, monitorear la efectividad de la referencia y documentar los resultados. En los cuadros de esta sección encontraran ejemplos de esta diversidad de proyectos, los cuales presentan dos diferentes perfiles de proyectos de SNL ejecutados por miembros de PROCOSI en Bolivia: uno en Cochabamba, liderado por PCI Bolivia, y otro en El Alto, dirigido por CARE Bolivia.

Personas involucradas en la implementación de las intervenciones

Los grupos e individuos que se involucran en las intervenciones de PCI varían dependiendo de la localización de la intervención. Debido a que las ONG que dirigen los proyectos por lo general tenían ya experiencia anterior en el área del proyecto de SNL, con frecuencia identificaban e invitaban personalmente a sus agentes más importantes para estos proyectos. Con la excepción del personal asalariado del MS y las farmacias participantes (estas últimas son un ejemplo solamente de CARE Bolivia — ver abajo), todas las demás personas eran voluntarios/as sin salario. En todos los casos, los miembros de la comunidad estaban muy involucrados en la implementación de proyectos, aunque con frecuencia en menor grado en el diseño/planificación y monitoreo/evaluación de estos proyectos. Un ejemplo de una forma excelente de los miembros de la comunidad haciendo monitoreo y evaluación es el de las *manzaneras* (voluntarias para la vigilancia de los embarazos), quienes monitorean a las mujeres embarazadas, registran los resultados del parto y documentan las referencias.

Próximos pasos y lecciones aprendidas

Todavía enfrentamos algunos retos para que se pueda establecer una cadena continua de atención prenatal de calidad. Primero, el programa ha identificado la necesidad de incorporar la atención esencial prenatal en el entrenamiento pre- y post-servicio del personal médico. Hay también mucha necesidad de utilizar la movilización comunitaria y las metodologías

ROLES DE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD Y DE LOS TRABAJADORES DE SALUD EN LOS PROYECTOS DE SNL EN BOLIVIA

Titulo en Español	Titulo en Inglés	Rol en la implementación	ONG líder y lugar de los proyectos de SNL que tienen este rol
Promotoras	<i>Health promoters</i>	Voluntarias de la comunidad que proveen la información básica para las mujeres sobre salud prenatal, promueven la búsqueda de atención durante el período prenatal y para las enfermedades del recién nacido y promueven eventos comunitarios tales como vacunaciones. Por lo general se involucran en movilización comunitaria y educación básica, que puede hacerse durante las reuniones comunitarias o eventos comunitarios.	CARE Bolivia (El Alto) PCI (Cochabamba) <i>Save the Children</i> (Oruro)* Nota: CARE Bolivia utiliza especialmente a las promotoras más prestigiosas y experimentadas (promotoras estrella) como facilitadoras/educadoras de grupos de hombres y de mujeres.
Técnicos	<i>Technical specialists</i>	Promotores de salud que han sido capacitados en intervenciones técnicas específicas relacionadas con la preparación para el parto, cuidados inmediatos del recién nacido (v.g., iniciación inmediata de la lactancia materna, secado, abrigo y resucitación simple), y desempeño en las visitas postnatales para el monitoreo de señales de peligro.	PCI (Cochabamba) <i>Save the Children</i> (Oruro)
Parteras	TBAs	Parteras tradicionales sin ningún entrenamiento formal (en algunas áreas rurales se incluye a los maridos y las suegras).	<i>Save the Children</i> (Oruro)
Grupos de mujeres	<i>Women's groups</i>	Grupo de mujeres que aprenden sobre aspectos de salud neonatal aprenden y la identificación de señales de peligro en las euniones comunitarias y a las que se les anima a tomar acción en la promoción de la atención neonatal, educar a otros.	CARE Bolivia (El Alto)
Grupos de hombres	<i>Men's groups</i>	Grupos de hombres que aprenden aspectos de salud neonatal y la identificación de señales de peligro en las euniones comunitarias y a los que se les anima a tomar acción en la promoción de la atención neonatal, educar a otros.	CARE Bolivia (El Alto)
Medicos, enfermeras, enfermeras-matronas	<i>Formal health care workers</i>	Personal del MS con base en una unidad de salud, con entrenamiento, que atienden partos normales y emergencias obstétrica.	CARE Bolivia (El Alto) PCI (Cochabamba)
Manzaneras/os	<i>Pregnancy surveillance volunteers</i>	Miembros de la comunidad escogidos por la comunidad para dirigir las actividades de vigilancia epidemiológica local relacionadas con la atención obstétrica y neonatal.	CARE Bolivia (El Alto) PCI (Cochabamba) Nota: en Cochabamba (PCI), las manzaneras/os son parte de cada uno de los comités de vigilancia epidemiológica y son responsables del registro de las mujeres embarazadas, monitoreo de referencias durante el embarazo, parto y período postparto.
Defensores de la salud	<i>Health defenders</i>	Estas personas son responsable de la “vigilancia social,” monitorean los conflictos sociales y detectan el comportamiento violento (organizado o no) en la comunidad.	Miembros de la comunidad escogidos por la comunidad como representantes de la “sociedad civil,” a cargo de hacer que las intervenciones sean implementadas a nivel local por los ministerios de salud y educación.
Red de farmacias	<i>Network of friendly pharmacies</i>	Cooperan para para bajar el precio de los medicamentos y otros materiales necesarios para el parto seguro y el tratamiento de las enfermedades tempranas de la infancia.	CARE Bolivia (El Alto)

participativas para ayudar a los proveedores de atención a identificar las señales de peligro y promover la búsqueda de atención en las unidades de salud cuando es necesario.

Otro reto importante en contra de la atención son las barreras culturales y geográficas, así como también la interacción entre paciente-PT-trabajador del sistema formal de salud. La Iniciativa SNL se concentra fuertemente en mejorar la calidad de servicios que brindan los proveedores, pero en muchos casos estos servicios están subutilizados por la distancia a que se encuentran las aldeas, las barreras del idioma o las interacciones poco respetuosas o incómodas entre los trabajadores del sistema formal de salud y las mujeres.

En oruro, por ejemplo, los gerentes de programas notaron que este problema está directamente relacionado con la edad y/o estatus del profesional de salud: los trabajadores mayores y los médicos estaban más propensos a hacer caso omiso o subestimar las contribuciones de las PT.

Un problema que se notó en varias de las intervenciones de SNL es que en su mayor parte los participantes comunitarios son voluntarios sin salario pero los voluntarios que trabajan en otros proyectos, en muchas de las áreas de intervención, en años recientes han estado recibiendo pago. Algunos voluntarios han exigido que se les pague amenazando con dejar de trabajar si no reciben compensación. El voluntariado puede ser muy difícil o imposible para personas de bajos ingresos. Compensar a los voluntarios puede ser un punto crítico para mantener los altos niveles de participación y la alta moral de los ACS y las PT.

El hecho de que la Iniciativa de SNL se coordina a nivel nacional, hace que la iniciativa tenga un fuerte componente de abogacía y haya formado un buen

número de alianzas y sociedades con el gobierno y las ONG con el compromiso de mejorar la salud neonatal. Los miembros de PROCOSI han abogado por y ayudado a diseñar una ley que se promulgó recientemente para proveer de un seguro materno y neonatal gratuito a todas las mujeres bolivianas y sus infantes y han gestionado con éxito, en estrecha colaboración con OPS/Bolivia, la incorporación de la salud neonatal en el plan nacional para la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Los miembros de PROCOSI también han liderado la inserción de intervenciones de atención neonatal y sus indicadores en el Plan Estratégico Nacional del Menor de Cinco.

La evaluación de este programa se está realizando ya y estará disponible en los próximos meses. Hasta ahora el programa ha alcanzado un buen número de sus metas, incluyendo la finalización de la investigación formativa y de evaluación, importantes acciones de abogacía y cambios en las políticas y el desarrollo de una estrategia de comunicación para cambios de comportamiento. El programa también ha trabajado con OPS/Bolivia para asesorar el desarrollo de un plan de capacitación de un AIEPI clínico neonatal (implementado a nivel nacional), el cual será puesto en práctica por el MS en las clínicas y en las comunidades en todo Bolivia. En la actualidad hay una propuesta para desarrollar un manual para agentes comunitarios de salud en AIEPI-Comunitario neonatal, que cuenta con el apoyo técnico de OPS/Bolivia.

Contacto:

Oscar Gonzalez

Director de Proyecto

PROCOSI/SNL, ogonzalez@procosi.org.bo

3.5. ESTUDIO CASO: ATENCIÓN TÉCNICA OBSTÉTRICA Y NEONATAL A NIVEL COMUNITARIO EN HONDURAS

Antecedentes

Desde 1999 hasta el 2003, Catholic Relief Services (CRS) en cooperación con COCEPRADII (una ONG local) y la Secretaría de Salud de Honduras, trabajó en la implementación de un proyecto de cuatro años para reducir la mortalidad materna e infantil en el departamento de Intibucá. El objetivo del proyecto fueron 95 comunidades rurales de diferentes municipios del departamento. Honduras es el tercer país más pobre de América Latina y sus indicadores de salud están entre los más débiles de la región de LAC. En el departamento de Intibucá, uno de los más pobres de Honduras, CRS trabajó con las comunidades más postergadas, los beneficiarios directos del proyecto abarcaban 11,324 niños/as menores de cinco años y 11,310 mujeres en edad reproductiva.

El proyecto

El Programa de Supervivencia Infantil de Intibucá con Base en la Comunidad fue diseñado con el objetivo de reducir la mortalidad materno-infantil. El proyecto mismo tiene cuatro intervenciones de componentes integrales: maternidad segura y atención del recién nacido, espaciamiento de los embarazos utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA), manejo de casos de neumonía y diarrea. Todos los cuatro componentes funcionaron en forma sinérgica para mejorar la salud materno-infantil; sin embargo, debido al propósito de este informe haremos más énfasis en los componentes del proyecto que se refieren a maternidad segura/cuidados del recién nacido y MELA.

Los componentes de Maternidad Segura y Atención del Recién Nacido del Programa de Supervivencia Infantil de Intibucá con Base en la Comunidad tuvieron dos objetivos principales: 1) mejorar la capacidad de las mujeres, las familias y las PT para enfrentar las emergencias obstétricas en los niveles comunitario y de centros de salud y 2) mejorar el acceso a los primeros niveles de unidades de referencia para emergencias obstétricas mediante el desarrollo de planes comunitarios de transporte de emergencia. El Componente del Método de Lactancia Amenorrea estaba dirigido a incentivar la lactancia materna de los bebés menores de seis meses como un medio tanto para lograr el espaciamiento de los embarazos como también para prevenir la diarrea.



La recolección de datos a través de la línea base, la evaluación de medio término y la evaluación final del programa, utilizando encuestas de CAP y la metodología de muestreo de aceptación de lotes (LQAS), permitió medir el impacto de la intervención. Se obtuvieron resultados cualitativos utilizando grupos focales con los participantes del programa incluyendo a las PT y a los miembros de los comités de emergencia. En este informe se incluyen algunos de los resultados de la evaluación.

Las personas que implementaron la intervención

El personal de CRS para el programa incluyó un gerente de programa, un coordinador de salud, tres supervisores de campo y quince educadores de salud. Los miembros de la comunidad y los proveedores de salud involucrados en el programa incluían parteras, ayudantes de parteras, proveedores formales de salud y comités de emergencia. Sus roles se resumen en la tabla 12.

Intervenciones para mejorar la salud materna y del recién nacido

Este programa mejoró la salud materna y neonatal coordinando con intervenciones con base en la comunidad para lograr los cuatro objetivos principales: 1) mejorar en las familias la conciencia y el comportamiento hacia la búsqueda de atención, 2) desarrollar la capacidad técnica y de referencia de las PT, 3) mejorar el acceso a los servicios de atención, 4) mejorar las tasas de lactancia materna y 5) recolectar información sobre los indicadores de salud materno-infantil a través de un Sistema de Información de Salud (SIS).

TABLA 12. ROLES DE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD Y PROVEEDORES DE SALUD EN EL PROGRAMA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL DE INTIBUCÁ CON BASE EN LA COMUNIDAD

Nombre en Español	Nombre en Inglés	Rol en la implementación
Educadoras/es de salud	<i>Health educators</i>	Quince personas que brindaron supervisión y apoyo a las PT y a los comités de emergencia. También formaron enlaces entre los grupos comunitarios, los centros de salud y el personal del hospital y recolectaron e informaron datos de salud materno-infantil (complicaciones, resultados de los partos, etc.) a los supervisores de campo de CRS.
Parteras	<i>TBAs</i>	Las parteras tradicionales que fueron capacitadas en un hospital sobre intervenciones técnicas o primeros auxilios obstétricos. Estas PT también hacían visitas domiciliarias las que con frecuencia utilizaban para promover el método de MELA.
Parteras ayudantes	<i>Assistant TBAs</i>	Miembros de la comunidad que fueron seleccionados por el proyecto para ayudar a las PT para adoptar muchos de los roles de educación en salud que las PT tradicionalmente desempeñaban en la comunidad para aumentar el conocimiento comunitario sobre señales de peligro. Sin embargo las PT rechazaron los ayudantes porque no fueron seleccionados en la forma tradicional, es decir como aprendices de las parteras mayores, por este motivo el rol del ayudante se vio limitado.
Personal de salud	<i>Formal health care workers</i>	Personal del MS capacitado por el Colegio Americano de Enfermeras-Parteras (<i>American College of Nurse Midwives</i>) como “capacitadoras de capacitadoras” en Destrezas de Primeros Auxilios en el Hogar (DPAH), quienes a su vez capacitaron a las PT, a los profesionales de salud con base en la comunidad y a los agentes comunitarios de salud en estas habilidades.
Comités de emergencia	<i>Emergency committees</i>	Grupos de miembros de la comunidad capacitados en metodologías de movilización comunitaria para diseñar planes de transporte de emergencia. Los comités de emergencia de cada comunidad diseñaban sus propios planes de transporte de emergencia, incluyendo planes para obtener fondos y transporte utilizando aportaciones de la comunidad. Los comités de emergencia pusieron en acción estos planes para transportar a las mujeres a las unidades de referencia.

Las actividades de las cuatro intervenciones (en este perfil no se describieron las actividades para supervivencia infantil ya que los términos de referencia de este documento no lo hacían necesario) se integraban entre sí y el personal que implementó la intervención por lo general tenía roles en múltiples actividades. Por ejemplo, los agentes comunitarios de salud que realizaban el monitoreo de crecimiento y la identificación de niños enfermos también se involucraban en la concientización de las madres para reconocer signos de peligro y en la promoción de los

comités de emergencia. Estas intervenciones estaban relacionadas unas con otras por programas educativos y sistemas de recolección/diseminación de información.

Lecciones aprendidas y próximos pasos

La evaluación final de este proyecto ya ha finalizado con algunos hallazgos respecto a aspectos operativos en atención de salud neonatal. Complementando la información con los resultados de una encuesta de Conocimientos, Prácticas y Cobertura (CPC), el Sistema de información desarrollado por este proyecto

TABLA 13. COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL DE INTIBUCÁ CON BASE EN LA COMUNIDAD

Objetivo	Intervención	Actividades
Mejorar en las familias la conciencia y la conducta hacia la búsqueda de atención	Capacitar a las mujeres y sus familias a identificar los factores de riesgo y las señales de peligro durante el embarazo y parto.	<ul style="list-style-type: none"> Se hicieron sesiones educativas para las familias. Las PT y otros realizaron visitas domiciliarias y recomendaron acudir a los comités de emergencia para dar respuesta a las complicaciones.
Desarrollar capacidad técnica y de referencia de la PT	Capacitar y supervisar las PT en la identificación de señales de peligro y habilidades para emergencias obstétricas.	<ul style="list-style-type: none"> Brindaron capacitación para los proveedores de salud del sistema formal (médicos y enfermeras) para convertirlos en Capacitadores de Capacitadores en Destrezas de Primeros Auxilios en el Hogar (DPAH), incluyendo las prácticas higiénicas y la esterilización del equipo, se les capacitó en el tratamiento de la hemorragia postparto y resucitación neonatal. El personal formal capacitado en (DPAH), modificó el programa y permitió que se capacitara en el hospital a las PT de la comunidad y otros profesionales de salud. Se dio supervisión periódica a las PT.
Mejorar el acceso a la atención	Establecer comités de emergencia en las comunidades para coordinar el transporte de las emergencias a las unidades de referencia de primer nivel.	<ul style="list-style-type: none"> Se estableció un comité de emergencia en cada comunidad. Se capacitaron los comités de emergencia en técnicas de movilización comunitaria metodologías para desarrollar planes de transporte de emergencia. Se diseñaron planes de transporte de emergencia, incluyendo planes para la obtención de fondos y transporte, para cada comunidad. Se hizo promoción a través de las PT y ACS de los comités de emergencia con las mujeres y sus familias. Se capacitó a los miembros de la comunidad sobre como activar y sostener los comités de emergencia.
Mejorar las tasas de lactancia materna	Estimular entre las mujeres de la comunidad el uso adecuado del método de lactancia amonorea para que se practique la lactancia inmediata y exclusiva para promover la buena nutrición, prevenir enfermedades y motivar el espaciamiento de los embarazos.	<ul style="list-style-type: none"> Se capacitó en MELA las PT, los voluntarios comunitarios y el personal de las unidades de salud. Se facilitó que las PT capacitadas en MELA y los profesionales de salud educaran a los miembros de la comunidad a través de visitas domiciliarias, grupos de madres, reuniones comunitarias y atención prenatal.
Mantener información sobre los indicadores de salud materno-infantil a través del Sistema de Información de Salud (SIS)	Monitorear los resultados del parto a través de la detección de mujeres embarazadas, identificación de problemas de salud relacionados con el embarazo y sus consecuencias tanto para la madre como para su bebé.	<ul style="list-style-type: none"> El equipo identificó e informó cada nuevo embarazo en cada comunidad. Se monitoreó el cumplimiento de las madres de las actividades de atención prenatal y la referencia. Se documentaron las razones para las referencias y los resultados de los parto. Con base en las necesidades identificadas en el SIS se mejoró la educación y consejería que se brindó las mujeres.

pudo medir las referencias y los partos institucionales. El proyecto tuvo éxito en incrementar el porcentaje de partos institucionales de 16 a 23%, lo cual significa un incremento de los partos atendidos por personal calificado en la atención obstétrica. Además, en el 17% de todos los embarazos, las mujeres, los

miembros de la familia o las PT pudieron identificar un factor de riesgo que requería y resultaba en una referencia. Al final del proyecto, 100% de las comunidades había desarrollado sus propios planes de transporte bajo el liderazgo de los comités de emergencia. La lactancia exclusiva de niños menores

de seis meses de edad se incrementó del 32 al 63%.

En los resultados de la encuesta CPC las madres demostraron haber incrementado su conocimiento de los signos de peligro durante el embarazo. Las visitas postparto de las PT y los proveedores de salud del sistema se incrementaron dramáticamente al compararse con los datos de la línea base. Más mujeres le dieron a sus recién nacidos lactancia y el número de mujeres que entendían el método de MELA para el espaciamiento de los embarazos aumentó a 82%.

Es muy importante resaltar que el proyecto encontró que es posible capacitar las PT en habilidades de emergencia obstétrica, especialmente en prácticas higiénicas/esterilización de equipo y la técnica de compresión bimanual del útero. Casi todas las PT pudieron entender y repetir las prácticas higiénicas y la esterilización del equipo. Aunque la hemorragia postparto es una complicación rara, algunas PT demostraron habilidad para identificar la localización anatómica del útero, para realizar la compresión bimanual uterina en caso de sangrado excesivo debido a atonía uterina y a acelerar el sistema de referencia a través de los comités de emergencia. Aún cuando hay muchas emergencias obstétricas que no pueden enseñarse a las PT, los proyectos de supervivencia infantil con base en la comunidad podrían capacitar a las PT a identificar y manejar la preclampsia e infección, aunque por el momento a las PT no se les permite medir la presión arterial.

El proyecto también ha enlazado más efectivamente a las PT con el sistema local de salud lo cual ha resultado en un incremento de las referencias y un aumento de los partos atendidos en las unidades de salud. El capacitar a las parteras en un ambiente hospitalario las puso en contacto con un sistema de salud más amplio. Este contacto puede haber quitado las barreras existentes entre las PT y los proveedores del sistema formal de salud, mejorando la comunicación y la confianza e incrementando la utilización de los servicios del sistema de salud formal.

Se logró una mejoría significativa en el acceso a la atención al utilizar un enfoque con base en la comunidad, un ejemplo de esto es el empleo de las técnicas de movilización comunitaria para formar

comités de emergencia y que estos diseñaran sus propios planes de transporte de emergencia. La experiencia del socio local, la ONG COCEPRADII, en establecer y mantener comités de agua para los proyectos de agua fue un modelo muy valioso en el desarrollo de los comités de emergencia.

Durante la fase de implementación, el programa identificó que los numeradores y denominadores de los indicadores no habían sido determinados con exactitud antes del lanzamiento del proyecto, así como también la dificultad logística de medir algunos de los indicadores de resultados. Medir indicadores resultó un reto para este proyecto, pero el sistema SIS permitió que durante la evaluación se pudieran documentar resultados impresionantes. Todos los indicadores seleccionados se ajustaban a las recomendaciones de la OMS para salud materna. El sistema SIS recolectó muchas cifras pero no rastreó sistemáticamente los resultados del parto en mujeres y recién nacidos. Aún así, el proyecto pudo documentar la disminución en un indicador que si se rastreó—mortalidad perinatal—habiendo recolectado información confiable a través del SIS.

Los aspectos de sostenibilidad y expansión de las intervenciones fueron también consideraciones del proyecto que terminó en el 2003. El sistema de comités de emergencia fue diseñado para ser sostenible y mucha de la capacitación en destrezas técnicas para los profesionales de salud y las PT (en especial la metodología de capacitación de capacitadores) podría ser sostenible. Sin embargo no hubo suficientes fondos para mantener las sesiones educativas con las familias o para mantener en sus funciones a los educadores de salud del proyecto.

Fuente: (Anderson et al., 2004).

Contacto:

Alfonso Rosales

Principal Asesor Técnico de Salud

CRS

arosales@crs.org



Lecciones aprendidas

4.1 Aspectos técnicos y operativos

Aún cuando casi todos los estudios de casos en la sección anterior todavía están operando y no han sido evaluados todavía, hay muchas lecciones aprendidas sobre como mejorar la atención de la salud neonatal que emergen de estos casos. Estos aspectos técnicos y operativos ofrecen a las ONG y a sus socios en los países de LAC oportunidades claras para mejorar la efectividad de sus proyectos. En esta sección examinaremos los puntos técnicos y operativos siguientes:

1. La necesidad de roles múltiples y una variada gama de personal
2. Roles que los ACS y las PT pueden desempeñar
3. Intervenciones que incluyan un paquete de cuidados esenciales del recién nacido
4. Posibles soluciones para evitar los largos períodos de inicio de los proyectos de atención neonatal
5. Las diferencias en aspectos técnicos en las áreas rurales y peri-urbanas
6. Mejorar la tasa de utilización de los servicios donde hay unidades de servicio accesibles
7. Desarrollar sostenibilidad y posibilidades de expansión a través de alianzas

La implementación de un proyecto requiere de múltiples roles y una amplia gama de personal.

Las intervenciones en atención neonatal requieren de una variedad de personas y/o grupos. Dada la complejidad del cuidado del recién nacido y la importancia de mantener una cadena de atención no existe un solo tipo de voluntario, proveedor de salud o grupo comunitario que pueda desempeñar todos los aspectos de la implementación. Aún las

intervenciones de educación más sencillas que se analizaron y cuyos perfiles se presentan en este informe tienen por lo menos tres tipos claves de personas o grupos. Es necesario involucrar una gama de diferentes personas, cada quien con diferentes responsabilidades durante los períodos prenatal, parto y posparto, tal como se resume en la siguiente tabla.

Las PT y los ACS pueden ser incorporados en forma efectiva en las intervenciones.

Dónde los hay, las PT y los ACS han sido incorporados en todas las intervenciones descritas en los perfiles de los estudios de casos. Se ha tenido algunas dificultades para involucrarlos, como por ejemplo en CARE Perú, donde la relación entre la PT y los proveedores del sector formal de salud resulta difícil. Sin embargo, en muchos lugares, las PT los ACS rutinariamente se involucran en el período prenatal y/o el proceso de parto y pueden coordinar las referencias en caso de complicaciones. En Honduras las PT tuvieron éxito en aumentar la tasa de referencias a un 17%, y aumentaron el porcentaje de partos institucionales en forma significativa.

TABLA 14. PERSONAS Y GRUPOS INVOLUCRADOS EN LAS INTERVENCIONES BASADAS EN LA COMUNIDAD

Estudio caso/ organización	Sitio	Número de diferentes grupos involucrados	Personas o grupos involucrados				
			PT	ACS	Grupos de mujeres	Proveedores de salud	Otros
CARE Perú	Juliaca: pueblo urbano en área rural remota	5	X	X		X (médicos, enfermeras, enfermera-partera)	
CARE Nicaragua	Departamento de Matagalpa: ciudad mixta, urbana y alrededores rurales	5	X	X			Brigadistas de salud, Brigadas obstétrica de conductores, consejeras de lactancia
SNL: PCI Bolivia	Valle Alto (rural) y Valle Bajo (urbano de bajos ingresos): 2 áreas en Cochabamba	6	X	X		X	Curanderos tradicionales, manzaneros, defensores de la salud
SNL: CARE Bolivia	El Alto: 4 distritos peri-urbanos	8	?	X	X	?	Farmacias, defensores de la salud "Promotoras Estrellas," grupos de hombres, manzaneras
SNL: Save the Children	Oruro: área rural	3	X	X			Manzaneras
SNL Guatemala	Triángulo del Área Ixil: 3 áreas urbanas en las regiones remotas de las tierras altas montañosas	3		X (aunque mas facilitadores/gerentes de información que ACS)	X		Vigilantes
CRS Honduras	Departamento de Intibucá: 95 comunidades, predominantemente rurales	6	X	X		X	Educadores de salud comités de emergencia

Solamente a partir de estos casos o modelos estudiados no es posible hacer una lista uniforme de competencias claves que las PT o los ACS deben tener como grupo. Si analizamos a las PT, los niveles y calidad de sus destrezas varían considerablemente de comunidad a comunidad, así como también varía su acceso al apoyo del sistema formal de salud (Ross, 1998), esto implica variaciones similares en su capacidad para realizar correctamente intervenciones

técnicas y su confiabilidad dependiendo de la presencia o ausencia de apoyo. En algunos casos en los que si hay apoyo accesible, tal como en el ejemplo de CRS Honduras, la PT pueden entrenarse en intervenciones más o menos técnicas, tales como la compresión manual para tratar hemorragias. Al considerar los ACS, su rol en las comunidades puede variar desde un *técnico* (especialista técnico) hasta el de promotora (mujer promotora de salud), como se describe en el

Cuadro 4. Sería ideal que todos los ACS pudieran tener todas las competencias claves de los *técnicos*, pero la capacitación que se requiere para mejorar las habilidades de las promotoras y poder ser técnicos es muy compleja y puede no ser posible en todas las

comunidades. Incorporar con éxito a los ACS y las PT en la intervenciones de atención neonatal parece depender del nivel de habilidades y el rol tradicional del ACS o las PT en la comunidad, tanto como de la infraestructura general de salud existente (Ross, 1998).

TABLA 15. COMPETENCIAS CLAVES EN ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO QUE SE SUGIERE DEBEN TENER LOS ACS, LAS PT Y LA MADRE/PARIENTES

Tipo de ACS o PT	Competencias Claves
ACS (<i>Técnico/especialista técnico</i>), presentes durante el parto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurarse de que la madre recibe la vacuna del toxoide tetánico 2. Promover la atención prenatal, incluyendo el tratamiento de malaria y anemia 3. Brindar acceso y educación en planificación familiar 4. Realizar visitas domiciliarias para promover y preparar a la familia para el parto y los cuidados del recién nacido 5. Practicar “Seis prácticas limpias” para los cuidados del parto y del cordón umbilical 6. Identificar los signos de peligro durante el parto y buscar ayuda pronta en las unidades de referencia de primer nivel 7. Practicar durante el parto primeros auxilios obstétricos 8. Practicar cuidados inmediatos del recién nacido, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • Secar y abrigar con rapidez o contacto piel-a-piel con la madre • Iniciación inmediata de la lactancia exclusiva • Vigilar que la respiración sea normal y dar resucitación sencilla si es necesario • Cuidado profiláctico de los ojos 9. Identificar signos de peligro en el recién nacido en el parto y por medio de la visita postnatal por lo menos dentro de los primeros tres días después del parto, asegurándose de que se apliquen las inmunizaciones adecuadas
ACS (Promotoras mujeres promotora de salud), pueden estar o no presentes en el parto atención prenatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la inmunización con TT y las necesarias para el recién nacido 2. Estimular la atención prenatal 3. Brindar educación sobre planificación familiar 4. Estimular el uso de equipo para parto limpio 5. Fomentar la lactancia inmediata y exclusiva 6. Estimular los cuidados inmediatos para el recién nacido 7. Facilitar la organización de grupos comunitarios 8. Coordinar o trabajar con las <i>manzanas/vigilantes</i> (voluntarias para la vigilancia del embarazo) para rastrear mujeres embarazadas y monitorear los resultados del parto 9. Organizar grupos comunitarios para desarrollar conciencia y para la coordinación de planes de transporte
PT capacitadas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar que la mujeres embarazadas reciban la vacuna de TT 2. Practicar las “Seis prácticas limpias” para los cuidados del parto y del cordón umbilical 3. Identificar los signos de peligro durante el parto y buscar la pronta referencia a las unidades de primer nivel 4. Practicar durante el parto primeros auxilios obstétricos adecuados 5. Practicar cuidados inmediatos del recién nacido incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • Secar o y abrigar con rapidez o contacto piel-a-piel con la madre • Iniciación inmediata de la lactancia exclusiva • Vigilar que la respiración sea normal y dar resucitación sencilla si es necesario 6. Identificar en el parto los signos de peligro en el recién nacido, durante la visita domiciliaria postnatal en los primeros tres días después del parto
Madres y pariente (y PT sin entrenamiento biomédico)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar planes de preparación para el parto 2. Preparar lugar/instrumentos limpios para el parto 3. Obtener y utilizar equipo de parto seguro 4. Identificar los signos de peligro durante el parto y buscar ayuda si es necesario 5. Cuidados inmediatos básicos del recién nacido, incluyendo calor y lactancia materna inmediata 6. Coordinar una visita domiciliaria o institucional para la atención del recién nacido dentro de los tres primeros días después del parto y a las seis semanas para revisarlos y vigilar que reciban sus vacunas

En la Tabla 7 se enumeran algunas de las competencias que se sugiere deben tener las personas que estén presentes durante el parto (las *promotoras*, que por lo general no están presentes en el parto pero que pueden tener roles importantes en el prenatal y postnatal); estas competencias se han recopilado en base a las intervenciones que son comunes a la mayoría de los proyectos descritos en los estudios de casos, y de las recomendaciones adoptadas por CARE para los sitios con salud materna “muy pobres” y “pobres” (Ross, 1998). En los sitios de salud materna “muy pobre” los roles de las promotoras y las PT deben ser fortalecidos; en sitios “pobres” en salud materna puede haber un rol potencial para los técnicos en la administración de primeros auxilios obstétricos (habilidades para emergencias) e intervenciones de atención inmediata al recién nacido, así como también fortalecer la referencia ya que la infraestructura las hace más posibles. Se incluyen las madres y sus parientes porque en las comunidades donde los partos domiciliarios son comunes y las PT semi-capacitadas son pocas o inexistentes, se les puede enseñar a los miembros de la familia algunas intervenciones claves para mejorar la condición del recién nacido.

Todavía no hay suficiente información proveniente de los estudios de casos o de la literatura para definir con precisión qué señales de peligro durante el parto y en el recién nacido pueden identificar con facilidad los técnicos, las PT semi-capacitadas y los parientes. Es probable que a los técnicos se les pueda enseñar a identificar y dar respuesta a un número mayor de signos de peligro que a las PT semi-capacitadas (a quienes probablemente también se les puede enseñar a reconocer más señales que a las madres o parientes). Sería ideal que las visitas postnatales se hicieran por lo menos tres veces, en las primeras veinticuatro horas después del parto, otra vez a la primera semana y de nuevo a las seis semanas pero puede que este estándar sea demasiado alto en las comunidades donde los proveedores semi-capacitados son pocos y las visitas postnatales no se practican.

En las áreas rurales las PT operan en forma predominante fuera del paradigma biomédico y con frecuencia tienen una rica tradición y conocimiento local sobre el proceso del parto que se pasa de generación en generación. Es en estos contextos en los que con frecuencia ha fallado la capacitación institucional para mejorar sus destrezas. En los estudios de casos no se hace distinción entre las PT

semi-capacitadas con capacitación biomédica y las PT que se han entrenado siendo aprendices, pero los choques culturales y las dificultades de idioma entre los proveedores del sector formal de salud sugieren que los esfuerzos para mejorar las destrezas y que las PT logren desarrollar estas competencias claves deben ser revisados cuidadosamente y deben basarse en una investigación formativa cuidadosa sobre las creencias y prácticas locales que rodean el parto.

Intervenciones centrales que deben incluirse en cualquier paquete de atención esencial del recién nacido.

El hecho de que la información respecto a la operativización de las intervenciones empleadas en los estudios de casos antes descritos hace difícil definir un paquete de intervenciones para la atención del recién nacido. Sin embargo, si juzgamos por algunas coherencias que se dan entre los perfiles presentados, un paquete esencial de atención del recién nacido basado en la comunidad debería incluir la capacitación de las PT y los ACS en las competencias claves que mencionamos con anterioridad, además de intervenciones basadas en la comunidad que crearan un ambiente propicio para una buena atención del recién nacido, haciendo conciencia, educación interpersonal y enlaces/referencias. El combinar la capacitación del personal del sector formal de salud con los programas de capacitación para la PT ha demostrado tener un efecto sinérgico, por lo que la capacitación de los proveedores del sector formal de salud tanto en calidad de los servicios como en la sensibilidad cultural debería estar incluido en este paquete (Kwast, 1996). En la Tabla 16 se puede encontrar un resumen de las intervenciones recomendadas por grupos meta y tipo de intervención.

Es más efectivo partir de programas e intervenciones con base en la comunidad para reducir el tiempo de puesta en marcha.

Si lo comparamos con otras intervenciones de supervivencia infantil, la complejidad de las conductas que queremos promover y la cantidad y diversidad de las personas y/o grupos involucrados nos daremos cuenta que se necesita un período de arranque más largo para el reclutamiento de personal, la capacitación y la transición a la implementación del proyecto. Una forma práctica de disminuir este período inicial es implementar las intervenciones de salud

TABLA 16. INTERVENCIONES PARTE DEL PAQUETE DE ATENCIÓN ESENCIAL DEL RECIÉN NACIDO

Individuos o grupos involucrados en la intervención	Tipo de intervención			
	Conciencia/sensibilización	Capacitación técnica	Consejería Interpersonal/Educación	Mejorando los enlaces y la referencia
Madres/familias	<ul style="list-style-type: none"> Llevar acabo reuniones de mujeres embarazadas Brindar a las familias información sobre preparación para el parto Proveer a las familias con equipos para parto seguro Capacitar a las familias en la identificación de signos de peligro 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a las madres en la iniciación inmediata de la lactancia materna y lactancia exclusiva hasta por lo menos seis meses En los lugares donde el parto domiciliar es común capacitar a las madres para que sequen y abriguen al recién nacido inmediatamente que nace Capacitar a las madres a reconocer y buscar atención cuando hay señales de peligro perinatal. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a las familias con la planificación de la preparación para el parto Utilizar la educación o la consejería para ayudar a las madres a identificar las señales de peligro 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a las madres a identificar las señales de peligro Instar a las madres y sus familias a buscar atención fuera del hogar cuando hay problemas
PT/ACS	<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniones regulares de PT para enseñarles habilidades, discutir experiencias y refrescar conocimientos 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a PT/ACS para proveer inmunización con TT Como dar resucitación simple y como iniciar la lactancia materna inmediata y exclusiva Capacitar PT/ACS en la identificación de señales de peligro Capacitar PT/ACS en hacer visitas postnatales, incluyendo inmunizaciones y el monitoreo de signos de infección 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar las PT/ACS como educadores de madres y/o grupos comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar PT/ACS para identificar señales de peligro Utilizar a las PT/ACS como coordinadores de la referencia
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniones comunitarias para discutir salud neonatal Utilizar métodos participativos tales como el autodiagnóstico comunitario Hacer que la comunidades participen en el desarrollo de materiales IEC para efectuar cambios de conducta (radio/TV/impreso) 		<ul style="list-style-type: none"> Proveer educación sobre salud neonatal a los grupos de mujeres y grupos de hombres 	<ul style="list-style-type: none"> Contribuir con la realización de planes para transporte comunitario
Unidades de salud		<ul style="list-style-type: none"> Brindar capacitación de calidad en cuidados esenciales del recién nacido 		<ul style="list-style-type: none"> Proveer capacitación para que la sensibilización cultural mejore las relaciones entre las PT/ACS y el personal del sector formal de salud

neonatal en sitios donde ya hay ONG implementando actividades de supervivencia infantil o salud materna basadas en la comunidad. En casi todos los estudios de casos se pueden encontrar ejemplos de cómo construir a partir de la infraestructura programática ya existente (tanto de supervivencia infantil/salud materna como de otros programas que no son de salud). CARE Guatemala añadió un proyecto de atención de salud neonatal a las actividades de la región del Triángulo de Ixil tres años después de que habían iniciado otras intervenciones de salud. Para aumentar la capacidad en la identificación de las señales de peligro y motivar a las comunidades a desarrollar sus propias propuestas de salud neonatal, CARE Bolivia aprovechó los grupos existente de hombres y de mujeres de una intervención materno- infantil anterior para el manejo de enfermedades diarreicas, prevención de VIH/SIDA y la promoción de educación básica en salud materno-infantil. Save the Children en Oruro, Bolivia, en el año 2000 empezó el desarrollo de un sistema de vigilancia para el monitoreo de enfermedades infantiles. En este programa se capacitaron miembros de la comunidad en la recolección de información para el sistema de información y el Proyecto de SNL lo está expandiendo para rastrear los resultados de las enfermedades neonatales. En los casos en donde no hay programas de salud materno-infantil, la experiencia que tengan los socios locales en el área puede ser muy valiosa. En Honduras CRS se sirvió de la experiencia que tenía el Proyecto de Aguas de COCEPRADII, una ONG local, en el diseño de comités de emergencia, éstos fueron los que luego facilitaron el transporte para emergencias obstétricas hacia las unidades de salud.

Las áreas peri-urbanas y rurales demandan diferentes enfoques.

Los estudios de casos sugieren que las áreas peri-urbanas y rurales requieren diferentes enfoques para las intervenciones de salud neonatal. Aunque ambas áreas sufren de falta de recursos humanos y financieros es muy frecuente que sean diferentes: el acceso a los servicios, la competencia técnica de los proveedores de servicios de atención primaria y secundaria y la capacidad para el manejo de complicaciones tales como cesáreas y otras intervenciones altamente técnicas.

En las áreas peri-urbanas bien establecidas puede que existan unidades de salud capaces de manejar partos y/o complicaciones del parto, pero en muchas

áreas rurales puede que no existan unidades de salud con capacidad para la atención obstétrica y neonatal. Las mujeres y los recién nacidos en las áreas peri-urbanas de rápido crecimiento tales como El Alto en Bolivia, pueden tener acceso a algunas de estas unidades de salud y aún así no recibir atención. Es común que las esperas sean muy prolongadas ya que estas áreas están sobrepobladas y la infraestructura del sistema de salud no ha podido mantenerse a la par con el crecimiento poblacional. En otros casos, el énfasis en el parto institucional en áreas urbanas y peri-urbanas causado un incremento en la frecuencia de las cesáreas en casos donde tal vez no son médicamente necesarias o donde no hay una buena calidad de servicio. Es importante notar que la proximidad geográfica de las áreas peri-urbanas de bajos recursos a los hospitales de los centros urbanos reduce la barrera geográfica a la atención, lo cual disminuye potencialmente el acceso. Sin embargo, aunque en las áreas peri-urbanas hay mejor acceso al servicio, en comparación con las remotas áreas rurales, todavía existen bajas tasas de utilización de los servicios. Esto puede deberse en gran parte a las diferencias culturales que se describirán en la siguiente sección.

También es importante analizar el impacto que la geografía y el acceso a los servicios de salud tiene sobre los roles asignados a las parteras tradicionales, promotoras (promotores de salud), técnicos (especialistas técnicos) parteras capacitadas, enfermeras, y médicos. En áreas peri-urbanas con sistemas de salud accesibles, se necesitan intervenciones para enlazar las comunidades a los sistemas de salud existentes; en las áreas peri-urbanas con servicios de salud sobrecargados, tales como en El Alto, Bolivia, se necesitan intervenciones para promover el auto-cuidado y la referencia en casos de emergencias. En las áreas rurales que no tienen ningún sistema formal de salud, los roles de la partera tradicional pueden ampliarse y las madres y los miembros de la familia pueden aprender a identificar los signos de peligro en la madre y el recién nacido, así como también algunas intervenciones técnicas básicas en cuidados inmediatos del recién nacido. En las áreas rurales donde es posible el transporte a un hospital de referencia o unidad de atención obstétrica, las intervenciones como el Programa de Supervivencia Infantil de CARE Nicaragua o el Programa de Supervivencia Infantil Basado en la Comunidad de CRS Honduras podrían ser los adecuados. Estas intervenciones capacitan a las PT en

atención inmediata del recién nacido en partos normales y al mismo tiempo, a través de planes de transporte previamente organizados, facilitan la referencia a los hospitales en casos de emergencia.

Barreras culturales que afectan la utilización del sistema formal de salud.

Para lograr el acceso de los servicios de salud las mujeres pueden enfrentar barreras de tipo cultural, económico, psicológico, técnico y administrativo. (Kwast, 1996). Algunos de los estudios de casos han identificado aparentes barreras culturales al acceso y utilización de la atención. En áreas peri-urbanas y áreas rurales donde se puede acceder al parto institucional, los partos todavía pueden tener lugar en la casa porque las madres se sienten más respetadas por las parteras tradicionales o los miembros de su familia que por los proveedores del sistema formal de salud. Las madres agradecen una atención que está más acorde con la manera en que ellas entienden el proceso del parto; especialmente en las áreas rurales las madres respetan mucho a los proveedores de salud que entienden sus costumbres y hablan su mismo idioma. Puede que las madres no busquen atención cuando sus bebés están enfermos debido a las creencias culturales sobre el significado de la enfermedad y/o la percepción de que el recién nacido es demasiado vulnerable para que se le saque de la casa. En muchos casos, las decisiones médicas se hacen en base a un razonamiento no médico, determinadas más por lo que es culturalmente apropiado que lo que es médicamente necesario (Kwast, 1996). Y si buscan atención fuera de la casa, puede suceder que las madres no estén familiarizadas con el sistema formal de salud y sientan miedo de las diferencias culturales y de idioma.

También se deben mencionar las relaciones entre las PT y el sistema formal de salud. Esta relación es por lo general tirante por la percepción de superioridad que tienen los proveedores de salud del sistema formal y se ha visto empeorada por las políticas gubernamentales que apuntan a la eliminación del rol de la PT. En los lugares en que aún existen las PT (principalmente en áreas rurales), ellas pueden ser el enlace potencial vital entre las comunidades y las unidades de referencia, pero el valor de este rol puede fácilmente verse comprometido si su interacción con los proveedores del sistema formal de salud es mala. CARE Perú encontró que el fortalecimiento de las habilidades de las PT en la referencia de partos complicados se veía comprometido

por el hecho de que los proveedores del MS no tenían una buena relación con las parteras. La interacción negativa constante puede desanimar a las parteras a continuar coordinando referencias de mujeres con complicaciones obstétricas o recién nacidos enfermos.

Las intervenciones que animan un mejor relacionamiento y sensibilidad cultural entre los proveedores del sistema formal de salud, las mujeres y la PT que tiene contacto con ellas podrían ayudar a elevar las tasas de partos institucionales y las de conductas adecuadas a la búsqueda de atención. Los proveedores formales de salud se beneficiarían mucho si se familiarizaran en algún grado con el idioma de sus pacientes, así como también con las creencias culturales que rodean el nacimiento/parto y el cuidado de los bebés. Este tipo de sensibilización puede combinarse con éxito en una capacitación sobre calidad de servicio para los proveedores de salud (O'Rourke, 1995). Un ejemplo de este tipo de intervención es un Estudio Caso de las actividades de PCI en Cochabamba, Bolivia, las cuales incluían capacitación en sensibilización (además de capacitación en calidad de atención) para los proveedores del sistema formal animándolos a tener relaciones de mayor calidez con las madres y las PT. CRS Honduras cerró la brecha entre las PT y la el personal del sistema formal de salud capacitando a las parteras dentro del hospital, lo que desarrolló comunicación y confianza.

Se puede mejorar la capacidad de expansión y sostenibilidad realizando alianzas verticales y horizontales.

Las intervenciones de salud neonatal son intervenciones más o menos nuevas y requerirán de una movilización, a nivel nacional, de voluntad política significativa antes de que sean incorporadas a los programas de salud de los gobiernos de los países de LAC. Esta movilización política dependerá de la formación de alianzas verticales y de obtener ejemplos exitosos de intervenciones piloto con base en la comunidad, el éxito de estas intervenciones depende ampliamente de la formación de alianzas horizontales.

Las alianzas verticales sólidas del nivel comunitario con el centro de salud del distrito hasta llegar al nivel nacional requieren que todo el sistema de salud nacional comunique a los formuladores de políticas la necesidad de hacer intervenciones de salud neonatal y que estos vean proyectos pilotos exitosos de

salud neonatal. La expansión de los proyectos que han probado ser exitosos en la comunidad será lenta si no imposible sin la formación de alianzas efectivas entre los diferentes actores de los múltiples niveles del sistema de salud. El ejemplo de PROCOSI/SNL Bolivia nos muestra lo rápido que podemos avanzar y lo mucho que podemos hacer para lograr la incorporación de la salud neonatal en los planes estratégicos nacionales. Desarrollar un sistema de salud eficiente implica logros tales como mejorar la capacitación del personal de salud e implementar planes como el seguro de salud materna y del recién nacido. En los estudios de casos tenemos el perfil de SNL Bolivia (PROCOSI) que nos brinda el mejor ejemplo de alianzas verticales sólidas desde la comunidad hasta llegar al nivel nacional. Es muy importante notar que tanto SNL Bolivia (PROCOSI) y SNL Guatemala han emprendido acciones de abogacía en los niveles distritales y nacionales en favor de la salud neonatal y estos son posibles gracias a estas alianzas verticales.

Movilizar la voluntad política para expandir proyectos a nivel nacional también depende de la efectividad de los proyectos pilotos. La planificación y ejecución de intervenciones exitosas de salud neonatal requiere de una amplia coordinación entre los miembros de la comunidad, las ONG, las agencias gubernamentales, las unidades de salud y/o las universidades (dónde las haya). El éxito de estos proyectos descansa en la posibilidad de cultivar alianzas horizontales sólidas entre las comunidades, con relaciones respetuosas del conocimiento local, sus costumbres y el estatus que tienen los individuos y grupos, incluyendo a las PT, ACS, ONG, grupos de mujeres, grupos de hombres, proveedores de salud del sistema formal y las autoridades de los gobiernos locales. Un ejemplo de como una ONG puede cultivar esas alianzas horizontales se ilustra en el ejemplo de CARE Nicaragua en Matagalpa, quienes han coordinado con un equipo de miembros de la comunidad (ACS, PT, consejeras de lactancia materna, y los conductores del transporte de emergencia) para dar atención a los partos y cuando es necesario coordinar las referencias al hospital de la ciudad de Matagalpa. CARE Nicaragua trabaja para mantener estas alianzas horizontales tanto dentro de las comunidades como entre las comunidades, el personal y las autoridades del hospital de referencia y las agencias del gobierno local.

4.2. Roles para las ONG

Las ONG tienen roles claves que desempeñar en la implementación efectiva de las intervenciones para la salud neonatal por muchas razones. La mortalidad neonatal es más alta en las comunidades postergadas a las cuales es difícil llegar, áreas que típicamente son el objetivo de las ONG (Gellert, 1996; Levinger y McLeod, 2002; Winch et al., 2002). Las ONG traen a la mesa su experiencia técnica en intervenciones de atención neonatal, conciencia cultural y de las situaciones de las comunidades en las cuales trabajan y tienen sistemas bien desarrollados para la disseminación de resultados (Levinger y McLeod, 2002). Son responsables ante las agencias donantes y están acostumbradas a trabajar en ámbitos con pocos recursos y son además muy hábiles cuando les toca desarrollar soluciones creativas y costo-efectivas.

Las ONG también tienen la habilidad de funcionar como enlaces entre las comunidades, las estructuras de salud distritales y los ministerios nacionales de salud porque tienen la confianza de las comunidades en las que han tenido una larga permanencia, así como relaciones con otras ONG y con diferentes niveles del gobierno, (Levinger y McLeod, 2002). Las ONG se distinguen por su capacidad para desarrollar relaciones creativas entre los diferentes actores involucrados en la salud neonatal y en su capacidad de respuesta a las expectativas de las agencias donantes y a los requisitos de los gobiernos en los países en que trabajan, particularmente a las de los ministerios de salud.

Las cuatro fortalezas principales de las ONG identificadas por Levinger y McLeod (Levinger y McLeod, 2002):

- 1) Su trabajo se enfoca predominantemente en la comunidad, y generalmente esta basado en la comunidad,
- 2) La amplia circulación de los resultados de su trabajo sirve para el rol de abogacía y para la obtención de recursos,
- 3) Se apoyan en alianzas para tener éxito (un componente crucial en el desarrollo de una cadena continua de atención neonatal) y
- 4) Cultivan la sostenibilidad, desarrollo de capacidades, y la habilidad para la expansión de los proyectos.

Otra fortaleza única de las ONG es su capacidad para promover efectivamente el compromiso local (Gellert, 1996). La comunidad meta de las ONG ofrece

TABLA 17. TIPOS DE ACTIVIDAD QUE EMPRENDEN LAS ONG DE LOS ESTUDIOS DE CASOS

Estudio caso	Campos de Acción					Redes
	Servicios	Capacitación	Movilización de recursos	Investigación e innovación	Abogacía en políticas	
CARE Nicaragua	X	X	X			
CARE Perú	X	X	X	X (vigilancia)		
SNL Guatemala	X	X		X	X	
SNL Bolivia	X	X	X	X	X	X

** Categorías de campos de acción tomados de (Levinger y McLeod, 2002).

una oportunidad no solo crear conciencia sobre los aspectos de la salud neonatal a nivel comunitario si no que también para diseñar programas para el autocuidado efectivo e intervenciones con técnicas básicas que puedan efectuarse dentro del hogar. Los enfoques gubernamentales de salud neonatal que no están basados en la comunidad, especialmente en las áreas en que los partos no son institucionales, no abordan muchas de las causas de la mortalidad neonatal porque no afectan las conductas que se siguen durante e inmediatamente después del parto. Los enfoques comunitarios que estimulan el diálogo y/o la investigación formativa y obtienen conocimientos importantes sobre las creencias y prácticas culturales locales que de no comprenderse podrían comprometer el éxito de la intervención. Al educar directamente a los miembros de la comunidad o al motivar a las comunidades a identificar y resolver sus problemas, el enfoque participativo logra al mismo tiempo educar y preparar a las mujeres para la maternidad y fortalecer las habilidades y la preparación de los miembros de la comunidad que son los proveedores de atención en los partos de estas mujeres.

Informes como este que divulgan los resultados del trabajo de las ONG ayudan a crear conciencia del creciente número de programas de atención neonatal y permite que se compartan las lecciones aprendidas y se llame la atención hacia las áreas que necesitan más estudio. Sin la información adecuada, su documentación y diseminación la situación del “recién nacido invisible” permanecería sin enfrentarse. Los esfuerzos de las ONG en el monitoreo y evaluación de sus programas contribuyen a la expansión de

programas piloto exitosos a los niveles distritales o nacionales, a la movilización de la voluntad política en los países de LAC, a la obtención de financiamiento de los países donantes y a la creación de conciencia sobre las intervenciones exitosas que ya existen para prevenir la mortalidad neonatal.

Las ONG trabajan con espíritu de cooperación y no de rivalidad y es por esta razón que con facilidad forman alianzas con otras ONG (como es el caso de PROCOSI), así como también con las agencias gubernamentales (Levinger y McLeod, 2002). Las ONG están involucradas en diferentes capacidades en diferentes iniciativas porque pueden sostener alianzas constructivas que les permiten servir de enlace entre otros actores de la salud neonatal, incluyendo a los miembros de la comunidad, grupos comunitarios influyentes, curanderos tradicionales, ministerios de salud, y agencias de desarrollo bilaterales y multilaterales.

Las ONG valoran la innovaciones costo-efectivas y el desarrollo de capacidad en la comunidad y es por eso que sus programas serán con frecuencia mas sostenibles y con mayores posibilidades de expansión (Levinger y McLeod, 2002). El hecho de que tiene una enorme responsabilidad ante las agencias donantes hace a las ONG maximizar el costo-efectividad de sus programas y con frecuencia desarrollar soluciones innovadoras para los problemas (Gellert, 1996). Las ONG ofrecen habilidades únicas para desarrollar la capacidad de las comunidades de enfrentar por sí mismas la mortalidad neonatal, lo que hace sostenibles los cambios de conductas (Gellert, 1996). Las ONG también repiten rutinariamente sus

experiencias exitosas en otras localidades. Cuando la investigación evaluativa encuentra enfoques que son costo-efectivos las ONG pueden expandir estas lecciones aprendidas, con frecuencia apoyándose en las relaciones que mantienen con los ministerios de salud y otras ONG para agregar o coordinar recursos (Levinger y McLeod, 2002). Desde el espectro de su amplia experiencia en una cantidad de ámbitos locales las ONG también reconocen que la simple réplica de un programa traído de otro contexto puede no tener éxito si no se planea cuidadosamente y se investiga exhaustivamente, esta es una característica que ayuda a que las intervenciones sean adecuadas a su contexto particular.

Bárbara Kwast observa que muchas diferentes categorías de intervención son críticas para desarrollar un programa integral para la atención materna basado en la comunidad (estas categorías se extienden naturalmente a la atención neonatal), incluyen capacitación, IEC, gerencia y supervisión, logística, investigación/monitoreo/evaluación y formulación de políticas (Kwast, 1996). Las ONG son muy adecuadas para los diferentes roles en todos estos tipos de intervenciones de atención materna y neonatal de acuerdo a Levinger y McLeod: ellos dicen que las ONG son proveedoras de servicios, capacitación, recursos financieros, investigación y evaluación, abogacía política y desarrollo de redes (Levinger y McLeod, 2002). La Tabla 17 demuestra el rango de actividades en las cuales las ONG de los estudios de casos están involucradas: el ejemplo de SNL Bolivia muestra que las ONG pueden involucrarse en muchas de las actividades de este amplio espectro. Aún cuando las ONG rara vez proveen todos los servicios accesibles en cada una de estas áreas, con frecuencia son los actores clave en diferentes campos, ya que otros actores, tales como hospitales o universidades, pueden estar activos en uno o dos campos. El hecho de que muchas ONG son muy activas en el nivel comunitario, en el nivel de sub-distrito y de distrito, en el nivel nacional y hasta en el internacional, hace que puedan brindar comunicación y servir de enlaces entre las comunidades y las instituciones que deben servirles.

4.3. Agenda para la evaluación de un programa y una investigación operativa

La información necesaria para apoyar o cuestionar la efectividad de un programa de intervención en salud

neonatal es escasa, principalmente debido a que muchas de ellas recién empiezan. Los perfiles de los estudios de casos en este documento están todavía operando y aunque muchos tienen datos de línea base (SNL Bolivia y SNL Guatemala), la mayor parte de estos proyectos todavía no han terminado y puede que tengan información de línea base, pero no de medio término o información final para diseminar. Esperamos que la información de la evaluación y del proceso esté disponible en breve y que ofrezca logros importantes para utilizarlos en el diseño de futuras intervenciones de salud neonatal en los países de LAC.

A medida que se completen y diseminen los resultados de sus evaluaciones de medio término y finales, los proyectos de los estudios de casos continuarán aclarando aspectos operativos sobre la salud neonatal, sugiriendo estrategias perfeccionadas y mejores prácticas para efectuar cambios. Los formuladores de políticas y los planificadores de programas necesitan buena información para hacer una mejor asignación de fondos y evaluar el desempeño de los programas. La evaluación y recolección información sobre la salud del recién nacido es una actividad que por lo general ha estado a cargo de las unidades de salud, no de la comunidad que es donde la mayor parte de los recién nacidos muere (Ross, 1998; SNL, 2001). Con la excepción del éxito documentado por CRS en Intibucá, Honduras, la poca información sobre la efectividad de las intervenciones de salud neonatal con base en la comunidad sugiere un número de oportunidades potenciales para la evaluación de programa e investigaciones operativas.

- Costo y costo-efectividad:
 - ¿Cuál es el costo comparativo y el costo-efectividad de los diferentes modelos de implementación de las intervenciones de salud neonatal con base en la comunidad?
- Sostenibilidad:
 - ¿Qué tan sostenibles son las complicadas intervenciones de salud neonatal de múltiples componentes? Podrían estas intervenciones ser menos complejas para mejorar su sostenibilidad y mantener al mismo tiempo su sostenibilidad?
 - ¿Cuál es la factibilidad comparativa de utilizar voluntarios versus personal con salario/incentivos para llevar a cabo intervenciones de salud neonatal? Habrá formas de recompensar al personal sin poner en peligro la sostenibilidad?
- Desempeño:

- ¿Qué tan confiables son las PT y los ACS en el desempeño de las competencias claves arriba descritas? Habrá otras competencias claves que puedan realizar?
- Qué señales de peligro en los recién nacidos pueden identificarse con exactitud a nivel del hogar? Por la PT o ACS? a nivel de unidades de salud? de las unidades de segundo nivel?
- Aspectos Culturales:
 - ¿Qué abordajes se pueden utilizar para vencer las diferencias culturales y de idioma entre las madres/PT y los proveedores del sector formal de salud? Con estos abordajes se podrá incrementar la utilización de los servicios de referencia?
 - ¿Qué buenos modelos existen para mejorar las habilidades de la PT y cambiar las practicas tradicionales dañinas tales como el masaje fetal y volverlas beneficiosas?
- ¿Existen modelos de estrategias para cambios de comportamiento que funcionen con, en vez de contra, las creencias y prácticas locales de salud neonatal?
- Documentacion y diseminación:
 - ¿Se puede utilizar una lista estandarizada de indicadores de salud neonatal en las intervenciones de los países de LAC? (La mayoría de los estudios de casos que se describieron en este informe no han medido indicadores de atención neonatal relevantes, solamente la tasa de inmunización prenatal de TT.)
 - ¿Qué métodos para la recolección de información y evaluación deberían utilizar las ONG que trabajan con atención neonatal para mejorar la cantidad y calidad de información de los proyectos? Cuales son las necesidades de capacitación de las ONG en estas áreas?



Conclusiones

Para continuar reduciendo más la tasa de mortalidad del menor de cinco en la región LAC será necesario que nos enfoquemos en la mortalidad neonatal. No es tarea fácil reducir la mortalidad neonatal, pero hay esperanzas: ya existen intervenciones sencillas y efectivas. El reto que aún queda es operacionalizar estas intervenciones de baja tecnología que ya están siendo implementadas por las ONG descritas en los estudios de casos en este informe. No sorprende que los esfuerzos para reducir la mortalidad neonatal sean más necesarios en las

áreas rurales remotas y los barrios marginales de las áreas peri-urbanas. Estas tienen las tasa más altas de mortalidad neonatal, causadas especialmente por la falta de personal capacitado en la atención de los cuatro períodos críticos en la salud neonatal: antes de la concepción, el período prenatal, parto, y el período postnatal.

Los estudios de casos presentados en este informe representan solamente algunos de los pocos ejemplos de intervenciones en salud neonatal con base en la comunidad en los países de LAC. Los enfoques basados en la comunidad son vehículos ideales para las intervenciones en salud neonatal de las comunidades más postergadas, porque en estas áreas, la mayoría de las muertes neonatales ocurren en la casa o en la comunidad y no en las unidades de salud. En la actualidad muy poco se sabe sobre las causas exactas de la mortalidad neonatal en muchas de estas comunidades a causa de invisibilidad del recién nacido y de que la información sobre los resultados del parto no es registrada. En áreas de pocos recursos, las comunidades mismas se benefician trabajando para resolver sus problemas de salud neonatal a través del autodiagnóstico y la capacitación sobre autocuidado. El uso del enfoque participativo con base en la

comunidad ayuda a las comunidades en las áreas en las cuales el sistema formal de salud esta sobrecargado ya que las hace menos dependientes del sistema. Las comunidades en áreas tan alejadas de las unidades que hace imposible la atención rutinaria también podrían utilizar este enfoque para maximizar su capacidad en el manejo de los partos normales y priorizar la referencia de complicaciones.

En este informe se han considerado los roles que pueden asumir los diferentes actores en las intervenciones para reducir la mortalidad neonatal basadas en la comunidad. Aún cuando la información de los estudios de casos sobre la efectividad total, el costo-efectividad y la sostenibilidad no se encuentre todavía disponible, las semejanzas entre proyectos permiten postular algunas competencias claves para la PT, los ACS y otros individuos que están presentes durante el parto, así como también una consideración preliminar de los tipos de intervenciones que se podrían incorporar en cualquier paquete de atención neonatal. Las experiencias de las ONG en las que se basan los estudios de casos sugieren un rol ampliado para algunas PT y ACS en la ejecución de algunas intervenciones técnicas para cuidados inmediatos del recién nacido, pero se necesita más información sobre

las intervenciones específicas que las PT y los ACS pueden realizar de forma confiable a nivel comunitario. También animan a pensar en algunos grupos comunitarios no solo como receptores de educación si no también como generadores y transmisores de esta información. La capacitación del personal de salud en la calidad de atención es un componente importante de la intervención, pero rara vez es el punto central de estas intervenciones basadas en la comunidad, ya que los partos en las unidades de salud son raros. Aún así es claro que se necesita que haya mejores nexos dentro de las comunidades y que se mejore la referencia de las complicaciones. En las áreas rurales las brigadas de transporte de emergencia podrían constituir una intervención concreta y de manera más abstracta, la mejora de la interacción (calidez y respeto) entre los profesionales del sistema de salud y las madres que los necesitan. La capacitación de los profesionales para que su trato con las PT y los ACS sea más respetuoso también mejoraría la referencia de la comunidad hacia las unidades de salud: un mejor trato motivaría a las PT y ACS a hacer la referencia cuando ésta sea necesaria.

Aunque las áreas rurales y peri-urbanas tienen altos índices de mortalidad neonatal y la misma falta de recursos, existen diferencias importantes que considerar a la hora de planificar programas para estos dos contextos. Las áreas rurales enfrentan con más frecuencia limitaciones de tipo geográfico para que la referencia sea factible y se apoyan más en los voluntarios no calificados y en las pocas parteras capacitadas. Por otra parte, las áreas peri-urbanas por lo general tendrán más acceso a la atención, pero tienen una población tan heterogénea que la utilización de los servicios con frecuencia será menor, ya que culturalmente están poco familiarizadas o se sienten incómodas dentro del sistema formal de salud. En las áreas rurales tanto como en las áreas peri-urbanas, los programas deben considerar que las barreras hacia la búsqueda de atención para las enfermedades del neonato con frecuencia se deben a las creencias y prácticas tradicionales sobre el parto y la vulnerabilidad del recién nacido. Dar respuesta a estas barreras requerirá que se respete el conocimiento local y en muchos casos, reflexionar sobre las ventajas que tendría un cambio de conducta del paradigma biomédico hacia la introducción de prácticas nuevas que armonicen con las creencias y el conocimiento

tradicional. La investigación formativa puede ayudar con la identificación de creencias y conocimiento tradicional y de intervenciones tales como la capacitación para sensibilizar al personal del sistema formal de salud sobre la cultura de sus usuarios y como obtener el apoyo efectivo hacia la búsqueda de atención neonatal de las figuras culturalmente respetadas para deshacer las barreras hacia la búsqueda de atención. En algunos de los estudios de casos había poca información sobre los resultados, mientras que en otros las evaluaciones están apenas realizándose. Se necesitan mayores esfuerzos para definir qué resultados deben ser medidos en los nuevos programas, con el fin de medir en el futuro los avances logrados.

El hecho de que las ONG sirven a los más pobres entre los pobres las hace ideales para ser líderes en los esfuerzos de reducir la mortalidad neonatal, especialmente en las áreas postergadas como las remotas áreas rurales y los barrios peri-urbanos. Es en estos lugares donde con frecuencia son ellas quienes proveen la única atención de salud accesible y contribuyen con una variedad de habilidades en movilización comunitaria y desarrollo de capacidades, asistencia técnica, abogacía y formación de redes de apoyo. Las ONG son líderes valiosos y socios en la salud neonatal porque su trabajo se centra en la comunidad, donde las intervenciones para prevenir la muerte neonatal deben comenzar. Como ya trabajan en esas comunidades protegiendo la salud de mujeres y niños estas ONG están ya en posición de expandir su rol e incluir la protección de los recién nacidos. Como lo demuestran los estudios de casos el integrar la atención neonatal con las intervenciones de salud materna ya existentes puede reducir el tiempo de arranque y enfrentar simultáneamente los problemas de la mortalidad materna y neonatal. Por supuesto que las ONG cumplen un rol importante al facilitar enlaces constructivos entre las preocupaciones de los voluntarios que entienden las necesidades de sus propias comunidades y los objetivos en salud neonatal locales y nacionales de los ministerios de salud. El trabajo de las ONG en los países de LAC en general promete generar modelos efectivos para la atención neonatal basados en la comunidad, desarrollar capital social y abogar para que se asignen recursos nacionales para salvar la vida de los recién nacidos.

BIBLIOGRAFÍA

- AbouZahr, C. y Wardlaw, T. (2000). Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. WHO, UNICEF, and UNFPA: Geneva.
- . (2001). Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bull World Health Organ*, 79, 561–8.
- Acosta, A.A., Cabezas, E. y Chaparro, J.C. (2000). Present and future of maternal mortality in Latin America. *Int J Gynaecol Obstet*, 70, 125–31.
- Aguilar, A.M., Alvarado, R., Cordero, D., Kelly, P., Zamora, A. y Salgado, R. (1998). Mortality Survey in Bolivia: the Final Report. Investigating and Identifying the Causes of Death for Children Under Five. Published for USAID by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) Project: Arlington, VA.
- Ahluwalia, I.B., Schmid, T., Kouletio, M. y Kanenda, O. (2003). An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *Int J Gynaecol Obstet*, 82, 231–40.
- Anderson, F., Rosales, A., Flores, A., Galindo, J. y Russell, S. (2004). Final Evaluation: Community-Based Child Survival
- Intibuca, Honduras. Catholic Relief Services: Baltimore MD.
- Barros, F.C., Vaughan, J.P., Victora, C.G. y Huttly, S.R. (1991). Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet*, 338, 167–9.
- Bender, D.E., Rivera, T. y Madonna, D. (1993). Rural origin as a risk factor for maternal and child health in periurban Bolivia. *Soc Sci Med*, 37, 1345–9.
- Black, R.E., Morris, S.S. y Bryce, J. (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 361, 2226–34.
- Carvalho, I., Chacham, A.S. y Viana, P. (1998). Traditional birth attendants and their practices in the State of Pernambuco rural area, Brazil, 1996. *Int J Gynaecol Obstet*, 63 Suppl 1, S53–60.
- Castaneda Camey, X., Garcia Barrios, C., Romero Guerrero, X., Nunez-Urquiza, R.M., Gonzalez Hernandez, D. y Langer Glass, A. (1996). Traditional birth attendants in Mexico: advantages and inadequacies of care for normal deliveries. *Soc Sci Med*, 43, 199–207.
- Conde-Agudelo, A., Belizan, J.M. y Diaz-Rossello, J.L. (2000). Epidemiology of fetal death in Latin America. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 79, 371–378.
- Cosminsky, S. (1994). Childbirth and change: A Guatemalan study. In *Ethnography of Fertility and Birth*, MacCormack, C.P. (ed) pp. 195–219. Waveland Press, Inc.: Prospect Heights, IL.
- De Bernis, L., Sherratt, D.R., AbouZahr, C. y Van Lerberghe, W. (2003). Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care. *Br Med Bull*, 67, 39–57.
- de Meer, K., Bergman, R. y Kusner, J.S. (1993). Socio-cultural determinants of child mortality in southern Peru: including some methodological considerations. *Soc Sci Med*, 36, 317–31.
- Essien, E., Ifenne, D., Sabitu, K., Musa, A., Alti-Mu'azu, M., Adidu, V., Golji, N. y Mukaddas, M. (1997). Community loan funds and transport services for obstetric emergencies in northern Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*, 59, S237–44.
- Estrada, K. (2003). Informe final investigación cualitativa. Proyecto Saving Newborn Lives (SNL)—Maya Salud Neonatal Save the Children/USA Guatemala.
- Fernandez, A., Mondkar, J. y Mathai, S. (2003). Urban slum-specific issues in neonatal survival. *Indian Pediatr*, 40, 1161–6.
- Gellert, G.A. (1996). Non-governmental organizations in international health: past successes, future challenges. *Int J Health Plann Manage*, 11, 19–31.
- Gloyd, S., Chai, S. y Mercer, M.A. (2001). Antenatal syphilis in sub-Saharan Africa: missed opportunities for mortality reduction. *Health Policy Plan*, 16, 29–34.
- Gonzales, A. y Howard-Grabman, L. (1998). Scaling up the Warmi Project—Lessons learned: mobilizing Bolivian communities around reproductive health. Save the Children Federation, Inc. Bolivia Field Office.: La Paz.
- Hinderaker, S., Olsen, B.E., Bergsjö, P.B., Gasheka, P., Lie, R.T., Havnen, J. y Kvale, G. (2003). Avoidable stillbirths and neonatal deaths in rural Tanzania. *BJOG*, 110, 616–623.
- Hunt, L.M., Glantz, N.M. y Halperin, D.C. (2002). Childbirth care-seeking behavior in Chiapas. *Health Care Women Int*, 23, 98–118.

- Jenkins, G.L. (2003). Burning bridges: policy, practice, and the destruction of midwifery in rural Costa Rica. *Soc Sci Med*, 56, 1893–909.
- Kamal, I.T. (1998). The traditional birth attendant: a reality and a challenge. *Int J Gynaecol Obstet*, 63 Suppl 1, S43–52.
- Koblinsky, M.A., Campbell, O. y Heichelheim, J. (1999). Organizing delivery care: what works for safe motherhood? *Bull World Health Organ*, 77, 399–406.
- Kwast, B.E. (1995). Building a community-based maternity program. *Int J Gynaecol Obstet*, 48 Suppl, S67–82.
- . (1996). Reduction of maternal and perinatal mortality in rural and peri-urban settings: what works? *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 69, 47–53.
- Lansky, S., Franca, E. y Carmo Leal, M. (2002). Avoidable perinatal deaths in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 1999. *Cad Saude Publica.*, 18, 1389–1400.
- Levinger, B. y McLeod, J. (2002). A wealth of opportunities: Partnering with CORE and CORE Group members. Center for Organizational Learning and Development, Education Development Center: Washington DC.
- Misago, C., Kendall, C., Freitas, P., Haneda, K., Silveira, D., Onuki, D., Mori, T., Sadamori, T. y Umenai, T. (2001). From ‘culture of dehumanization of childbirth’ to ‘childbirth as a transformative experience’: changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*, 75 Suppl 1, S67–72.
- Morrow, A.L., Guerrero, M.L., Shults, J., Calva, J.J., Lutter, C., Bravo, J., Ruiz-Palacios, G., Morrow, R.C. y Butterfoss, F.D. (1999). Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 353, 1226–31.
- O’Rourke, K. (1995). The effect of hospital staff training on management of obstetrical patients referred by traditional birth attendants. *Int J Gynaecol Obstet*, 48, S95–102.
- Patterson, L.S., O’Connell, C.M. y Baskett, T.F. (2002). Maternal and perinatal morbidity associated with classic and inverted T cesarean incisions. *Obstet Gynecol.*, 100, 633–637.
- Perez-Escamilla, R. (1993). Breast-feeding patterns in nine Latin American y Caribbean countries. *Bull Pan Am Health Organ*, 27, 32–42.
- . (2003). Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story? *Cad Saude Publica.*, 19, S119–27.
- Perez-Escamilla, R. y Dewey, K.G. (1992). The epidemiology of breast-feeding in Mexico: rural vs. urban areas. *Bull Pan Am Health Organ*, 26, 30–6.
- Perez-Escamilla, R., Segura-Millan, S., Pollitt, E. y DEWEY, K.G. (1993). Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 37, 1069–78.
- Perreira, K.M., Bailey, P.E., de Bocaletti, E., Hurtado, E., Recinos de Villagran, S. y Matute, J. (2002). Increasing awareness of danger signs in pregnancy through community- and clinic-based education in Guatemala. *Matern Child Health J*, 6, 19–28.
- Portela, A. y Santarelli, C. (2003). Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *Br Med Bull*, 67, 59–72.
- Ramos, A.M., Maranhao, T.D., Macedo, A.S., J.I., P. y Emond, A.M. (2000). Project Pro-natal: population-based study of perinatal and infant mortality in natal, Northeast Brazil. *Pediatr Dev Pathol*, 3, 29–35.
- Rodgers, K.A., Little, M. y Nelson, S. (2004). Outcomes of Training Traditional Birth Attendants in Rural Honduras: Comparison With a Control Group. *Journal of Health and Population in Developing Countries*.
- Rodrigues, A.V., de Siqueira, A.A. y Committee, S.P.S. (2003). An analysis of the implementation of Committees on Maternal Mortality in Brazil: a case study of the Sao Paulo State Committee. *Cad Saude Publica*, 19, 183–189.
- Ross, S.R. (1998). Promoting Quality Maternal and Newborn Care: A Reference Manual for Program Managers. CARE: Atlanta.
- Saraceni, V. y Carmo Leal, M. (2003). Evaluation of the effectiveness of the syphilis elimination campaigns on reducing the perinatal morbidity and mortality. *Cad Saude Publica.*, 19, 1341–1349.

- Sargent, C. y Bascope, G. (1996). Ways of knowing about birth in three cultures. *Med Anthropol Q*, 10, 213–36.
- Sargent, C.F. y Bascope, G. (1997). Ways of knowing about birth in three cultures. In *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, Davis-Floyd, R.E. and Sargent, C.F. (eds) pp. 183–208. University of California Press: Berkeley and Los Angeles, CA.
- Schieber, B. y Delgado, H.L. (1993). An Intervention to reduce maternal and neonatal mortality: Quetzaltenango maternal and neonatal health project. Institute of Nutrition of Central America and Panama and MotherCare: Guatemala City.
- Sesia, P.M. (1996). “Women come here on their own when they need to”: prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. *Med Anthropol Q*, 10, 121–40.
- SNL. (2001). State of the World’s Newborns. Saving Newborn Lives Initiative, Save the Children/USA: Washington DC.
- . (2003). Bolivia Country Report Summary (Unpublished). In *2003 SNL Technical Meeting*. Unpublished.
- Szwarcwald, C.L., Andrade, C.L. y Bastos, F.I. (2002). Income inequality, residential poverty clustering and infant mortality: a study in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Sci Med*, 55, 2083–92.
- Terra de Souza, A.C., Peterson, K.E., Andrade, F.M., Gardner, J. y Ascherio, A. (2000). Circumstances of post-neonatal deaths in Ceara, Northeast Brazil: mothers’ health care-seeking behaviors during their infants’ fatal illness. *Soc Sci Med*, 51, 1675–93.
- Torres, C. (2002). People of African descent in the region of the Americas and health equity. *Rev Panam Salud Publica*, 11, 471–9.
- Turner, V. (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Aldine de Gruyter: Hawthorne NY.
- UNICEF. (2003). State of the World’s Children 2004. UNICEF: Geneva.
- Van Dam, C.J. (1995). HIV, STD and their current impact on reproductive health: the need for control of sexually transmitted diseases. *Int J Gynaecol Obstet*, 50, S121–S129.
- Victora, C.G., Vaughan, J.P., Barros, F.C., Silva, A.C. y Tomasi, E. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 356, 1093–8.
- Victora, C.G., Wagstaff, A., Schellenberg, J.A., Gwatkin, D., Claeson, M. y Habicht, J.P. (2003). Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 362, 233–41.
- Wagstaff, A. (2000). Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. *Bull World Health Organ*, 78, 19–29.
- WHO. (1994). World Health Organization. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. World Health Organization: Geneva.
- . (1996). Maternity waiting homes: a review of experiences. World Health Organization: Geneva.
- . (1998). World Health Day: Safe motherhood. Ensure skilled attendance at delivery., Vol. (WHD 98.6). World Health Organization.: Geneva.
- . (2001). Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. World Health Organization: Geneva.
- Winch, P.J., Alam, M.A. y PROJAHNMO. (Manuscript in preparation). The social and spatial organization of the first forty days of life in Sylhet District, Bangladesh. *Journal of Biosocial Science*.
- Winch, P.J., Leban, K., Casazza, L., Walker, L. y Pearcy, K. (2002). An implementation framework for household and community integrated management of childhood illness. *Health Policy Plan*, 17, 345–53.

