

Mortalidad materna y morbilidad severa en Indonesia rural.

Parte 1: La perspectiva de la comunidad

Lucia D'Ambruoso, Evi Martha, Yulia Izati, Alice Kiger, Anna Coates

En nombre del Proyecto de Colaboraciones de Salud Comunitaria del Distrito de Serang

Introducción

Muerte y discapacidad en el embarazo y en el parto

La mortalidad materna es la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva (UN, 2009). Desde los años 1990s anualmente han sido reportadas aproximadamente 550,000 muertes relacionadas con el embarazo, el parto y/o su manejo (WHO & UNICEF, 1996; WHO *et al*, 2001; 2004; 2007). Se observaron reducciones a las tasas por primera vez en el 2008, con estimaciones que sugieren que en ese año ocurrieron 358, 000 muertes maternas (WHO *et al*,

2010). No obstante, la imprecisión inherente de la medida (Graham *et al*, 2008) problematiza el análisis de tendencia, por lo que una incertidumbre considerable caracteriza a la información sobre los niveles de mortalidad materna.

La mortalidad materna no ocurre aleatoriamente, más del 99% de muertes suceden en países en desarrollo (WHO & UNICEF, 1996; WHO *et al*, 2001; 2004; 2007; 2010). Tanto dentro de países pobres como ricos se observa consistentemente una alta mortalidad entre grupos en desventaja (CEMD, 2001; Graham *et al*, 2004). Cada año 20 millones de mujeres más sobreviven a complicaciones en el embarazo y el parto, pero quedan con morbilidad crónica y debilitante (ej. fistula obstétrica y discapacidades de salud mental) (Filippi *et al*, 2006). Adicionalmente, las consecuencias sociales y económicas de la muerte y la discapacidad maternas, tales como la desintegración familiar y la reducción de la capacidad de generar ingresos, se presentan desproporcionadamente en familias y comunidades pobres (Ahmed & Holtz, 2007; Gill *et al*, 2007; Bazzano *et al*, 2008).

La investigación sugiere que más del 80% de la mortalidad materna es prevenible a través del acceso a una buena atención en el parto y atención obstétrica de emergencia (MacDonagh, 2005; Paxton *et al*, 2005; Ronsmans & Graham, 2006). A pesar de que el contenido de esta situación es bien conocida (WHO, 2004a; WHO *et al*, 2009), en los países con bajos ingresos sólo el 40% de la atención es brindada por personal con destreza en partos (WHO, 2011a) y sólo una de cada tres mujeres en las áreas rurales recibe esta atención (WHO, 2011b). Grupos de investigación y

Lucia D'Ambruoso. PhD. Facultad de Ciencias de la Vida y Medicina, Universidad de Aberdeen, Aberdeen AB25 2ZD, UK; Umeå Centro de Investigación en Salud Global, Epidemiología y Salud Global, Departamento de Salud Pública y Medicina Clínica, Universidad de Umeå, Umeå, Suecia.

Correo-e: lucia.dambruoso@epiph.umu.se

Evi Martha. PhD. Pusat Penelitian Keluarga Sejahtera, PUSKA (Centro de Bienestar Familiar), Fakultas Kesehatan Masyarakat (Facultad de Salud Pública), Universidad de Indonesia.

Yulia Izati. MSc. Pusat Penelitian Keluarga Sejahtera, PUSKA (Centro de Bienestar Familiar), Fakultas Kesehatan Masyarakat (Facultad de Salud Pública), Universidad de Indonesia.

Alice Kiger. PhD. Centro de Estudios Avanzados en Enfermería, Centro de Atención Primaria, Universidad de Aberdeen, UK.

Anna Coates. PhD. Naciones Unidas Mujeres; Oficina Regional de Latinoamérica y el Caribe, Ciudad de Panamá, Panamá.

agencias de desarrollo han comenzado a converger en el reconocimiento de la necesidad de implementar soluciones que prioricen la provisión equitativa de la atención para salvar la vida en el del parto y el puerperio (Freedman *et al*, 2007; CSDH, 2008; Navarro, 2009; Amnesty International, 2010).

Este estudio buscó responder a estas preocupaciones y se basó en dos premisas que se refuerzan mutuamente. En primera, la salud-enfermedad materna y las desventajas sociales están unidas inextricablemente. Es, por lo tanto, razonable considerar que la salud-enfermedad materna es construida y determinada tanto social como biomédicamente. La segunda premisa fue que las perspectivas de aquéllos para quienes la atención de emergencia durante el parto tiene mayor relevancia directa (p. ej. aquéllos que buscan atención y los que la proveen) puede brindar perspectivas importantes sobre sus causas y sus soluciones. El entendimiento individual de la salud, la enfermedad y los riesgos surge de las experiencias vividas en las que las causas biomédicas son contextualizadas por significados socialmente construidos (Williams & Popay, 2006). Las perspectivas subjetivas pueden, por lo tanto, ofrecer interpretaciones más completas sobre problemas de salud, reflejando dimensiones tanto sociales como biomédicas, así como los mecanismos que median sus interrelaciones (Blaxter 1983; Popay & Williams, 1996; Williams, 2003).

Propósitos y objetivos

El estudio tiene el propósito de demostrar la utilidad de la 'perspectiva de comunidad' como una fuente válida de información para la planeación en salud. Los objetivos fueron involucrarse con los individuos de las aldeas rurales para conducir evaluaciones críticas en cuanto al acceso a la atención y la calidad de ésta en emergencias obstétricas y para desarrollar recomendaciones para la planeación en salud. Este trabajo presenta los resultados de las evaluaciones, un artículo independiente sobre este tema en este mismo volumen describe el proceso de implementación de una auditoría participativa basada en la comunidad (D'Ambruso *et al*, 2012).

Contexto

La investigación se llevó a cabo en el distrito de Serang, Java, Indonesia, país con un ingreso medio-bajo y con una población de 227 millones (Banco Mundial, 2010). Alrededor de 110 millones viven en áreas rurales y remotas, se estima que 39 millones en pobreza y 69 millones están clasificados como vulnerables a la pobreza (Banco Mundial, 2006; BPS & Macro, 2008). El país tiene una larga tradición de participación comunitaria en salud materno-infantil (SMI) (Nobles & Frankenberg, 2009). Durante el movimiento de los años 70s del siglo pasado sobre atención primaria en salud (APS), el gobierno capitalizó esta tradición, formalizando redes sociales e invirtiendo en infraestructura para la salud de las aldeas y en recursos humanos. Se estableció una red de centros de APS y más de un millón de trabajadores de salud comunitarios voluntarios (TSC) se enlistaron para proveer atención preventiva básica (Berman, 1984; WHO & World Bank, 2000; Utomo *et al*, 2006).

En 1999, después de la crisis económica asiática, la APS fue radicalmente redefinida y se implementaron con vigor políticas de descentralización. La descentralización devolvió la administración del servicio público del nivel central al distrital para promover un gobierno local más relevante. Después de la crisis, la salud asistencial (*Jaring Pengaman Sosial-Bidang Kesehatan; red de seguridad social para la salud JPS*) fue introducida (Rabasa & Chalk, 2001; Kristiansen & Santoso, 2006), lo que dio derecho a las familias pobres a servicios básicos gratuitos en los centros de salud, repercutiendo en los niveles más bajos de atención hospitalaria (Sparrow *et al*, 2008). En el 2005 el JPS fue reemplazado por un esquema de seguro de salud social (SSS) llamado *Askeskin (ASuransi KESehatan untuk Keluarga miskinIN, un seguro de salud para familias pobres, Health Insurance for Poor Families)* administrado por el propio estado, *PT-Askes* (Sparrow *et al*, 2008).

En las áreas rurales las parteras proveen servicios de salud materno infantil integrados y coordinados por centros de salud (Berman, 1984; Shankar *et al*, 2008). Matronas calificadas reciben contratos gubernamentales que reducen los incrementos de

sus salarios públicos gradualmente, en alrededor de tres a seis años; se espera que durante este tiempo las parteras permanezcan en las aldeas y desarrollen prácticas privadas (Gani, 1996; Shrestha, 2007). Debido a aspectos de aislamiento social y retención problemática, hay menos matronas y con menos experiencia en las aldeas rurales (Ensor *et al*, 2008; Makowiecka *et al*, 2008) y la mayoría de los partos ocurren en las casas, sin asistencia profesional (Acadia *et al*, 2007). La pobreza añade una dimensión más: por ejemplo, es siete veces menos probable que las mujeres pobres en Serang tengan acceso a atención profesional en el parto (Ronsmans *et al*, 2009). Y, a pesar del declive nacional en la tasa de mortalidad materna (TMM) de 650 muertes por 100,000 mil nacimientos en 1990 (WHO & UNICEF, 1996) a 245 en el 2011 (Lozano *et al*, 2011), una TMM de 2,303 fue detectada entre las mujeres más pobres que dieron a luz en hospitales de Serang en el 2009 (Ronsmans *et al*, 2009).

Este estudio se realizó en cuatro aldeas en Serang, un distrito rural con una población de 1.8 millones de personas, 36 centros de salud sub-distritales, un hospital público y 753 parteras capacitadas (Izati *et al*, 2005). El estudio se llevó a cabo como parte de un proyecto más amplio sobre la atención en emergencias obstétricas (D'Ambruoso, 2011) y fue concebido a partir de una indagación confidencial dirigida a los proveedores de servicios indonesios (D'Ambruoso *et al*, 2009) y un sondeo por autopsia verbal a los parientes de mujeres que murieron durante el embarazo o el parto (D'Ambruoso *et al*, 2010). Estos estudios sugieren que la asesoría minuciosa en la atención de emergencia en el parto, desde una gama de perspectivas, tiene el potencial para proveer información útil sobre cómo y por qué ocurren resultados adversos en la salud materna. Como resultado, el presente estudio buscó conducir en profundidad, el análisis participativo de la atención desde perspectivas críticas por aquellos que usan y proveen estos servicios.

Métodos

Grupos de auditoría

Se obtuvo el permiso para llevar a cabo la investigación por parte de las autoridades en salud

distritales. Se seleccionaron cuatro aldeas rurales, dos con y dos sin muertes maternas registradas en los doce meses previos (Tabla 1). En cada aldea, los TSC de la aldea invitaron a una reunión introductoria en donde se presentaron el propósito del estudio, las actividades planeadas y los resultados. Se anotaron aquéllos que desearon participar y se obtuvo su consentimiento informado. En dos aldeas, los grupos C1 y C2 fueron convocados a representar a las personas que están involucradas típicamente en emergencias obstétricas: MER, miembros de la familia, vecinos, líderes de la aldea, parteras de la aldea, los trabajadores de salud comunitarios (TSC) y auxiliares tradicionales en los nacimientos. Reconociendo las posibilidades de que las discusiones en grupos focales se volvieran sesgadas hacia aquéllos con mayor poder y autonomía (Krueger, 2000), en las otras dos aldeas los grupos fueron requeridos para representar solamente MER. Estos grupos (W1 y W2) estaban constituidos por mujeres con diferentes historias obstétricas y perfiles sobre la atención en el parto (Tabla 2). Los grupos operaron de manera independiente el uno del otro durante el curso del estudio.

Casos

Se seleccionaron seis casos de un estudio previo (D'Ambruoso *et al*, 2009) para representar una gama de circunstancias, eventos, complicaciones y resultados (Tabla 3). Como parte del estudio previo, para cada caso, se habían conducido entrevistas con miembros de la familia y de la comunidad, trabajadores de la salud formal y tradicional y las mujeres mismas (si habían sobrevivido). Las entrevistas contenían información sobre las características generales de las mujeres y la familia, atención en el periodo prenatal, el inicio y el progreso de complicaciones en el parto, asistencia en el parto y admisión hospitalaria (en su caso) hasta que se le haya dado de alta o haya ocurrido la muerte. Para transmitir esta información a los participantes se prepararon tableros con las historias para cada caso, con circunstancias clave y eventos presentados de manera gráfica y cronológicamente. Estos fueron presentados a los grupos al comienzo de las reuniones, acompañados de una narrativa (ver barra lateral).

Tabla 1: Características de las aldeas en las que se reclutó a los grupos control

Grupo control	C1	C2	W1	W2
Población	4692	3483	4947	4196
Ingresos familiares por agricultura* (%)	78	90	52	90
Desempleados (n)	32	70	19	175
Dispensarios de salud de la aldea† (n)	5	8	5	5
Parteras comunitarias (n)	1	1	1	1
Trabajadores de la salud voluntarios (n)	10	35	15	15
APTs (n)	3	2	3	1
Mujeres recibiendo APN‡ (%)	82	52	76	68
Partos atendidos por profesionales de la salud§ (%)	68	77	57	68
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacimientos vivos)**	0	1	0	0
Muertes maternas††	1	0	0	1

* Un grupo de personas viviendo en un edificio físico/censado, o en su lugar una parte, quienes hacen recolección común de provisiones de comida y otros esenciales resultado de vivir de la agricultura, no es necesariamente el propietario de la tierra.

† Clínicas semi-móviles que ofrecen servicios preventivos, divulgación comunitaria, y cuidados de SMI según un horario fijo.

‡ Una o más visitas a la partera durante el periodo prenatal.

§ Los profesionales de la salud se definen como enfermeras, paramédicos, médicos y parteras que han recibido educación formal y certificación para estos perfiles.

** El número de muertes infantiles (hasta 1 año de edad) por 1000 nacimientos vivos.

†† Muertes por complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio.

Fuentes: *Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil, Kabupaten Serang, 2007; PODES Kabupaten Serang, BPS, 2004; Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Kramatwatu, Kecamatan Kramatwatu, Serang, 2008; Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas Ciruas, Kecamatan Ciruas, Serang, 2008.*

Tabla 2: Características de los grupos control

Grupo control	C1	C2	W1	W2
Participantes (n)	8	9	9	9
Edad promedio (años)	40	41	33	33
Mujeres (%)	67	78	100	100
Casados (%)	75	89	100	22
Tuvieron educación secundaria o superior (%)	50	56	88	22
Tiempo promedio en la comunidad (años)	37	38	25	31
Número promedio de niños por participante	2	5	2	2
Mujeres embarazadas (n)	1	0	2	1
MER (n)	1	1		
Miembros de familia (n)	1	2		
APT (n)	2	2		
TSC (n)	2	2		
Secretarías de la aldea (n)	1	1		
Parteras de la aldea (n)	1	1		
Nulíparas (n)			0	2
Participantes con 1-2 embarazos previos (n)			6	2
Participantes con >2 embarazos previos (n)			3	5
Participantes asistidos sólo con APT (n)			1	2
Participantes asistidos con APT & partera (n)			4	4
Participantes asistidos sólo con partera (n)			4	1

N.B.: Seis participantes abandonaron debido a arreglos de trabajo o familiares; los reemplazos fueron reclutados en la segunda reunión. La tabla 2 describe el perfil final de los miembros. Los participantes de los grupos control C1 y C2 son categorizados por su rol en la comunidad; los participantes de los grupos W1 y W2 son clasificados por historia obstétrica y el perfil de uso de atención de asistencia. Las historias Obstétricas no fueron obtenidas para los MER en los grupos C1 y C2. Los miembros de familia comprenden esposos y suegras.

Tabla 3: Perfil de casos

Características		Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Antecedente	edad	27	27	25	31	25-36 (estimada)	37
	gestación	2	0	3	2	3	2
	consultas apn	>4	2	2	0	0	1
Complicaciones & Resultados	complicación	hemorragia	eclampsia	hemorragia	labor obstruida	hemorragia	hemorragia
	resultado materno	muerte	morbilidad severa*	muerte	morbilidad severa	muerte	muerte
	resultado neonatal	sobrevivencia (gemelos)	muerte	sobrevivencia	muerte	muerte	sobrevivencia
Labor & Parto	inicio de labor	hogar	hogar	hogar	hogar	hogar	hogar
	lugar de parto	hogar	hospital #2 [†]	hogar	hospital	hogar	hogar
	lugar de muerte	hogar	-	hogar	-	hospital	hogar
	1er asistente de parto	APT	PR [‡]	APT	APT	APT	APT
Atención de Parto	otros auxiliares	enfermera [§]	-	2° APT + sanador ^{**}	PPA ^{††} + gineco-obstetra	PR	PPA
	tiempo de llegada PPA	-	-	-	1 hora	2.5 horas	3 horas
	tiempo a la 1ª instalación referida	-	1 hora	-	4 horas	4.5 horas	-
	transporte	-	auto prestado	-	transporte público	ambulancia	-
Retrasos	fase 1: decisión para buscar atención	referencia prohibida por el APT	preocupaciones por el costo	no llamó a la PPA	preocupaciones por el costo	preocupaciones por el costo	no partera
	fase 2: camino a la atención	-	tiempo para encontrar un auto	-	no retraso	atraso de la ambulancia	-
	fase 3: en la instalación	-	referencia a un 2° hospital	-	admisión negada	no abastecimiento de sangre	-

* Definida como “una mujer embarazada muy enferma o recientemente parida que hubiera muerto si no hubiera sido porque la suerte y la buena atención estuvieron de su lado” (Say, Pattinson and Gulmezoglu 2004, p1).

[†] Denota el acceso a un segundo hospital después de un primero en el que no se admitió.

[‡] Denota una partera responsable de, pero no necesariamente residente en, la aldea

[§] La enfermera tenía 70 años y estaba ciega.

^{**} Se refiere a las personas que practican medicina tradicional o alternativa en su comunidad. Los sanadores tradicionales típicamente no tienen una educación formal en medicina, y proveen atención tradicional y tratamientos (como medicinas herbales, agua bendita etc.).

^{††} Denota una partera disponible en la emergencia en virtud de las circunstancias u oportunidad y sin responsabilidad oficial por la aldea.

Barra lateral: Ejemplo de guión y narrativa de caso (sintetizado)

Caso 4: IBU RAHMI*

COMPLICACIÓN: labor obstruida

RESULTADO: morbilidad severa

PRENATAL: Ibu Rahmi nunca buscó APN, planeaba tener un parto con APT.

COMPLICACIÓN: Ibu Rahmi entró en labor a las 4 pm; el parto era de nalgas; fue con un APT. Se llamó a la partera a las 5 pm, no pudo atenderla. Se llamó a otra partera a las 6 pm, cuando llegó examinó a Ibu Rahmi y le dio fluidos, para este momento el bebé había muerto, sin parto.

REFERENCIA: La partera aconsejó referenciarla, pero la familia estaba preocupada por los costos. La partera explicó que un certificado de pobreza (*SKTM*) ayudaría con los costos de la atención. El papá de la mujer obtuvo un *SKTM*, la familia se fue al hospital a las 7 pm.

HOSPITAL: La familia llegó a las 8 pm, pero se les negó la entrada. La partera negoció la admisión con el personal del hospital. A las 9 pm un obstetra entregó a un bebé mortinato. Después, la mujer quiso irse porque las enfermeras la habían tratado mal y porque la familia estaba preocupada por mayores costos. La mujer se dio de alta ella misma al día siguiente con un catéter aún en posición. Después, la partera averiguó que la familia tenía *Askeskin*, pero no sabía cómo usarlo.

* Seudónimo



Glosario de términos indonesios

<i>Bayi meninggal</i>	bebé muerto
<i>Kasus</i>	caso
<i>Pulang</i>	ir a casa
<i>Rumah sakit</i>	hospital

Recolección de datos

Los grupos revisaron un caso por reunión, utilizando el método de grupos focales (Krueger, 2000). Las reuniones se llevaron a cabo en el mismo lugar y hora cada semana en la casa de los participantes (C1 y W2), la casa del líder de la aldea (W1) y el auditorio de la aldea (C2). Las reuniones duraron de 1.5 a 2.5 horas con comida y bebidas. En cada reunión, el caso se presentaba, se facilitaba la discusión y se realizaba su evaluación. La estrategia de la evaluación del caso se basó en una conceptualización clásica del tratamiento tardío de emergencias obstétricas, el modelo de los 'tres retrasos' (Thaddeus & Maine, 1994). Tal modelo plantea que los retrasos pueden ocurrir en la decisión para buscar atención, el viaje hacia dicha atención y/o la provisión de un buen servicio en el lugar de tal atención. El marco para la

evaluación promueve que los participantes identifiquen las contribuciones positivas y negativas de los individuos, las familias y las comunidades, las parteras de la aldea y los sistemas de salud para cada fase de retraso (Tabla 4). Se usaron también guías temáticas basadas en este marco para estructurar las discusiones.

Durante las reuniones, los elementos sobresalientes se escribieron en piezas de papel lo suficientemente grandes para que todos los participantes pudieran ver la evolución de la evaluación; la suposición era que esto capturaría más cercanamente la evaluación colectiva del grupo. Para mejorar la aceptabilidad del proceso y para promover la apropiación e inclusión de la información, también se solicitaron sugerencias de modificación de parte de los participantes, a intervalos regulares.

Al final de la serie de revisión de casos se sostuvo una sesión final con cada grupo focal para determinar si los resultados de un análisis inicial se encontraban como plausibles, para recolectar retroalimentación sobre el proceso y para desarrollar recomendaciones para la planeación. Se condujeron veinticuatro grupos focales en el curso de este estudio.

Con el permiso de los participantes, las reuniones fueron audio grabadas y transcritas. Las transcripciones fueron traducidas del bahasa indonesio y los lenguajes indígenas javanés y sundanés al inglés, para su análisis. Siguiendo el trabajo de campo, un grupo independiente (*Grampian Racial Equality Council*) verificó los datos. Una selección de las transcripciones del bahasa indonesio fue comparada con las grabaciones de audio y una selección de las transcripciones en inglés se pasó al idioma original y se comparó con las versiones del bahasa. Ambas evaluaciones verificaron los datos como reproducciones satisfactorias de las discusiones.

Análisis

La estrategia de análisis de las narrativas de discusión se llevó a cabo durante y después de las reuniones de los grupos control. El formato analítico consistió en una codificación reiterativa de datos de acuerdo con la estrategia de los “tres retrasos” y temas emergentes. La codificación continuó hasta que ocurrió una saturación

temática. Entonces, los datos codificados y la estrategia temática fueron utilizados para desarrollar secuencialmente reportes descriptivos y explicativos sobre el acceso, calidad y resultados (Pope & Mays, 20006).

Consideraciones éticas

Se buscó el consentimiento informado de todos los participantes. Se informó a los participantes acerca de la investigación, resultados, lo que implicaba la participación y los riesgos y beneficios de la colaboración. Se aseguró a los individuos que la

Tabla 4: Ejemplo de evaluación de caso

		FACTORES DETERMINANTES		
		Individuo, familia, & comunidad	Partera de la aldea	Sistema de salud
RETRASOS	Fase 1: decisión para buscar atención	<i>X El APT prohibió a la familia llamar a la partera en la emergencia</i>	<i>✓ La partera convenció a la familia de la necesidad de la referencia</i>	<i>X La familia tenía seguro de salud, pero no sabía cómo usarlo</i>
	Fase 2: en camino a la atención	<i>X No había preparación para el transporte en complicaciones de parto</i>	<i>✓ La partera ayudó a arreglar el transporte en la emergencia</i>	<i>X No había transporte de emergencia disponible, libre de cargo</i>
	Fase 3: atención en los servicios de salud	<i>X No había preparación con respecto al dinero o al seguro de salud en caso de que hubiera complicaciones en el parto</i>	<i>✓ La partera acompañó a la mujer al hospital y convenció al personal del hospital de realizar la admisión</i>	<i>X Los hospitales no tenían suministros de sangre. La familia tuvo costos adicionales de transporte y de compra de sangre</i>
PROBLEMA (S) CENTRAL (ES) & RECOMENDACIONES				
<i>Protección social en salud</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Las mujeres y familias pobres deberían arreglar el SSS en el periodo prenatal</i> • <i>Las credenciales SSS deberían distribuirse por los funcionarios de aldea</i> • <i>Las mujeres y familias deberían ser informados sobre el valor y función del SSS</i> • <i>El personal del hospital debería de ser entrenado para aceptar a pacientes que no pagan directamente por la atención</i> <i>Suministros de sangre en los hospitales</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Los suministros de sangre deberían estar disponibles en los hospitales en todo momento</i> • <i>Los productos sanguíneos deberían ser incluidos en los subsidios del SSS</i> 				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contribución positiva X Contribución negativa 				

participación en el estudio no tendría relación con la atención a su salud o la de sus familias y que eran libres de irse en cualquier momento y por cualquier razón. Los participantes fueron recompensados económicamente por el tiempo invertido en las reuniones: se pagaron 30,000 rupias (Rp.) (~3 dólares americanos) a los TSC, MER, APT y miembros de la familia y 50,000 Rp. (~6 dólares americanos) a las parteras y líderes de la comunidad. Para proteger la identidad de los participantes toda la información sobre su identidad fue removida de los documentos del estudio. Los tableros y las narrativas también se hicieron anónimos para proteger las identidades de las mujeres en los casos. Los casos fueron seleccionados de un distrito externo a Serang para minimizar la probabilidad de que fueran conocidos para los participantes. El Comité de Ética de la Facultad de Investigación en Salud Pública, Universidad de Indonesia y el Comité de Investigación de Gobernación, Universidad de Aberdeen, aprobaron el protocolo del estudio.

Resultados

Las evaluaciones de caso y el análisis de datos están organizadas de acuerdo a la estrategia de los “tres retrasos” (Tabla 5); las citas se usan para ilustrar el análisis. Debido a que los participantes frecuentemente compartían experiencias personales, si una cita o un caso están relacionados con la experiencia personal, esto se indica así, de no estar implícito directamente.

Decidiendo buscar atención

Preparación para el nacimiento. En los casos revisados, la mayoría de las mujeres habían recibido atención prenatal (CPN), aunque algunas no recibieron información completa sobre sus riesgos durante las consultas. En otros casos, las mujeres no buscaron atención debido al temor sobre los costos, a pesar de que los CPNs están libres de cargos en los dispensarios de salud de la aldea. Como resultado, una preparación pobre para el nacimiento fue común. En las discusiones las mujeres fueron frecuentemente mal vistas por fallar en buscar CPN.

Facilitador: ¿Por qué no fue [Caso 4] al dispensario de salud de la aldea [para consulta CPN]?
Todos: (Risas)

Mujer:

*Porque ella era estúpida (risas).
[Grupo W2, reunión sobre Caso 4]*

Preferencia por los APT. En los casos evaluados los APT eran típicamente la primera opción de atención para el parto cuando surgían las complicaciones. Se identificaron varias razones por las cuales se tenían estas preferencias: tradición, la atención más ‘completa’ que proveen y la escasez de parteras. El costo también fue un factor significativo, los participantes nos informaron que las parteras cobran hasta 450,000 Rp. (~45 dólares americanos) por atender un parto, mientras que los APT de 10,000 a 150,000 Rp. (~1-15 dólares americanos) por atención intra y post parto. Los APT también pueden ser pagados *post-hoc* y en plazos. Como resultado, los APT fueron descritos como ‘dominantes’ en la provisión de atención al parto en las aldeas.

APT:

*El costo de una partera es de 450 mil rupias (~45 USD)... la gente tiene miedo: ¿Cómo puede conseguir esa cantidad? Mientras que el costo de un APT depende de nosotros, no se impone. Por ejemplo, si usted tiene 10 mil rupias, entonces paga 10 mil rupias.
[Grupo C1, reunión sobre el Caso 1]*

En cada uno de los casos, las complicaciones inesperadas en el parto progresaron rápidamente más allá de las capacidades de los APT que los atendían. Varios respondieron llamando a otros APT, curanderas, o TSC, mientras que otros prohibieron llamar a parteras. Los participantes atribuyeron la ausencia de cooperación entre las parteras y APT a que los APT no quisieron comprometer su prestigio social, a la aversión por compartir el pago y el miedo a ser culpados como responsables de las mujeres que se encontraban en condiciones delicadas.

Facilitador:

¿Por qué el APT no reportó a la partera?

Mujer:

Porque sintió que podía manejarlo [la hemorragia del Caso 3] ella sola y, además, tenía miedo de compartir el dinero. Usualmente es así.

[Grupo W2, reunión sobre el Caso 3]

Parteras de la aldea

Las complicaciones en el parto frecuentemente empeoraron por un tiempo prolongado antes de que se llamara a la partera. Las parteras de la aldea frecuentemente no estaban disponibles y las que

Tabla 5: Temas emergentes de la estrategia de análisis de la discusión de narrativas

Retraso	Temas	Sub-temas
Fase 1 : decisión para buscar atención	Preparación para el nacimiento*	Falta de preparación para el nacimiento Acceso/comprensión de APN buena APN percibido como incosteable La consulta APN proveyó información incompleta sobre el estatus de riesgo
	Preferencias por APT (' <i>Dominancia de APT</i> ')	Se llama primero al APT en una emergencia El APT es preferido debido a razones de costo, tradición, disponibilidad y/o aceptabilidad El APT no llama o prohíbe llamar a la partera en una emergencia <u>Los APT no cooperan con las parteras de la aldea</u> Condición deteriorada de las mujeres durante la atención del APT
	Disponibilidad de las parteras de la aldea (' <i>Pobre atención para gente pobre</i> ')	Partera de la aldea no disponible <u>Atención del parto incosteable con la partera de la aldea</u> <u>La partera de la aldea carece de responsabilidad hacia los pobres</u> La partera asistente no es oficialmente responsable por la mujer o la aldea La partera asistente estabilizó a la mujer y facilitó la referencia Condición deteriorada de la mujer durante la atención/búsqueda de la partera
	El SSS en las aldeas (' <i>Pobre atención para gente pobre</i> ')	SSS pobremente socializado (todo/alguno: falta de entendimiento, sistemas cambiantes) <i>SKTM</i> utilizado en lugar del <i>Askeskin</i> <u>Complicado de arreglar el <i>SKTM</i> en la emergencia</u> <i>SKTM</i> arreglado solo parcialmente antes de la admisión <u>Procedimientos <i>Askeskin</i> (identificación, enlistado)</u> <u>Errores administrativos <i>Askeskin</i>, reducciones en las listas de individuos identificados</u> <u>Credenciales <i>Askeskin</i> retenidas por los funcionarios de la aldea</u> <u><i>Askeskin/SKTM</i> utilizados por los no pobres/familiares de los funcionarios</u>
Fase 2: camino a la atención	Transportación	Transporte de emergencia no disponible/incosteable Uso de transporte público <u>Redes de transporte comunitario limitadas</u>
Fase 3: atención en las instalaciones de los servicios de salud	El SSS en los hospitales (' <i>pobre atención para gente pobre</i> ')	El personal de salud declara que el hospital está lleno Los trabajadores de admisión negocian la entrada de las mujeres <u>sin capacidad de pagar</u> Admisión de mujeres en condiciones críticas Admisión como paciente que paga, el SSS sólo parcialmente arreglado Admisión como paciente que paga, para acelerar el proceso <u>Servicios diferenciales para pacientes que pagan/no pagan</u> <u>Pago de 'dinero de garantía'/sobornos</u> Auto alta temprana para evitar costos <u>Sangre/otros suministros buscados/comprados fuera del hospital</u> <u>Reembolsos por tratamientos en el hospital, pacientes SSS incompleto</u> <u>Reembolsos por pacientes utilizando SSS incompleto</u> <u>Restricciones del sistema (alguno/todos: bajo pago, sin personal necesario, falta de equipo/suministros)</u>

* Planeación y preparación avanzada para parto

N.B.: El texto delineado denota temas corroborados por la experiencia personal de los participantes.

asisten con frecuencia no eran responsables oficiales de las mujeres o la aldea. Las mujeres frecuentemente ya se encontraban en condición crítica cuando las parteras llegaban. Las parteras intentaban estabilizar a las mujeres, referirlas, ayudaban a arreglar el transporte y el SSS, acompañaron a la mujer y sus familias a los hospitales y también las ayudaban con su ingreso a éstos. Los participantes reconocieron estas contribuciones, pero también señalaron la falta de disponibilidad general de las parteras y su falta de responsabilidad con respecto a los pobres.

Mujer: *A la partera se le hizo tarde, hubo un periodo de dos horas. Si la partera hubiera llegado a tiempo tal vez [Caso 5] se hubiera salvado.*
[Grupo W1, reunión sobre el Caso 5]

Mujer: *No creo que la partera vaya a ayudarnos si no tenemos dinero....*
[Grupo W2, reunión sobre el Caso 1]

Seguro social en salud en las aldeas. La atención obstétrica de emergencia fue usualmente incosteable para muchas familias en los casos evaluados, por lo que frecuentemente requirieron SSS. Pero a muchas familias pobres no se les habían emitido credenciales SSS y aquéllos que sí las tuvieron, con frecuencia no supieron cómo usarlas. Este bajo uso y pobre conocimiento también fueron expresados por los participantes.

Mujer: *¡No hay información apropiada sobre el SSS aquí! ...*

Facilitador: *¿La partera dijo que se lo había dicho a la gente?*

Mujer: *Sí... pero nadie la usa.*
[Grupo W1, reunión sobre el Caso 3]

Facilitador: *¿El cambio de JPS a Askeskin confundió a la gente?*

Todos: *Sí, todos estamos confundidos.*
[Grupo W1, reunión sobre el Caso 5]

En lugar del SSS, una dispensa de pago llamada *SKTM* (*Surat Keterangan Tidak Mampu*, carta de explicación de falta de capacidad) se usó con frecuencia. El *SKTM* es un certificado de pobreza emitido por las autoridades de la aldea para certificar dicho estatus de pobreza y elegibilidad clínica, con la cual una cantidad limitada de atención gratuita puede obtenerse por un periodo de dos a cuatro semanas. Varias discusiones se centraron en el complicado proceso de obtención del *SKTM*. Los participantes informaron que varios documentos (incluyendo cartas de

referencia y credenciales de identificación) son requeridos para que pueda emitirse el *SKTM*. En los casos evaluados, varias familias no poseían credenciales de identificación, por lo que dependían de la disponibilidad de los encargados, el personal de salud de la aldea, de la existencia de escritorios con atención a los seguros en algún rincón de los servicios de salud, así como de las tiendas de fotocopias, para contar con la documentación necesaria. Las mujeres que requirieron ser referidas con urgencia o servicios de emergencia, no tenían el tiempo necesario para completar la aplicación *SKTM*, por lo que varias presentaron en las instalaciones de salud con los documentos incompletos.

Mujer 1: *Hay mucho fotocopiado de papeles, cartas del centro de salud, SKTM, la credencial SSS, y además la carta del hospital; todo fotocopiados.*

Mujer 2: *La credencial de la familia también... es difícil. Por ejemplo, si tenemos que llevar el paciente [al hospital] a las 12 de la madrugada, en medio de la noche, el lugar de fotocopias ya está cerrado.*
[Grupo W2, reunión sobre el Caso 4]

Las dificultades asociadas con el *SKTM* llevaron a una discusión detallada sobre el SSS, examinando por qué no se usaba. Los participantes nos informaron que los individuos son identificados como elegibles durante visitas observacionales realizadas por TSC, de acuerdo a criterios* y cuotas establecidas por la compañía de seguros del estado. Las listas de los hogares así identificados eran entonces agrupados en los centros de salud para ser enviados al *PT-Askes* en Yakarta, en dónde se emitían las credenciales y se regresaban a las aldeas para su distribución. Valiéndose de experiencias personales, los participantes describieron ‘errores administrativos’ y dobles entradas de nombres en las listas que se recopilaban en los centros de salud, estos errores redujeron el número de credenciales emitidas.†

Trabajador de salud voluntario: *Hay mucha duplicación de nombres en los centros de salud....*

*Los criterios de elegibilidad del SHI incluyen los materiales de vivienda, logros educacionales y las ocupaciones de los miembros de la familia.

† Por ejemplo, si se identifican a 100 personas como elegibles para el SSS, de acuerdo a la cuota, pero sus nombres entran dos veces cuando se recopilan las listas en los centros de salud, entonces 100 lugares serán ocupados por 50 individuos.

Partera: *¿Es raro, verdad? En otras aldeas hay mucha duplicación, y en [una aldea vecina] también hay duplicación ahí...*
Facilitador: *¿Pero la cantidad o número [de credenciales Askeskin emitidas] es la misma?*
Partera: *¿El número? Bueno, sí, el número total de credenciales es el mismo... pero ya que fue mal escrito, hay duplicación.*
[Grupo C2, reunión de retroalimentación]

Toda la aldea de uno de los grupos fue excluida al acceso de SSS y de SKTM a través de estos errores.

Mujer 1: *Nosotros no tenemos SSS en nuestra aldea...*
Facilitador: *¿Esto significa [que esta aldea] no sea considerada una aldea menos afortunada?*
Mujer 2: *Eso no es del todo correcto, hay muchas familias desafortunadas aquí, pero lo datos se metieron erróneamente [de una aldea vecina] en lugar de ésta...*
Facilitador: *Entonces, la gente aquí no tiene JPS. ¿Cuál es la opinión de la gente sobre esto?*
Mujer 1, 3, 4 [tres mujeres hablan]: *Todos se sienten decepcionados...*
Facilitador: *¿Todavía pueden utilizar el SKTM?*
Todos: *No, no pueden.*
[Grupo W2, reunión sobre el Caso 2]

Los casos involucraron situaciones de la vida real en las que los funcionarios de las aldeas retuvieron las credenciales SSS. Los participantes informaron que los funcionarios les advirtieron que las familias perderían las credenciales porque no entendían su valor o no sabían cómo usarlas. Los funcionarios también evitaban causar malestar en la comunidad al fallar en emitir credenciales a todos aquéllos identificados como elegibles.

Mujer: *Si las credenciales son distribuidas, algunas personas las tendrán y otras no. Tal vez pensarán: "¿Por qué se la dieron a ellos, mientras que a mí no? ya que la credencial debe ir a toda la gente pobre.*
[Grupo W2, reunión sobre el Caso 4]

Discusiones posteriores revelaron que a los familiares de los funcionarios frecuentemente se les otorga SSS y que los oficiales son forzados a emitir certificados SKTM a los 'no pobres'.

Partera: *Algunas veces la gente rica también es enlistada [para el SSS]. Los familiares del jefe de la aldea están enlistados, mientras que los pobres no.*
[Grupo C1, reunión sobre el Caso 4]

Secretaría de la aldea: *La comunidad aquí no tiene ninguna vergüenza en adquirir el SKTM, en realidad, no merecen tenerlo. Me confunden, dicen que este es pagado por el gobierno de todos modos, así que tengo que firmar...*

Partera de la aldea: *Todos lo quieren.*
[Grupo C2, Reunión de retroalimentación]

Alcanzando la atención

Transporte. En los casos evaluados, el transporte con mucha frecuencia no estaba disponible y/o era incosteable, por tanto, transporte público y motocicletas rentadas eran utilizados con frecuencias. Las discusiones de grupo indicaron que no estaban implementadas en las aldeas redes de transporte de emergencia.

Facilitador: *¿Se ha implementado en esta aldea una red de transporte? ¿Hay una ambulancia aquí?*
Partera de la aldea: *[Risas]... todavía no.[‡]*
[Grupo C2, reunión sobre el Caso 5]

Recibiendo atención

El seguro social de salud en los hospitales. Un tema repetido y persistente (que, de nuevo, no se enfocó solamente en los casos, sino también en las experiencias de los participantes) fue la existencia de estándares de atención hospitalaria más bajos para los pacientes que utilizaron *Askeskin* u otras formas de *SKTM*. En los casos evaluados, las mujeres que llegaron a los hospitales fueron categorizadas como pacientes *SKTM*/SSS o 'generales' (pagando). Al constatar el uso de SSS o *SKTM*, el personal del hospital frecuentemente declaraba que las salas estaban llenas, por lo que las parteras y TSC frecuentemente tenían que negociar con el personal del hospital la admisión. Los participantes también describieron al personal del hospital como grosero y/o que ignoraban a los pacientes que utilizaban el SSS, estando las familias temerosas de hacer preguntas.

Mujer: *Si iba a información [admisiones], dirían que no tenían lugar, así que no lo hice...*
Facilitador: *¿Esperaba eso?*
Mujer: *Sí, por lo que prefiero ir directamente a la sala.*
Facilitador: *¿Pero, puede entrar a la sala?*
Mujer: *Sí, si no me dejan entrar, entonces usualmente hablo y suplico.*
[Grupo W2, reunión de retroalimentación]
Secretaría de la aldea: *Antes de que la paciente sea admitida, preguntan si es general o SSS. Si es [está*

[‡] En Indonesia, 'todavía no' es una frase frecuentemente utilizada para evitar decir 'no', que podría tomarse como descortés. Como tal, en este contexto, 'todavía no' puede no significar que la implementación de una red de transportación esté próxima.

usando] SSS, el servicio es diferente al de los pacientes generales. Por ello... el servicio es muy lento, no rápido, no receptivo. No experimentamos eso una vez, sino muchas veces.

[Grupo C2, reunión sobre el Caso 1]

En las emergencias, algunas mujeres fueron admitidas como pacientes que pagan para ganarse su entrada a la instalación y/o para evitar el tratamiento de segunda asociado con el uso del SSS. Las mujeres con documentos de aseguramiento incompletos también fueron admitidas como pacientes que pagan, volviéndose sujetos de cobro de los costos completos de la atención. Adicionalmente, era necesario para los miembros de la familia buscar y comprar medicamentos y sangre fuera del hospital debido a los suministros insuficientes y/o a pagar honorarios informales, sobornos y 'dinero de garantía' (de 10,000 – 500,000 Rp. [~1-55 USD]) por medicamento y tratamientos. Algunas mujeres pronto se daban de alta del hospital o a sí mismas para evadir el tratamiento de segunda asociado a la incapacidad de pago y el costo escalador de la atención. De nuevo, los participantes relataron experiencias equiparables a éstas.

Mujer: *Algunas veces tenemos que pagar el dinero de garantía. Si no es pagado, entonces no seríamos admitidas y no recibiríamos las medicinas.*
[Grupo W2, reunión sobre el Caso 4]

Secretaría de la aldea: *Si el paciente necesita tres bolsas de sangre, la Cruz Roja otorga sólo una, así que la gente no podía seguir en el hospital por más tiempo y pedía su alta. Este es el impacto del SKTM.*
[Grupo C2, reunión sobre el Caso 4]

Las discusiones se enfocaban repetidamente en las mujeres pobres que llegaban al hospital en condición crítica y que no eran atendidas o aceptadas sólo después de una negociación ('suplicar') y/o sobornar; subsecuentemente, eran maltratadas con desprecio. Los participantes tenían fuertes sentimientos hacia esos asuntos, describiéndolos como 'inhumanos', hubo muchas referencias a la 'pobre atención para la gente pobre', más que cualquier otro tema en el análisis.

Percepciones sobre el personal del hospital y las restricciones del sistema. Las discusiones sobre por qué las mujeres pobres recibían una atención de calidad baja en los hospitales se enfocó en cómo las percepciones del personal del hospital

eran afectadas por restricciones más amplias del sistema. Los participantes nos informaron que los hospitales frecuentemente recibían reembolsos incompletos por la provisión de servicios a los pacientes que usan el SSS y que eso podía promover actitudes negativas hacia ellos, dado que se percibía que recibían atención 'gratuita'. Los participantes también se refirieron al amplio número de personas que, oficial y no oficialmente, utilizan el SSS, así como los bajos salarios del personal del hospital como aspectos que contribuían a la atención de poca calidad.

Mujer: *Los hospitales siempre piensan que la gente pobre quiere servicios gratuitos. Realmente esto no es libre de cargos, ya que el gobierno ha pagado por ello. Sin embargo, el hospital no aceptará esto, éste es el problema.*
[Grupo W1, reunión sobre el Caso 2]

Mujer 1: *[El personal del hospital] no brindan ayuda rápido, solamente dejan a la gente, sin darle atención.*

Mujer 2: *¿Es porque los fondos del gobierno no han llegado al hospital? Si es así, no hay dinero en el hospital, y todos sabemos que hay muchos pacientes con seguros de salud.*
[Grupo W1, reunión sobre el Caso 2]

Facilitador: *De acuerdo a ustedes, por qué el personal del hospital actúa maliciosamente hacia los pobres?*

Mujer 1: *Bueno... tal vez porque ¿su salario es bajo?!*
Mujer 2: *A lo mejor están abrumados por los pacientes, son demasiados pacientes. Salario bajo, muchos pacientes y los pacientes usan SSS... ellos dicen: "¡Es suficiente!" Ellos también son humanos, después de todo.*
[Grupo W1, reunión de retroalimentación]

Reembolso para los pacientes. En los casos evaluados, las familias hicieron pagos en varias etapas: por atención del APT y la partera; para arreglar el SKTM y Askeskin; por transportación; por atención hospitalaria, por realizar procedimientos, por medicamentos, por sangre y por sobornos. Incluso cuando el SSS era exitosamente arreglado, las familias, como los hospitales, recibían reembolsos incompletos con mucha frecuencia.

Facilitador: *El TSC explicó que [Caso 5] tenía credencial SSS, pero la perdió. Así que el hospital reintegró el dinero [gastado en atención]. ¿Por cuánto fue el reembolso?*

Mujer: *250,000 Rp. (~28 USD)... solamente regresaron un cuarto.*
[Grupo W1, reunión sobre el Caso 5]

Recomendaciones

Los participantes desarrollaron recomendaciones para la planeación en salud (Tabla 6). Reflejando el contenido de las discusiones, muchas de éstas se enfocaron en la mejora de la administración, el subsidio y la cobertura del SSS. Los participantes recomendaron que los funcionarios, líderes religiosos, parteras, TSC y APT educaran a las familias pobres acerca del *Askeskin*, que se mejorara la transparencia en el proceso de enlistado y asignación y que más gente fuera elegible. El entrenamiento e incentivos para los proveedores para aceptar a los pacientes pobres (con y sin SSS) también se propusieron, así como la inclusión de transfusiones sanguíneas, medicamentos y transporte al subsidio del SSS. Los participantes también recomendaron que se pagara el reembolso completo a los servicios y los pacientes para hacer frente a las percepciones negativas e implicaciones que rodean el uso del SSS.

Recomendaron también que las parteras tuvieran responsabilidad por no más que una aldea, en la que idealmente deberían residir, y que se les proveyera de alojamiento, transportación, teléfonos celulares e incentivos para proveer servicios a los pobres. El desarrollo de una colaboración entre parteras y APT, incluyendo un mecanismo de pago justo, también fue recomendado. Reconociendo las tensiones existentes, propusieron que los funcionarios de las aldeas y TSC negociaran su relación. Recomendaciones adicionales se referían al uso de redes sociales para una atención más efectiva basada en la aldea; que los TSC recibieran salarios, teléfonos celulares, uniformes y entrenamiento para atención básico en los partos. Adicionalmente, sugirieron subsidios gubernamentales para alentar a las mujeres a buscar CPN en los servicios de salud de la aldea (ej., comida para las madres y leche para los bebés), así como servicios de transporte. Las recomendaciones fueron discutidas, acordadas, y divulgadas en un boletín entre los grupos control (KKM, 2008), y en una política brevemente presentada a la Oficina de Salud del Distrito en Serang, y al Ministerio de Salud en Yakarta (KKM, 2010).

Discusión

Las discusiones ilustraron de manera detallada los micro procesos involucrados en la búsqueda de atención y el uso de los servicios. Muchos de los problemas identificados fueron vistos como más allá del control de los individuos, por lo que podían atribuirse a la estructura y las condiciones de operación del sistema de atención a la salud. Por ejemplo, las mujeres y las familias fallaban en prepararse para emergencias en el parto debido a la falta de disponibilidad o de capacidad de pago de los servicios de la partera. Por su parte, las parteras descuidaban a las mujeres pobres en las áreas rurales dado que sus bajos salarios públicos las hacían requerir prácticas privadas. La responsabilidad de atender varias aldeas también les representaba serias limitaciones para la cobertura que podían realmente proveer. De manera similar, el personal del hospital abandonaba a las mujeres pobres o las trataba mal como resultado del amplio número que utiliza SSS, a la par de reembolsos insuficientes por parte del *PT-Askes*.

El SSS, supuestamente puesto en marcha para proteger a los pobres de costos catastróficos en la atención en salud, falló en mitigar estos problemas e introdujo barreras para el acceso y la calidad en las emergencias. En las aldeas, el SSS era inadecuadamente socializado, inequitativamente distribuido, así como complejo y burocrático. En las instalaciones, su uso llevó a la discriminación y a serias deficiencias en la calidad de la atención. Además, y a pesar de la baja calidad asociada con su uso, el *Askeskin* fue ampliamente usado por los no pobres, según la información obtenida. Esto sugiere que debe haber un amplio número de personas que no están oficialmente clasificadas como pobres, para quienes la atención médica es incosteable. El *Askeskin* fue recientemente reemplazado por un esquema extendido que tiene como objetivo 19 millones de familias empobrecidas (DepKes, 2006). A pesar de este desarrollo progresivo, es insuficiente, por que el número de familias pobres alcanzó en 2008 los 35 millones en Indonesia (BPS, 2008). Por añadidura, las iniciativas que estimulan la demanda deben verse como incompletas sin el fortalecimiento concomitante de la oferta (Lim *et al.*, 2010).

Tabla 6: Recomendaciones

	Plazo inmediato	Largo plazo
SSS	<p><i>En comunidades</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Repetir encuestas de identificación y expedición de credenciales cuando sea necesario ○ Que los funcionarios de la comunidad incrementen el conocimiento y conciencia del SSS entre las mujeres y las familias ○ No retener credenciales ○ Educar a las familias pobres y sin seguro sobre el subsidio del SSS <p><i>En las instalaciones de los servicios de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proveer consejo e incentivos para el personal del hospital para recibir y tratar a los pacientes pobres/pacientes con SSS 	<p><i>En comunidades</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la transparencia en los procesos de identificación y de elaboración del enlistado • Extender el cupo de elegibilidad • Extender los subsidios para incluir sangre, medicinas no genéricas y transporte • Mejorar el reembolso a las familias • Simplificar los procedimientos <i>SKTM</i> <p><i>En las instalaciones de los servicios de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveer consejo e incentivos para el personal de salud para recibir y tratar a pacientes pobres/pacientes con SSS • Simplificar los procesos de obtención de admisión, atención y medicación para los usuarios del SSS • Extender los servicios para los pobres en los hospitales • Mejorar los reembolsos a las instalaciones • Fortalecer la calidad de los servicios, personal y suministros para incrementar el rendimiento
Parteras de aldea & TBA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Proveer consejos e incentivos para las parteras para proveer rutinariamente consejos y asistencia sobre el SSS durante el APN ○ Proveer incentivos para las parteras para proveer servicios a los pobres, especialmente en emergencias obstétricas ○ Entrenar a los APT para promover la preparación al nacimiento y SSS 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer a las parteras con recursos, como vivienda, transporte y salarios mejores • Las parteras deberían ser responsables por una aldea solamente, en donde idealmente residan • Promover la colaboración entre APT, así como parteras y APT, incluyendo el desarrollo de mecanismos de pago justo facilitado por los funcionarios de la aldea y APT
ANC & preparación para el nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Figuras de la comunidad (funcionarios de aldea, trabajadores de la salud de la aldea y líderes religiosos) que socialicen la preparación para el nacimiento entre mujeres y familias ○ Alentar a las mujeres para hacer contacto con las parteras y APT durante el embarazo, y para negociar la asistencia del parto y financiamientos avanzados, con consejo para SSS si es necesario 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer a los TSC con recursos como teléfonos celulares, salarios, uniformes y entrenamiento • Subsidios gubernamentales con incentivos para APT en los dispensarios de salud de la aldea, con comida para las mamás y leche para los bebés • Que los APT reciban entrenamiento para promover la preparación en el nacimiento y SSS
Transporte de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alentar a las mujeres y las familias para hacer arreglos de transporte durante la APN en los dispensarios de salud de la aldea 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener transporte dedicado a la emergencia las 24 horas, provisto por el gobierno, y ambulancias para las aldeas rurales y remotas

La falta de parteras en las aldeas fue un hallazgo importante. Indonesia sufre de serias deficiencias en el número de profesionales de la salud suficientemente entrenados y competentes (WHO SEARO, 2007), con aproximadamente 26 parteras por 100,000 pobladores (Hennessy *et al.*, 2006) un tercio del 75 por cada 100,000 –objetivo

establecido por el Ministerio Indonesio de Salud (Kemenkes, 2010). Con posterioridad a la independencia nacional, los proveedores de servicios fueron obligados a dar tres años de servicios públicos. Sin embargo, bajo la descentralización, muchos ya no conservan contratos civiles (Thabrany, 2006). Esto ha dado

lugar a un incremento en la flexibilidad dentro y entre los distritos en cuanto a recursos humanos, pero ha removido la habilidad del gobierno central para monitorear y evaluar la cobertura y la calidad (Heywood & Harahap, 2009). Como lo ha declarado la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud en Indonesia:

... la descentralización es uno de los muchos factores que exacerban los problemas que llevan mucho tiempo existiendo por una mala distribución y baja productividad y calidad de los TSC (WHO Country Office for Indonesia, 2010).

A pesar del intento por promover gobiernos localmente relevantes, las consecuencias no intencionales adversas de la descentralización se han observado en Indonesia y en otros lados. Éstas incluyen reducciones en los presupuestos de salud de los distritos, la privatización extendida de los servicios públicos, subida en el número de aseguradores de salud y desigualdades crecientes en el acceso y calidad de servicios (Collins & Green, 1994; Homedes & Ugalde, 2005; Kristiansen & Santoso, 2006; Baso, 2007; Foley, 2008; Sparrow *et al*, 2008; Halabi, 2009). Los servicios que son organizados y entregados de acuerdo a las políticas de descentralización que institucionalizan la mercantilización de la provisión de la salud, puede que introduzcan un efecto por el cual la exclusión de aquéllos sin la capacidad de pagar por la atención se vuelva socialmente legítima. Esto puede explicar los efectos condicionantes de la estructura y las condiciones operantes del sistema de atención a la salud, sobre el comportamiento de los individuos en situaciones graves.

Limitaciones del estudio

Las interpretaciones deben considerarse a la luz de las limitaciones del estudio: los casos fueron seleccionados para representar una gama de caminos y complicaciones. La selección intentó facilitar la generalización y asegurar la confluencia de contenidos. Para evitar un enfoque predominantemente negativo o punitivo, frecuentemente asociado con las auditorías clínicas (Sorensen *et al*, 2010), se evaluaron los casos en dónde mujeres sobrevivieron a las complicaciones

del parto, además de los casos en dónde el proceso les ocasionó la muerte. Los casos sin complicaciones y resultados exitosos, sin embargo, no fueron seleccionados para su inclusión, lo que pudo haber omitido aspectos relevantes en la provisión de atención de emergencia exitosa. Por lo tanto, los hallazgos deben considerarse en el contexto de resultados de salud materna adversos y partos de emergencia ocurridos en áreas rurales.

El énfasis en el acceso a la atención y su calidad puede que haya impuesto el énfasis en el sistema de salud, obscureciendo la influencia de factores como educación, religión, género y demás. Tomamos pasos para minimizar esto al incitar a los participantes a considerar circunstancias y eventos que ocurrieron en la casa y en el camino recorrido para recibir atención, así como dentro de las instalaciones de los servicios de salud. También incorporamos espacio dentro de las guías y el marco de las estrategias de evaluación para que presentaran problemas no considerados que pudieran emerger, para ser examinados. Aparte de eso, en el caso de los tableros y las narrativas, se hicieron esfuerzos para reproducir fielmente las entrevistas originales (que fueron las bases de la descripción de los casos), para proveer explicaciones tan completas como fuera posible. Para promover evaluaciones válidas y significativas, también buscamos retroalimentación por parte de los participantes sobre los métodos, el formato de las reuniones y los hallazgos preliminares, en respuesta, se hicieron las modificaciones pertinentes.

De otra manera, nuestro intento por construir una 'perspectiva de la comunidad' hubiera omitido inadvertidamente ciertos puntos de vista. En varias de las primeras reuniones, por ejemplo, las discusiones sugirieron que los líderes religiosos podían promover la salud y educar a la gente local acerca de la atención del parto, subsidios SSS y demás. Como resultado, al inicio del estudio consideramos redirigir recursos para establecer grupos líderes religiosos. Sin embargo, después de una cuidadosa reflexión optamos por mantener la participación con los grupos con los que ya nos habíamos comprometido. Además, aquéllos que aceptaron participar puede que hayan representado individuos más informados, autónomos o socialmente activos. Por lo tanto, recomendamos que las actividades participativas incluyeran un

proceso de consulta con las comunidades, con una consideración para la inclusión de individuos marginados, así como aquéllos que podrían ser agentes efectivos para el cambio.

Finalmente, la auditoría es un mecanismo para la mejora continua de la calidad en el que la atención es evaluada y se formulan recomendaciones en un ciclo continuo de implementación y re-revisión (Crombie, 1993; WHO, 2004b; South Africa Every Death Counts Writing Group, 2008). La participación comunitaria auténtica también ocurre dentro de un contexto de compromiso continuo, para contribuir a la redistribución de poder político, desde metas de empoderamiento (Arnstein, 1969). Los recursos que estuvieron disponibles para el estudio no permitieron un compromiso a largo plazo, ni la implementación y evaluación de las recomendaciones generadas. Para atender esto desarrollamos propósitos y objetivos para demostrar la utilidad de la aproximación, para un entendimiento en una base más sostenida. Los resultados demuestran la profundidad y coherencia de la información, las capacidades considerablemente analíticas de las comunidades y la facilidad relativa con la que puede alcanzarse participación significativa al organizarse de acuerdo a principios de responsabilidad positiva. Estos hallazgos contribuyen al cuerpo de evidencias sobre participación comunitaria para la SMI en el sur de Asia (Manandhar *et al*, 2004; Borghi *et al*, 2005; Kumar *et al*, 2008; Rath *et al*, 2010; Tripathy *et al*, 2010). Por lo tanto, recomendamos el método para escenarios de planificación rutinaria (es decir, no investigación) de la salud distrital y el desarrollo de colaboraciones formales entre comunidades y autoridades de la salud con el mismo fin.

Conclusión

En los casos revisados las restricciones sobre la calidad y el acceso a atención del parto para salvar la vida pueden atribuirse a las condiciones operativas del sistema de salud, que impuso normas sociales de elegibilidad para la atención, basado en la capacidad de pago. Estas normas fueron subsecuentemente mantenidas a nivel individual entre las mujeres, las familias y los proveedores de servicios. Por lo tanto, concluimos que un sistema de salud caracterizado por

provisión de atención mercantilizada y recursos inadecuados a nivel distrital puede contribuir a legitimar la exclusión al acceso a la atención y su calidad durante el parto. Así, una reforma que promueva el acceso universal a la atención del parto, que sea de buena calidad, puede salvar la vida en emergencias obstétricas, siendo un medio efectivo para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas evitables en este escenario. Reconocemos, sin embargo, que tal reforma requerirá cambios en los paradigmas que prevalecen en la administración y el financiamiento de la atención a la salud. Los hallazgos también sugieren el potencial positivo de las auditorías locales. La perspectiva de la comunidad produjo conocimientos ricos y vívidos, situando los comportamientos de los individuos dentro de su contexto social amplio. Eso permitió un análisis detallado y a múltiples niveles. La evaluación comunitaria rutinaria puede ser un medio para el desarrollo de soluciones de implementación contextualmente relevantes que promuevan la provisión equitativa de la atención de emergencia en el parto.

Contribuciones de los autores

LD desarrolló el diseño del estudio, contribuyó a la recolección de datos, guió el análisis y esbozó el manuscrito. EM y YI diseñaron el estudio, guiaron la recolección de datos, contribuyeron al análisis y a modelar el manuscrito. AK supervisó el análisis y contribuyó al manuscrito. AC concibió el estudio y contribuyó al manuscrito. El manuscrito ha sido preparado en nombre de la Sociedad de Salud Comunitaria del Distrito de Serang para Salud Materna. Aunque formalmente no son autores, los participantes hicieron contribuciones intelectuales directas substanciales: contribuyeron al diseño del estudio (durante su implementación), guiaron la recolección de datos y contribuyeron a su análisis.

Reconocimientos

Este trabajo fue financiado como parte de la Iniciativa del Programa de Evaluación de Mortalidad Materna (*Impact: Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment*), financiado por la Fundación Bill & Melinda Gates, el Departamento del Reino Unido para el

Desarrollo Internacional, la Comisión Europea y el USAID. El manuscrito fue completado en el Centro Umeå para la Investigación Global en Salud, con apoyo del FAS, el Consejo Sueco para la Vida Laboral e Investigación Social (apoyo No. 2006-1512). Los puntos de vista expresados aquí son de sus autores. Se agradece a: Dr. Endang Achadi y su equipo en el Pusat Penelitian Keluarga Sejahtera, PUSKA (*Center for Family Welfare*), Fakultas Kesehatan Masyarakat (*Faculty of Public Health*), Universitas Indonesia, incluyendo Trisari Anggondowati, Indah Ayu Permata Sary, Dendi Hendarsyah, y Reni Setiawati. Agradecemos también al Dr. Sri Nurhayati, *Head of Maternal and Child Health Unit, District Health Office Serang*, y al personal del centro de salud en Kramat Watu y Ciruas, Serang, por su valioso apoyo para hacer contacto con los participantes. Finalmente, agradecemos a los participantes del estudio, mismos que contribuyeron con tiempo e información e hicieron contribuciones significativas al análisis.

Abreviaciones y acrónimos

APS	atención primaria en salud
APT	asistente de parto tradicional
Askeskin	ASuransi KESehatan untuk Keluarga miskin (seguro de salud para familias pobres)
JPS	Jaring Pengaman Sosial-Bidang Kesehatan (red de seguridad social para la salud)
MER	mujeres en edad reproductiva
PPA	partera presente en la aldea durante la emergencia (no oficialmente responsable de la aldea o la mujer)
PR	partera responsable de (pero no necesariamente residente en) la aldea
Rp	rupia indonesia
SKTM	Surat Keterangan Tidak Mampu (carta explicativa de falta de capacidad)
SMI	salud materno-infantil
SSS	seguro de salud social
TMM	tasa de mortalidad materna
TSC	trabajador de salud comunitario

Referencias

Achadi, E., Scott, S., Pambudi, E.S., Makowiecka, K., Marshall, T., Adisasmita, A., *et al.* (2007). Midwifery provision and uptake of maternity care in Indonesia.

Tropical Medicine and International Health, 12(12): 1490-7.

Ahmed, S. & Holtz, S.A. (2007). Social and economic consequences of obstetric fistula: Life changed forever? *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 99(S1): S10-5.

Amnesty International. (2010). Joint statement on maternal mortality and morbidity supported by 108 states. AI Index: IOR 42/002/2010. London: Amnesty International. Available at: <http://www.amnesty.org/fr/library/asset/IO42/002/2010/fr/8cf99348-485d-4a5d-bdb8-72d7123676fc/ior420022010en.html>

Arnstein, S.R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4): 216-24.

Bazzano, A.N., Kirkwood, B., Tawiah-Agyemang, C., Owusu-Agyei, S. & Adongo, P. (2008). Social costs of skilled attendance at birth in rural Ghana. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 102(1):91-4.

Berman, P.A. (1984). Village health workers in Java, Indonesia: Coverage and equity. *Social Science & Medicine*, 19(4): 411-22.

Blaxter, M. (1983). The causes of disease: women talking. *Social Science & Medicine*, 17(2): 59-69.

- Badan Pusat Statistik-Statistics Indonesia (BPS) & Marco International (2008). *Indonesia Demographic and Health Survey 2007*. Calverton (MD): Marco International. Available at: http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=897&ctry_id=17&SrchTp=country

Baso, Z.A. (2007). The emerging impact of decentralisation on health systems. In Thanenthiran, S. & Khan, A. (Eds.), *Rights and realities: Monitoring reports on the status of Indonesian women's sexual and reproductive health and rights*. Kuala Lumpur: The Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW).

Borghi, J., Thapa, B., Osrin, D., Jan, S., Morrison, J., Tamang, S. *et al.* (2005). Economic assessment of a women's group intervention to improve birth outcomes in rural Nepal. *Lancet*, 366: 1882-1884.

Collins, C. & Green, A. (1994). Decentralization and primary health care: Some negative implications in developing countries. *International Journal of Health Services*, 24(3): 459-75.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

Confidential Enquiries into Maternal Deaths (CEMD). (2001). *Why mothers die 1997-1999: The fifth report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. London: RCOG Press.

Crombie IK, Davies HTO, Abraham SCS, Florey C. (1993). *The audit handbook*. West Sussex: John Wiley and Sons.

D'Ambruso, L., Achadi, E., Adisasmita, A., Izati, Y., Makowiecka, K. & Hussein, J. (2009). Assessing quality of care provided by Indonesian village midwives with a confidential enquiry. *Midwifery*, 25(5): 528-39.

- D'Ambruoso, L., Byass, P. & Qomariyah, S.N. (2010). 'Maybe it was her fate and maybe she ran out of blood': Final caregivers' perspectives on access to care in obstetric emergencies rural Indonesia. *Journal of Biosocial Science*, 42: 213-241.
- D'Ambruoso, L. (2011). *Care in obstetric emergencies: studies of quality of care, access to care and participation in health in rural Indonesia*. PhD Thesis. Aberdeen: University of Aberdeen.
- D'Ambruoso, L., Izati, Y., Martha, E., Kiger, A., Coates, A. (2012). Mortalidad materna y morbilidad severa en Indonesia rural. Parte 2: Implementación de auditorías comunitarias. *Medicina Social*, 7(2):86-98.
- Departemen Kesehatan (Ministry of Health). (2006). *Keputusan Menkes (Ministerial Decree of Minister of Health) RI No. 332/Menkes/SK/V/2006*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Ensor, T., Nadjib, M., Quayyum, Z. & Megraini, A. (2008). Public funding for community-based skilled delivery care in Indonesia: To what extent are the poor benefiting? *European Journal of Health Economics*, 9(4): 385-92.
- Filippi, V., Ronsmans, C., Campbell, O.M., Graham, W.J., Mills, A., Borghi, J. *et al.* (2006). Maternal health in poor countries: The broader context and a call for action. *Lancet*, 368(9546): 1535-41.
- Foley, E.E. (2008). Neoliberal reform and health dilemmas. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(3): 527-273.
- Freedman, L.P., Graham, W.J., Brazier, E., Smith, J.M., Ensor, T., Fauveau, V. *et al.* (2007). Practical lessons from global safe motherhood initiatives: Time for a new focus on implementation. *Lancet*, 370(9595): 1383-91.
- Gani, A. (1996). Improving quality in public sector hospitals in Indonesia. *International Journal of Health Planning and Management*, 11: 275-96.
- Gill, K., Pande, R. & Malhotra, A. (2007). Women deliver for development. *Lancet*, 370(9595): 1347-57.
- Graham, W.J., Fitzmaurice, A.E., Bell, J.S. & Cairns, J.A. (2004). The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*, 363(9402): 23-7.
- Graham, W., Ahmed, S.T., Stanton, C., AbouZahr, C. & Campbell, O. (2008). Measuring maternal mortality: an overview of opportunities and options for developing countries. *BMC Medicine*, 6:12.
- Halabi, S.F. (2009). Participation and the right to health: Lessons from Indonesia. *Health and Human Rights*, 11:1.
- Hennessy, D.A., Hicks, C.M., Kawonal, Y. & Hilan, A. (2006). A methodology for assessing the professional development needs of nurses and midwives in Indonesia: Paper 1 of 3. *Human Resources for Health*, 4:8.
- Heywood, P. & Harahap, N. (2009). Human resources for health at the district level in Indonesia: The smoke and mirrors of decentralization. *Human Resources for Health*, 7: 6.
- Homedes, N. & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71(1): 83-96.
- Izati, Y., Pambudi, E. & D'Ambruoso, L. (2005). *A descriptive analysis of coverage and profile of midwifery services in Serang and Pandeglang districts*. Jakarta: Immpact Indonesia.
- Kementerian Kesehatan (Ministry of Health) (2010). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 (*Strategic Plan of the Ministry of Health in 2010-2014*). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemitraan Kesehatan Masyarakat (KKM)(Community Health Partnerships Project). (2008). *Power in partnerships: official record of the Community Health Partnerships Project conducted by Immpact, University of Indonesia*. Jakarta: Immpact Indonesia.al Indonesia.
- Kemitraan Kesehatan Masyarakat (KKM) (Community Health Partnerships Project). (2010). *Realities and priorities: a community-based audit of maternal mortality and severe morbidity in rural Indonesia*. Policy Brief. Jakarta: Immpact Indonesia.
- Kristiansen, S. & Santoso, P. (2006). Surviving decentralisation? Impacts of regional autonomy on health service provision in Indonesia. *Health Policy*, 77(3): 247-59.
- Krueger, R.A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research*. London: Sage Publications.
- Kumar, V., Mohanty, S., Kumar, A., Misra, R.P., Santosham, M., Awasthi, S. *et al.* (2008). Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 372: 1151-1162.
- Lim, S.S., Dandona, L., Hoisington, J.A., James, S.L., Hogan, M.C. & Gakidou, E. (2010). India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: An impact evaluation. *Lancet*, 375: 2009-23.
- Lozano, R., Wang, H., Foreman, K.J., Rajaratnam, J.K., Naghavi, M., Marcus, J.R., *et al.* (2011). Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: An updated systematic analysis. *Lancet*, 378(9797): 1139-65.
- Makowiecka, K., Achadi, E., Izati, Y. & Ronsmans, C. (2008). Midwifery provision in two districts in Indonesia: How well are rural areas served? *Health Policy & Planning*, 23(1): 67-75.
- MacDonagh, S. (2005). *Achieving skilled attendance for all; a synthesis of current knowledge and recommended actions for scaling up*. London; DFID. Available at: <http://www.expandnet.net/PDFs/skilled-attendance-report.pdf>
- Manandhar, D.S., Osrin, D., Shrestha, B.P., Mesko, N., Morrison, J., Tambahangphe, K.M. *et al.* (2004). Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 364: 970-979.
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3): 432-41.
- Nobles, J. & Frankenberg, E. (2009). Mothers' community participation and child health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 50(1): 16-30.
- Paxton, A., Maine, D., Freedman, L., Fry, D. & Lobis, S. (2005). The evidence for emergency obstetric care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 88(2):181-93.
- Popay, J. & Williams, G. (1996). Public health research and lay knowledge. *Social Science & Medicine*, 42(5): 759-68.

- Pope, C. & Mays, N. (2006). *Qualitative research in health care*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Rabasa, A. & Chalk, P. (2001). Reinventing Indonesia: The challenge of decentralization. In: Rabasa, A., Chalk, P., (Eds.), *Indonesia's transformation and the stability of Southeast Asia*. Santa Monica (CA): RAND. Available at: http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1344.html
- Rath, S., Nair, N., Tripathy, P., Barnett, S., Rath, S., Mahapatra, R. *et al.* (2010). Explaining the impact of a women's group led community mobilisation intervention on maternal and newborn health outcomes: The Ekjut trial process evaluation. *BMC International Health and Human Rights*, 10: 25.
- Ronsmans, C. & Graham, W.J. (2006). Maternal mortality: Who, when, where, and why. *Lancet*, 368(9542), 1189-200.
- Ronsmans, C., Scott, S., Qomariyah, S.N., Achadi, E., Braunholtz, D., Marshall, T. *et al.* (2009). Professional assistance during birth and maternal mortality in two Indonesian districts. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(6): 416-23.
- Rosenfield, A. & D. Maine (1985). Maternal mortality - a neglected tragedy: Where is the M in MCH? *Lancet* 326(8446): 83-5.
- Say, L., Pattinson, R., Gulmezoglu, A.M. (2004). WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive Health*. 2004;1(1):3.
- Shankar, A., Sebayang, S., Guarenti, L., Utomo, B., Islam, M., Fauveau, V. *et al.* (2008). The village-based midwife programme in Indonesia. *Lancet*, 371(9620): 1226-9.
- Shrestha, R. (2007). *The village midwife program and the reduction in infant mortality in Indonesia*. New York: Population Association of America.
- Sorensen, B.L., Elsass, P., Nielsen, B.B., Massawe, S., Nyakina, J. & Rasch, V. (2010). Substandard emergency obstetric care – a confidential enquiry into maternal deaths at a regional hospital in Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, 15: 894-900.
- South Africa Every Death Counts Writing Group. (2008). Every death counts: Use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. *Lancet*, 371: 1294-1304.
- Sparrow, R., Suryahadi, A. & Widyanti, W. (2008). *Public health insurance for the poor in Indonesia: targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme*. Cape Town: Annual Bank Conference on Development Economics.
- Thabrany, H. (2006). Human resources in decentralised health systems in Indonesia. *Regional Health Forum*, 10: 75-86.
- Thaddeus, S. & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8): 1091-110.
- Tripathy, P., Nair, N., Barnett, S., Mahapatra, R., Borghi, J., Rath, S. *et al.* (2010). Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes and maternal depression in Jharkhand and Orissa, India: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 375: 1182-92.
- United Nations General Assembly. (2009). *Preventable maternal mortality and morbidity and human rights*. Resolution A/HRC/11/L.16/Rev.1. 16 June 2009. New York: United Nations. Available at: http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=15740
- Utomo, I.D., Arsyad, S.S. & Hasmi, E.N. (2006). Village planning volunteers in Indonesia: Their role in the family planning programme. *Reproductive Health Matters*, 14(27):73-82.
- Williams, G. (2003). The determinants of health: Structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness*, 25(3): 131-54.
- Williams, G. & Popay, J. (2006). Lay knowledge and the privilege of experience. In Kelleher, D., Gabe, J., Williams, G. (Eds.), *Challenging medicine*, 2nd edition, pp122-45. London: Routledge.
- The World Bank. (2006). *Making the new Indonesia work for the poor*. Jakarta/Washington: World Bank. Available at: http://siteresources.worldbank.org/INTINDONESIA/Resources/Publication/280016-1152870963030/2753486-1165385030085/Overview_standalone_en.pdf
- The World Bank. (2010). *World Development Indicators*. Washington: World Bank. Available at: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators/>
- WHO & UNICEF. (1996). *Revised 1990 estimates of maternal mortality: A new approach by WHO and UNICEF*. WHO/FRH/MSM/96.11. Geneva: World Health Organization. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.11.pdf
- WHO & the World Bank. (2000). *Indonesia Country Profile*. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/disasters/repo/9062.pdf>
- WHO, UNICEF & UNFPA. (2001). *Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. WHO/RHR/01.9. Geneva: World Health Organization. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.9.pdf
- WHO, UNICEF & UNFPA. (2004). *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9241562706/en/index.html>
- WHO. (2004a). *Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/document/s/9241591692/en/index.html
- WHO. (2004b). *Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241591838/en/index.html
- WHO SEARO. (2007). *Indonesia: National health system profile*. New Delhi: WHO SEARO.
- WHO, UNICEF, UNFPA & the World Bank. (2007). *Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf

WHO, UNICEF, UNFPA & AMDD. (2009). *Monitoring emergency obstetric care: A handbook*. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html>

WHO Country Office for Indonesia. (2010). *WHO Indonesia Health Profile*. Jakarta: WHO Country Office for Indonesia.

WHO, UNICEF, UNFPA & the World Bank. (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World*

Bank. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>

WHO. (2011a). *Global Health Observatory: Maternal and reproductive health*. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/gho/maternal_health/en/

WHO. (2011b). *10 facts on midwifery (number 4)*. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/features/factfiles/midwifery/en/index.html>

Recibido: 27 de enero de 2012.

Aprobado: 15 de abril de 2012.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos