

Recomendaciones de la OMS

Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas

OPTIMIZEMNH



Organización
Mundial de la Salud

Recomendaciones de la OMS

Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas

OPTIMIZEMNH

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas.

1.Bienestar materno. 2.Atención al paciente. 3.Personal de salud. 4.Recursos humanos en salud – organización y administración. 5.Recién nacido. 6.Administración de los servicios de salud. 7.Guía. I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350484 1

(Clasificación NLM: WA 310)

© Organización Mundial de la Salud, 2013

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int).

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed in Italy

Contenido

Agradecimientos	v
Siglas y abreviaturas	vi
Definiciones de los cuadros del personal incluidas en la guía OptimizeMNH	vii
1. Resumen ejecutivo	2
Objetivos	2
Métodos para el desarrollo de la orientación	2
Recomendaciones	3
Divulgación, adaptación e implementación de las recomendaciones	4
Información general de las opiniones	4
2. Introducción	7
Crisis mundial de la población activa del sector salud	7
Escasez de recursos humanos en salud materna y neonatal	7
Optimización de las funciones de los trabajadores de la salud a través del cambio de tareas: Principios fundamentales	8
Objetivos	10
3. Métodos	11
Identificación de las preguntas cruciales y los desenlaces críticos	11
Obtención de la evidencia	14
Evaluación, resumen y clasificación de la evidencia	16
Presentación de la evidencia en un marco estructurado de sistemas de salud	18
Formulación de las recomendaciones	18
Preparación del documento y revisión de expertos	21
Planificación para la divulgación, la implementación, la evaluación del impacto y la actualización	21
4. Evidencia y recomendaciones	22
Intervenciones consideradas para los trabajadores de la salud en la comunidad	22
Intervenciones consideradas para las enfermeras auxiliares	37
Intervenciones consideradas para las enfermeras obstétricas auxiliares	52
Intervenciones consideradas para las enfermeras	63
Intervenciones consideradas para las obstétricas	68
Intervenciones consideradas para los clínicos auxiliares (especialistas clínicos que no son médicos)	75
Intervenciones consideradas para los clínicos auxiliares de formación avanzada (especialistas clínicos que no son médicos)	79
Intervenciones consideradas para los médicos no especialistas	84

5. Implementación de programas de cambio de tareas: un resumen de los factores clave de todos los sectores elaborado sobre la base de revisiones de estudios cualitativos y estudios de casos de distintos países	87
Gobernanza y liderazgo	87
Financiamiento	87
Acceso a los productos básicos	88
Prestación de servicios	88
Población activa del sector salud	89
6. Contextualización de la orientación	90
7. Repercusiones de la investigación	93
8. Divulgación de las recomendaciones	95
9. Revisión y actualización de las recomendaciones	97
10. Referencias	98

Lista de anexos

Los siguientes anexos son parte de esta orientación y se presentan como documentos independientes:

- » [Anexo 1](#): Definiciones de los cuadros de personal usadas en el proyecto
- » [Anexo 2](#): : Lista de participantes de las reuniones de evaluación preliminar y dos paneles finales
- » [Anexo 3](#): Preguntas para la evaluación preliminar
- » [Anexo 4](#): Criterios utilizados en la transición desde la evidencia hasta la formulación de recomendaciones (el marco DECIDE)
- » [Anexo 5](#): Marcos relacionados con los trabajadores de la salud en la comunidad
- » [Anexo 6](#): Marcos relacionados con otros cuadros de personal (enfermeras auxiliares, enfermeras obstétricas auxiliares, obstétricas, enfermeras, auxiliares clínicos, auxiliares clínicos con formación avanzada, médicos no especialistas)
- » [Anexo 7](#): Base de evidencia (perfil GRADE de evidencia, resúmenes de los resultados de las revisiones de evidencia cualitativa y citas de las revisiones incluidas)
- » [Anexo 8](#): Contextualización de las guías: manual

Agradecimientos

A. Metin Gülmezoglu (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS), Matthews Mathai, Rajiv Bahl y Blerta Maliqi (Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, del Niño y del Adolescente de la OMS) y Carmen Dolea (Departamento de Política, Desarrollo y Servicios de Salud de la OMS) son los responsables de haber ideado y elaborado este material de orientación.

A. Metin Gülmezoglu (OMS) coordinó el proyecto de orientación junto a Simon Lewin y Claire Glenton (Centro Noruego de Conocimientos para los Servicios de Salud, NOKC). Olufemi Oladapo redactó el documento de referencia para la reunión de evaluación preliminar. A. Metin Gülmezoglu, Simon Lewin y Claire Glenton aportaron comentarios adicionales. Simon Lewin, Claire Glenton y A. Metin Gülmezoglu redactaron el documento final, salvo el Capítulo 5 (“Implementación de los programas de cambio de tareas”) y el Anexo 8, que fueron redactados por John Lavis y Elizabeth Alvarez.

Claire Glenton, Simon Lewin y Stephanie Polus revisaron la evidencia científica de las revisiones sistemáticas y prepararon los resúmenes de la evidencia, labor que incluyó el resumen de los resultados, las tablas GRADE y los marcos DECIDE.

A. Metin Gülmezoglu; Zohra Lassi y su equipo de la Universidad de Aga Khan; Miranda Laurant; Simon Lewin y el equipo de revisión de trabajadores de la salud de la comunidad; Susan Munabi-Babigumira; Olufemi Oladapo; Stephanie Polus; Bonnie Sibbald; y Lynn Sibley colaboraron con el desarrollo de esta orientación al realizar o actualizar revisiones de eficacia Cochrane pertinentes, que se publican en la base de datos Cochrane y en otras bases de datos. Watananirun Kanokwaroon (Fon), Rajesh Khanna y Priya Miriyam Lerberg brindaron su asistencia.

Benedicte Carlsen, Christopher Colvin, Karen Daniels, Claire Glenton, Jodie de Heer, Akram Karimi-Shahanjarini, Rajesh Khanna, Simon Lewin, Chris Morgan, Jane Noyes, Arash Rashidian, Elin S Nilsen, Elham Shakibazadeh, Alison Swartz y Laura Winterton trabajaron en las revisiones sistemáticas de estudios cualitativos. Stephanie Polus y Unni Gopinathan dirigieron los estudios de casos de distintos países. Claire Glenton, Simon Lewin, Onikepe Owolabi y Neil Pakenham-Walsh dirigieron el análisis del foro de debate electrónico Health Information for All (Información en salud para todos para el 2015, HIFA2015).

Sarah Rosenbaum y Jenny Moberg (NOKC) colaboraron en el desarrollo de esta orientación al preparar la presentación de la evidencia y tomar notas durante las reuniones del Panel de orientación. Simon Goudie brindó apoyo editorial para la producción de los documentos orientativos.

Un amplio número del personal de la OMS contribuyó con el proyecto de orientación. Entre ellos: Carmen Dolea y Annette Mwansa Nkowane (HSS/HDS); Eyerusalem Kebede Negussie (HTM/HIV); Rajiv Bahl, Blerta Maliqi, Matthews Mathai, Annie Portela, Severin von Xylander, José Martínez (FWC/MCA); Grace Rob, Luz Maria De-Regil, Juan Pablo Pena-Rosas (NMH/NHD);

João Paulo Dias De Souza, Mario Festin, A. Metin Gülmezoglu, Mario Merialdi, Lale Say, Catherine Kiener, Stephanie Polus, Watananirun Kanokwaroon, Joshua Vogel y Fabiola Stollar (FWC/RHR); Taghreed Adam, Nhan Tran (HSS/HSR); y George Pariyo (HSS/HWA).

La OMS agradece a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el apoyo continuo que presta a la OMS en esta área. La organización Gynuity Health projects merecen un agradecimiento por aportar fondos adicionales a esta orientación. La OMS desea expresar su agradecimiento a NORAD por su apoyo al NOKC y a la OMS para el desarrollo de esta orientación. La OMS también desea agradecerles a los autores de las revisiones sistemáticas incluidas en esta guía por su ayuda y colaboración para actualizar el material pertinente y aportar información adicional sobre las revisiones publicadas, entre ellos: Arri Coomarasamy, Rachel Harper, Justus Hofmeyr y Juan Pablo Pena-Rosas. La OMS también agradece a la Sra. Helga Fogstad (NORAD) por su aliento, su participación y su apoyo al desarrollo de esta orientación.

Siglas y abreviaturas

AGREE	Instrumento para la evaluación e investigación de la calidad de las Guías de Práctica Clínica (más información disponible en www.agreetrust.org)
ASNM	Agentes de salud de nivel medio
AVM	Aspiración al vacío manual
BEMOC	Atención de obstetricia básica de urgencia
BPN	Bajo peso al nacer
CEMOC	Atención de obstetricia integral de urgencia
DCPDA	Dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática
DECIDE	Desarrollar y Evaluar Estrategias de Comunicación para Apoyar Decisiones y Prácticas Informadas sobre la Base de la Evidencia (Marco)
DIU	Dispositivo intrauterino
EA	Enfermera auxiliar
ECA	Estudio clínico controlado aleatorizado
ECNM	Especialista clínico que no es médico
EOA	Enfermeras-obstétricas auxiliares
EPOC	Grupo Cochrane para una práctica y organización sanitaria efectivas (Grupo de revisión)
GDG	Grupo responsable del desarrollo de la orientación (autores de este informe)
GRADE	Clasificación de la Evaluación, Desarrollo y Valoración de las Recomendaciones (Sistema para evaluar la certeza de la evidencia; más información disponible en www.gradeworkinggroup.org)
GRC	Comité de Examen de Guías de la OMS (Comité responsable de asegurar la calidad de las guías de la OMS)
GREAT	Desarrollo de guías, Prioridades de investigación, Resumen de la evidencia, Aplicabilidad de la evidencia, Traducción del conocimiento (proyecto de la OMS)
HELLP	Síndrome de hemólisis, niveles elevados de enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia
HIFA	Información de salud para todos (Organización)
HPP	Hemorragia puerperal
IC	Intervalo de confianza
MCA	Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, del Niño y del Adolescente de la OMS
NOKC	Centro Noruego de Conocimientos para los Servicios de Salud
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
OptimizeMNH	Optimizar la implementación de intervenciones clave para mejorar la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas
PICR	Población, intervenciones, comparaciones y resultados
PIMB	Países de ingresos medianos y bajos
PMM	Proporción de mortalidad materna
PT	Partera tradicional
REVMAN	Review Manager o RevMan (Software)
RHR	Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS
RPM	Rotura prematura de membranas
RR	Riesgo relativo
SE	Supervisión y evaluación
SMN	Salud materna y neonatal
SURE	Apoyo al uso de evidencia procedente de investigación (colaboración de investigación financiada por la UE)
TAR	Tratamiento antirretroviral
TSC	Trabajador de la salud en la comunidad (lego)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VCE	Versión cefálica externa
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Definiciones de los cuadros del personal incluidas en la guía OptimizeMNH

Categoría amplia	Definición ^a	Otros nombres
Clínico auxiliar de formación avanzada^b	Clínico profesional con competencias avanzadas para diagnosticar y tratar cuadros quirúrgicos, médicos y materno-infantiles frecuentes, incluida la cirugía obstétrica y ginecológica (por ej., las cesáreas). El clínico auxiliar de formación avanzada en general recibió formación durante cuatro o cinco años después de la educación secundaria en instituciones de enseñanza superior o tres años de formación como clínico auxiliar posinicial. El clínico es diplomado, y la práctica que ejerce está regida por la autoridad regulatoria nacional o subnacional pertinente.	Funcionario médico auxiliar, funcionario de la salud (por ej. en Malawi), práctico licenciado en medicina, funcionario de la salud (por ej. en Etiopía), auxiliar médico, técnico quirúrgico, técnico médico, especialista clínico que no es médico
Clínico auxiliar	Clínico profesional con competencias básicas para diagnosticar y tratar cuadros quirúrgicos, médicos y materno-infantiles frecuentes. Puede, además, realizar cirugías menores. Los requisitos previos y la formación pueden ser diferentes según el país. No obstante, el clínico auxiliar en general recibió formación durante tres o cuatro años después de la educación secundaria en instituciones de enseñanza superior. El clínico es diplomado, y la práctica que ejerce está regida por la autoridad regulatoria nacional o subnacional pertinente.	Funcionario de la salud (por ej., en Tanzania, Uganda, Kenia, Zambia), auxiliar médico, funcionario de salud, clínico auxiliar, especialista clínico que no es médico
Enfermera auxiliar	No es necesario haber completado los estudios secundarios. Puede incluir un período de formación en el lugar de trabajo y, en ocasiones, la práctica se formaliza en programas de aprendizaje de un oficio. La enfermera auxiliar tiene competencias básicas de enfermería, no tiene formación en la toma de decisiones de enfermería. No obstante, el período de formación puede variar según el país, de algunos meses a dos o tres años.	Enfermera auxiliar, auxiliar de enfermería, diplomado en enfermería ^c
Enfermera obstétrica auxiliar	No es necesario haber completado los estudios secundarios. Puede incluir un período de formación en el lugar de trabajo y, en ocasiones, la práctica se formaliza en programas de aprendizaje de un oficio. Al igual que las enfermeras auxiliares, las enfermeras obstétricas auxiliares tienen competencias básicas de enfermería, no tienen formación en la toma de decisiones de enfermería. Las enfermeras obstétricas auxiliares colaboran con la prestación de la atención de la salud materna y neonatal, en especial durante el parto, aunque también en los períodos prenatal y posparto. Tienen algunas competencias en partería, aunque no están totalmente capacitadas como las obstétricas.	Obstétrica auxiliar

Categoría amplia	Definición ^a	Otros nombres
Trabajador de la salud en la comunidad (lego)	<p>Todo trabajador de la salud que lleva a cabo funciones relacionadas con la prestación de asistencia de la salud, formado de algún modo en el contexto de la intervención y que no posee un certificado profesional o paraprofesional formal ni un título de educación terciaria.</p> <p>Partera tradicional (PT): Persona que asiste a la madre durante el parto, con conocimientos adquiridos inicialmente al haber dado a luz a sus propios hijos o a través del aprendizaje del oficio con otras parteras tradicionales. La partera tradicional recibió cierto nivel de formación biomédica en la atención del embarazo y el parto^d. En esta orientación, las parteras con formación se incluyen en la categoría de trabajadores de la salud en la comunidad.</p>	<p>Trabajador de salud en la comunidad, trabajador de la salud del pueblo, personal de apoyo al tratamiento, promotores, etc.</p> <p>Partera especializada de la comunidad (Bangladesh); dai (Pakistán); bidan kampong (Malasia); parteras capacitadas (Bangladesh); obstétricas tradicionales (Guatemala); dayas (Egipto)</p>
Obstétrica	<p>Persona evaluada y registrada por la autoridad regulatoria estatal en partería o autoridad regulatoria similar. Ofrecen atención a las mujeres en edad fértil durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, así como durante el período posparto. Además, ofrecen atención a los recién nacidos y ayudan a las madres con la lactancia. Estudian tres, cuatro o más años en la facultad de enfermería, y obtienen un título universitario de grado o posgrado, o su equivalente. La obstétrica diplomada conoce todas las capacidades y técnicas de la partería^e.</p>	<p>Obstétrica diplomada, obstétrica, obstétrica de la comunidad</p>
Médico no especialista	<p>Práctico licenciado y legalmente calificado para ejercer la medicina, dedicado a mantener o restablecer la salud humana a través del estudio, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones, valiéndose de la ciencia de la medicina y la práctica aplicada de dicha ciencia. Los médicos deben recibir formación en una facultad de medicina. La formación puede constar de cursos de nivel de pregrado o grado, según la jurisdicción y la universidad responsable de la formación. La obtención de un título básico en medicina puede tomar de cinco a nueve años, según la jurisdicción y la universidad responsable de la formación.</p>	<p>Médico de familia, médico de cabecera, doctor</p>
Enfermera	<p>Egresado universitario con autorización legal (diplomado) para ejercer la profesión tras la evaluación de una junta estatal de evaluadores de enfermería o autoridad regulatoria similar. Estudian tres, cuatro o más años en la facultad de enfermería, y obtienen un título universitario de grado o posgrado, o su equivalente. El enfermero diplomado tiene todas las capacidades de la enfermería.</p> <p>La enfermería consiste en brindar atención autónoma y colaborativa a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, sanas o enfermas, y en todos los entornos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, y la atención de los enfermos, discapacitados y moribundos. Algunas funciones clave de la enfermería son la sensibilización, la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la elaboración de las políticas de la salud y en la gestión de los sistemas de la salud y de pacientes, y la educación.</p>	<p>Enfermero diplomado, enfermero practicante, especialista en enfermería clínica, enfermero de práctica avanzada, enfermero de atención primaria, enfermero titulado, diplomado en enfermería, licenciado en enfermería, enfermero clínico</p>

^a El [Anexo 1](#) incluye estas definiciones y las referencias utilizadas como fuente de información para elaborarlas.

^b Tras los debates de la reunión del Panel de orientación, se decidió dejar de usar el término "especialista clínico que no es médico" y, en su lugar, emplear el término "clínico auxiliar". Asimismo, se observó que el personal clínico auxiliar puede tener una formación profesional más o menos avanzada y, por ende, diferentes capacidades y alcance en su práctica. Por lo tanto, debieron tomarse en cuenta dos categorías de clínico auxiliar para el propósito de esta orientación; a saber: "clínico auxiliar con formación profesional avanzada" y "clínico auxiliar".

^c Diplomados en enfermería: también se los llama enfermeros auxiliares o técnicos en enfermería. La enseñanza incluye de tres a cuatro años de formación profesional y obtienen una certificación que no es equivalente a un título de pregrado universitario (escuela postsecundaria). El diplomado en enfermería tiene las capacidades típicas de la enfermería. En el marco de un modelo de prestación de servicios tradicional, puede realizar procedimientos médicos simples y complejos, y en general trabaja bajo la supervisión de médicos o enfermeros diplomados. Para el propósito de esta orientación, los diplomados en enfermería se encasillan en la categoría de "enfermeros auxiliares". No obstante, la formación profesional y el alcance de la práctica de los diplomados en enfermería pueden variar de acuerdo con cada lugar.

^d Téngase en cuenta que, en el marco de esta orientación, solo se tomaron en cuenta las parteras tradicionales con formación.

^e La publicación "State of Midwifery" y el sitio web International Confederation of Midwives (www.internationalmidwives.org) ofrecen definiciones algo distintas, pero, para el propósito de esta orientación, se usó la definición de la OMS, expresada anteriormente.

1. Resumen ejecutivo

La escasez de los recursos humanos en los servicios de salud se considera, en muchos ámbitos, una amenaza al logro de los Objetivos de desarrollo del milenio (ODM). Por ello, los intentos de optimizar el potencial de la población activa del sector salud adquieren vital importancia. Una estrategia promisoría es apuntar a una distribución más racional de las tareas y responsabilidades entre los cuadros de personal de los trabajadores de la salud en aras de mejorar el acceso y la rentabilidad en lo que a sistemas de la salud refiere. Por ejemplo, se puede mejorar el acceso a la atención formando y facultando a los trabajadores de la salud "en la comunidad" y "de nivel medio" de manera que puedan realizar intervenciones específicas que, de lo contrario, solo podrían realizar cuadros de personal con una formación más extensa (y, a veces, más especializada). Estas estrategias de cambio de tareas podrían ser atractivas, especialmente, para los países que carecen de medios para mejorar el acceso inmediato a la atención.

El éxito de las estrategias para optimizar las tareas y las funciones tendientes a la implementación de intervenciones eficaces es relativo. Esto se debe, en parte, a que los efectos de estas estrategias dependen de contextos de salud locales variables y responden a una diversidad de sistemas culturales, sociales y políticos muy distintos. No obstante, la pregunta de qué prestadores de salud pueden llevar adelante intervenciones eficaces también está ligada a debates mundiales que cuestionan *si* los trabajadores de la salud con niveles de formación más acotados pueden implementar intervenciones clave *de manera segura*. En el ámbito de la salud materna y neonatal, por ejemplo, la implementación de programas de anticoncepción e intervenciones de salud materna específicas (como el uso de fármacos uterotónicos) está ligada a debates más amplios que cuestionan cómo se puede lograr la optimización de las tareas y las funciones a través del cambio de tareas. Se consensuó que es necesario definir qué intervenciones clave pueden implementarse, de manera segura y eficaz, los distintos cuadros del personal.

Objetivos

Estas recomendaciones se redactaron como parte del mandato de la Organización Mundial de la Salud de impartir orientación normativa a sus estados miembro. Esta orientación tiene como objetivo dar recomendaciones

basadas en la evidencia para facilitar el acceso universal a intervenciones maternas y neonatales clave y eficaces a través de la optimización de las funciones de los trabajadores de la salud. Estas recomendaciones están dirigidas a los responsables de las políticas de salud, administradores y demás partes interesadas del ámbito regional, nacional e internacional. Al ofrecer esta amplia orientación internacionalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) espera que los países adapten e implementen estas recomendaciones tomando en consideración el contexto de los sistemas político y de salud en el que están inmersos.

Métodos para el desarrollo de la orientación

Los procedimientos utilizados en el desarrollo de esta orientación se describen en el manual de la OMS para el desarrollo de orientaciones (1). A saber: (1) la identificación de las preguntas relacionadas con la práctica y la política de salud que deben responderse; (2) la obtención de evidencia basada en investigación actualizada; (3) la evaluación y el resumen de la evidencia; (4) la formulación de las recomendaciones con el aporte de una amplia gama de partes interesadas; y (5) la formulación de los planes para la divulgación, la implementación, la evaluación del impacto y la actualización de la orientación.

La evidencia científica para estas recomendaciones se sintetizó usando el instrumento GRADE (*Clasificación de la Evaluación, Desarrollo y Valoración de las Recomendaciones*). Se prepararon perfiles de evidencia basados en revisiones sistemáticas para cada pregunta, que se complementaron con los resúmenes de la evidencia de la implementación de programas y cualitativa. Se usó el marco DECIDE (*Desarrollar y Evaluar Estrategias de Comunicación para Apoyar Decisiones y Prácticas Informadas sobre la Base de la Evidencia*) para resumir y presentar la evidencia al Panel de orientación. Al clasificar las recomendaciones, el Panel de orientación seleccionó una de las siguientes categorías de calificación, que se definen a continuación:

1. "Recomendar"

Esta categoría indica que debe tenerse en cuenta la implementación de la intervención.

2. "Recomendar con supervisión y evaluación específicas"

Esta calificación denota incertidumbre respecto de la eficacia y la aceptabilidad de una intervención, en especial en lo tocante a ciertos contextos o situaciones. Puede tenerse en cuenta la implementación de las intervenciones clasificadas como tales (incluso a escala), siempre que estén acompañadas por una supervisión y evaluación específicas. Debe prestarse especial atención a cuestiones particulares sobre las que se ciernen preocupaciones (como los riesgos o daños) y aquellas para las que se dispone de poco o nada de información. La información sobre la supervisión y la evaluación puede obtenerse de distintas fuentes, incluidos los datos de encuestas y de rutina (2). El Panel de orientación procuró especificar qué aspectos de las intervenciones necesitarían supervisión y señaló los indicadores correspondientes.

3. "Recomendar solo en el contexto de investigación rigurosa"

Esta categoría de calificación indica que hay incertidumbres importantes sobre la intervención. En tales casos, aún es posible una implementación a gran escala, siempre que se aborde como una investigación capaz de responder a preguntas e incertidumbres pendientes relacionadas con la eficacia de la intervención y su aceptabilidad y factibilidad. Para evaluar la eficacia de una intervención, la investigación debe, al menos, comparar personas que estén expuestas a una opción con personas que no lo estén; y debe incluir una evaluación inicial. Estos grupos de comparación deben ser lo más similares posible, para asegurar que se evalúe el efecto de la intervención en lugar de evaluar el efecto de otros factores. Los estudios aleatorizados son la herramienta más eficaz para esto, pero, si no son una posibilidad, deben considerarse análisis de series temporales interrumpidas o estudios controlados de antes y después. Los programas evaluados sin un grupo de comparación o una valoración inicial conllevan un alto riesgo de sesgo, y es posible que no midan el verdadero efecto de la intervención.

Cuando medien preguntas sin respuesta o incertidumbres respecto de la aceptabilidad o factibilidad de la intervención, la investigación relacionada debería incluir estudios cualitativos realizados debidamente, así como diseños cuantitativos, como las encuestas, para analizar esas cuestiones.

4. "No recomendar la práctica"

Esta categoría indica que la intervención no debe implementarse.

Un grupo internacional de expertos (el Panel de orientación) formuló y aprobó todas las recomendaciones finales de este informe. Dicho grupo participó en la reunión de la *Consulta técnica de la OMS sobre la Optimización de la implementación de intervenciones clave para alcanzar los ODM 4 y 5 (OptimizeMNH)*, que se llevó a cabo en Ginebra, Suiza, del 16 al 19 de abril de 2012 y el 26 de junio de 2012. Los expertos identificaron, además, brechas importantes en el conocimiento que deben abordarse con más trabajos de investigación primaria.

Recomendaciones

El Panel de orientación elaboró 119 recomendaciones: 36 para los trabajadores de la salud en la comunidad, 23 para las enfermeras auxiliares, 17 para las enfermeras obstétricas auxiliares, 13 para las enfermeras, 13 para las obstétricas, 8 para los clínicos auxiliares, 8 para los clínicos auxiliares de formación avanzada y 1 para los médicos no especialistas. El Panel de orientación excluyó una pregunta prioritaria relacionada con la distribución del misoprostol por parte de cualquier cuadro de personal a las mujeres durante el embarazo para la autoadministración después del parto. De acuerdo con el Panel de orientación, aún resta hallar respuesta a algunas preguntas clínicas subyacentes sobre la eficacia y la seguridad de la autoadministración. Además, el Panel de orientación no elaboró ninguna recomendación sobre el uso del dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para la administración de los anticonceptivos inyectables en la comunidad dado que este producto, de momento, no está disponible comercialmente. El Panel de orientación consideró y elaboró recomendaciones relativas al inicio y el mantenimiento de los antirretrovirales para prevenir la transmisión materno-infantil (transmisión vertical) del VIH por parte de diferentes cuadros de personal. No obstante, *a posteriori*, el Departamento del VIH/Sida de la OMS elaboró una serie de recomendaciones más amplia y completa, que incluye evidencia reunida más recientemente. Para garantizar la conformidad entre ambas guías de la OMS, se quitaron las recomendaciones sobre los antirretrovirales de este documento. En el Capítulo 4 ("Evidencia y recomendaciones") se resumen las recomendaciones, y en los Anexos 5 y 6 se detallan los perfiles completos de la evidencia del instrumento GRADE y los resúmenes de los resultados. (Estos datos también están disponibles en el sitio web de la OMS en www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843).

Divulgación, adaptación e implementación de las recomendaciones

El Panel de orientación reconoció que la organización del sistema de salud y los factores socioculturales y políticos específicos influirán en la implementación de las recomendaciones en cada contexto en particular. Por ende, es necesario el diálogo nacional, que debe incluir deliberaciones para decidir si la disponibilidad (o la no disponibilidad) de trabajadores de la salud capacitados es un factor determinante para la accesibilidad y el uso de las intervenciones clave; si hay voluntad para considerar si el cambio de tareas es una opción para abordar los problemas existentes; cuáles de los trabajadores de la salud mencionados en esta orientación podrían ser candidatos potenciales para el cambio de tareas y adecuados para ampliar el acceso a las intervenciones mencionadas y el uso de ellas; y qué conjunto de intervenciones podrían implementar esos candidatos. Es importante tener en cuenta que una motivación crucial del cambio de tareas es disminuir la desigualdad en el acceso a la atención sin descuidar la seguridad. Este documento de la OMS se presenta junto con un manual ([Anexo 8](#)), cuya finalidad es facilitar la labor de los responsables de las políticas en el plano nacional y subnacional, y apoyarlos en su labor de evaluar, adaptar y adoptar estas recomendaciones.

Cada recomendación de este documento se formuló para una intervención y categoría de trabajador de la salud específicas. Tanto en el ámbito de las políticas como la práctica, las recomendaciones individuales deben tomarse en consideración como conjuntos, ya sea en cuanto al tema o el cuadro clínico que abordan (es decir, hemorragia puerperal o septicemia neonatal) y a la categoría del trabajador de la salud (es decir, enfermeras obstétricas auxiliares u obstétricas).

Información general de las opiniones

A continuación se enumeran las prácticas recomendadas por el Panel de orientación. La lista completa (que incluye las prácticas recomendadas solo en el contexto de investigación rigurosa así como aquellas no recomendadas por el Panel de orientación) se halla en el Capítulo 4 ("Evidencia y recomendaciones").

Recomendamos que se designen TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD para las siguientes intervenciones:

- *Las siguientes intervenciones de promoción de la salud materna y neonatal:*
 - » *Promoción de un comportamiento adecuado para la búsqueda de asistencia y atención prenatal durante el embarazo*
 - » *Promoción del acompañamiento durante el trabajo de parto*
 - » *Promoción del uso de mosquiteros tratados con insecticida para dormir durante el embarazo*
 - » *Promoción de la preparación para el parto*
 - » *Promoción de la atención especializada para el parto*
 - » *Promoción de una nutrición adecuada y el uso de suplementación con hierro y folato durante el embarazo*
 - » *Promoción de la salud reproductiva y la planificación familiar*
 - » *Promoción de las pruebas del VIH durante el embarazo*
 - » *Promoción de la lactancia exclusiva*
 - » *Promoción de la atención posparto*
 - » *Promoción de la vacunación de acuerdo con las guías nacionales*
 - » *Promoción del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer*
 - » *Promoción de la atención neonatal básica y la atención para los neonatos de bajo peso al nacer*
- *Administración de misoprostol para prevenir la hemorragia puerperal*
- *Provisión de asistencia continua a la embarazada durante el trabajo de parto en presencia de una partera capacitada*

Recomendamos que se designen TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD para las siguientes intervenciones con supervisión y evaluación específicas:

- *Distribución de las siguientes intervenciones de suplementación por vía oral para las embarazadas:*
 - » *Suplementación con calcio para las mujeres que viven en zonas en las que se sabe que las concentraciones de calcio en la ingesta son bajas*

- » *Suplementación de rutina con hierro y folato para las embarazadas*
- » *Tratamiento preventivo intermitente antipalúdico para las embarazadas que viven en zonas endémicas*
- » *Suplementación con vitamina A para las embarazadas que viven en zonas en las que la deficiencia de vitamina A grave es un problema de salud pública importante*
- *Inicio y mantenimiento de anticonceptivos inyectables con jeringuillas estándar*

Recomendamos que se designen ENFERMERAS AUXILIARES para las siguientes intervenciones:

- *Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para prevenir la hemorragia puerperal*
- *Administración de oxitocina usando el dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para prevenir la hemorragia puerperal*
- *Administración de misoprostol para prevenir la hemorragia puerperal*
- *Administración de misoprostol para tratar la hemorragia puerperal antes de la derivación*
- *Administración de líquido por vía intravenosa para la reanimación en el caso de hemorragia puerperal*
- *Sutura de desgarro genital o perineal leve*
- *Inicio y mantenimiento de anticonceptivos inyectables con jeringuillas estándar*

Recomendamos que se designen ENFERMERAS AUXILIARES para las siguientes intervenciones con supervisión y evaluación específicas:

- *Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para tratar la hemorragia puerperal*
- *Administración de oxitocina usando el dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para tratar la hemorragia puerperal*
- *Inicio del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer*
- *Mantenimiento del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer*
- *Compresión uterina bimanual interna para la hemorragia puerperal*
- *Inserción y extracción de implantes anticonceptivos*

Recomendamos que se designen ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES para las siguientes intervenciones:

- *Reanimación neonatal*
- *Administración de líquido por vía intravenosa para la reanimación en el caso de hemorragia puerperal*
- *Compresión uterina bimanual interna para la hemorragia puerperal*
- *Sutura de desgarro genital o perineal leve*
- *Inicio y mantenimiento de anticonceptivos inyectables con jeringuillas estándar*
- *Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos*

Recomendamos que se designen ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES para las siguientes intervenciones con supervisión y evaluación específicas:

- *Inicio del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer*
- *Mantenimiento del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer*
- *Administración de fármacos antihipertensivos para la presión arterial elevada grave en el embarazo*
- *Inserción y extracción de implantes anticonceptivos*

Recomendamos que se designen ENFERMERAS para las siguientes intervenciones:

- *Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos*
- *Inserción y extracción de implantes anticonceptivos*

Recomendamos que se designen ENFERMERAS para las siguientes intervenciones con supervisión y evaluación específicas:

- *Diagnóstico de rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto y administración del tratamiento inicial con antibióticos inyectables usando una jeringuilla estándar, antes de la derivación*
- *Administración de una dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y la derivación*
- *Administración de una dosis de inicio de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y la derivación*

Recomendamos que se designen OBSTÉTRICAS para las siguientes intervenciones:

- *Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos*
- *Inserción y extracción de implantes anticonceptivos*

Recomendamos que se designen OBSTÉTRICAS para las siguientes intervenciones con supervisión y evaluación específicas:

- *Diagnóstico de rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto y administración del tratamiento inicial con antibióticos inyectables usando una jeringuilla estándar, antes de la derivación*
- *Extracción con ventosa durante el parto*
- *Administración de una dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y la derivación*
- *Administración de una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y la derivación*
- *Administración de una dosis de inicio de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y la derivación*
- *Administración de una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y la derivación*

Recomendamos que se designen CLÍNICOS AUXILIARES para las siguientes intervenciones con supervisión y evaluación específicas:

- *Administración de una dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y la derivación*
- *Administración de una dosis de inicio de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y la derivación*
- *Extracción manual de la placenta*

Recomendamos que se designen CLÍNICOS AUXILIARES DE FORMACIÓN AVANZADA para las siguientes intervenciones:

- *Extracción con ventosa durante el parto*
- *Extracción manual de la placenta*

Recomendamos que se designen CLÍNICOS AUXILIARES DE FORMACIÓN AVANZADA para las siguientes intervenciones con supervisión y evaluación específicas:

- *Administración de una dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y la derivación*
- *Administración de una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y la derivación*
- *Administración de una dosis de inicio de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y la derivación*
- *Administración de una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y la derivación*
- *Práctica de una cesárea*

Recomendamos que se designen MÉDICOS NO ESPECIALISTAS para las siguientes intervenciones con supervisión y evaluación específicas:

- *Maniobra de la versión cefálica externa para la presentación podálica a término*

2. Introducción

Muchos estados miembro de la OMS intentaron ampliar el acceso a intervenciones eficaces. Una manera de propiciar las mejoras es brindarles a los cuadros de personal breves períodos de formación adicional y luego permitirles que se hagan cargo de actividades específicas que no hayan desempeñado anteriormente. Este proceso se denomina «cambio de tareas» o «tareas compartidas», y es una de las diversas estrategias con potencial de mejorar el uso de los recursos de los sistemas de salud. En el largo plazo, el cambio de tareas puede, además, mejorar el desempeño y los resultados del sistema de salud. Los términos que se usan para describir estos procesos de cambio suelen carecer de definiciones precisas y tienden a usarse indistintamente, pero reflejan una misma intención general: dar formación a cuadros de personal que normalmente no tienen las competencias para tareas específicas de manera que puedan desempeñarse en ellas y ampliar, de esa manera, el acceso a la atención de la salud. En este documento, usaremos la expresión «optimización de la implementación de intervenciones clave eficaces» para reflejar el interés en la ampliación del acceso a intervenciones que, según lo demostrado en estudios clínicos, sean eficaces para mejorar los resultados de salud.

Muchos países de ingresos medianos y bajos buscan optimizar la implementación de intervenciones maternas y neonatales clave y eficaces a fin de mejorar la salud de estas poblaciones. La OMS apoya las iniciativas de sus estados miembro tendientes a aumentar la asistencia especializada al parto y, con esto, mejorar la asistencia intraparto. Las estrategias de cambio de tareas pueden desempeñar un papel importante en el logro de estos objetivos y la agilización de las mejoras de los resultados materno-neonatales a través de un mayor acceso a intervenciones específicas.

Este proyecto forma parte de un marco integral de transición del Conocimiento a la acción, implementado por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS en 2009. Esta iniciativa, llamada proyecto GREAT (*Desarrollo de guías, Prioridades de investigación, Resumen de la Evidencia, Aplicabilidad de la Evidencia, Traducción del conocimiento*; www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/en/index.html), incluye la elaboración de guías basadas en la evidencia que responden a los estándares establecidos por el Comité de Examen de Guías (GRC) de la OMS. Asimismo, el proyecto apunta a desarrollar de manera activa estrategias de adaptación y facilitar la implementación de esta orientación.

Crisis mundial de la población activa del sector salud

La crisis de la población activa del sector salud ha alcanzado niveles importantes, lo que complica el cumplimiento de los ODM relacionados con la salud. Según un Informe de Salud Mundial de 2006, la escasez de recursos humanos en el sector salud es un problema crónico en 57 países. Con frecuencia, estos países son naciones de recursos medianos y bajos, y llevan la mayor carga de problemas de salud como el VIH/sida y la mortalidad materno-neonatal (3).

Tales problemas están acompañados de una distribución desigual, tanto en el plano nacional como mundial, de los recursos humanos de salud. Cabe destacar que 36 de esos 57 países que en la actualidad enfrentan crisis relativas a los recursos humanos de salud se hallan en el África subsahariana. Esta región alberga al 11 % de la población mundial, pero acarrea el 24 % de la carga de morbilidad mundial. Solo tiene el 3 % de la población activa en salud del mundo y se le atribuye escuetamente el 1 % del gasto mundial en salud. Por el contrario, el continente americano (con predominio de los Estados Unidos y Canadá) alberga al 14 % de la población mundial, pero solo acarrea el 10 % de la carga de morbilidad del mundo, tiene el 37 % de la población activa en salud del mundo y se le atribuye aproximadamente el 50 % del gasto mundial en salud (4).

Las desigualdades en la distribución de la población activa en salud dentro del país también son corrientes, en especial en los países de ingresos bajos. Se calcula que el 24 % de los médicos y el 38 % de los enfermeros trabajan en áreas rurales, pese a que tales regiones albergan a la mitad de la población mundial (3). La desigualdad no solo se plasma en la cantidad de trabajadores de la salud disponibles y en su distribución geográfica, sino que también hace eco en la variedad de las competencias de estos trabajadores. En la mayoría de los países, la cantidad de médicos especialistas (como cirujanos, obstetras y anestesiólogos) es aún exigua con relación a las necesidades de salud de la población.

Escasez de recursos humanos en salud materna y neonatal

La baja proporción de mujeres que reciben la asistencia de las parteras capacitadas es un indicador importante de la escasez del personal en el sector salud mundialmente. Se producen aproximadamente 60 000 000 de nacimientos

por año en entornos que no son instituciones de salud, y 52 000 000 de esos nacimientos no reciben la asistencia de una partera capacitada (5). Mientras que en los países más industrializados casi todos los nacimientos están asistidos por parteras capacitadas, en la mayoría de los países del sur de Asia y el África subsahariana esa cifra es inferior al 50 % (6). En 2008, la OMS calculó que la proporción promedio de nacimientos asistidos por un trabajador de la salud capacitado fue 33,7 % en África del este y 46,9 % en la región central del sur de Asia (WHO Fact Sheet, www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/2008_skilled_attendant.pdf). Dado que la cobertura en los países en desarrollo mejora a una tasa inferior al 0,5 % por año, incluso en 2015 menos del 50 % de todos los nacimientos estarán asistidos por una partera capacitada (7).

En general suele haber una asociación inversa entre la mortalidad neonatal y la disponibilidad de parteras capacitadas: los países con tasas de mortalidad materna y neonatal muy altas tienen, comúnmente, cifras de nacimientos asistidos por parteras capacitadas muy bajas, muy pocos partos por cesárea y escasa concentración de médicos. Por el contrario, los países con las tasas de mortalidad neonatal y tasas de mortalidad materna más bajas tienen el nivel más alto de asistencia por parteras capacitadas, una mayor cantidad de cesáreas y concentraciones de médicos más altas (7, 8). Por lo tanto, cubrir la escasez existente en la cobertura de salud y mejorar los resultados de la salud materna y neonatal requerirá que los países afectados implementen intervenciones activas de políticas sobre los recursos humanos.

Optimización de las funciones de los trabajadores de la salud a través del cambio de tareas: Principios fundamentales

Las estrategias de salud nacionales son útiles para alcanzar mejores niveles de acceso y una buena calidad en la atención médica. Tras la aprobación mundial de los ODM, se pusieron en marcha nuevos proyectos en los países de ingresos medianos y bajos tendientes a aumentar la cantidad de parteras capacitadas y la cobertura institucional de partos con el fin de mejorar la salud materna y neonatal. También se procuró establecer el acceso universal a los derechos y a la salud reproductiva y sexual.

La recomendación de que los partos deberían contar con la asistencia de parteras capacitadas obtuvo reconocimiento y apoyo universales, y, en líneas generales, las tasas de

cobertura en el plano nacional han aumentado. Muchos países, incluso, desarrollaron estrategias innovadoras para ampliar el acceso a otras intervenciones clave tendientes a mejorar la salud materna y neonatal, en especial en zonas remotas. Algunos países, por ejemplo, formaron a trabajadores de la salud en la comunidad en la administración de intervenciones específicas, y se valen de ellos tanto en forma individual como grupal en el entorno de las comunidades e instalaciones de atención de la salud. Se define al trabajador de la salud como aquella persona que lleva a cabo funciones relacionadas con la prestación de atención de la salud, formado de algún modo en el contexto de la intervención, pero que no posee un certificado profesional o paraprofesional formal ni un título de educación terciaria. La expresión «trabajadores de la salud en la comunidad» es, necesariamente, una denominación amplia e incluye (entre otros cuadros de personal) a los trabajadores de la salud legos, a los trabajadores de la salud del pueblo y al personal de apoyo al tratamiento.

Los programas de trabajadores de la salud en la comunidad suelen diseñarse para brindar servicios de asesoramiento y promoción de la salud. Por lo tanto, la inclusión de los trabajadores de la salud en la comunidad en la implementación de intervenciones para la salud materna y neonatal debería tomarse en consideración en el marco más amplio de las funciones para las que han recibido formación. En ciertos entornos, por ejemplo, se reclutaron y formaron parteras tradicionales para que puedan llevar a la práctica intervenciones particulares, entre otras, tendientes a la promoción de la asistencia del recién nacido, como parte de programas de mayor alcance centrados en mejorar el acceso a la asistencia. Asimismo, se impartió formación adicional a cuadros de personal profesionales en la prestación de intervenciones que no abarcaban, necesariamente, las competencias desarrolladas como parte de su formación inicial: en algunos lugares, se les enseñó a las enfermeras auxiliares, a las enfermeras obstétricas auxiliares, a las enfermeras y a las obstétricas a realizar técnicas quirúrgicas menores. Para reflejar las variaciones que puede generar el cambio de tareas, en ciertos casos se crearon nuevos cuadros de personal (como los especialistas clínicos que no son médicos) para dar reconocimiento formal a quienes hayan adquirido competencias avanzadas en cirugía.¹

¹ Nota: El nombre del cuadro de personal «especialista clínico que no es médico» no siempre se usa con el mismo sentido. En este documento, utilizamos la expresión «clínico auxiliar» y «clínico auxiliar de formación avanzada» en referencia a este cuadro de personal. En el [Anexo 1](#) se incluye una lista completa de las categorías de cuadros de personal que se usan en este documento de orientación.

El objetivo de esta orientación de la OMS es dar recomendaciones para *optimizar la prestación de intervenciones clave*. La lista inicial de intervenciones clínicas maternas y neonatales eficaces se elaboró sobre la base de la orientación clínica existente y la evidencia de revisiones sistemáticas. Las recomendaciones para cada intervención se evaluaron para determinar si la categoría pertinente de personal de salud podría implementar la intervención de manera segura y eficaz (ya sea que se trate de trabajadores de la salud en la comunidad o cuadros de trabajadores de la salud profesionales). Se decidió que, si se impartía formación a más cuadros de personal de salud para implementar ciertas intervenciones, aumentaría el acceso y el uso de dichas intervenciones. Pueden encontrarse detalles adicionales de la metodología en el Capítulo 3.

Las intervenciones detalladas en este documento pueden implementarse con resultados satisfactorios solo si los trabajadores de la salud cuentan con el apoyo de otros componentes interrelacionados del sistema de salud (Figura 1). Estos elementos se presentan y evalúan en el Capítulo 5 («Implementación de los programas de cambio de tareas») y el Capítulo 6 («Contextualización de la orientación»),

en los que se tratan la divulgación y la implementación de las intervenciones. En el Capítulo 4 («Evidencia y recomendaciones») se plantean aspectos más amplios para tener en cuenta a la hora de la implementación de cada una de las recomendaciones.

Las funciones de señalización de atención de obstetricia básica de urgencia (BEMOC) y atención de obstetricia integral de urgencia (CEMOC) son indicadores de un conjunto completo de asistencia obstétrica de urgencia y se relacionan, específicamente, con la capacidad de las instalaciones (www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html). No obstante, las recomendaciones formuladas en este documento respecto de qué trabajadores de la salud son adecuados para la prestación segura y eficaz de una variedad de intervenciones de la salud materna y neonatal no implican la preferencia por un entorno de atención ni tipo de instalación en particular. En la mayoría de los casos, se supone que los trabajadores de la salud desempeñan sus funciones solos en la comunidad o en el ámbito de la atención primaria, y no como parte de un equipo formado por varios cuadros de personal y trabajadores de la salud profesionales.

Figura 1: Los pilares de los sistemas de salud de la OMS



Cabe mencionar que la implementación de estas recomendaciones dependerá de diversos factores políticos, financieros y relativos al sistema de salud. Por ejemplo, la existencia de un cuadro de personal capaz de desempeñar una o más tareas frente a la decisión de iniciar un programa para crear un nuevo cuadro de personal ofrece dos situaciones muy dispares, tanto para los sistemas de salud como para los responsables de las políticas. Estos factores políticos, financieros y relativos al sistema de salud se analizan más a fondo en el Capítulo 6 («Contextualización de la orientación»). Las recomendaciones formuladas en este documento son compatibles con otras guías aprobadas por el Comité de Examen de Guías (GRC) de la OMS, a las que se hace referencia en el Capítulo 4 («Evidencia y recomendaciones»).

Objetivos

Esta orientación tiene como objetivo dar recomendaciones basadas en la evidencia para facilitar el acceso universal a intervenciones maternas y neonatales clave y eficaces a través de la optimización de las funciones de los trabajadores de la salud. Esta orientación está dirigida a los responsables de las políticas de salud, administradores y demás partes interesadas del ámbito regional, nacional e internacional. Al ofrecer esta amplia orientación internacionalmente, la OMS espera que los países adapten e implementen estas recomendaciones tomando en cuenta el contexto de los sistemas político y de salud en el que están inmersos.

3. Métodos

Esta orientación representa las iniciativas de la OMS para apoyar el uso de prácticas y políticas basadas en evidencia en todos los países. La orientación es parte del proyecto GREAT de la OMS: «Del conocimiento a la acción» (10).

Esta orientación se desarrolló usando procedimientos operativos estandarizados, acordes a los procesos descritos en el manual de la OMS para el desarrollo de guías (1). Para su elaboración, se siguieron los métodos descritos en el manual para el desarrollo de documentos de orientación para los sistemas de salud. En resumen, el proceso incluyó:

- (i) Identificación de las preguntas cruciales y los desenlaces críticos
- (ii) Obtención de la evidencia
- (iii) Evaluación, resumen y calificación de la evidencia
- (iv) Presentación de la evidencia en un marco estructurado de sistemas de salud
- (v) Formulación de las recomendaciones
- (vi) Planificación de la divulgación, la implementación, la evaluación del impacto y la actualización de la orientación

Identificación de las preguntas cruciales y los desenlaces críticos

Se tomaron los pasos descritos a continuación para identificar las preguntas y los resultados críticos para la orientación:

Evaluación de la necesidad de la orientación

Se usaron dos mecanismos para evaluar la necesidad de la orientación:

- a) *Una encuesta de priorización de orientación de la OMS*
Se realizó una encuesta en línea para identificar las prioridades de orientación de la OMS en lo relativo a la salud materna y perinatal. Se envió una encuesta a las oficinas regionales y nacionales de la OMS, y a todos los Ministerios de Salud nacionales. Además, la encuesta se difundió a través de otras redes y foros electrónicos pertinentes. Se recibieron 393 respuestas; entre ellas, 56 procedían de Ministerios de Salud y 54, de oficinas nacionales de la OMS y la ONU. El 75 % de las respuestas eran procedentes de países de ingresos medianos y bajos, y el 25 %, de países de ingresos altos. De la encuesta se desprende que mejorar la calidad de la asistencia para

disminuir la mortalidad materna y perinatal por todas las causas era el aspecto más importante por abordar en la orientación. La encuesta también hizo hincapié en la orientación para mejorar el acceso a la atención, así como la orientación en temas relacionados con la divulgación y la implementación de prácticas eficaces y en la educación de los profesionales de la salud (12).

- b) *Solicitudes de los estados miembro:* El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación y el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, ambos de la OMS, son fuente de consulta frecuente para las oficinas regionales y nacionales de la OMS, así como para los Ministerios de Salud. Se busca con asiduidad una orientación clara sobre las intervenciones clave, y fueron comunes las consultas sobre la posibilidad de que los trabajadores de la salud en la comunidad puedan administrar misoprostol para prevenir la hemorragia puerperal y la posibilidad de que las mujeres se autoadministren misoprostol después del parto para prevenir la hemorragia puerperal.

El Grupo responsable del desarrollo de la orientación de la OMS

El Grupo responsable del desarrollo de la orientación formado para este proyecto incluyó a miembros del personal de la OMS del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación; el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente; el Departamento de VIH/Sida; el Departamento de Nutrición y el Departamento de Recursos Humanos para la Salud. El grupo revisó el material de consulta de las partes interesadas, brindó consejos y orientación sobre cuestiones y resultados clave, y participó en la reunión de evaluación preliminar de la orientación (a continuación se incluye más información sobre la reunión). El Grupo responsable del desarrollo de la orientación hizo aportes durante todo el proceso de desarrollo de la orientación.

Además, se constituyó una Secretaría técnica de la OMS. Uno de los tres miembros era un director técnico líder de la OMS; los otros dos miembros eran investigadores del Centro Noruego de Conocimientos para los Servicios de Salud, una institución académica de Noruega. Los miembros de la Secretaría técnica de la OMS dieron su apoyo a la orientación, coordinaron los resúmenes de la investigación y demás materiales necesarios, y condujeron el desarrollo del documento de la orientación.

Consulta con las partes interesadas para identificar preguntas y resultados críticos

El proceso de consulta con las partes interesadas se llevó a cabo en dos etapas: primero, a través de un debate en línea y, luego, como parte de la reunión de evaluación preliminar de la orientación. El debate en línea, que contó con la representación de 33 países, se celebró a través del portal de Conocimiento de la OMS, del 8 al 16 de noviembre de 2010. Se recibieron contribuciones de una amplia variedad de responsables de políticas, administradores de programas, investigadores y prestadores de salud. El debate se centró en torno a tres temas clave:

- (i) optimización de las funciones de los trabajadores de la salud en el nivel de atención primaria;
- (ii) optimización de las funciones de los trabajadores de la salud en la comunidad; y
- (iii) optimización de las funciones de las parteras tradicionales capacitadas.

Las preguntas y los temas planteados por los 187 participantes se resumieron y luego evaluaron durante la reunión de evaluación preliminar de la orientación. En la figura 2 se exponen algunas de las opiniones planteadas durante el debate en línea con las partes interesadas.

Reunión de evaluación preliminar de la orientación

La OMS estableció un panel para la evaluación preliminar de la orientación conformado por partes interesadas del plano internacional, que consideraron, revisaron y priorizaron las preguntas para esta orientación. El Panel de orientación incluyó a obstétricas, obstetras, un clínico auxiliar (especialista clínico que no es médico), neonatólogos, investigadores, expertos en resúmenes de investigaciones y expertos en programas de atención de salud. En el [Anexo 2](#) se incluye una lista de todos los participantes.

Juntos, el Grupo responsable del desarrollo de la orientación y la Secretaría técnica tomaron ciertas decisiones a priori para facilitar el debate en la reunión del panel de evaluación preliminar y asegurar que sea factible responder a las preguntas de la orientación dentro de los límites de los recursos y los plazos disponibles:

- Cuadros de trabajadores de la salud: se propuso una lista de los cuadros de personal apropiados para tomar en cuenta en esta orientación y se entregó a los participantes una definición de cada profesión ([Anexo 1](#)). La lista incluyó los cuadros de personal de mayor disponibilidad en los países de ingresos medianos y bajos.
- Los destinatarios de la asistencia: se tomarán en consideración todos los destinatarios pertinentes. Hubo variaciones según la intervención.

Figura 2

Algunas opiniones de las partes interesadas expresadas durante el debate en línea

- Trabajadores de la salud en la comunidad: la mayoría de los colaboradores acordó que los trabajadores de la salud podían implementar intervenciones del comportamiento/de promoción de manera segura para fomentar comportamientos de búsqueda de asistencia médica, estilos de vida saludables, suplementación nutricional y asesoramiento en relación con distintos temas, como el VIH y la anticoncepción. No obstante, el acuerdo entre los colaboradores no fue tan rotundo con respecto al hecho de que los trabajadores de la salud en la comunidad pudieran implementar de manera segura ciertas formas de intervenciones terapéuticas, como aquellas que implican administrar inyecciones.
- Parteras tradicionales capacitadas: la mayoría de los colaboradores acordó que, en los lugares con una marcada escasez de servicios, las parteras tradicionales capacitadas con la debida supervisión y formación podrían desempeñar un papel importante para mejorar la salud materna y neonatal.
- Los colaboradores resaltaron la importancia de una buena planificación y la existencia de vínculos entre las comunidades y las instituciones para ayudar a los trabajadores de la salud a realizar oportunamente y de manera eficaz el traslado de mujeres y bebés a niveles de atención superiores.

- Intervenciones o prácticas consideradas para la optimización:
 - » La orientación tomó en consideración solo aquellas intervenciones clínicas verificadas previamente mediante investigación como mecanismos eficaces para mejorar los resultados en la salud materna y neonatal cuando se imparten en instituciones de atención de la salud o en manos de cuadros de personal de trabajadores de la salud con capacitación avanzada ([Anexo 3](#)).
 - Intervenciones o prácticas no consideradas para la optimización:
 - » Se excluyeron aquellas intervenciones cuya implementación, por consenso del Panel de orientación, podría estar en manos de un cuadro de personal con un nivel de formación inferior o revestía ciertos riesgos de seguridad. Se hizo referencia a tales intervenciones durante el debate, pero no se evaluaron en profundidad. (Algunos ejemplos son la promoción del acompañamiento de enfermeras obstétricas auxiliares durante el trabajo de parto y la técnica de reanimación neonatal por parte de médicos no especialistas).
 - » Se excluyeron aquellas intervenciones cuya implementación, por consenso del Panel de orientación, sería segura solo en manos de especialistas con los debidos niveles de formación y competencias. Tales intervenciones no se juzgaron como parte del alcance razonable de la práctica de los cuadros de personal tomados en cuenta para esta orientación; por lo tanto, no se incluyeron en las preguntas planteadas en la reunión de evaluación preliminar.
 - Comparaciones: se compararon cuadros de personal de niveles de formación inferiores con la «atención habitual». La categoría «atención habitual» podía incluir la implementación de la misma intervención en manos de *cuadros de personal con niveles de formación superiores* (por ejemplo, la colocación de DIU por parte de enfermeras auxiliares frente a enfermeras) o *un nivel de asistencia básico o nulo* (por ejemplo, la promoción del cumplimiento con la vacunación por parte de trabajadores de la salud en la comunidad frente a la ausencia de la promoción de la vacunación).
 - Resultados: se decidió que se considerarían tres grupos de resultados principales. A saber:
 - » Cobertura (acceso): se determina en qué medida mejoró la cobertura de una intervención, o el acceso a ella, cuando la implementación estuvo en manos de un cuadro de personal en particular.
 - » Reacciones adversas (seguridad): se determina en qué medida la intervención se implementó de forma segura en manos de un cuadro de personal en particular (por ejemplo, tasas de fracaso o complicaciones para procedimientos o intervenciones específicos prestados por un cuadro de personal en particular).
 - » Otros efectos en la salud: determinación del impacto en los comportamientos relacionados con la salud (como el cumplimiento de un tratamiento o plan de asistencia y con la vacunación) o efectos en la salud (como la presión arterial o la mortalidad). Estos resultados reflejan los efectos de las intervenciones prestadas por un cuadro de personal frente a otro o frente a la «atención habitual». Los resultados indican si determinado cuadro de personal podría implementar una intervención con más eficacia que otro, sin tener en cuenta la seguridad propia de la intervención.
 - Entornos: el debate debería centrarse en los entornos de la comunidad o la atención de salud primaria en los países de ingresos medianos y bajos con un acceso deficiente a profesionales de la salud.
- En la reunión, se eligió una de las siguientes evaluaciones para cada combinación de intervención-cuadro de personal (por ejemplo, la maniobra de versión cefálica externa realizada por obstétricas o la misma intervención practicada por clínicos auxiliares):
- *El cuadro de personal puede implementar la intervención de manera segura y eficaz:* no se consideraron estas preguntas con más profundidad en el proceso de desarrollo de la orientación.
 - *No hay certezas de que el cuadro de personal pueda implementar la intervención de manera segura y eficaz:* se abordaron estas preguntas, y se evaluó la evidencia para abordar estas preguntas como parte del proceso de desarrollo de la orientación.
 - *No se recomienda que el cuadro de personal implemente la intervención:* esta evaluación indicó que muy probablemente el cuadro de personal no lograría implementar la intervención de manera segura y eficaz. Además, aun cuando un cuadro de personal en particular

podiera, habiendo recibido la formación adecuada, implementar la intervención, esa formación redundaría efectivamente en un cambio del tipo de cuadro de personal. Por lo tanto, los cambios de esta índole no se consideraron como un cambio de tareas ni como una ampliación de la capacidad subyacente de la función de un cuadro de personal existente.

Obtención de la evidencia

Se consideraron tres tipos principales de evidencia:

- Evidencia de la eficacia de la prestación de intervenciones por parte de cuadros de personal específicos sobre la base de estudios clínicos controlados aleatorizados, estudios clínicos controlados no aleatorizados, estudios controlados de antes y después, análisis de series temporales interrumpidas y estudios de cohortes.
- Evidencia basada en estudios cualitativos de factores que afectan la implementación de programas para optimizar las tareas y las funciones de los cuadros de personal.
- Evidencia basada en estudios de casos de distintos países de los factores que afectan la implementación de programas a gran escala para ampliar los recursos humanos.

Además, se llevó a cabo un análisis, que abarcó todos los sectores, de los factores que afectan la implementación de programas para optimizar las tareas y las funciones de los trabajadores de la salud, basado en las revisiones de estudios cualitativos y estudios de casos de distintos países.

Se obtuvo la siguiente evidencia:

Evidencia de la eficacia de la prestación de intervenciones en manos de cuadros de personal específicos

Se usaron revisiones sistemáticas Cochrane como la principal fuente de evidencia sobre la eficacia de la prestación de intervenciones por parte de cuadros de personal específicos.² A partir de las preguntas planteadas en la reunión de evaluación preliminar, el Grupo responsable del desarrollo de

² Como parte del proceso editorial previo a la publicación de Cochrane, se les encomienda a tres expertos (un redactor y dos referencias externas al equipo de la editorial), al asesor estadístico del grupo y al coordinador de las búsquedas de ensayos la labor de hacer los comentarios (www.cochrane.org/cochrane-reviews). En el Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones se describe detalladamente el proceso de la preparación y el mantenimiento de las revisiones sistemáticas Cochrane sobre los efectos de las intervenciones de salud.

la orientación identificó revisiones Cochrane pertinentes y, en los casos en los que estas hubieran quedado obsoletas, se invitó a sus autores a actualizarlas. Las estrategias de búsqueda empleadas para identificar ensayos y otros tipos de estudios pertinentes, así como los criterios específicos de inclusión y exclusión, se describen en el marco de cada revisión sistemática. La mayoría de las revisiones incluidas estaban basadas en los métodos recomendados por el Grupo Cochrane para una práctica y organización de salud efectivas.

Las revisiones actualizadas o finalizadas recientemente aún no se publicaron, pero las estrategias de búsqueda están disponibles a petición. Los resultados de las revisiones se detallan en el [Anexo 7](#).

No se pudieron realizar revisiones Cochrane nuevas sobre la eficacia de las intervenciones en el lapso de este proyecto. Cuando no se hallaron revisiones Cochrane para preguntas específicas de la orientación, la búsqueda de evidencia se amplió para incluir otras revisiones pertinentes. En esta orientación, se incluyó solo una revisión de la eficacia que no era parte de la Biblioteca Cochrane (13).

Evidencia de factores que afectan la implementación de programas para optimizar las tareas y las funciones de los cuadros de personal.

La principal fuente de evidencia sobre los factores que afectan la implementación de programas para optimizar las tareas y las funciones de los trabajadores de la salud fueron revisiones sistemáticas de estudios cualitativos. El grupo de trabajo de la consulta técnica de la orientación se valió de la lista de preguntas identificadas en la reunión de evaluación preliminar de la orientación para determinar cuatro áreas en las que se necesitaban revisiones de evidencia cualitativa:

- Factores que afectan el cambio de tareas en los programas de partería
- Factores que afectan el cambio de tareas en los programas de trabajadores de la salud en la comunidad
- Factores que afectan la implementación de programas de reemplazo de médicos por enfermeras
- La aceptabilidad del dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática

Se recurrió a revisiones de evidencia cualitativa para complementar las revisiones clave de eficacia llevadas a cabo durante el desarrollo de esta orientación. En términos generales, las revisiones incluyeron estudios realizados con métodos cualitativos para la recolección y el análisis de

datos; llevados a cabo en una comunidad o en un entorno de atención primaria; centrados en experiencias y actitudes de las partes interesadas de los programas clave, entre ellos: prestadores de atención de la salud, destinatarios de programas, administradores de programas y responsables de políticas. Para cada revisión, se desarrolló un conjunto de estrategias de búsqueda. Siempre que fue posible, se tomaron como punto de partida estrategias utilizadas en revisiones Cochrane de eficacia pertinentes. Cada una de las revisiones sistemáticas incluida recoge las descripciones de las estrategias de búsqueda empleadas para identificar los estudios cualitativos, los criterios específicos de inclusión y exclusión de los estudios cualitativos y las bases de datos consultadas. Las revisiones siguieron, en la medida de lo posible, los métodos recomendados por el grupo Cochrane³ responsable de los métodos de investigación cualitativa. Se usó la lista de verificación SURE para identificar los factores que afectan la implementación de una opción de política, como guía del análisis de las primeras tres revisiones enunciadas más arriba y para organizar los resultados emergentes (<http://global.evipnet.org/SURE-Guides>).

Además, se llevó a cabo un análisis cualitativo de las perspectivas y experiencias de los colaboradores del foro electrónico «Información en salud para todos para el 2015» (HIFA2015; consulte www.hifa2015.org). El análisis permitió evaluar opiniones sobre la manera en la que estas funciones de los prestadores de salud podrían optimizarse a fin de mejorar la salud materna y neonatal en los países de ingresos medianos y bajos, y las repercusiones de dicha optimización en las funciones. Se extrajo de la base de conocimiento HIFA2015 (un archivo del foro) todo texto codificado como pertinente al cambio de tareas, y se lo escrutó usando un análisis temático cualitativo para identificar perspectivas y experiencias clave. La lista de verificación SURE mencionada más arriba se usó también en este análisis (<http://global.evipnet.org/SURE-Guides>).

Evidencia de los factores que afectan la implementación de programas a gran escala para ampliar los recursos humanos, sobre la base de estudios de casos de distintos países

Numerosos países de ingresos medianos y bajos implementaron programas a gran escala para abordar las deficiencias en recursos humanos en el sector salud. Entre estos se cuentan iniciativas centradas en la optimización de las funciones y tareas de diversos prestadores de salud. Tales iniciativas tenían como fin aprovechar al máximo las

posibilidades de implementar intervenciones a través de la población activa del sector salud existente. Se llevaron a cabo dos revisiones para identificar los factores, las políticas y los contextos que afectan la implementación de programas a gran escala para ampliar los recursos humanos en el sector salud de los países de ingresos medianos y bajos. Una revisión se centró en la ampliación de los programas para la salud materna y neonatal en general, mientras que la segunda, en ampliar los programas para la administración de anticonceptivos en los países de ingresos medianos y bajos. Se definió como programa a gran escala a todo aquel con alcance nacional o, al menos, estatal en los países de más población, ya sea financiado por el sector público o a través de fondos públicos, y que se haya implementado durante unos cinco años o más. Se identificaron los programas que podrían ser elegibles a través de la consulta con expertos y mediante búsquedas en Google. Para la revisión general, se seleccionaron, intencionalmente, programas que: (a) hicieran hincapié en la salud materna e infantil y la atención primaria; (b) ofrecieran cobertura geográfica, incluyendo a África, Asia y América del sur, y zonas rurales y urbanas; (c) abarcaran las categorías de trabajadores de la salud pertinentes (trabajadores de la salud en la comunidad, enfermeras y obstétricas, así como otros prestadores de salud de nivel medio); y (d) dispusieran de documentación suficiente en inglés. Se siguieron los mismos criterios para la revisión relativa a los anticonceptivos, solo que se eligieron, adrede, programas que incluían distintos tipos de anticoncepción. Los métodos, los datos y los resúmenes de la revisión se detallan en el [Anexo 7](#).

Para cada programa seleccionado, se reunieron informes de evaluación y otros estudios a través de informantes clave, así como mediante bases de datos electrónicas y búsquedas en sitios web. Se analizaron informes pertinentes, y se prestó especial atención a los factores que afectan la implementación del programa; asimismo, se usó una lista de verificación de los factores que afectan la implementación de las opciones de políticas (<http://global.evipnet.org/SURE-Guides>). Los resultados preliminares de cada programa se revisaron y estudiaron sobre la base de la retroalimentación de al menos un informante versado en cada programa.

³ Esta orientación está disponible en <http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>.

Análisis de todos los sectores de los factores que afectan la implementación de programas para optimizar las tareas y las funciones, basado en las revisiones de estudios cualitativos y estudios de casos de distintos países

Para entender más cabalmente los factores que afectan la implementación de los programas para optimizar las tareas y funciones, se realizó un análisis de los resultados que abarcó todos los sectores a partir de las siguientes fuentes de datos: (a) la revisión sistemática de los factores que obstaculizan y facilitan la implementación del cambio de tareas en los programas de partería (14); (b) la revisión sistemática de los factores que obstaculizan y facilitan la implementación de programas de trabajadores de la salud en la comunidad para la salud materno-infantil (15); (c) la revisión sistemática de los efectos, la seguridad y la aceptabilidad del dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática siempre que se use en manos de trabajadores de la salud en la comunidad (16); (d) el análisis de programas a gran escala para ampliar los recursos humanos del sector salud en los países de ingresos medianos y bajos (17); (e) la revisión sistemática de los factores que obstaculizan y facilitan la eficacia y la implementación de los programas de reemplazo de médicos por enfermeras (18); (f) el estudio de las perspectivas de las partes interesadas sobre la optimización de las funciones de los prestadores de salud para la salud materno-infantil en los países de ingresos medianos y bajos, el análisis del archivo de los correos electrónicos del HIFA2015 (19).

Los autores de las revisiones y los estudios se reunieron en una serie de debates cara a cara celebrados en línea, en los que se identificaron los factores de implementación comunes a los programas de cambio de tareas, así como aquellos factores propios de tipos de programas específicos. La realización de este análisis se valió de la lista de verificación SURE para la identificación de los factores que afectan la implementación de opciones de políticas (<http://global.evipnet.org/SURE-Guides>). Varias iteraciones del análisis se desarrollaron basándose en la retroalimentación, los comentarios y los debates. El informe final se estructuró de acuerdo con los pilares fundamentales de los sistemas de salud de la OMS (20).

Evaluación, resumen y clasificación de la evidencia

Evidencia de la eficacia de la prestación de intervenciones en manos de trabajadores de la salud específicos

Se extrajeron datos e información pertinentes siguiendo un procedimiento uniforme de cada una de las revisiones sistemáticas de eficacia; para ello, se aplicaron los siguientes procedimientos: primero, se obtuvieron datos o documentos de revisiones actualizados de los autores de las revisiones o la Biblioteca Cochrane. Luego, se identificaron y seleccionaron los análisis pertinentes a las comparaciones y resultados críticos de esta orientación; así mismo, se excluyeron aquellos ajenos a la orientación. Para cada resultado, se aplicaron los criterios de valoración GRADE a fin de ponderar la certeza de la evidencia (también considerada la calidad de la evidencia) (21) para predecir el efecto. La finalidad era evaluar si la evidencia podría usarse como respaldo de recomendaciones específicas. Si bien la certeza de la evidencia no se limita a un punto temporal único, por cuestiones de practicidad, se aplicaron las categorías del instrumento GRADE: «alta», «moderada», «baja» o «muy baja».

Cabe destacar que las evaluaciones de la certeza de la evidencia realizadas con el sistema GRADE están basadas en criterios predefinidos. En algunas instancias, por ejemplo, pueden usarse calificaciones inferiores ante un riesgo importante de sesgo, si los resultados son discordantes entre los estudios que aportan los datos de los resultados o si hay sesgo de publicación. También se puede dar una calificación inferior a la certeza de la evidencia si hay preocupaciones importantes o muy importantes de que la evidencia sea directa, es decir, cuando hay discrepancias marcadas entre la investigación comunicada y el contexto relevante a las recomendaciones. A modo de ejemplo, tales discrepancias pueden estar relacionadas con las poblaciones, las intervenciones, las comparaciones o los resultados. Para esta orientación, no se redujo la certeza de la evidencia por considerarla indirecta. Esto se debe a que cada perfil de evidencia se usó para varias preguntas en el documento de la orientación. Por ende, el Panel de orientación evaluó la evidencia indirecta para cada pregunta de la orientación sobre la base de los datos presentados en cada perfil de evidencia.

De manera inversa, la valoración de la certeza de la evidencia puede ser más alta si la magnitud del efecto es muy importante o si se halla una relación entre la dosis y la respuesta.

Se aplicó el software GRADE para elaborar perfiles a los metanálisis cuantitativos⁴ de la revisión. Cuando solo se presentaron resúmenes narrativos, la clasificación de la certeza de la evidencia se realizó usando la plantilla del Resumen de resultados de GRADE en Word.

En el paso final del proceso de evaluación, se prepararon perfiles de evidencia GRADE (o un resumen de las tablas de resultados) para cada comparación. En el [Anexo 7](#) se detallan los criterios GRADE estandarizados que se usaron para clasificar la evidencia y todos los perfiles de evidencia GRADE: cada comparación se presenta en una tabla diferente.

Si bien las revisiones completas sobre las que se basaron estos perfiles de evidencia GRADE no se incluyen en este documento, están disponibles a petición.

Evidencia de factores que afectan la implementación de programas para optimizar las tareas y las funciones de los cuadros de personal.

Se identificaron revisiones sistemáticas de estudios cualitativos que ahondan en la implementación de programas para optimizar las tareas y funciones de los trabajadores de la salud, y se extrajeron información y datos pertinentes sobre los factores que afectan a tales programas. Además de las revisiones realizadas específicamente para esta orientación, se incorporaron también otras revisiones y estudios de diversos países sobre la aceptabilidad y factibilidad de los programas de auxiliares clínicos. En el [Anexo 7](#) se exponen tales revisiones y estudios.

Se utilizaron los siguientes procedimientos uniformes:

Primero, se les pidió a los autores de las revisiones llevadas a cabo específicamente para esta orientación⁵ que identificaran los resultados clave, pertinentes al alcance de la orientación. Se aplicó un método similar al enfoque GRADE para evaluar la certeza de la evidencia con respecto a cada resultado clave. Las evaluaciones se hicieron en función de dos factores:

- La uniformidad del resultado en numerosos entornos diferentes y, ante la falta de uniformidad, la medida en la

que los autores de las revisiones pudieron señalar una explicación convincente para la variación.

- La calidad de los estudios individuales cualitativos que aportaron evidencia al resultado. En las revisiones, se valoró la calidad de los estudios cualitativos incluidos usando una adaptación de la herramienta de evaluación de la calidad CASP (Programa de competencias de valoración críticas) para los estudios cualitativos. (En www.casp-uk.net encontrará más información sobre esta herramienta).

Los resultados procedentes de estudios de calidad, y uniformes en diversos entornos, se calificaron como de certeza «alta». De manera similar, si los resultados no eran uniformes pero se halló una explicación convincente del porqué de las variaciones, la calidad de la evidencia también se calificó como «alta». Los resultados basados en estudios de menor calidad y aquellos que no mantuvieron uniformidad entre distintos estudios y entornos (y para los que no se halló una explicación convincente) se calificaron como de certeza «moderada». Cuando los resultados estuvieron basados en estudios de mala calidad y no mantuvieron uniformidad entre distintos estudios y entornos (y para los que no se halló una explicación convincente), se calificaron como de certeza «baja».

Como paso final, se prepararon tablas de resumen para cada una de las revisiones de evidencia cualitativa. En dichas tablas se resumen los resultados clave, la certeza de la evidencia para cada resultado y, además, se da una explicación de la valoración de la certeza de la evidencia.

Evidencia basada en estudios de casos de distintos países de los factores que afectan la implementación de problemas a gran escala para ampliar los recursos humanos.

Se prepararon tablas de resumen para cada una de estas revisiones, respetando el formato similar a las tablas de resumen preparadas para las revisiones de la evidencia cualitativa. No obstante, no se pudo evaluar la certeza de la evidencia para cada resultado clave de los programas a gran escala, dado que estos estaban basados en una variedad muy amplia de tipos de evidencia. Entre ellos: estudios cualitativos y cuantitativos revisados por expertos, informes de programas, información procedente de sitios web e información de comunicaciones personales con personas versadas en los programas.

4 El software de GRADE (GRADEpro) para elaborar perfiles puede descargarse de www.gradeworkinggroup.org/toolbox/index.htm.

5 Como se mencionó anteriormente, se realizaron revisiones de evidencia cualitativa en cuatro áreas: la implementación del cambio de tareas en los programas de partería, la implementación de los programas de trabajadores de la salud en la comunidad, la implementación de los programas de reemplazo de médicos por enfermeras, y la aceptabilidad del dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática.

Presentación de la evidencia en un marco estructurado de sistemas de salud

En esta orientación, para presentar la evidencia correspondiente a cada pregunta se usa el marco DECIDE (Desarrollar y Evaluar Estrategias de Comunicación para Apoyar Decisiones y Prácticas Informadas sobre la Base de la Evidencia), también denominado marco DECIDE de la evidencia a la recomendación. Dicho marco se desarrolló como parte del proyecto DECIDE⁶ en asociación con el grupo de trabajo GRADE, y está diseñado para ayudar a los participantes a usar la evidencia para formular recomendaciones del sistema de salud. El marco se basa en la revisión de bibliografía pertinente (e incluye el abordaje GRADE a la transición entre la identificación de evidencia y la creación de recomendaciones clínicas), lluvia de ideas, retroalimentación de las partes interesadas y la aplicación del marco a ejemplos.

El Panel de orientación usó el marco durante el desarrollo de las recomendaciones para informar las opiniones sobre las ventajas y las desventajas de opciones complejas, y propiciar un formato estructurado para el siguiente contenido:

- Factores clave (criterios) subyacentes a las opiniones sobre si recomendar o no una intervención para el sistema de salud
- Opiniones sobre cada criterio
- La evidencia de investigación detrás de cada opinión
- Los comentarios (incluso argumentos lógicos o de evidencia no procedente de investigación) detrás de cada opinión

También se incluyó el siguiente contenido para cada pregunta de la orientación de acuerdo con la estructura del marco:

- Una opinión respecto de la proporción entre consecuencias deseables y no deseables
- Una recomendación
- Una justificación para la recomendación
- Las consideraciones de la implementación
- Prioridades de investigación/evaluación y supervisión pertinentes

6 Se puede hallar más información sobre el proyecto DECIDE en www.decide-collaboration.eu/welcome..

En el [Anexo 4](#) se detalla más información sobre los criterios del marco.

Por último, el Panel de orientación seleccionó una de las cuatro siguientes opciones de recomendación según el marco: recomendar una opción, no recomendar una opción, recomendar una opción con supervisión y evaluación específicas, aconsejar la consideración de una opción solo en un contexto de investigación rigurosa.

Aparte de la evidencia recogida en los marcos DECIDE, el Panel de orientación contó además con perfiles completos de evidencia ([Anexo 7](#)). Entre ellos, se incluyeron perfiles para las revisiones de la eficacia de las intervenciones, así como resúmenes de los resultados de las revisiones de evidencia cualitativa relativa a la aceptabilidad, la factibilidad y la implementación de esas intervenciones.

Formulación de las recomendaciones

Las recomendaciones de las opciones se definieron en dos consultas técnicas independientes. En la primera consulta (celebrada del 16 al 19 de abril de 2012) se definieron todas las recomendaciones, excepto las relativas a la anticoncepción; mientras que en la segunda consulta (celebrada del 26 de junio de 2012) los participantes se centraron solo en las recomendaciones relacionadas con los anticonceptivos. El Panel de orientación consideró y elaboró recomendaciones relativas al inicio y el mantenimiento de los antirretrovirales para prevenir la transmisión materno-infantil (transmisión vertical) del VIH por parte de diferentes cuadros de personal. No obstante, *a posteriori*, el Departamento del VIH/Sida de la OMS elaboró una serie de recomendaciones más amplia y completa, que incluye evidencia reunida más recientemente. Para garantizar la conformidad entre ambas guías de la OMS, se quitaron las recomendaciones sobre los antirretrovirales de este documento. Con anterioridad a cada consulta técnica, el Panel de orientación recibió los marcos completos de la evidencia a la recomendación para cada pregunta de la orientación (incluso las recomendaciones preliminares), los perfiles de evidencia GRADE y los resúmenes de la evidencia cualitativa respaldatoria de las recomendaciones, junto a otros documentos pertinentes ([Anexo 5](#), [Anexo 6](#), y [Anexo 7](#)).

Los participantes de las consultas técnicas utilizaron la información presentada en los marcos estructurados, en primer lugar, para evaluar la proporción de consecuencias deseables y no deseables y, en segundo lugar, para formular la recomendación para cada una de las preguntas de la orientación y bosquejar una justificación. En la medida de

lo posible, el Panel de orientación y la Secretaría técnica procuraron asegurar que las recomendaciones formuladas fueran acordes a las recomendaciones clínicas formuladas en otras guías de la OMS (22, 23).

Declaración de intereses de los participantes de la consulta técnica de la OMS

La OMS solicitó a todos los expertos que participasen en las reuniones de dicha organización declarar cualquier conflicto de interés pertinente a la reunión antes de sumarse a ella. Por ello, todos los integrantes del Panel de orientación y todos los participantes rellenaron un formulario de declaración de intereses, que la Secretaría de la OMS revisó antes de definir la formación del grupo y enviar las invitaciones. Además, se pidió a los asesores externos que declarasen oralmente posibles conflictos de interés al inicio de la reunión. Se siguieron los procedimientos para el manejo de los conflictos de interés según las guías de la OMS para la declaración de intereses (formularios disponibles a petición ante la Secretaría). Aparte de los intereses enumerados a continuación, ninguno de los participantes de cualesquiera de las tres reuniones recibía, en ese momento, apoyo financiero de una entidad comercial ni lo había recibido en el pasado. Algunos participantes (Rebecca Bailey, Leo Bryant, Andrew Guise y Salim Sohani) habían recibido apoyo financiero procedente de sus respectivas organizaciones para que su participación fuera posible. Jamiyah Hassan declaró haber recibido honorarios de laboratorios farmacéuticos en el pasado, por montos que oscilaban entre US\$ 150 y US\$ 300 a título de disertaciones sobre la salud de la mujer y la anticoncepción. Algunos de los participantes eran parte de programas de cambio de tareas por sus empleos profesionales en sus organizaciones.

La OMS juzgó apropiada la participación plena de todos los integrantes del Panel de orientación.

Toma de decisiones durante la consulta técnica

Los participantes de las consultas técnicas debatieron sobre la evidencia resumida en el marco de la evidencia a la recomendación correspondiente a cada pregunta de la orientación y luego consideraron la recomendación preliminar pertinente. Tras debatir sobre cada pregunta de la orientación, se modificaron la recomendación y la justificación según fuera necesario. En algunos casos, tratándose de intervenciones agrupadas, el Panel de orientación solicitó que se considerasen por separado. El Panel de orientación también solicitó ciertas subdivisiones en el caso de algunas categorías de trabajadores de la salud para generar grupos

más específicos. Así, la categoría «clínico auxiliar» se dividió en «clínico auxiliar de formación avanzada» y «clínico auxiliar». Estos últimos se diferenciaban por tener menos formación. La categoría «enfermeras auxiliares» se dividió también en «enfermeras auxiliares» y «enfermeras obstétricas auxiliares». A raíz de estos cambios, se generaron ciertas discordancias entre las opiniones del Panel de orientación de la reunión de evaluación preliminar inicial (tal como se refleja en la matriz de evaluación preliminar del [Anexo 3](#)) y las opiniones consensuadas en las consultas técnicas posteriores (tal como se refleja en las tablas finales incluidas en el Resumen ejecutivo y los resultados del Capítulo 4, «Evidencia y recomendaciones»).

Al formular las recomendaciones finales, el Panel de orientación consideró la evidencia presentada en los marcos mencionados anteriormente, que incluyó:

- Los beneficios y perjuicios de la opción/intervención (efectos)
- Uso del recurso con relación a la opción/intervención
- Consideraciones de aceptabilidad: la posibilidad de que la implementación de la opción/intervención sea aceptada por las partes interesadas pertinentes
- Las consideraciones de factibilidad, como: ¿qué tan factible sería implementar la opción/intervención?, ¿qué condiciones deberían estar dadas?, ¿qué capacidades deberían tener los distintos tipos de trabajadores de la salud?

La adopción final de cada recomendación se logró por consenso y se constituyó como un acuerdo de la amplia mayoría (por ej., tres cuartos) de los participantes, siempre que los opositores no tuvieran una postura contundente. Las posturas opositoras contundentes se registraron como tales en la orientación. Si los participantes no lograban el consenso, la recomendación en cuestión o cualquier otra decisión se definía por votación. La recomendación o decisión prevalecería si una simple mayoría (es decir, más de la mitad) de los participantes votaran a favor. Si el desacuerdo fuera en torno a un tema de seguridad, la Secretaría de la OMS optaría por no formular la recomendación directamente.

El personal de la OMS presente en la reunión, los expertos técnicos externos a cargo de la recolección y clasificación de la evidencia, y los observadores no tenían derecho a voto. Si el tema objeto de la votación giraba en torno a la investigación primaria o las revisiones sistemáticas realizadas por alguno de los participantes que había declarado un

conflicto de interés académico, los participantes en cuestión podían participar en el debate, aunque sin derecho a voto.

La rigurosidad de cada recomendación se definió durante la consulta técnica y radicó en las cuatro opciones de recomendación enunciadas anteriormente, a saber:

- Recomendar la opción
- No recomendar la opción
- Recomendar la opción con supervisión y evaluación específicas
- Considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa

La selección de la categoría de recomendación radicó tanto en la evaluación de la diversidad de evidencia provista en cada marco como en la opinión de los participantes del Panel de orientación. Las dos primeras categorías («Recomendar la opción» y «No recomendar la opción») coinciden ampliamente con la categoría «Recomendación fuerte» de GRADE. Las dos últimas categorías («Recomendar la opción con supervisión y evaluación específicas» y «Considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa») coinciden ampliamente con la categoría de «Recomendación condicional» de GRADE.

La selección del Panel de orientación de la categoría de la recomendación «Considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa» implica que:

- Esas intervenciones solo deberían implementarse en el contexto de una investigación rigurosa. Aun así, podría pensarse en una implementación a gran escala, siempre que se haga en el marco de una investigación capaz de abordar las preguntas sin respuesta.
- Las preguntas sin respuesta podrían estar relacionadas tanto con la eficacia de la intervención como con su aceptabilidad y factibilidad. Para evaluar la *eficacia* de la intervención, la investigación debería, mínimamente, comparar qué le sucede a las personas expuestas a una opción frente a las que no se exponen a dicha opción, y debería incluir una valoración inicial. Estos grupos deben ser lo más similares posible, para asegurar que se evalúe el efecto de la intervención en lugar de evaluar el efecto de otros factores. Los estudios aleatorizados son la herramienta más eficaz para esto, pero, si no son una posibilidad, deben considerarse análisis de series temporales interrumpidas o estudios controlados de antes y después. Los programas evaluados sin un grupo de comparación o una valoración inicial conllevan un alto

riesgo de sesgo, y es posible que no midan el verdadero efecto de la intervención.

- Cuando medien preguntas sin respuesta o incertidumbres respecto de la *aceptabilidad* o *factibilidad* de la intervención, la investigación debería incluir estudios cualitativos realizados debidamente que empleen métodos cualitativos para la recolección de datos y el análisis de datos (así como diseños cuantitativos, como las encuestas) para analizar esas cuestiones. Probablemente, estos métodos aporten información valiosa respecto de las percepciones que los entrevistados o encuestados, pero los responsables de las políticas deberían ser conscientes de que tales estudios no permiten generar la clase de datos que se pueden usar para calcular la *eficacia* de una opción.

El Panel de orientación eligió la categoría «*Considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa*» cada vez que hallaron incertidumbres importantes sobre una intervención en relación con vacilaciones respecto de la eficacia, la seguridad o aceptabilidad, por ejemplo.

La elección del Panel de orientación de la categoría «Recomendar la opción con supervisión y evaluación específicas» implica que:

- Tales intervenciones pueden tenerse en cuenta para la implementación (incluso a escala), pero deben estar acompañadas por una supervisión y evaluación específica. Esas tareas de supervisión y evaluación deben centrarse en temas determinados, que revistan preocupación o para los que la información disponible sea exigua o directamente inexistente, por ejemplo, sobre riesgos o perjuicios específicos.
- La información sobre la supervisión y la evaluación puede obtenerse de una variedad de fuentes, incluidos datos de rutina (por ej., sobre la prevalencia de enfermedades, el uso de la asistencia de salud o los costos de los servicios) y datos de encuestas (por ej., condiciones de la vivienda, datos de salud y demográficos) (2).
- El Panel de orientación intentó especificar requisitos de supervisión determinados. Entre ellos se pueden mencionar, a modo de ejemplo, la supervisión de grupos de alto riesgo (como los bebés con muy bajo peso al nacer) y en condiciones perjudiciales (como una derivación inadecuada o la imposibilidad de derivar al paciente). Siempre que fue posible, se especificaron también indicadores pertinentes.

El Panel de orientación eligió la categoría «*Recomendar la opción con supervisión y evaluación específicas*» ante incertidumbres sobre la intervención, por ejemplo, en torno a su eficacia o aceptabilidad en determinadas condiciones o contextos.

La justificación de cada recomendación se registró en el marco pertinente de la evidencia a la recomendación. En el caso de algunas preguntas, se dieron justificaciones similares tanto para la recomendación «*Considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa*» como para la recomendación «*Considerar la opción con supervisión y evaluación específicas*». Esto se debió a opiniones específicas emanadas del Panel de orientación y la necesidad de asegurar la uniformidad de las recomendaciones dentro de las categorías de cuadros de personal y a través de las categorías de las intervenciones. Cuando la consulta técnica recomendó una opción con supervisión y evaluación específicas o en el contexto de una investigación rigurosa, se incluyeron detalles adicionales sobre los temas clave que deberían analizarse.

El Panel de orientación decidió no formular una recomendación en dos casos en particular. El primero es el caso de la pregunta 2.7 («Distribución de misoprostol en la comunidad a cargo de distintas categorías de trabajadores de la salud a las mujeres durante el embarazo para la autoadministración después del parto»). Y la razón es que los miembros dudaron que la pregunta sobre la eficacia clínica se haya resuelto de manera adecuada. El segundo

caso es la pregunta 12.1 («El inicio y mantenimiento de los anticonceptivos inyectables usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática», como el Uniject™). El Panel de orientación recibió información de cierta investigación próxima a completarse que podría aportar evidencia para formular la recomendación pertinente. De modo que se optó por posponer la formulación de la recomendación.

Preparación del documento y revisión de expertos

Durante la preparación de este documento, se usó una plantilla para la comunicación de guías desarrollada para las series de guías del proyecto GREAT de la OMS. La orientación preliminar se modificó durante las reuniones de las consultas técnicas y se ajustó de acuerdo a las deliberaciones de los participantes así como a los aportes recibidos durante la reunión de evaluación preliminar y las demás consultas. Una vez finalizadas las reuniones, los miembros del grupo de trabajo técnico de la orientación se aseguraron de que la versión modificada del documento reflejara debidamente las deliberaciones y decisiones de los participantes. Las recomendaciones preliminares se enviaron a un reducido número de revisores expertos para obtener su retroalimentación. El grupo de trabajo técnico de la orientación evaluó esos aportes y modificó el documento en consecuencia. Se enviaron las recomendaciones revisadas y los enunciados generales a quienes habían participado en la consulta técnica a la espera de sus comentarios y aprobación.

Planificación para la divulgación, la implementación, la evaluación del impacto y la actualización

Durante las consultas técnicas, los participantes debatieron cómo podría implementarse (Capítulo 6) y divulgarse la orientación (Capítulo 8), y cómo podrían evaluarse el impacto de la orientación (Capítulo 9). El debate sobre la implementación tuvo lugar en el contexto de un abordaje desarrollado específicamente para la orientación a sistemas de salud (24).

Las recomendaciones se actualizarán en el año 2018, a menos que emerja evidencia nueva importante, que amerite una revisión más prematura.

4. Evidencia y recomendaciones

En las secciones que siguen, se presentan las recomendaciones y las justificaciones y condiciones propias de cada pregunta, de acuerdo con cada categoría de trabajador de la salud. Las consideraciones para la implementación elaboradas para cada cuadro de personal se presentan después de cada recomendación; mientras que las consideraciones para la implementación dirigidas a todos los cuadros de personal en general se presentan al final de este capítulo, en el Cuadro 1.

Intervenciones consideradas para los trabajadores de la salud en la comunidad

- INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL
- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA PUERPERAL
- DISTRIBUCIÓN DE SUPLEMENTACIÓN POR VÍA ORAL PARA LAS EMBARAZADAS
- ASISTENCIA CONTINUA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO
- TRATAMIENTO PARENTERAL DE LA SEPTICEMIA PUERPERAL CON ANTIBIÓTICOS ANTES DE LA DERIVACIÓN
- INICIO Y MANTENIMIENTO DEL MÉTODO MADRE CANGURO
- ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS PARA LA SEPTICEMIA NEONATAL
- REANIMACIÓN NEONATAL
- ADMINISTRACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

Intervenciones de promoción de la salud materna y neonatal:

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
1.1-1.13	<p>¿Deberían los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD promover la adopción de comportamientos relacionados con la salud y servicios de asistencia para la salud materna, neonatal, el VIH y la planificación familiar?</p> <p>Esta pregunta de la orientación incluye los siguientes comportamientos y servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de un comportamiento adecuado para la búsqueda de asistencia y atención prenatal durante el embarazo • Promoción del acompañamiento durante el trabajo de parto • Promoción del uso de mosquiteros tratados con insecticida para dormir durante el embarazo • Promoción de la preparación para el parto • Promoción de la atención especializada para el parto • Promoción de una nutrición adecuada y el uso de suplementación con hierro y folato durante el embarazo • Promoción de la salud reproductiva y la planificación familiar • Promoción de las pruebas del VIH durante el embarazo • Promoción de la lactancia exclusiva • Promoción de la atención posparto • Promoción de la vacunación de acuerdo con las guías nacionales • Promoción del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer • Promoción de la atención neonatal básica y la atención para los neonatos de bajo peso al nacer 	Recomendamos esta opción.	El uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para promover comportamientos y servicios beneficiosos para la salud materno-infantil probablemente sea una opción eficaz (certeza de la evidencia: moderada), aceptable y factible, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.

Consideraciones para la implementación en general:

Los planificadores deben considerar varias cuestiones relacionadas con las tareas compartidas y la extensión de las responsabilidades de los trabajadores de la salud en la comunidad. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

- Al igual que sucede con otros servicios, tanto los trabajadores de la salud en la comunidad como los destinatarios deben ver a las actividades promocionales como iniciativas pertinentes y significativas. Posiblemente, los trabajadores de la salud en la comunidad se sientan más motivados si pueden realizar tareas curativas y no solo promocionales. Los servicios promocionales deberían organizarse de manera tal que los destinatarios no los perciban ofensivos.
- Los trabajadores de la salud en la comunidad, los formadores y los supervisores deben recibir formación inicial y continua, no solo en lo que respecta al contenido de información, sino que también en términos de las competencias para el asesoramiento y la comunicación. Algunas de las herramientas y técnicas que pueden ser útiles en la comunicación con los miembros de la comunidad podrían ser el uso de herramientas visuales, el uso de una variedad de espacios y oportunidades para brindar información promocional y campañas masivas en los medios que repitan los mensajes promocionales de los trabajadores de la salud en la comunidad. Asimismo, deberían tomarse en cuenta programas promocionales para decidir si sumar, y cómo hacerlo, al cónyuge o la pareja y a otros miembros de la familia en las actividades.
- Es posible que los destinatarios encuentren especialmente aceptables a los trabajadores de la salud en la comunidad si provienen de sus mismas comunidades. No obstante, hay algunos temas, como la salud reproductiva y sexual, que tienen distintas concepciones según la cultura. Si los prestadores provienen de las mismas comunidades locales que los destinatarios, podrían originarse preocupaciones relacionadas con la confidencialidad. Por lo tanto, este tema debe enfatizarse y tratarse durante la selección y la formación de los trabajadores de la salud.

Prevención y tratamiento de la hemorragia puerperal

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
2.1	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían administrar oxitocina con jeringuillas estándar para <u>prevenir</u> la hemorragia puerperal?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para administrar oxitocina a fin de prevenir la hemorragia puerperal. Entre los efectos no deseados posibles se cuentan el uso inoportuno para la prevención de la hemorragia; la omisión del diagnóstico de un segundo feto antes de la administración; y el uso inadecuado para otros fines. No obstante, esta intervención puede ser factible en ciertas condiciones y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente y donde estos trabajadores ya estén familiarizados con las técnicas de inyección y los materiales.</p>
2.2	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían administrar oxitocina con jeringuillas estándar para <u>tratar</u> la hemorragia puerperal?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para administrar oxitocina a fin de tratar la hemorragia puerperal. No obstante, esta intervención puede ser factible en ciertas condiciones y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos además que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente y donde estos trabajadores ya estén familiarizados con las técnicas de inyección y los materiales, y donde ya exista o pueda establecerse la derivación a un nivel de asistencia más especializado.</p>
2.3	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían administrar oxitocina para <u>prevenir</u> la hemorragia puerperal usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para administrar oxitocina a fin de prevenir la hemorragia puerperal. No obstante, esta intervención podría ser aceptable en ciertas condiciones, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
2.4	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían administrar oxitocina para <u>tratar</u> la hemorragia puerperal usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para administrar oxitocina a fin de tratar la hemorragia puerperal. No obstante, esta intervención podría ser aceptable, podría ser factible en ciertas condiciones y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>
2.5	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían administrar misoprostol para <u>prevenir</u> la hemorragia puerperal?	Recomendamos esta opción.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia o la aceptabilidad del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para administrar misoprostol a fin de prevenir la hemorragia puerperal. No obstante, esta intervención puede ser factible en ciertas condiciones y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. En los lugares en los que no haya parteras tradicionales capacitadas y la oxitocina no esté disponible, una guía de la OMS recomienda la administración de misoprostol (600 mcg por vía oral) en manos de trabajadores de la salud en la comunidad y legos para prevenir la hemorragia puerperal. (Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada). Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se implemente esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente.</p>
2.6	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían administrar misoprostol para <u>tratar</u> la hemorragia puerperal antes de la derivación?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para administrar misoprostol a fin de tratar la hemorragia puerperal. No obstante, esta intervención puede ser factible en ciertas condiciones y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente, donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno, y donde pueda darse seguimiento al uso de misoprostol con indicadores adecuados.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
2.7	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían distribuir misoprostol a las mujeres durante el embarazo para la autoadministración después del parto?	No se hizo ninguna recomendación para esta opción.	Se necesita más investigación sobre la eficacia de la distribución de misoprostol a las mujeres durante el embarazo para la autoadministración después del parto. Debería abordarse esta cuestión antes de prestar atención a qué cuadros de personal podría hacerse cargo de tal distribución. Por lo tanto, el Panel de orientación no formuló ninguna recomendación. No obstante, el Panel observó que esta intervención podría mejorar el acceso al misoprostol en algunos lugares.

Consideraciones para la implementación en general:

Los planificadores deben considerar varias cuestiones relacionadas con las tareas compartidas y la extensión de las responsabilidades de los trabajadores de la salud en la comunidad. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

- Es posible que los destinatarios encuentren especialmente aceptables a los trabajadores de la salud en la comunidad si provienen de sus mismas comunidades. Sin embargo, los trabajadores de la salud en la comunidad podrían ser especialmente vulnerables a la atribución de la responsabilidad en casos de muerte accidental, enfermedad y otros problemas durante el tratamiento. Por lo tanto, deben establecerse sistemas para brindar apoyo a esos trabajadores de la salud. Algunas estrategias de apoyo, por ejemplo, son la ayuda visible del sistema de salud, la supervisión periódica y el asesoramiento en la preparación para el parto.
- Esta intervención implica horas de trabajo irregulares; por eso, posiblemente sea necesario ajustar los incentivos a los trabajadores de la salud en la comunidad para reflejar los cambios en las condiciones de trabajo.
- Deben establecerse sistemas para dar apoyo a los trabajadores de la salud en la comunidad que viajen por la noche para atender a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

Distribución de la suplementación por vía oral para las embarazadas

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
3.1, 3.3, 3.4 y 3.5	<p>¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían distribuir los siguientes tipos de intervenciones de suplementación por vía oral para las embarazadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suplementación con calcio para las mujeres que viven en zonas en las que se sabe que las concentraciones de calcio en la ingesta son bajas • Suplementación de rutina con hierro y folato para las embarazadas • Tratamiento preventivo intermitente antipalúdico para las embarazadas que viven en zonas endémicas • Suplementación con vitamina A para las embarazadas que viven en zonas en las que la deficiencia de vitamina A grave es un problema de salud pública importante 	<p>Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p>	<p>Los efectos de usar trabajadores de la salud en la comunidad para distribuir suplementación por vía oral para las embarazadas pueden ser combinados (certeza de la evidencia: de baja a moderada) No obstante, esta intervención probablemente sea aceptable y factible, podría conllevar pocos efectos no deseados, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta intervención en el contexto de supervisión y evaluación específicas.</p>
3.2	<p>¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían distribuir aspirina en dosis bajas a las embarazadas con alto riesgo de desarrollar preeclampsia/eclampsia?</p>	<p>Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p>	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para administrar aspirina en dosis bajas. Además, la intervención requiere la identificación de las embarazadas con riesgo alto. No obstante, esta intervención probablemente sea aceptable y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Esa investigación debería centrarse en la función de los trabajadores de la salud en la comunidad de dar apoyo a los pacientes para que reciban la dosis de aspirina de mantenimiento después de que un trabajador de la salud haya iniciado el tratamiento. Debe investigarse sobre la competencia de los trabajadores de la salud en la comunidad para evaluar la condición de riesgo de las mujeres.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Los planificadores deben considerar varias cuestiones relacionadas con las tareas compartidas y la extensión de las responsabilidades de los trabajadores de la salud en la comunidad. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Asistencia continua durante el trabajo de parto

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
5.1	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían brindar asistencia continua a la embarazada durante el trabajo de parto en presencia de una partera capacitada?	Recomendamos esta opción.	<p>La prestación de asistencia continua de parte de los trabajadores de la salud en la comunidad probablemente sea eficaz (certeza de la evidencia: de baja a moderada).</p> <p>Asimismo, probablemente sea una opción factible y podría tener pocos efectos no deseables. Podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a poblaciones desatendidas, aunque podrían surgir cuestiones de aceptabilidad.</p> <p>La función del trabajador de la salud en la comunidad en este contexto es brindar asistencia social dando consuelo y confianza. <i>No</i> se trata de prestar atención de salud. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>No obstante, debe prestarse la atención adecuada a la aceptabilidad de esta intervención entre otros prestadores de salud.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Los planificadores deben considerar varias cuestiones relacionadas con las tareas compartidas y la extensión de las responsabilidades de los trabajadores de la salud en la comunidad. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

- La distribución de las funciones y las responsabilidades entre las obstétricas y los trabajadores de la salud en la comunidad debe estar claramente definida con descripciones del puesto, regulaciones y demás aspectos necesarios.
- Esta intervención implica horas de trabajo irregulares; por eso, posiblemente sea necesario ajustar los incentivos a los trabajadores de la salud en la comunidad para reflejar los cambios en las condiciones de trabajo.
- Deben establecerse sistemas para dar apoyo a los trabajadores de la salud en la comunidad que viajen por la noche para atender a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos antes de la derivación

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
6.1	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían tratar la septicemia puerperal con la administración de antibióticos por vía intramuscular usando jeringuillas estándar antes de la derivación?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia, la factibilidad y la aceptabilidad del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para tratar la septicemia puerperal con antibióticos. No obstante, podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente, donde estos trabajadores ya estén familiarizados con las técnicas de inyección y los materiales, y donde la derivación a un nivel de asistencia más especializada esté disponible o pueda instaurarse.</p>
6.2	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían tratar la septicemia puerperal con la administración de antibióticos por vía oral antes de la derivación?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para tratar la septicemia puerperal con antibióticos por vía oral. No obstante, esta intervención probablemente sea factible y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente, y donde la derivación a un nivel de asistencia más especializada esté disponible o pueda instaurarse.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
6.3	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían tratar la septicemia puerperal con la administración intramuscular de antibióticos usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™, antes de la derivación?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para tratar la septicemia puerperal con antibióticos, pero probablemente sea aceptable el uso del dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática en manos de los trabajadores de la salud en la comunidad. Además, esta intervención podría ser factible y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente, y donde la derivación a un nivel de asistencia más especializada esté disponible o pueda instaurarse.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Los planificadores deben considerar varias cuestiones relacionadas con las tareas compartidas y la extensión de las responsabilidades de los trabajadores de la salud en la comunidad. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

- Es posible que los destinatarios encuentren especialmente aceptables a los trabajadores de la salud en la comunidad si provienen de sus mismas comunidades. Sin embargo, los trabajadores de la salud en la comunidad podrían ser especialmente vulnerables a la atribución de la responsabilidad en casos de muerte accidental, enfermedad y otros problemas durante el tratamiento. Por lo tanto, deben establecerse sistemas para brindar apoyo a esos trabajadores de la salud. Algunas estrategias de apoyo, por ejemplo, son la ayuda visible del sistema de salud, la supervisión periódica y el asesoramiento en la preparación para el parto.
- Esta intervención implica horas de trabajo irregulares; por eso, posiblemente sea necesario ajustar los incentivos a los trabajadores de la salud en la comunidad para reflejar los cambios en las condiciones de trabajo.
- Deben establecerse sistemas para dar apoyo a los trabajadores de la salud en la comunidad que viajen por la noche para atender a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.
- Deben desarrollarse algoritmos de tratamiento clínicos para que los trabajadores de la salud en la comunidad traten la septicemia puerperal.

Inicio y mantenimiento del método madre canguro

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
7.1	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían iniciar el método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para iniciar el método madre canguro. No obstante, esta intervención probablemente sea aceptable y factible, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente, y donde la derivación a un nivel de asistencia más especializada esté disponible o pueda instaurarse.</p>
7.2	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían mantener el método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para mantener el método madre canguro. No obstante, esta intervención probablemente sea aceptable y factible, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente, y donde la derivación a un nivel de asistencia más especializada esté disponible o pueda instaurarse.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Los planificadores deben considerar varias cuestiones relacionadas con las tareas compartidas y la extensión de las responsabilidades de los trabajadores de la salud en la comunidad. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

Los trabajadores de la salud en la comunidad, los formadores y los supervisores requieren formación inicial y continua en el contenido de la información y las competencias para la comunicación.

Asimismo, deberían tomarse en cuenta programas para decidir si sumar, y cómo hacerlo, al cónyuge o la pareja y a otros miembros de la familia en esta intervención.

Administración de antibióticos para la septicemia neonatal

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
8.1	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían administrar antibióticos inyectables con jeringuillas estándar para la septicemia neonatal?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para administrar antibióticos inyectables para la septicemia neonatal. No obstante, probablemente sea aceptable, podría ser factible y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente, y donde la derivación a un nivel de asistencia más especializada esté disponible o pueda instaurarse.</p>
8.2	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían administrar antibióticos para la septicemia neonatal usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para administrar antibióticos inyectables para la septicemia neonatal usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática. No obstante, probablemente sea aceptable, podría ser factible y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente, y donde la derivación a un nivel de asistencia más especializada esté disponible o pueda instaurarse.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Los planificadores deben considerar varias cuestiones relacionadas con las tareas compartidas y la extensión de las responsabilidades de los trabajadores de la salud en la comunidad. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

- Es posible que los destinatarios encuentren especialmente aceptables a los trabajadores de la salud en la comunidad si provienen de sus mismas comunidades. Sin embargo, los trabajadores de la salud en la comunidad podrían, además, ser más vulnerables a la atribución de la responsabilidad en casos de muerte accidental, enfermedad y otros problemas durante el tratamiento. Por lo tanto, deben establecerse sistemas para brindar apoyo a esos trabajadores de la salud. Algunas estrategias de apoyo, por ejemplo, son la ayuda visible del sistema de salud, la supervisión periódica y el asesoramiento en la preparación para el parto.
- Esta intervención implica horas de trabajo irregulares; por eso, posiblemente sea necesario ajustar los incentivos a los trabajadores de la salud en la comunidad para reflejar los cambios en las condiciones de trabajo.
- Deben establecerse sistemas para dar apoyo a los trabajadores de la salud en la comunidad que viajen por la noche para atender a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

- Deben validarse algoritmos de tratamiento clínicos para que los trabajadores de la salud en la comunidad traten la septicemia neonatal.

Reanimación neonatal

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
8.1	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían reanimar al neonato?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de los trabajadores de la salud en la comunidad para reanimar al neonato, y la aceptabilidad es incierta.</p> <p>No obstante, podría ser factible y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención en entornos en los que ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente, y donde la derivación a un nivel de asistencia más especializada esté disponible o pueda instaurarse.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Los planificadores deben considerar varias cuestiones relacionadas con las tareas compartidas y la extensión de las responsabilidades de los trabajadores de la salud en la comunidad. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

- Es posible que los destinatarios encuentren especialmente aceptables a los trabajadores de la salud en la comunidad si provienen de sus mismas comunidades. Sin embargo, los trabajadores de la salud en la comunidad podrían, además, ser más vulnerables a la atribución de la responsabilidad en casos de muerte accidental, enfermedad y otros problemas durante el tratamiento. Por lo tanto, deben establecerse sistemas para brindar apoyo a esos trabajadores de la salud. Algunas estrategias de apoyo, por ejemplo, son la ayuda visible del sistema de salud, la supervisión periódica y el asesoramiento en la preparación para el parto.
- Esta intervención implica horas de trabajo irregulares; por eso, posiblemente sea necesario ajustar los incentivos a los trabajadores de la salud en la comunidad para reflejar los cambios en las condiciones de trabajo.
- Deben establecerse sistemas para dar apoyo a los trabajadores de la salud en la comunidad que viajen por la noche para atender a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.
- Deben ponerse a disposición algoritmos de tratamiento clínicos para que los trabajadores de la salud en la comunidad hagan la reanimación neonatal.

Administración de anticonceptivos

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
12.1	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían iniciar y mantener un tratamiento con anticonceptivos inyectables usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™?	No se hizo ninguna recomendación para esta opción.	Se llegó a la conclusión de que se necesita investigar la eficacia de la administración de anticonceptivos inyectables usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™, para formular una recomendación sobre qué trabajadores de la salud podrían estar a cargo de la administración. Por lo tanto, el Panel de orientación decidió no formular una recomendación. También se observó que, actualmente, hay estudios en curso sobre la eficacia de la administración de anticonceptivos inyectables usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática.
12.2	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían a iniciar y mantener un tratamiento con anticonceptivos inyectables con jeringuillas estándar?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. No obstante, sobre la base de la experiencia del programa, llegamos a la conclusión de que la intervención tiene el potencial de mejorar la igualdad al aumentar el acceso a la planificación familiar, y no se observaron problemas de seguridad asociados. En muchos lugares, los trabajadores de la salud en la comunidad ya administran cierta forma de asesoramiento relativo a los anticonceptivos y usan inyecciones para otras condiciones. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas. Sugerimos que se implemente esta intervención donde ya haya programas de trabajadores de la salud en la comunidad funcionando correctamente.
12.3	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían insertar y quitar los dispositivos intrauterinos?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. Además, no hay certeza de que la intervención sea factible o aceptable. La intervención puede requerir más que las competencias típicas de este cuadro de personal y hay posibilidad de daños. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
12.4	¿Los TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD deberían insertar y quitar los implantes anticonceptivos?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención, que podría considerarse una técnica quirúrgica menor. Además, no hay certeza de que la intervención sea factible o aceptable. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos evaluar la intervención solo con trabajadores de la salud en la comunidad que: (a) tengan niveles adecuados de formación, y (b) presten asistencia en una institución u otro entorno con condiciones de esterilidad.</p> <p>Nota: Siete miembros del Panel de orientación disintieron de la opinión e indicaron que preferirían no recomendar esta opción. Objetaron que el cuadro de personal "trabajadores de la salud en la comunidad", tal como se define en esta orientación, incluye a personas con una amplia gama de capacidades y formación, y que no está claro que las personas con niveles inferiores de formación tengan las capacidades necesarias para administrar esta intervención. Por ende, el riesgo asociado con la implementación de esta intervención podría ser mayor.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Los planificadores deben considerar varias cuestiones relacionadas con las tareas compartidas y la extensión de las responsabilidades de los trabajadores de la salud en la comunidad. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

- Es posible que los destinatarios encuentren especialmente aceptables a los trabajadores de la salud en la comunidad si provienen de sus mismas comunidades. Sin embargo, los trabajadores de la salud en la comunidad podrían, además, ser más vulnerables a la atribución de la responsabilidad en casos de muerte accidental, enfermedad y otros problemas durante el tratamiento. Por lo tanto, deben establecerse sistemas para brindar apoyo a esos trabajadores de la salud. Algunas estrategias de apoyo, por ejemplo, son la ayuda visible del sistema de salud, la supervisión periódica y el asesoramiento en la preparación para el parto.
- Las cuestiones relacionadas con la salud reproductiva y sexual pueden ser confidenciales. La confidencialidad puede ser una preocupación, en especial si los prestadores proceden de las mismas comunidades locales que los destinatarios. Al seleccionar a los trabajadores de la salud en la comunidad, debe tenerse en cuenta esta preocupación. Además de la formación en cuestiones y preocupaciones relacionadas con la confidencialidad que se imparta a los trabajadores de la salud en la comunidad, los destinatarios deben ser conscientes de que sus interacciones con los trabajadores de la salud sobre la anticoncepción son confidenciales.
- Dada la confidencialidad que revisten las cuestiones de la sexualidad y la anticoncepción, es posible que los planificadores deban considerar si los trabajadores de la salud que promuevan o presten servicios de salud reproductiva a las mujeres deberían ser mujeres también. Dadas las cuestiones de confidencialidad y sensibilidad cultural, posiblemente sea ventajoso asegurar que la formación pertinente de las trabajadoras de la salud sea impartida por mujeres.
- Los trabajadores de la salud en la comunidad y sus supervisores deben recibir una adecuada formación inicial y continua. Entre los temas, deberían incluirse la comunicación con los destinatarios y los efectos secundarios de los distintos métodos anticonceptivos. Esa formación debe reforzar el hecho de que los trabajadores de la salud en la comunidad no deben decidir quiénes deberían recibir anticoncepción siguiendo su criterio personal.

Intervenciones consideradas para las enfermeras auxiliares

- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA PUERPERAL
- ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS INYECTABLES PARA LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ANTES DEL TRABAJO DE PARTO
- INICIO Y MANTENIMIENTO DEL MÉTODO MADRE CANGURO
- ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS PARA LA SEPTICEMIA NEONATAL
- REANIMACIÓN NEONATAL
- IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA EL EMBARAZO Y EL PARTO
- ADMINISTRACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

Prevención y tratamiento de la hemorragia puerperal

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
2.1	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían administrar oxitocina con jeringuillas estándar para <u>prevenir</u> la hemorragia puerperal?	Recomendamos esta opción.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de las enfermeras auxiliares para administrar oxitocina con jeringuillas estándar a fin de <u>prevenir</u> la hemorragia puerperal. Entre los efectos no deseados posibles se cuentan el uso inoportuno para la prevención de la hemorragia; la omisión del diagnóstico de un segundo feto antes de la administración; y el uso inadecuado para otros fines. No obstante, el Panel de orientación opinó que los beneficios probablemente superen a los perjuicios, que la toma de decisiones desde el punto de vista clínico es mínima, y que la intervención probablemente sea aceptable y factible. Esta intervención también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte del cuadro de personal establecido.</p>
2.2	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían administrar oxitocina con jeringuillas estándar para <u>tratar</u> la hemorragia puerperal?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de las enfermeras auxiliares para administrar oxitocina con jeringuillas estándar a fin de <u>tratar</u> la hemorragia puerperal. Uno de los posibles efectos no deseados es el uso inadecuado para otros fines. No obstante, el Panel de orientación opinó que los beneficios probablemente superen a los perjuicios, que la toma de decisiones desde el punto de vista clínico es mínima, y que la intervención probablemente sea aceptable y factible. Esta intervención también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas.</p> <p>El Panel de orientación considera que la evaluación y el diagnóstico de la hemorragia puerperal requieren un cierto nivel de experiencia y criterio. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención <u>solo</u> donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
2.3	<p>¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían administrar oxitocina para <u>prevenir</u> la hemorragia puerperal usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™?</p>	<p>Recomendamos esta opción.</p>	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de las enfermeras auxiliares para administrar oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para prevenir la hemorragia puerperal. No obstante, el Panel de orientación opinó que los beneficios probablemente superen a los perjuicios, que la toma de decisiones desde el punto de vista clínico es mínima, y que la intervención probablemente sea aceptable y factible. Esta intervención también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte del cuadro de personal establecido.</p>
2.4	<p>¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían administrar oxitocina para <u>tratar</u> la hemorragia puerperal usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™?</p>	<p>Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p>	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de las enfermeras auxiliares para administrar oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para tratar la hemorragia puerperal. No obstante, el Panel de orientación opinó que los beneficios probablemente superen a los perjuicios, que la toma de decisiones desde el punto de vista clínico es mínima, y que la intervención probablemente sea aceptable y factible. Esta intervención también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas.</p> <p>El Panel de orientación considera que la evaluación y el diagnóstico de la hemorragia puerperal requieren un cierto nivel de experiencia y criterio; por lo tanto, sugiere que se considere esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención <u>solo</u> donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
2.5	<p>¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían administrar misoprostol para <u>prevenir</u> la hemorragia puerperal?</p>	<p>Recomendamos esta opción.</p>	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de las enfermeras auxiliares para administrar misoprostol a fin de prevenir la hemorragia puerperal. No obstante, el Panel de orientación opinó que los beneficios probablemente superen a los perjuicios, que la toma de decisiones desde el punto de vista clínico es mínima, y que la intervención probablemente sea aceptable y factible. Esta intervención también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Además, en los lugares en los que no haya parteras tradicionales capacitadas y la oxitocina no esté disponible, una guía de la OMS (25) recomienda la administración de misoprostol (600 mcg por vía oral) en manos de <u>trabajadores de la salud en la comunidad y legos</u> para <u>prevenir</u> la hemorragia puerperal. (Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada). Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte del cuadro de personal establecido.</p>
2.6	<p>¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían administrar misoprostol para <u>tratar</u> la hemorragia puerperal antes de la derivación?</p>	<p>Recomendamos esta opción.</p>	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de las enfermeras auxiliares para administrar misoprostol a fin de tratar la hemorragia puerperal. No obstante, el Panel de orientación opinó que los beneficios probablemente superen a los perjuicios, que la toma de decisiones desde el punto de vista clínico es mínima, y que la intervención probablemente sea aceptable y factible. Esta intervención también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. En los lugares en los que no haya parteras tradicionales capacitadas y la oxitocina no esté disponible, una guía de la OMS recomienda la administración de misoprostol (600 mcg por vía oral) en manos de <u>trabajadores de la salud en la comunidad y legos</u> para <u>prevenir</u> la hemorragia puerperal. (Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada). Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención para el tratamiento de la hemorragia puerperal donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
2.7	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían distribuir misoprostol a las mujeres durante el embarazo para la autoadministración después del parto?	No se hizo ninguna recomendación para esta opción.	Antes de considerar qué cuadros de personal podrían hacerse cargo de la distribución de misoprostol a las mujeres durante el embarazo para la autoadministración después del parto, es necesario investigar sobre la eficacia de dicha intervención. Por lo tanto, el Panel de orientación no formuló ninguna recomendación. No obstante, también se observó que esta distribución podría mejorar el acceso al misoprostol en algunos lugares.

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Administración de antibióticos inyectables para la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
4.1	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían diagnosticar la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto y administrar el tratamiento inicial con antibióticos inyectables usando una jeringuilla estándar, antes de la derivación?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de que las enfermeras auxiliares diagnostiquen la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto y administren el tratamiento inicial con antibióticos inyectables usando una jeringuilla estándar, antes de la derivación. Dos de los posibles perjuicios son el uso excesivo de antibióticos y error en el diagnóstico. Los posibles beneficios incluyen menos tiempo hasta el acceso al tratamiento para la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto, aunque no se sabe claramente si acceder al tratamiento solo con un poco de anterioridad, antes de la derivación, tendría beneficios. Esta intervención podría ser aceptable y factible, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Inicio y mantenimiento del método madre canguro

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
7.1	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían <u>iniciar</u> el método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la factibilidad del uso de enfermeras auxiliares para iniciar el método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer. No obstante, la intervención podría tener beneficios importantes, y probablemente sea factible y aceptable. También podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas. La supervisión y la evaluación deberían centrarse en distintas categorías de pesos para asegurar que los bebés con un peso al nacer inferior a 1500 gramos no sufran efectos adversos.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte del cuadro de personal establecido.</p>
7.2	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían <u>mantener</u> el método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la factibilidad del uso de enfermeras auxiliares para mantener el método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer. No obstante, la intervención podría tener beneficios importantes, y probablemente sea factible y aceptable. También podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte del cuadro de personal establecido.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

Las enfermeras auxiliares, los formadores y los supervisores requieren formación inicial y continua en el contenido de la información y las competencias para la comunicación. Asimismo, deberían tomarse en cuenta programas para decidir si sumar, y cómo hacerlo, al cónyuge o la pareja y a otros miembros de la familia en esta intervención.

Administración de antibióticos para la septicemia neonatal

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
8.1	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían administrar antibióticos inyectables con jeringuillas estándar para la septicemia neonatal?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras auxiliares para administrar antibióticos inyectables con jeringuillas estándar para la septicemia neonatal, y la factibilidad de esa intervención es incierta. No obstante, podría ser aceptable y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Las competencias estándar de las enfermeras auxiliares suelen incluir la administración de inyecciones intravenosas e intramusculares. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, donde se disponga de guías claras, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>
8.2	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían administrar antibióticos para la septicemia neonatal usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras auxiliares para administrar antibióticos para la septicemia neonatal usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, y la factibilidad de esa intervención es incierta. No obstante, podría ser aceptable y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Las competencias estándar de las enfermeras auxiliares suelen incluir la administración de inyecciones intravenosas e intramusculares. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, donde se disponga de protocolos clínicos claros, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

Deben validarse algoritmos de tratamiento clínicos para que las enfermeras auxiliares traten la septicemia neonatal.

Reanimación neonatal

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
9.1	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían reanimar al neonato?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras auxiliares para la reanimación neonatal. No obstante, esta intervención probablemente sea aceptable y factible, podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p> <p>El Panel de orientación observó, además, que debe considerarse la reanimación neonatal como parte integral de un parto seguro. En muchos lugares, las enfermeras auxiliares no participan en los partos como parte de su rutina, pero pueden dar asistencia con la reanimación neonatal.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

Deben validarse algoritmos de tratamiento clínicos para que las enfermeras auxiliares practiquen la reanimación neonatal.

Implementación de intervenciones específicas para el embarazo y el parto

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.1	<p>¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían administrar líquido por vía intravenosa para la reanimación como parte del tratamiento de la hemorragia puerperal?</p>	<p>Recomendamos esta opción.</p>	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de las enfermeras auxiliares para administrar líquido por vía intravenosa para la reanimación como parte del tratamiento de la hemorragia puerperal. No obstante, el Panel de orientación consideró que esta intervención es parte de las capacidades fundamentales de las enfermeras auxiliares. Además, esta intervención probablemente sea factible y también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se implemente esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p> <p>Esta intervención debe implementarse en el marco de las guías de la OMS para la hemorragia puerperal (25), dado que allí se ofrece un enfoque integral al manejo de dicha complicación.</p>
11.2	<p>¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían realizar la compresión uterina bimanual interna para la hemorragia puerperal?</p>	<p>Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p>	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de las enfermeras auxiliares en la compresión uterina bimanual interna para la hemorragia puerperal. No obstante, el riesgo de perjuicios importantes es bajo, probablemente sea factible y también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>Sugerimos que se implemente esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p> <p>Esta intervención debe implementarse en el marco de las guías de la OMS para la hemorragia puerperal (25), dado que allí se ofrece un enfoque integral al manejo de dicha complicación.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.3	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían realizar suturas de desgarros genitales o perineales leves?	Recomendamos esta opción.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de las enfermeras auxiliares para suturas de desgarros genitales o perineales leves. No obstante, el Panel de orientación consideró que la sutura es parte de las capacidades fundamentales de las enfermeras auxiliares. Además, esta intervención probablemente sea factible y también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se implemente esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte del cuadro de personal establecido.</p> <p>Esta intervención debe implementarse en el marco de las guías de la OMS para la hemorragia puerperal (25), dado que allí se ofrece un enfoque integral al manejo de dicha complicación.</p>
11.4	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían administrar fármacos antihipertensivos para la presión arterial elevada grave en el embarazo?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras auxiliares para administrar fármacos antihipertensivos. No obstante, podría ser aceptable y factible, y podría disminuir la desigualdad en lugares donde el acceso a prestadores con un mayor nivel de formación sea limitado. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno; y donde la asistencia se preste en el marco de un protocolo estándar.</p>
11.5	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían administrar corticoesteroides a las embarazadas que estén en trabajo de parto prematuro para mejorar los desenlaces neonatales?	No recomendamos esta opción.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras auxiliares para administrar corticoesteroides y las enfermeras auxiliares no tienen las capacidades clínicas necesarias para diagnosticar el trabajo de parto prematuro. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.6	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían brindar asistencia materna intraparto (incluido el seguimiento durante el trabajo de parto, por ejemplo: usar un partograma; monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación; decisión de traslado por evolución deficiente; nacimiento del bebé)?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. Además, la implementación de intervenciones intraparto requiere una carga considerable de formación y capacidades, que las enfermeras auxiliares usualmente no tienen. Impartir esta formación a este cuadro de personal, en la práctica, redundaría en un cuadro de personal diferente. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1). Esto se da, especialmente, con intervenciones que no se usan asiduamente, como la compresión bimanual.

Administración de anticonceptivos

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
12.1	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían iniciar y mantener un tratamiento con anticonceptivos inyectables usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™?	No se hizo ninguna recomendación para esta opción.	Se necesita investigar sobre la eficacia de la administración de anticonceptivos inyectables usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™, para formular una recomendación sobre qué trabajadores de la salud podrían estar a cargo de la implementación. Por lo tanto, el Panel de orientación no formuló ninguna recomendación. También se observó que, actualmente, hay investigación en curso sobre la eficacia de la administración de anticonceptivos inyectables usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática.
12.2	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían iniciar y mantener un tratamiento con anticonceptivos inyectables con jeringuillas estándar?	Recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. No obstante, esta intervención podría ser un abordaje aceptable y factible para ampliar la disponibilidad de los anticonceptivos inyectables. Además, la administración de inyecciones es parte de la práctica de las enfermeras auxiliares en muchos lugares. Por consiguiente, recomendamos esta opción.
12.3	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían insertar y quitar los dispositivos intrauterinos?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. Además, las competencias para el examen pélvico no son parte del alcance de las enfermeras auxiliares; por ello, se necesitará formación adicional. No obstante, esta intervención podría ser factible y aceptable, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción en el contexto de investigación rigurosa.
12.4	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían insertar y quitar los implantes anticonceptivos?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. No obstante, esta intervención podría ser factible y aceptable, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Además, la intervención requeriría muy pocas capacidades adicionales. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas. Sugerimos que se use la intervención donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
12.5	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían realizar la ligadura tubaria (posparto y de intervalo)?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. Además, este procedimiento sobrepasa los límites de las capacidades de la mayoría de las enfermeras auxiliares; por lo tanto, su factibilidad y aceptabilidad son inciertas. No recomendamos esta opción.
12.6	¿Las ENFERMERAS AUXILIARES deberían realizar la vasectomía?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. Además, su factibilidad y aceptabilidad son inciertas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa. La implementación en el contexto de la investigación debe hacerse donde las enfermeras auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno. Nota: Cinco miembros del Panel de orientación disintieron de la opinión e indicaron que preferirían no recomendar esta opción, ya que consideraban que este procedimiento estaba fuera del alcance habitual de la práctica de las enfermeras auxiliares.

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

- Dada la confidencialidad que revisten las cuestiones de la sexualidad y la anticoncepción, es posible que los planificadores deban considerar si los trabajadores de la salud que promuevan o presten servicios de salud reproductiva a las mujeres deberían ser mujeres también. Dadas las cuestiones de confidencialidad y sensibilidad cultural, posiblemente sea ventajoso asegurar que la formación pertinente de las trabajadoras de la salud sea impartida por mujeres.
- Las enfermeras auxiliares y sus supervisores deben recibir una adecuada formación inicial y continua. Entre los temas, deberían incluirse la comunicación con los destinatarios y los efectos secundarios de los distintos métodos anticonceptivos. Esa formación debe reforzar el concepto de que las enfermeras auxiliares no deben decidir quiénes deberían recibir anticoncepción siguiendo su criterio personal.
- Las enfermeras auxiliares deben recibir formación en cuestiones relacionadas con la confidencialidad y los destinatarios deben ser conscientes de que sus interacciones con los trabajadores de la salud sobre la anticoncepción son confidenciales.

El Panel de orientación aceptó que las siguientes tareas eran parte de las competencias de esta categoría de trabajadores de la salud, y por ende no se realizó ninguna evaluación de la evidencia.

- » 1.1–1.13 Promoción de intervenciones para la salud materna, neonatal y reproductiva
- » 3.1, 3.3, 3.4 y 3.5 Distribución de la suplementación por vía oral para las embarazadas
- » 3.2 Distribución de aspirina en dosis baja a las embarazadas con riesgo de preeclampsia/eclampsia
- » 5.1 Provisión de asistencia continua a la mujer durante el trabajo de parto en presencia de una partera capacitada
- » 6.1 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando jeringuillas estándar
- » 6.2 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos por vía oral
- » 6.3 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando el dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática

Intervenciones consideradas para las enfermeras obstétricas auxiliares

- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA PUERPERAL
- ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS INYECTABLES PARA LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ANTES DEL TRABAJO DE PARTO
- INICIO Y MANTENIMIENTO DEL MÉTODO MADRE CANGURO
- ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS PARA LA SEPTICEMIA NEONATAL
- REANIMACIÓN NEONATAL
- IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA EL EMBARAZO Y EL PARTO
- ADMINISTRACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

Prevención y tratamiento de la hemorragia puerperal

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
2.7	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían distribuir misoprostol a las mujeres durante el embarazo para la autoadministración después del parto?	No se hizo ninguna recomendación para esta opción.	<p>Antes de considerar qué cuadros de personal podrían hacerse cargo de la distribución de misoprostol a las mujeres durante el embarazo para la autoadministración después del parto, es necesario investigar sobre la eficacia de dicha intervención. Por lo tanto, el Panel de orientación no formuló ninguna recomendación.</p> <p>No obstante, también se observó que no recomendar esta opción podría disminuir el acceso al misoprostol en algunos lugares.</p>

Administración de antibióticos inyectables para la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
4.1	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían diagnosticar la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto y administrar el tratamiento inicial de antibióticos inyectables usando una jeringuilla estándar antes de la derivación?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de que las enfermeras obstétricas auxiliares diagnostiquen la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto y administren el tratamiento inicial con antibióticos inyectables usando una jeringuilla estándar, antes de la derivación. Dos de los posibles perjuicios son el uso excesivo de antibióticos y error en el diagnóstico. Los posibles beneficios incluyen menos tiempo hasta el acceso al tratamiento para la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto, aunque no se sabe claramente si acceder al tratamiento solo con un poco de anterioridad, antes de la derivación, tendría beneficios. Esta intervención podría ser aceptable y factible, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Inicio y mantenimiento del método madre canguro

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
7.1	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían <u>iniciar</u> el método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la factibilidad del uso de enfermeras obstétricas auxiliares para iniciar el método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer. No obstante, la intervención podría tener beneficios importantes, y probablemente sea factible y aceptable. También podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas, prestando especial atención a los distintos subgrupos de pesos al nacer.</p> <p>La supervisión y la evaluación deberían centrarse en distintas categorías de pesos para asegurar que los bebés con un peso al nacer inferior a 1500 gramos no sufran efectos adversos.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte del cuadro de personal establecido.</p>
7.2	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían <u>mantener</u> el método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la factibilidad del uso de enfermeras obstétricas auxiliares para iniciar el método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer. No obstante, la intervención podría tener beneficios importantes, y probablemente sea factible y aceptable. También podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>La supervisión y la evaluación deberían centrarse en distintas categorías de pesos para asegurar que los bebés con un peso al nacer inferior a 1500 gramos no sufran efectos adversos.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte del cuadro de personal establecido.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

Las enfermeras obstétricas auxiliares, los formadores y los supervisores requieren formación inicial y continua en el contenido de la información y las competencias para la comunicación. Asimismo, deberían tomarse en cuenta programas para decidir si sumar, y cómo hacerlo, al cónyuge o la pareja y a otros miembros de la familia en esta intervención.

Administración de antibióticos para la septicemia neonatal

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
8.1	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían administrar antibióticos inyectables con jeringuillas estándar para la septicemia neonatal?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras obstétricas auxiliares para administrar antibióticos inyectables con jeringuillas estándar para la septicemia neonatal, y la factibilidad de esta opción es incierta. No obstante, podría ser aceptable y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Las competencias estándar de las enfermeras obstétricas auxiliares suelen incluir la administración de inyecciones intravenosas e intramusculares. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, donde se disponga de protocolos clínicos claros, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>
8.2	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían administrar antibióticos para la septicemia neonatal usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras obstétricas auxiliares para administrar antibióticos inyectables usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para la septicemia neonatal, y la factibilidad de esta opción es incierta. No obstante, la intervención podría ser aceptable y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Las competencias estándar de las enfermeras obstétricas auxiliares suelen incluir la administración de inyecciones intravenosas e intramusculares. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, donde se disponga de protocolos clínicos claros, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

Deben validarse algoritmos de tratamiento clínicos para las enfermeras auxiliares que traten la septicemia neonatal.

Reanimación neonatal

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
9.1	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían reanimar al neonato?	Recomendamos esta opción.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras obstétricas auxiliares para la reanimación neonatal. No obstante, esta intervención es parte de las capacidades fundamentales de las parteras capacitadas, probablemente sea aceptable y factible, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se implemente esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

Deben validarse algoritmos de tratamiento clínicos para que las enfermeras auxiliares practiquen la reanimación neonatal.

Implementación de intervenciones específicas para el embarazo y el parto

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.1	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían administrar líquido por vía intravenosa para la reanimación como parte del tratamiento de la hemorragia puerperal?	Recomendamos esta opción.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras obstétricas auxiliares para la administración de líquido por vía intravenosa para la reanimación. No obstante, el Panel de orientación consideró que esta intervención es parte de las capacidades fundamentales de las enfermeras obstétricas auxiliares. Además, podría ser aceptable, probablemente sea factible, y también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se implemente esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p> <p>Esta intervención debe implementarse en el marco de las guías de la OMS para la hemorragia puerperal (25), que ofrecen un enfoque integral al manejo de dicha complicación.</p>
11.2	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían realizar la compresión uterina bimanual interna para la hemorragia puerperal?	Recomendamos esta opción.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de las enfermeras obstétricas auxiliares para practicar la compresión uterina bimanual interna para la hemorragia puerperal. No obstante, el Panel de orientación consideró que esta intervención es parte de las capacidades fundamentales de las enfermeras obstétricas auxiliares. Además, podría ser aceptable, probablemente sea factible, y también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se implemente esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p> <p>Esta intervención debe implementarse en el marco de las guías de la OMS para la hemorragia puerperal (25), que ofrecen un enfoque integral al manejo de dicha complicación.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.3	<p>¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían realizar suturas de desgarros genitales o perineales leves?</p>	<p>Recomendamos esta opción.</p>	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de las enfermeras obstétricas auxiliares para realizar suturas de desgarros genitales o perineales leves. No obstante, el Panel de orientación consideró que esta intervención es parte de las capacidades fundamentales de las enfermeras obstétricas auxiliares. Además, podría ser aceptable, probablemente sea factible, y también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se implemente esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte del cuadro de personal establecido.</p> <p>Esta intervención debe implementarse en el marco de las guías de la OMS para la hemorragia puerperal (25), que ofrecen un enfoque integral al manejo de dicha complicación.</p>
11.4	<p>¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían administrar fármacos antihipertensivos para la presión arterial elevada grave en el embarazo?</p>	<p>Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p>	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras obstétricas auxiliares para administrar fármacos antihipertensivos. No obstante, probablemente sea aceptable, y las enfermeras obstétricas auxiliares tienen las capacidades clínicas necesarias. La intervención podría, además, disminuir la desigualdad en lugares donde el acceso a prestadores con un mayor nivel de formación sea limitado. Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>La supervisión y la evaluación deberían centrarse en el cumplimiento con los protocolos clínicos y los perjuicios potenciales de los fármacos antihipertensivos para la madre y el bebé.</p> <p>Sugerimos que esta intervención se evalúe donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, en un contexto agudo antes de la derivación, y siguiendo un protocolo estándar.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.5	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían administrar corticoesteroides a las embarazadas que estén en trabajo de parto prematuro para mejorar los desenlaces neonatales?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de las enfermeras obstétricas auxiliares para administrar corticoesteroides a las embarazadas con el fin de mejorar los desenlaces neonatales en el contexto del trabajo de parto prematuro. No obstante, las enfermeras obstétricas auxiliares tienen las capacidades clínicas necesarias para diagnosticar el trabajo de parto prematuro y administrar corticoesteroides, y la intervención podría ser aceptable y factible. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>
11.12	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían administrar sulfato de magnesio a las mujeres con trabajo de parto prematuro como neuroprotector fetal?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de las enfermeras obstétricas auxiliares para administrar sulfato de magnesio a las mujeres con trabajo de parto prematuro como neuroprotector fetal. No obstante, las enfermeras obstétricas auxiliares tienen las capacidades clínicas necesarias para diagnosticar el trabajo de parto prematuro y administrar sulfato de magnesio. La intervención podría ser aceptable y factible. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Administración de anticonceptivos

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
12.1	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían iniciar y mantener un tratamiento con anticonceptivos inyectables usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™?	No se hizo ninguna recomendación para esta opción.	Se necesita investigar sobre la eficacia de la administración de anticonceptivos inyectables usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática, como Uniject™, para formular una recomendación sobre qué trabajadores de la salud podrían estar a cargo de la implementación. Por lo tanto, el Panel de orientación no formuló ninguna recomendación. También se observó que, actualmente, hay estudios en curso sobre la eficacia de la administración de anticonceptivos inyectables usando un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática.
12.2	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían a iniciar y mantener un tratamiento con anticonceptivos inyectables con jeringuillas estándar?	Recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. No obstante, esta intervención podría ser un abordaje aceptable y factible para ampliar la disponibilidad de los anticonceptivos inyectables. Además, la administración de inyecciones es parte de la práctica de las enfermeras obstétricas auxiliares en muchos lugares. Por consiguiente, recomendamos esta opción.
12.3	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían insertar y quitar los dispositivos intrauterinos?	Recomendamos esta opción.	Esta intervención probablemente sea eficaz (certeza de la evidencia: de baja a moderada) y podría tener pocos efectos no deseables. Además, podría ser factible y aceptable, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción. Sugerimos que se use esta opción donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte del cuadro de personal establecido.
12.4	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían insertar y quitar los implantes anticonceptivos?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. No obstante, esta intervención podría ser factible y aceptable, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Además, esta intervención requiere relativamente pocas capacidades adicionales. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas. Sugerimos que se use esta intervención donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
12.5	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían realizar la ligadura tubaria (posparto y de intervalo)?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. Además, este procedimiento sobrepasa los límites de las capacidades de la mayoría de las enfermeras obstétricas auxiliares, y su aceptabilidad y factibilidad son inciertas. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.
12.6	¿Las ENFERMERAS OBSTÉTRICAS AUXILIARES deberían realizar la vasectomía?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. Además, su aceptabilidad y factibilidad son inciertas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa. La implementación en el contexto de la investigación debe hacerse donde las enfermeras obstétricas auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno. Nota: Cinco miembros del Panel de orientación disintieron de la opinión e indicaron que preferirían no recomendar esta opción, ya que consideraban que este procedimiento estaba fuera del alcance y la práctica habituales de las enfermeras obstétricas auxiliares.

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

- Dada la confidencialidad que revisten las cuestiones de la sexualidad y la anticoncepción, es posible que los planificadores deban considerar si los trabajadores de la salud que promuevan o presten servicios de salud reproductiva a las mujeres deberían ser mujeres también. Dadas las cuestiones de sensibilidad cultural, posiblemente sea ventajoso asegurar que la formación pertinente de las trabajadoras de la salud sea impartida por mujeres.
- Las enfermeras obstétricas auxiliares y sus supervisores deben recibir una adecuada formación inicial y continua. Entre los temas, deberían incluirse la comunicación con los destinatarios y los efectos secundarios de los distintos métodos anticonceptivos. Esa formación debe reforzar el hecho de que los trabajadores de la salud en la comunidad no deben decidir quiénes deberían recibir anticoncepción siguiendo su criterio personal.
- Además de la formación en cuestiones y preocupaciones relacionadas con la confidencialidad que se imparta a las enfermeras obstétricas auxiliares, los destinatarios deben también ser conscientes de que sus interacciones con los trabajadores de la salud sobre la anticoncepción son confidenciales.

El Panel de orientación aceptó que las siguientes tareas eran parte de las competencias de esta categoría de trabajadores de la salud, y por ende no se realizó ninguna evaluación de la evidencia.

- » 1.1–1.13 Promoción de intervenciones para la salud materna, neonatal y reproductiva
- » 2.1 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.2 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para tratar la hemorragia puerperal
- » 2.3 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.4 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para tratar la hemorragia puerperal
- » 2.5 Administración de misoprostol para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.6 Administración de misoprostol para tratar la hemorragia puerperal
- » 3.1, 3.3, 3.4 y 3.5 Distribución de la suplementación por vía oral para las embarazadas
- » 3.2 Distribución de aspirina en dosis baja a las embarazadas con riesgo de preeclampsia/eclampsia
- » 5.1 Provisión de asistencia continua a la mujer durante el trabajo de parto en presencia de una partera capacitada
- » 6.1 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando jeringuillas estándar
- » 6.2 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos por vía oral
- » 6.3 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando el dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática
- » 11.6 Asistencia materna intraparto (incluido el seguimiento durante el trabajo de parto, por ejemplo: usar un partograma; monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación; decisión de traslado por evolución deficiente; nacimiento del bebé)

Intervenciones consideradas para las enfermeras

- ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS INYECTABLES PARA LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ANTES DEL TRABAJO DE PARTO
- MANIOBRA DE VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA
- IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA EL EMBARAZO Y EL PARTO
- ADMINISTRACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

Administración de antibióticos inyectables para la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
4.1	¿Las ENFERMERAS deberían diagnosticar la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto y administrar el tratamiento inicial con antibióticos inyectables usando una jeringuilla estándar, antes de la derivación?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de que las enfermeras diagnostiquen la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto y administren el tratamiento inicial con antibióticos inyectables usando una jeringuilla estándar, antes de la derivación. No obstante, este probablemente sea un abordaje aceptable y factible para el tratamiento de la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto. También podría disminuir la desigualdad en lugares donde el acceso a prestadores con un mayor nivel de formación sea limitado. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>Dado que aún es incierto si las enfermeras tendrán las capacidades y los equipos adecuados para hacer tal diagnóstico, la intervención debería implementarse donde las enfermeras presten asistencia a las embarazadas, hayan recibido formación para aplicar inyecciones, y cuenten con la aprobación profesional y regulatoria para tales prácticas.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Versión cefálica externa

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
10.1	¿Las ENFERMERAS deberían hacer la versión cefálica externa en caso de presentación podálica a término?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras para hacer la versión cefálica externa. La intervención está fuera del alcance habitual de la práctica de las enfermeras, y su aceptabilidad y factibilidad son inciertas. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.

Implementación de intervenciones específicas para el embarazo y el parto

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.5	¿Las ENFERMERAS deberían administrar corticoesteroides a las embarazadas que estén en trabajo de parto prematuro para mejorar los desenlaces neonatales?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras para administrar corticoesteroides. Las enfermeras no tienen las capacidades clínicas necesarias para diagnosticar un trabajo de parto prematuro. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.
11.7	¿Las ENFERMERAS deberían hacer la extracción con ventosa durante el parto?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de enfermeras para hacer la extracción con ventosa durante el parto. La intervención está fuera del alcance habitual de la práctica, y la aceptabilidad y factibilidad de esta intervención son inciertas. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.
11.8	¿Las ENFERMERAS deberían administrar una dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar enfermeras para administrar una dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior. No obstante, donde no sea posible administrar el tratamiento completo de sulfato de magnesio, una guía de la OMS recomienda usar una dosis de inicio de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a una institución de salud de nivel superior para las mujeres con preeclampsia y eclampsia graves (calidad de la evidencia: muy baja; recomendación débil) (23). Por consiguiente, recomendamos que se considere esta opción con supervisión y evaluación específicas.

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.9	¿Las ENFERMERAS deberían administrar <u>una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución de nivel de asistencia superior?</u>	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar enfermeras para administrar una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior. La intervención está fuera del alcance habitual de la práctica, y su aceptabilidad es incierta. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.
11.10	¿Las ENFERMERAS deberían administrar <u>una dosis de inicio de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y derivar a una institución superior?</u>	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar enfermeras para administrar una dosis de inicio de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y derivar a una institución superior. No obstante, donde no sea posible administrar el tratamiento completo de sulfato de magnesio, una guía redactada por la OMS recomienda usar una dosis de inicio de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a una institución de salud de nivel superior para las mujeres con preeclampsia y eclampsia graves (calidad de la evidencia: muy baja; recomendación débil) (23). Por consiguiente, recomendamos que se considere esta opción con supervisión y evaluación específicas.
11.11	¿Las ENFERMERAS deberían administrar <u>una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y derivar a una institución de nivel de asistencia superior?</u>	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar enfermeras para administrar una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y derivar a una institución superior. La intervención está fuera del alcance habitual de la práctica, y su aceptabilidad es incierta. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.
11.12	¿Las ENFERMERAS deberían administrar sulfato de magnesio a las mujeres con trabajo de parto prematuro como neuroprotector fetal?	No recomendamos esta opción.	Si bien la intervención podría ser aceptable y factible, no hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de las enfermeras para administrar sulfato de magnesio a las mujeres con trabajo de parto prematuro como neuroprotector fetal. Esta intervención está fuera del alcance habitual de la práctica. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Administración de anticonceptivos

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
12.3	¿Las ENFERMERAS deberían insertar y quitar dispositivos intrauterinos?	Recomendamos esta opción.	Mientras que la aceptabilidad de esta intervención puede variar, podría ser eficaz (certeza de la evidencia: de baja a moderada), podría ser un abordaje factible para la anticoncepción, y podría además disminuir la desigualdad al extender la asistencia a poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.
12.4	¿Las ENFERMERAS deberían insertar y quitar los implantes anticonceptivos?	Recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención y la aceptabilidad podría variar. No obstante, hay evidencia que sugiere que las enfermeras pueden implementar de manera eficaz otras intervenciones similares. Además, esta intervención podría ser un abordaje factible para la administración de la anticoncepción, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.
12.5	¿Las ENFERMERAS deberían realizar la ligadura tubaria (posparto y de intervalo)?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. No obstante, esta intervención podría ser un abordaje aceptable y factible para la anticoncepción, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa. Esta intervención debería evaluarse donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno. El Panel de orientación reconoce que podría ser necesario considerar distintos métodos de ligadura tubaria en las evaluaciones de la capacidad de las enfermeras para hacer dicho procedimiento.
12.6	¿Las ENFERMERAS deberían realizar la vasectomía?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. No obstante, esta intervención podría ser un abordaje aceptable y factible para la anticoncepción, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa. Esta intervención debería evaluarse donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

- Dada la confidencialidad que revisten las cuestiones de la sexualidad y la anticoncepción, es posible que los planificadores deban considerar si los trabajadores de la salud que promuevan o presten servicios de salud reproductiva a las mujeres deberían ser mujeres también. Dadas las cuestiones de confidencialidad y sensibilidad cultural, posiblemente sea ventajoso asegurar que la formación pertinente de las trabajadoras de la salud sea impartida por mujeres.
- Las enfermeras y sus supervisores deben recibir una adecuada formación inicial y continua. Entre los temas, deberían incluirse la comunicación con los destinatarios y los efectos secundarios de los distintos métodos anticonceptivos. Esa formación debe reforzar el concepto de que las enfermeras no deben decidir quiénes deberían recibir anticoncepción siguiendo su criterio personal.
- Además de la formación en cuestiones y preocupaciones relacionadas con la confidencialidad que se imparta a las enfermeras, los destinatarios también deben ser conscientes de que sus interacciones con los trabajadores de la salud sobre la anticoncepción son confidenciales.

El Panel de orientación aceptó que las siguientes tareas eran parte de las competencias de esta categoría de trabajadores de la salud, y por ende no se realizó ninguna evaluación de la evidencia.

- » 1.1–1.13 Promoción de intervenciones para la salud materna, neonatal y reproductiva
- » 2.1 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.2 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para tratar la hemorragia puerperal
- » 2.3 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.4 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para tratar la hemorragia puerperal
- » 2.5 Administración de misoprostol para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.6 Administración de misoprostol para tratar la hemorragia puerperal
- » 3.1, 3.3, 3.4 y 3.5 Distribución de la suplementación por vía oral para las embarazadas
- » 3.2 Distribución de aspirina en dosis baja a las embarazadas con riesgo de preeclampsia/eclampsia
- » 5.1 Provisión de asistencia continua a la mujer durante el trabajo de parto en presencia de una partera capacitada
- » 6.1 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando jeringuillas estándar
- » 6.2 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos por vía oral
- » 6.3 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando el dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática
- » 7.1 Inicio del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer
- » 7.2 Mantenimiento del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer
- » 8.1 Antibióticos inyectables con jeringuillas estándar para la septicemia neonatal
- » 8.2 Antibióticos inyectables con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para la septicemia neonatal
- » 9.1 Reanimación neonatal
- » 11.1 Administración de líquido por vía intravenosa para la reanimación en el caso de hemorragia puerperal
- » 11.2 Compresión uterina bimanual interna para la hemorragia puerperal
- » 11.3 Sutura de desgarro genital o perineal leve
- » 11.4 Administración de fármacos antihipertensivos para la presión arterial elevada grave en el embarazo
- » 12.2 Inicio y mantenimiento de anticonceptivos inyectables con jeringuillas estándar

Intervenciones consideradas para las obstétricas

- ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS INYECTABLES PARA LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ANTES DEL TRABAJO DE PARTO
- MANIOBRA DE VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA
- IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA EL EMBARAZO Y EL PARTO
- ADMINISTRACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

Administración de antibióticos inyectables para la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
4.1	¿Las OBSTÉTRICAS deberían diagnosticar la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto y administrar el tratamiento inicial con antibióticos inyectables usando una jeringuilla estándar, antes de la derivación?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la factibilidad de que las obstétricas diagnostiquen la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto y administren el tratamiento inicial con antibióticos inyectables usando una jeringuilla estándar, antes de la derivación. No obstante, esta intervención podría ser aceptable y factible, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde las obstétricas ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

Los programas deben asegurar que esta tarea promueva la continuidad de la asistencia y que todas las obstétricas reciban formación para aumentar sus capacidades a fin de efectuar esta tarea con todas las destinatarias potenciales.

Versión cefálica externa

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
10.1	¿Las OBSTÉTRICAS deberían hacer la versión cefálica externa en caso de presentación podálica a término?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar obstétricas para la versión cefálica externa y esta intervención conlleva el potencial de causar perjuicios. No obstante, esta intervención probablemente sea aceptable y factible, podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las obstétricas ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

Los programas deben asegurar que esta tarea promueva la continuidad de la asistencia y que todas las obstétricas reciban formación para aumentar sus capacidades a fin de efectuar esta tarea con todas las destinatarias potenciales.

Implementación de intervenciones específicas para el embarazo y el parto

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.5	¿Las OBSTÉTRICAS deberían administrar corticoesteroides a las embarazadas que estén en trabajo de parto prematuro para mejorar los desenlaces neonatales?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de las obstétricas para administrar corticoesteroides a las embarazadas para el feto en el contexto del trabajo de parto prematuro. Esta intervención probablemente sea factible, pero su aceptabilidad es incierta. Podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.
11.7	¿Las OBSTÉTRICAS deberían hacer la extracción con ventosa durante el parto?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar obstétricas para la extracción con ventosa durante el parto y la aceptabilidad de esta intervención es incierta. No obstante, esta intervención probablemente sea factible y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente sugerimos que se considere esta opción en el contexto de supervisión y evaluación específicas de las tasas de fracaso, complicaciones y determinaciones del proceso, como la frecuencia de uso. Sugerimos que se use esta intervención donde las obstétricas ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.
11.8	¿Las OBSTÉTRICAS deberían administrar una dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar obstétricas para administrar una dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior. No obstante, donde no sea posible administrar el tratamiento completo de sulfato de magnesio, una guía redactada por la OMS recomienda usar una dosis de inicio de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a una institución de salud de nivel superior para las mujeres con preeclampsia y eclampsia graves (calidad de la evidencia: muy baja; recomendación débil) (23). Por consiguiente, recomendamos que se considere esta opción con supervisión y evaluación específicas.

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.9	¿Las OBSTÉTRICAS deberían administrar <u>una dosis de mantenimiento</u> de sulfato de magnesio para <u>prevenir</u> la eclampsia y derivar a una institución de nivel de asistencia superior?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar obstétricas para administrar una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior. No obstante, esta intervención podría ser factible y aceptable en determinadas condiciones. La intervención también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde las obstétricas trabajen solas en la atención primaria y no sea posible, como práctica de rutina, acceder a cuadros de personal con niveles de formación superiores. Dado que la asistencia adecuada para la mujer con preeclampsia y eclampsia requiere trabajo en equipo, debe procurarse la derivación a un nivel de asistencia superior.</p>
11.10	¿Las OBSTÉTRICAS deberían administrar <u>una dosis de inicio</u> de sulfato de magnesio para <u>tratar</u> la eclampsia y derivar a una institución superior?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar obstétricas para administrar una dosis de inicio de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y derivar a una institución superior. No obstante, donde no sea posible administrar el tratamiento completo de sulfato de magnesio, una guía redactada por la OMS recomienda usar una dosis de inicio de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a una institución de salud de nivel superior para las mujeres con preeclampsia y eclampsia graves (calidad de la evidencia: muy baja; recomendación débil) (23). Por consiguiente, recomendamos que se considere esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p>
11.11	¿Las OBSTÉTRICAS deberían administrar <u>una dosis de mantenimiento</u> de sulfato de magnesio para <u>tratar</u> la eclampsia y derivar a una institución superior?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar obstétricas para administrar una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y derivar a una institución superior. No obstante, esta intervención podría ser factible y aceptable en determinadas condiciones. La intervención también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde las obstétricas trabajen solas en la atención primaria y no sea posible, como práctica de rutina, acceder a cuadros de personal con niveles de formación superiores.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.12	¿Las OBSTÉTRICAS deberían administrar sulfato de magnesio a las mujeres con trabajo de parto prematuro como neuroprotector fetal?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de las obstétricas para administrar sulfato de magnesio a las mujeres con trabajo de parto prematuro como neuroprotector fetal. No obstante, las obstétricas tienen las capacidades clínicas necesarias para diagnosticar el trabajo de parto prematuro y administrar sulfato de magnesio, y la intervención podría ser aceptable y factible. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>Sugerimos que se evalúe esta intervención donde las obstétricas ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

Los programas deben asegurar que esta tarea promueva la continuidad de la asistencia y que todas las obstétricas reciban formación para aumentar sus capacidades a fin de efectuar esta tarea con todas las destinatarias potenciales.

Administración de anticonceptivos

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
12.3	¿Las OBSTÉTRICAS deberían insertar y quitar dispositivos intrauterinos?	Recomendamos esta opción.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención y la aceptabilidad podría variar. No obstante, hay evidencia que sugiere que las enfermeras obstétricas auxiliares y las enfermeras pueden insertar y quitar dispositivos intrauterinos de manera eficaz. Además, esta intervención probablemente sea factible y también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se implemente esta intervención donde ya haya programas de partería funcionando correctamente.</p>
12.4	¿Las OBSTÉTRICAS deberían insertar y quitar los implantes anticonceptivos?	Recomendamos esta opción.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención y la aceptabilidad es incierta. Esta intervención requeriría capacidades adicionales mínimas y probablemente sea un abordaje factible a la administración de anticoncepción. También podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se implemente esta intervención donde ya haya programas de partería funcionando correctamente.</p>
12.5	¿Las OBSTÉTRICAS deberían realizar la ligadura de tubaria (posparto y de intervalo)?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>Esta intervención podría ser eficaz (certeza de la evidencia: de baja a moderada), y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. No se tiene plena certeza de que la intervención sea un abordaje aceptable y factible. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>La intervención debe evaluarse donde ya haya programas de partería funcionando correctamente, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno. El Panel de orientación reconoce que podría ser necesario considerar distintos métodos de ligadura tubaria en las evaluaciones de la capacidad de las obstétricas para hacer dicho procedimiento.</p>
12.6	¿Las OBSTÉTRICAS deberían realizar la vasectomía?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de esta intervención. No obstante, esta intervención podría ser un abordaje aceptable y factible para la anticoncepción, y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar la opción solo en el contexto de investigación rigurosa.</p> <p>La implementación en un contexto de investigación debería hacerse donde ya haya un programa de partería funcionando correctamente y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Consideraciones adicionales de la implementación para esta intervención:

- Los programas deben asegurar que esta tarea promueva la continuidad de la asistencia y que todas las obstétricas reciban formación para aumentar sus capacidades a fin de efectuar esta tarea con todos los destinatarios potenciales.
- Las obstétricas y sus supervisores deben recibir una adecuada formación inicial y continua. Entre los temas, deberían incluirse la comunicación con los destinatarios y los efectos secundarios de los distintos métodos anticonceptivos. Esa formación debe reforzar el hecho de que las obstétricas no deben decidir quiénes deberían recibir anticoncepción siguiendo su criterio personal.
- Además de la formación en cuestiones y preocupaciones relacionadas con la confidencialidad que se imparta a las obstétricas, los destinatarios también deben ser conscientes de que sus interacciones con los trabajadores de la salud sobre la anticoncepción son confidenciales.

El Panel de orientación aceptó que las siguientes tareas eran parte de las competencias de esta categoría de trabajadores de la salud, y por ende no se realizó ninguna evaluación de la evidencia.

- » 1.1–1.13 Promoción de intervenciones para la salud materna, neonatal y reproductiva
- » 2.1 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.2 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para tratar la hemorragia puerperal
- » 2.3 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.4 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para tratar la hemorragia puerperal
- » 2.5 Administración de misoprostol para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.6 Administración de misoprostol para tratar la hemorragia puerperal
- » 3.1, 3.3, 3.4 y 3.5 Distribución de la suplementación por vía oral para las embarazadas
- » 3.2 Distribución de aspirina en dosis baja a las embarazadas con riesgo de preeclampsia/eclampsia
- » 5.1 Provisión de asistencia continua a la mujer durante el trabajo de parto en presencia de una partera capacitada
- » 6.1 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando jeringuillas estándar
- » 6.2 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos por vía oral
- » 6.3 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando el dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática
- » 7.1 Inicio del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer
- » 7.2 Mantenimiento del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer
- » 8.1 Antibióticos inyectables con jeringuillas estándar para la septicemia neonatal
- » 8.2 Antibióticos inyectables con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para la septicemia neonatal
- » 9.1 Reanimación neonatal
- » 11.1 Administración de líquido por vía intravenosa para la reanimación en el caso de hemorragia puerperal
- » 11.2 Compresión uterina bimanual interna para la hemorragia puerperal
- » 11.3 Sutura de desgarro genital o perineal leve
- » 11.4 Administración de fármacos antihipertensivos para la presión arterial elevada grave en el embarazo
- » 11.6 Asistencia materna intraparto (incluido el seguimiento durante el trabajo de parto, por ejemplo: usar un partograma; monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación; decisión de traslado por evolución deficiente; nacimiento del bebé)
- » 12.2 Inicio y mantenimiento de anticonceptivos inyectables con jeringuillas estándar

Intervenciones consideradas para los clínicos auxiliares (especialistas clínicos que no son médicos)

- MANIOBRA DE VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA
- IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA EL EMBARAZO Y EL PARTO

Versión cefálica externa

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
10.1	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES deberían realizar la versión cefálica externa en el caso de presentación podálica a término?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de clínicos auxiliares para hacer la versión cefálica externa. La intervención está fuera del alcance habitual de la práctica, y su aceptabilidad y factibilidad son inciertas. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.

Implementación de intervenciones específicas para el embarazo y el parto

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.7	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES deberían hacer la extracción con ventosa durante el parto?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de clínicos auxiliares para hacer la extracción con ventosa durante el parto. La intervención está fuera del alcance habitual de la práctica, y su aceptabilidad y factibilidad son inciertas. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.
11.8	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES deberían administrar <u>una dosis de inicio</u> de sulfato de magnesio para <u>prevenir</u> la eclampsia y derivar a una institución superior?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar clínicos auxiliares para administrar una dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior. No obstante, donde no sea posible administrar el tratamiento completo de sulfato de magnesio, una guía redactada por la OMS recomienda usar una dosis de inicio de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a una institución de salud de nivel superior para las mujeres con preeclampsia y eclampsia graves (calidad de la evidencia: muy baja; recomendación débil) (23). Por consiguiente, recomendamos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.
11.9	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES deberían administrar <u>una dosis de mantenimiento</u> de sulfato de magnesio para <u>prevenir</u> la eclampsia y derivar a una institución de nivel de asistencia superior?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar clínicos auxiliares para administrar una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior. La intervención está fuera del alcance habitual de la práctica, y su aceptabilidad es incierta. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.
11.10	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES deberían administrar <u>una dosis de inicio</u> de sulfato de magnesio para <u>tratar</u> la eclampsia y derivar a una institución superior?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar clínicos auxiliares para administrar una dosis de inicio de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y derivar a una institución superior. No obstante, donde no sea posible administrar el tratamiento completo de sulfato de magnesio, una guía redactada por la OMS recomienda usar una dosis de inicio de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a una institución de salud de nivel superior para las mujeres con preeclampsia y eclampsia graves (calidad de la evidencia: muy baja; recomendación débil) (23). Por consiguiente, recomendamos que se considere esta opción con supervisión y evaluación específicas.

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.11	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES deberían administrar <u>una dosis de mantenimiento</u> de sulfato de magnesio para <u>tratar la eclampsia</u> y derivar a una institución de nivel de asistencia superior?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar clínicos auxiliares para administrar una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y derivar a una institución superior. La intervención está fuera del alcance habitual de la práctica, y su aceptabilidad es incierta. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.
11.13	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES deberían practicar una cesárea?	No recomendamos esta opción.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de clínicos auxiliares para las cesáreas. También es incierta la factibilidad de esta intervención en muchos lugares, dado que los clínicos auxiliares no suelen tener capacidades quirúrgicas. Por consiguiente, no recomendamos esta opción.
11.14	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES deberían extraer manualmente la placenta?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de clínicos auxiliares para la extracción manual de la placenta. También es incierta la factibilidad de esta intervención en muchos lugares, dado que los clínicos auxiliares no suelen tener capacidades quirúrgicas y manuales propias de la obstetricia. No obstante, esta intervención tiene el potencial de disminuir la desigualdad al extender asistencia de salud vital a poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas. Sugerimos que se use esta intervención donde los clínicos auxiliares ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

El Panel de orientación aceptó que las siguientes tareas eran parte de las competencias de esta categoría de trabajadores de la salud, y por ende no se realizó ninguna evaluación de la evidencia.

- » 1.1–1.13 Promoción de intervenciones para la salud materna, neonatal y reproductiva
- » 2.1 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.2 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para tratar la hemorragia puerperal

- » 2.3 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.4 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para tratar la hemorragia puerperal
- » 2.5 Administración de misoprostol para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.6 Administración de misoprostol para tratar la hemorragia puerperal
- » 3.1, 3.3, 3.4 y 3.5 Distribución de la suplementación por vía oral para las embarazadas
- » 3.2 Distribución de aspirina en dosis baja a las embarazadas con riesgo de preeclampsia/eclampsia
- » 5.1 Provisión de asistencia continua a la mujer durante el trabajo de parto en presencia de una partera capacitada
- » 6.1 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando jeringuillas estándar
- » 6.2 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos por vía oral
- » 6.3 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando el dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática
- » 7.1 Inicio del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer
- » 7.2 Mantenimiento del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer
- » 8.1 Antibióticos inyectables con jeringuillas estándar para la septicemia neonatal
- » 8.2 Antibióticos inyectables con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para la septicemia neonatal
- » 9.1 Reanimación neonatal
- » 12.2 Inicio y mantenimiento de anticonceptivos inyectables con jeringuillas estándar
- » 12.3 Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos
- » 12.4 Inserción y extracción de implantes anticonceptivos
- » 12.5 Ligadura tubaria
- » 12.6 Vasectomía

Intervenciones consideradas para los clínicos auxiliares de formación avanzada (especialistas clínicos que no son médicos)

- MANIOBRA DE VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA
- IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA EL EMBARAZO Y EL PARTO

Versión cefálica externa

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
10.1	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES DE FORMACIÓN AVANZADA deberían hacer la versión cefálica externa en caso de presentación podálica a término?	Sugerimos considerar esta opción solo en el contexto de investigación rigurosa.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia del uso de clínicos auxiliares de formación avanzada para hacer la versión cefálica externa. Podría ser factible y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas, pero la aceptabilidad podría variar. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción en el contexto de investigación rigurosa en un entorno hospitalario.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde los clínicos auxiliares de formación avanzada ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

Administración de intervenciones terapéuticas en el embarazo y el parto

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.7	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES DE FORMACIÓN AVANZADA deberían hacer la extracción con ventosa durante el parto?	Recomendamos esta opción.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar clínicos auxiliares de formación avanzada para la extracción con ventosa durante el parto y la aceptabilidad de esta intervención es incierta. No obstante, es probable que los clínicos auxiliares de formación avanzada tengan las capacidades de obstetricia necesarias. Esta intervención probablemente sea factible y podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se implemente esta intervención donde los clínicos auxiliares de formación avanzada con capacidades de obstetricia ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>
11.8	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES DE FORMACIÓN AVANZADA deberían administrar una dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar clínicos auxiliares de formación avanzada para administrar una dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior. No obstante, donde no sea posible administrar el tratamiento completo de sulfato de magnesio, una guía redactada por la OMS recomienda usar una dosis de inicio de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a una institución de salud de nivel superior para las mujeres con preeclampsia y eclampsia graves (calidad de la evidencia: muy baja; recomendación débil) (23). Por consiguiente, recomendamos que se considere esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p>
11.9	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES DE FORMACIÓN AVANZADA deberían administrar una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad de usar clínicos auxiliares de formación avanzada para administrar una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia y derivar a una institución superior. Sin embargo, esta intervención probablemente sea factible y también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas.</p> <p>Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde clínicos auxiliares de formación avanzada trabajen solos en la atención primaria y no sea posible, como práctica de rutina, acceder a cuadros de personal con niveles de formación superiores.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.10	<p>¿Los CLÍNICOS AUXILIARES DE FORMACIÓN AVANZADA deberían administrar <u>una dosis de inicio</u> de sulfato de magnesio para <u>tratar</u> la eclampsia y derivar a una institución superior?</p>	<p>Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p>	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia de usar clínicos auxiliares de formación avanzada para administrar una dosis de inicio de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y derivar a una institución superior. No obstante, donde no sea posible administrar el tratamiento completo de sulfato de magnesio, una guía redactada por la OMS recomienda usar una dosis de inicio de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a una institución de salud de nivel superior para las mujeres con preeclampsia y eclampsia graves (calidad de la evidencia: muy baja; recomendación débil) (23). Por consiguiente, recomendamos esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p>
11.11	<p>¿Los CLÍNICOS AUXILIARES DE FORMACIÓN AVANZADA deberían administrar <u>una dosis de mantenimiento</u> de sulfato de magnesio para <u>tratar</u> la eclampsia y derivar a una institución superior?</p>	<p>Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p>	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad de usar clínicos auxiliares de formación avanzada para administrar una dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia y derivar a una institución superior. Sin embargo, esta intervención podría ser factible y también podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde clínicos auxiliares de formación avanzada trabajen solos en la atención primaria y no sea posible, como práctica de rutina, acceder a cuadros de personal con niveles de formación superiores.</p>
11.13	<p>¿Los CLÍNICOS AUXILIARES DE FORMACIÓN AVANZADA deberían hacer cesáreas?</p>	<p>Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.</p>	<p>La certeza de la evidencia disponible sobre la eficacia del uso de los clínicos auxiliares con formación avanzada en la cesárea es muy baja. También es incierta la factibilidad de esta intervención en muchos lugares. No obstante, la intervención podría disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas. Sugerimos que se use esta intervención donde clínicos auxiliares de formación avanzada sean el único cuadro de personal con capacidades quirúrgicas y no sea posible, como práctica de rutina, acceder a cuadros de personal con niveles de formación superiores.</p>

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
11.14	¿Los CLÍNICOS AUXILIARES DE FORMACIÓN AVANZADA deberían extraer manualmente la placenta?	Recomendamos esta opción.	<p>No hay evidencia suficiente sobre la eficacia y la aceptabilidad del uso de clínicos auxiliares de formación avanzada para la extracción manual de la placenta. No obstante, es probable que los clínicos auxiliares de formación avanzada tengan las capacidades de obstetricia necesarias. Esta intervención podría ser factible y podría tener el potencial de disminuir la desigualdad al extender la asistencia a las poblaciones desatendidas. Por consiguiente, recomendamos esta opción.</p> <p>Sugerimos que se use esta intervención donde los clínicos auxiliares de formación avanzada con capacidades de obstetricia ya sean parte de un cuadro de personal establecido, y donde haya un sistema de derivación funcionando correctamente o pueda instaurarse uno.</p>

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

El Panel de orientación aceptó que las siguientes tareas eran parte de las competencias de esta categoría de trabajadores de la salud, y por ende no se realizó ninguna evaluación de la evidencia.

- » 1.1–1.13 Promoción de intervenciones para la salud materna, neonatal y reproductiva
- » 2.1 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.2 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para tratar la hemorragia puerperal
- » 2.3 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.4 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para tratar la hemorragia puerperal
- » 2.5 Administración de misoprostol para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.6 Administración de misoprostol para tratar la hemorragia puerperal
- » 3.1, 3.3, 3.4 y 3.5 Distribución de la suplementación por vía oral para las embarazadas
- » 3.2 Distribución de aspirina en dosis baja a las embarazadas con riesgo de preeclampsia/eclampsia
- » 4.1 Diagnóstico y tratamiento inicial de la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto con antibióticos inyectables
- » 5.1 Provisión de asistencia continua a la mujer durante el trabajo de parto en presencia de una partera capacitada
- » 6.1 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando jeringuillas estándar
- » 6.2 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos por vía oral
- » 6.3 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando el dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática
- » 7.1 Inicio del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer
- » 7.2 Mantenimiento del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer

- » 8.1 Antibióticos inyectables con jeringuillas estándar para la septicemia neonatal
- » 8.2 Antibióticos inyectables con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para la septicemia neonatal
- » 9.1 Reanimación neonatal
- » 11.1 Administración de líquido por vía intravenosa para la reanimación en el caso de hemorragia puerperal
- » 11.2 Compresión uterina bimanual interna para la hemorragia puerperal
- » 11.3 Sutura de desgarro genital o perineal leve
- » 11.4 Administración de fármacos antihipertensivos para la presión arterial elevada grave en el embarazo
- » 11.5 Corticoesteroides a las embarazadas que estén en trabajo de parto prematuro para mejorar los desenlaces neonatales
- » 11.6 Asistencia materna intraparto (incluido el seguimiento durante el trabajo de parto, por ejemplo: usar un partograma; monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación; decisión de traslado por evolución deficiente; nacimiento del bebé)
- » 11.12 Sulfato de magnesio a las mujeres con trabajo de parto prematuro como neuroprotector fetal
- » 12.2 Inicio y mantenimiento de anticonceptivos inyectables con jeringuillas estándar
- » 12.3 Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos
- » 12.4 Inserción y extracción de implantes anticonceptivos
- » 12.5 Ligadura tubaria
- » 12.6 Vasectomía

Intervenciones consideradas para los médicos no especialistas

- MANIOBRA DE VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

Versión cefálica externa

Núm.	Pregunta de la orientación	Recomendación	Justificación y condiciones
10.1	¿Los MÉDICOS NO ESPECIALISTAS deberían hacer la versión cefálica externa en caso de presentación podálica a término?	Sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.	La evidencia disponible sugiere que el uso de médicos no especialistas para realizar la versión cefálica externa tiene beneficios importantes (certeza de la evidencia: de baja a moderada), y probablemente sea aceptable y factible. Por consiguiente, sugerimos considerar esta opción con supervisión y evaluación específicas.

Consideraciones para la implementación en general:

Al cambiar tareas de un cuadro de personal de trabajadores de la salud a otro, los planificadores deben considerar varias cuestiones. Se incluyen la distribución de las funciones entre los cuadros de personal, cuestiones regulatorias, la participación de las partes interesadas, la formación y la supervisión, los sistemas de derivación, las cadenas de suministros, y los posibles cambios en los pagos y demás incentivos (consulte el Cuadro 1).

El Panel de orientación aceptó que las siguientes tareas eran parte de las competencias de esta categoría de trabajadores de la salud, y por ende no se realizó ninguna evaluación de la evidencia.

- » 1.1–1.13 Promoción de intervenciones para la salud materna, neonatal y reproductiva
- » 2.1 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.2 Administración de oxitocina con jeringuillas estándar para tratar la hemorragia puerperal
- » 2.3 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.4 Administración de oxitocina con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para tratar la hemorragia puerperal
- » 2.5 Administración de misoprostol para prevenir la hemorragia puerperal
- » 2.6 Administración de misoprostol para tratar la hemorragia puerperal
- » 3.1, 3.3, 3.4 y 3.5 Distribución de la suplementación por vía oral para las embarazadas
- » 3.2 Distribución de aspirina en dosis baja a las embarazadas con riesgo de preeclampsia/eclampsia
- » 4.1 Diagnóstico y tratamiento inicial de la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto con antibióticos inyectables
- » 5.1 Provisión de asistencia continua a la mujer durante el trabajo de parto en presencia de una partera capacitada
- » 6.1 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando jeringuillas estándar
- » 6.2 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos por vía oral

- » 6.3 Tratamiento de la septicemia puerperal con antibióticos intramusculares usando el dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática
- » 7.1 Inicio del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer
- » 7.2 Mantenimiento del método madre canguro para los neonatos de bajo peso al nacer
- » 8.1 Antibióticos inyectables con jeringuillas estándar para la septicemia neonatal
- » 8.2 Antibióticos inyectables con un dispositivo compacto, precargado y de desactivación automática para la septicemia neonatal
- » 9.1 Reanimación neonatal
- » 11.1 Administración de líquido por vía intravenosa para la reanimación en el caso de hemorragia puerperal
- » 11.2 Compresión uterina bimanual interna para la hemorragia puerperal
- » 11.3 Sutura de desgarro genital o perineal leve
- » 11.4 Administración de fármacos antihipertensivos para la presión arterial elevada grave en el embarazo
- » 11.5 Corticoesteroides a las embarazadas que estén en trabajo de parto prematuro para mejorar los desenlaces neonatales
- » 11.6 Asistencia materna intraparto (incluido el seguimiento durante el trabajo de parto, por ejemplo: usar un partograma; monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación; decisión de traslado por evolución deficiente; nacimiento del bebé)
- » 11.7 Extracción con ventosa durante el parto
- » 11.8 Dosis de inicio de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia
- » 11.9 Dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia
- » 11.10 Dosis de inicio de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia
- » 11.11 Dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio para tratar la eclampsia
- » 11.12 Sulfato de magnesio a las mujeres con trabajo de parto prematuro como neuroprotector fetal
- » 11.13 Cesárea
- » 11.14 Extracción manual de la placenta
- » 12.2 Inicio y mantenimiento de anticonceptivos inyectables con jeringuillas estándar
- » 12.3 Inserción y extracción de dispositivos intrauterinos
- » 12.4 Inserción y extracción de implantes anticonceptivos
- » 12.5 Ligadura tubaria
- » 12.6 Vasectomía

Cuadro 1: Consideraciones de la implementación general para todos los cuadros de personal

Distribución de funciones

- Se necesita una clara definición del alcance de la práctica de los prestadores de salud, y estas deberían suministrarse en todos los niveles del sistema de salud. La distribución de las funciones y las responsabilidades entre quienes implementan la intervención y otros trabajadores de la salud debe hacerse de manera clara a través, por ejemplo, de regulaciones y descripciones de los puestos.

Cuestiones regulatorias

- Los cambios en las regulaciones pueden ser necesarios para apoyar los cambios en el alcance de la práctica de los trabajadores de la salud.

Participación de las partes interesadas

- Deberían incluirse representantes de los trabajadores de la salud y organismos de profesionales pertinentes en la planificación y la implementación de la intervención para asegurar la aceptabilidad entre los trabajadores de la salud afectados.
- Los destinatarios de la intervención también deberían participar en la planificación y la implementación
- En el marco del diseño del programa deberían abordarse las opiniones y creencias locales, así como las condiciones locales relacionadas con los aspectos de la salud en cuestión.

Formación y supervisión

- Es necesario que los trabajadores de la salud y sus supervisores reciban formación inicial y continua adecuada con relación a las intervenciones.
- Es necesario enunciar claramente la responsabilidad de supervisión, y la supervisión debe ser periódica y respaldatoria.

Sistemas de derivación

- Donde sea necesario, los sistemas de derivación deberían funcionar bien; es decir, es necesario abordar los obstáculos relacionales, logísticos y financieros. Los sistemas de salud local deben, especialmente, reforzarse para mejorar la calidad de la asistencia en la institución de la primera derivación.

Insumos

- Deben asegurarse los insumos de fármacos y demás productos básicos.

Incentivos

- El cambio de tareas debe ocurrir en el contexto de un programa de remuneración integral, en el que los sueldos y los incentivos reflejen todo cambio al alcance de la práctica. El hecho de que algunas tareas conlleven incentivos y otras no podría afectar de manera negativa la nueva asignación de trabajo.

5. Implementación de programas de cambio de tareas: un resumen de los factores clave de todos los sectores elaborado sobre la base de revisiones de estudios cualitativos y estudios de casos de distintos países

Los resultados resumidos en este capítulo están basados en un análisis de cinco revisiones que analizan los factores que afectan la implementación de las iniciativas de cambio de tareas (14-18) y sobre un estudio de las opiniones de partes interesadas sobre la optimización de las funciones de los prestadores de salud (19)⁷.

Gobernanza y liderazgo

Los valores y las creencias de la sociedad podrían influir en las decisiones para implementar los programas de salud y la aceptación de tales programas en el plano local. De forma similar, la ideología política podría influir la manera en la que la responsabilidad de la salud se divide entre los estratos gubernamentales y la voluntad de los partidos gubernamentales locales de implementar los programas con objetivos de igualdad específicos.

Los municipios locales de Brasil, por ejemplo, tienen la autoridad de decidir si implementar una iniciativa de cambio de tareas llamada «Programa de salud familiar», y determinar la escala en la que debería implementarse el programa. Esa autonomía favoreció a arraigar el sentido de propiedad local del proceso de implementación y mejoró la administración del programa. En contraste, en India no pudo lanzarse debidamente el programa para los trabajadores de la salud en la comunidad ASHA (Accredited Social Health Activist: activista de la salud social acreditado) por la falta de claridad relacionada con las funciones de los gobiernos nacional y local y la disponibilidad de los fondos del proyecto.

Administración de programas: La escasez de personal y la falta de capacidades en el ámbito de la administración del distrito podrían obstaculizar la implementación de los programas de cambio de tareas. En algunos lugares, los administradores podrían, además, carecer de la

autoridad para tomar decisiones administrativas, y podrían encontrarse con problemas relativos a la disponibilidad y la administración de los fondos en el ámbito local. No obstante, la implementación del programa podría verse facilitada si los administradores de los programas locales fueran capaces de adaptar las políticas nacionales de acuerdo con sus entornos específicos y si los programas contaran con el respaldo de una planificación y comunicación claras de las estructuras de gobernanza de salud centrales.

Participación de la comunidad: La participación de la comunidad en la implementación del programa podría verse obstaculizada si hubiera demoras en el establecimiento de estructuras de administración comunitarias, si los trabajadores de la salud desconocieran las estructuras existentes o si las estructuras funcionaran con deficiencias. En algunos lugares, las comunidades podrían considerar a las estructuras de administración locales como una prolongación del servicio público y, por consiguiente, podrían suponer que tales estructuras responden al estado en lugar de hacerlo a las propias comunidades.

Financiamiento

La disponibilidad y administración de fondos: Entre los desafíos identificados se cuentan la falta de claridad en torno a las funciones y las responsabilidades financieras y la autoridad de las estructuras nacionales y subnacionales, y la falta de conocimiento y guías de administración financiera adecuadas en el plano del servicio local.

Métodos de pago: La elección del método de pago puede influir en la motivación del prestador. Asimismo, puede influir en las relaciones entre los prestadores de salud, y entre los prestadores de salud y los destinatarios. En los lugares donde la remuneración del médico radica parcialmente en pagos de honorarios por servicio, por ejemplo, los médicos podrían interpretar el cambio de tareas como una amenaza potencial a sus ingresos.

⁷ En el Capítulo 3 se describen los métodos utilizados para este análisis.

En el [Anexo 7](#), se detallan los resultados completos de este análisis de factores de todos los sectores que afectan la implementación de los programas de cambio de tareas.

Acceso a los productos básicos

La escasez de fármacos e insumos podría afectar de manera negativa la implementación del programa y el cambio de tareas. La infraestructura de transporte inadecuada también podría afectar la capacidad de los prestadores de salud para llegar a los clientes, la capacidad de los funcionarios del distrito para supervisar a los prestadores de salud y la derivación de los pacientes a las instituciones de salud.

Prestación de servicios

El efecto del cambio de tareas en las funciones y las identidades de los prestadores de salud: El cambio de tareas podría originar cambios al significado de funciones específicas de los prestadores en un contexto organizacional más amplio, a las relaciones laborales y a las relaciones entre los distintos componentes de un sistema de salud.

El cambio de las tareas de las obstétricas por funciones más tecnológicas, por ejemplo, podría afectar las relaciones entre las obstétricas y los pacientes, así como la prestación de la asistencia continua: elementos centrales para la mayoría de las nociones que definen la partería. No obstante, el cambio de tareas para los trabajadores de la salud en la comunidad podría posicionarlos mejor en sus comunidades o en los equipos de atención de la salud.

Las opiniones y experiencias de los prestadores a los que se les atribuyen nuevas funciones: Las opiniones de los prestadores sobre el cambio de tareas pueden depender de la medida en la que se los consulte, la naturaleza de las tareas que se les atribuyan, y los valores y significados que tales tareas revistan. En distintos estudios se comunicaron casos en los que el cambio de tareas generó ambigüedad en la función y desdibujó los límites entre los cuadros de personal de la salud.

El cambio de tareas puede aumentar la satisfacción en el trabajo, por ejemplo, al dar a los prestadores con niveles de formación inferiores la facultad de ampliar su capacidad para abordar necesidades de atención de la salud locales. Las nuevas tareas también pueden conllevar un mayor reconocimiento social si son valiosas para la comunidad. No obstante, el cambio de tareas también puede ser contraproducente para la satisfacción en el trabajo en ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando los trabajadores de la salud no reciben la formación y el apoyo adecuados. Claramente, esto podría generarles temor hacia las nuevas responsabilidades que se espera que asuman.

Mientras que el cambio de tareas a menudo tiene un efecto en las cargas de trabajo de los prestadores, la percepción de estos cambios podría variar según el tipo de tarea que se asigne y la forma en la que se organice el traspaso de responsabilidades (y esto incluye los incentivos que se otorguen). En un estudio se observó que los trabajadores de la salud que recibieron formación en la administración de vacunas creían que las ventajas de poder implementar nuevas intervenciones de atención de la salud importantes superaban las desventajas del aumento en la carga de trabajo. Las rutinas del trabajo familiar podrían verse alteradas por el cambio de tareas. Muchas obstétricas en general prefieren una relación uno a uno con las embarazadas para la prestación de la salud, pero este tipo de relaciones podría verse socavada con la integración de las obstétricas a equipos o la incorporación de otros cuadros de personal para brindar apoyo durante el parto.

Cuando se implementa el cambio de tareas, es importante especificar claramente qué prestador tiene la responsabilidad ulterior de la asistencia y en dónde recae la responsabilidad de la tarea. En general, estos detalles no se especifican en un marco regulatorio formal o durante el transcurso de la práctica cotidiana, y eso podría socavar la confianza del prestador. Además, cuando cuadros de personal con niveles de formación inferiores tienen la responsabilidad de administrar tratamientos considerados potencialmente perjudiciales para los destinatarios, es necesario establecer sistemas de apoyo. Debe haber apoyo visible del sistema de salud, así como una cobertura de seguro razonable por negligencia médica.

Tal vez sea importante ofrecer incentivos que sean motivadores tanto intrínsecos como extrínsecamente, como el agradecimiento público y el reconocimiento social, los aumentos de categoría profesional, e incentivos no monetarios, como la entrega de uniformes. Si deja de haber incentivos o estos son discontinuos, la sostenibilidad o ampliación de las iniciativas de cambio de tareas podrían verse afectadas. De manera similar, ofrecer incentivos para algunas tareas mientras que no para otras podría ir en detrimento del desempeño laboral.

Las opiniones y experiencias de los prestadores desafectados de ciertas funciones: Es más probable que los cuadros de personal con niveles de formación superiores acepten el cambio de tareas si perciben que las tareas que se traspasarán a otros trabajadores de la salud son aquellas repetitivas, menos interesantes o menos complejas. Sin embargo, los cuadros de personal de niveles superiores han expresado su preocupación con relación a cuestiones

de responsabilidad en general, responsabilidad médica (si surgieran dificultades) y la habilidad de los cuadros de personal con niveles de formación inferiores para manejar casos complejos.

El cambio de tareas podría afectar las relaciones interprofesionales y las formas de trabajo conjunto. Las oportunidades de formación multidisciplinaria podrían ayudar a promover el respeto y la confianza entre los prestadores, mientras que la formalización de los sistemas de comunicación interprofesional, como los horarios de las reuniones de rutina, podría mejorar el trabajo conjunto y favorecer la resolución de conflictos.

Relaciones entre diferentes niveles del sistema de salud:

El cambio de tareas suele implicar la reorganización de los procesos de flujo de pacientes y puede devenir en más derivaciones entre distintos niveles de servicios de salud. Por consiguiente, deben instaurarse sistemas para gestionar y adaptar este cambio. Probablemente los sistemas de derivación funcionen mejor si las relaciones entre los cuadros de personal son buenas y si hay un claro entendimiento de las funciones de los distintos prestadores. Por el contrario, la desconfianza entre los prestadores podría obstaculizar las derivaciones oportunas.

Opiniones y experiencias del cambio de tareas entre

los destinatarios de la asistencia: En general, los destinatarios tienen confianza en la competencia de los prestadores de atención médica con menos formación superior; pero, en algunos lugares o en el caso de ciertas tareas, los destinatarios suelen preferir que los atiendan cuadros de personal con niveles de formación superiores. La satisfacción del destinatario con el cambio de tareas puede estar determinada por la medida en la que se perciba la capacidad del programa para responder a sus necesidades, la medida en la que se consulte a los destinatarios durante el desarrollo del programa y el acceso de los destinatarios a otras opciones.

Asignar tareas a los cuadros de personal con menos formación podría ayudar a acortar la distancia entre los destinatarios y los prestadores de la atención de salud en lo que respecta a barreras del lenguaje, físicas, la condición social y el sexo. No obstante, cuando se asignan tareas relacionadas con condiciones estigmatizadas a prestadores de un nivel de formación inferior que es parte de la misma comunidad que los destinatarios, ese acercamiento podría interpretarse como una amenaza a la confidencialidad y privacidad de los destinatarios.

Población activa del sector salud

Formación antes y durante el servicio: Entre los problemas se incluyen dictado inadecuado de la formación, formación que no responde a las necesidades de la práctica, formadores sin las capacidades necesarias, organigramas de formación sin flexibilidad, y requisitos de formación irreales e inalcanzables. Las revisiones sugieren que las necesidades de formación evolucionan en línea con los cambios en las funciones de los cuadros de personal o las tareas que se espera que estos cumplan.

Supervisión y apoyo: Además de la supervisión clínica, deben brindarse otros tipos de apoyo, como el apoyo emocional y el asesoramiento con relación a las cuestiones de la responsabilidad. Los desafíos relacionados con la supervisión incluyen supervisión insuficiente, falta de preparación o confianza del supervisor, tiempo exiguo, cuestiones de logística (como la falta de fondos para que los supervisores viajen a las instalaciones más alejadas) y la burocratización de la supervisión. El apoyo al prestador podría mejorar con la supervisión en el campo, que está relacionada estrechamente con las condiciones de trabajo y la práctica cotidianas, sumada a la interacción entre pares.

6. Contextualización de la orientación

El uso de orientaciones basadas en evidencia, como las recomendaciones formuladas por la OMS, puede ayudar a los países a mejorar el desempeño de sus sistemas de salud. No obstante, desarrollar o cambiar las políticas y los sistemas de salud requiere procesos complejos. En la mayoría de los documentos de orientación no se contextualizan las recomendaciones con relación a las necesidades específicas de cada país, en especial en lo tocante a los sistemas políticos y de salud. Por consiguiente, en esta sección se describe brevemente de qué manera puede contextualizarse la orientación OptimizeMNH para cada país a través de una orientación para los sistemas de salud de ocho pasos que deben seguirse en el marco de la formulación de políticas (Figura 3). En el Anexo 8 se detalla más información sobre cada paso.

En virtud de este proceso de ocho pasos, los usuarios primero deben identificar los procesos de formulación de políticas nacionales específicos a fin de determinar un espacio adecuado (como un panel de orientación nacional o un Ministerio de Salud) donde pueda abordarse la orientación. Este paso es importante para determinar la forma adecuada del producto, el público al que irá dirigido, el formato y el lenguaje que se usará al formular las recomendaciones o las decisiones sobre las políticas. Identificar el momento adecuado para anunciar una política, por ejemplo, un período abierto para políticas, puede ser importante a fin de alcanzar el éxito.

Figura 3. Marco de la orientación basada en la evidencia destinada a los sistemas de salud para la formulación de políticas



Paso 1: Explicar el problema

Explicar el problema tal como se percibe en el país es una parte fundamental del proceso de la formulación de políticas y puede influir en la decisión de los responsables de las políticas de actuar para abordar el problema y cómo hacerlo (26).

Paso 2: Definir las opciones

Las opciones de una política o un programa pueden ser más adecuadas si son factibles desde el punto de vista técnico (por ejemplo, si los recursos apropiados están disponibles), encajan con los valores predominantes (por ejemplo, cuentan con apoyo político) y son realizables con el presupuesto disponible (27). En el segundo paso, se desarrollan las opciones de las políticas en función de los resultados del primer paso.

Paso 3: Identificar las consideraciones para la implementación

La implementación de una política puede ser compleja, y posiblemente la política fracase si no se presta la atención adecuada a las consideraciones para la implementación (28). Identificar los obstáculos para la implementación y hallar las estrategias para lidiar con ellos facilitará la labor de instrumentación de la política (28). También son importantes las consideraciones sobre la igualdad de todos los sectores, que se especifican en los primeros tres pasos del marco de ocho pasos.

Paso 4: Considerar el contexto del sistema de salud en un sentido más amplio

Después de ahondar en el problema, definir las opciones y tratar las consideraciones para la implementación durante los primeros tres pasos, es importante considerar en qué medida podrían las características clave del sistema de salud influir en la toma de decisiones, y la posibilidad de actuar según las recomendaciones de la orientación con respecto a los cuadros de personal pertinentes y cómo hacerlo (24). En el cuarto paso se evalúan estos factores del sistema de salud, y se consideran los arreglos para la implementación (por ejemplo, los apoyos para la formación y la supervisión, y los procesos de derivación), los arreglos financieros (por ejemplo, los incentivos) y los arreglos gubernamentales (por ejemplo, las regulaciones que regirán los alcances de las prácticas).

Paso 5: Considerar el contexto del sistema político en un sentido más amplio

Entender de qué manera las características clave del sistema político influyen en las posibilidades de una opción de política

ayudará a identificar los factores que podrían obstaculizar o favorecer el desarrollo y la implementación de la política (24). Deben considerarse rasgos del sistema político, como las instituciones (por ejemplo, qué áreas y procesos de la toma de decisiones podrían surgir), los intereses (por ejemplo, sobre qué cuadros de personal o partes interesadas podrían recaer en mayor medida los beneficios o los costos), las ideas (por ejemplo, valores acerca de igualdad de acceso/uso) y factores externos (por ejemplo, el nombramiento de un nuevo Ministro de Salud).

Paso 6: Redefinir el enunciado del problema, las opciones y las consideraciones para la implementación a la luz de los factores propios del sistema político y del sistema de salud

El sexto paso es una herramienta para los usuarios para que reflexionen sobre el proceso de contextualización del problema y las consideraciones para la implementación de las opciones de políticas a la luz de las características. La consideración del contexto es importante, ya que puede influir en la probabilidad de que una opción de política se adopte e implemente con éxito.

Paso 7: Prever las necesidades de supervisión y evaluación

La supervisión y evaluación se usan para determinar si una política se implementó según lo previsto y si funciona (29). La supervisión implica la recolección sistemática de evidencia para responder a las preguntas sobre la naturaleza y el alcance de la implementación, mientras que la evaluación generalmente se centra más en el logro de los resultados (29). Los indicadores son factores que se usan para medir el logro o reflejar los cambios que surjan de una intervención. Una evaluación del impacto ayuda a determinar si los cambios observados en los resultados (efectos) son consecuencia de una política (29).

Paso 8: Formular recomendaciones o decisiones sobre las políticas para el país

Es importante identificar los procesos nacionales pertinentes para la formulación de políticas y el espacio apropiado para abordar la contextualización e implementación de la orientación, ya que ayuda a asegurar el uso del producto, el público, el formato y el lenguaje adecuados al desarrollar recomendaciones de políticas o tomar decisiones sobre políticas. Si se formulan recomendaciones de políticas usando el marco de ocho pasos descrito anteriormente, los responsables de las políticas sabrán qué opciones son viables. Además, estarán en posición de comprender las

ventajas y desventajas de cada opción con referencia a las cuestiones de la implementación, las características del sistema de salud y el sistema político, las necesidades de supervisión y evaluación, y las cuestiones de igualdad en todos los sectores.

El momento en el que se anuncian las opciones de política (por ejemplo, durante una elección en la que se debaten cuestiones pertinentes y relacionadas) también puede aumentar la probabilidad de acción. Si se decide actuar según las recomendaciones de este documento en virtud de las evaluaciones de los sistemas político y de salud enunciadas anteriormente, se pueden combinar los datos y la evidencia local, así como las opiniones, las experiencias y el conocimiento locales tácitos con la evidencia mundial provista en los documentos de la orientación OptimizeMNH al preparar el resumen de la evidencia para una política. Los resúmenes de evidencia para políticas (o propuestas de políticas) que reflejen esta estructura pueden permitir que los responsables de las decisiones celebren debates enfocados en un tema (como los diálogos de políticas) basados en evidencia mundial y local contundente (24).

7. Repercusiones de la investigación

Durante las reuniones, el Panel de orientación formuló las siguientes observaciones generales sobre la investigación para el futuro:

- Se llegó al consenso general de que, independientemente de la atención que se preste al cambio de tareas y a los programas de los trabajadores de la salud en la comunidad en los países de ingresos medianos y bajos en particular, la escasez de datos de investigación confiables era alarmante.
- La mayoría de la evidencia de investigación identificada se relacionaba con los factores que obstaculizan y favorecen la implementación y la eficacia de los programas de trabajadores de la salud en la comunidad. Se halló mucha menos evidencia sobre los prestadores de nivel medio, en especial tratándose de evidencia relacionada con las enfermeras auxiliares, las enfermeras obstétricas auxiliares y los clínicos auxiliares.
- La investigación cualitativa que se resumió fue útil para identificar los factores que podrían influir en el éxito de las iniciativas de cambio de tareas. No obstante, sigue faltando investigación cualitativa que se lleve a cabo junto con estudios de eficacia de las intervenciones de cambio de tareas. Esa investigación podría explicar más directamente las razones de los resultados de los estudios descritos.
- Sería muy favorable evaluar la prestación optimizada de conjuntos de intervenciones (por ej., la eficacia de usar enfermeras auxiliares para cumplir con una variedad de tareas relativas al parto) en lugar de enfocarse en intervenciones individuales (por ej., la eficacia de usar trabajadores de la salud en la comunidad para administrar misoprostol a fin de prevenir la hemorragia puerperal). Esto representaría un abordaje más holístico a los planteamientos complejos de los sistemas de salud, y permitiría la consideración tanto de las funciones como de las competencias de cuadros de personal específicos.
- En esta orientación, se formulan recomendaciones para categorías individuales de trabajadores de la salud. Algunos miembros del Panel de orientación opinaron que debería darse orientación adicional para complementar el material sobre la eficacia relativa de los equipos con diferentes configuraciones de trabajadores de la salud.
- Si bien se propusieron muchas preguntas de investigación durante la reunión, faltó tiempo para llegar a un consenso sobre las prioridades de investigación para el futuro. Los miembros del Panel de orientación sugirieron que la Secretaría de la OMS llevara a cabo un ejercicio de priorización de investigación a partir de estas ideas propuestas. Se sugirió que se hiciera tras la publicación de la orientación, y mediante distintos canales y plataformas de intercambio de conocimiento.

Algunas de las preguntas específicas que sugirieron los miembros del Panel de orientación se enumeran a continuación. El orden en el que se enumeraron las preguntas en la lista a continuación no pretende sugerir ningún orden de prioridad.

Preguntas generales

¿Cómo se adaptan las intervenciones específicas en la instancia de la implementación?
¿De qué manera el cambio de tareas afecta (a) las relaciones interprofesionales y (b) las relaciones entre el prestador y el paciente?
¿En qué medida prevalecen las competencias adicionales en el tiempo y qué estrategias son eficaces para mantenerlas?

Preguntas relacionadas con las categorías de trabajadores de la salud específicos

Curadores o médicos tradicionales	¿Cuáles son las funciones de los médicos tradicionales (si corresponde) en la prestación de la asistencia de salud en la comunidad?
Trabajadores de la salud en la comunidad	¿Cuál es la rentabilidad del dispositivo compacto, precargado de desactivación automática frente a las jeringuillas estándar cuando lo usan los trabajadores de la salud en la comunidad en la práctica o las intervenciones?
Trabajadores de la salud en la comunidad	¿Cuáles son los costos de oportunidad de usar trabajadores de la salud en la comunidad para prestar ciertas intervenciones de urgencia obstétricas y neonatales? ¿De qué manera estos costos de oportunidad afectan el acceso de las mujeres a la asistencia brindada por parteras capacitadas?
Trabajadores de la salud en la comunidad	¿En qué medida la comunidad acepta que los trabajadores de la salud en la comunidad presten ciertas intervenciones de urgencia obstétricas y neonatales?
Trabajadores de la salud en la comunidad	¿Qué formas de supervisión de los trabajadores de la salud en la comunidad son eficaces?
Trabajadores de la salud en la comunidad	¿Cómo pueden fortalecerse los vínculos entre los trabajadores de la salud en la comunidad y el sistema formal de atención de la salud?
Trabajadores de la salud en la comunidad y prestadores de nivel medio	¿Qué factores influyen en la relación entre los trabajadores de la salud en la comunidad y los demás trabajadores de la salud?
Trabajadores de la salud en la comunidad y prestadores de nivel medio	¿Cuál es la rentabilidad relativa de los diferentes grupos de prestadores de trabajadores de la salud incluidos en esta orientación para la implementación de intervenciones o prácticas específicas?
Obstétricas	¿La incorporación de tareas relacionadas con la salud del neonato o ajenas al cuidado materno a las responsabilidades de las obstétricas afecta la capacidad o voluntad de prestar los servicios de salud materna adecuados?
Clínicos auxiliares	¿Qué factores influyen en el desempeño y el trabajo clínico de los clínicos auxiliares (especialistas clínicos que no son médicos, básicos)?
Prestadores de nivel medio	¿Cuál es la relación entre las tasas de retención de los prestadores de nivel medio y las tasas de retención de los médicos en las zonas rurales?

8. Divulgación de las recomendaciones

El objetivo final de estas recomendaciones es mejorar la calidad de la asistencia y los desenlaces de salud para las madres y los recién nacidos. La divulgación y la implementación de esta orientación son pasos fundamentales que la comunidad internacional y los servicios de salud nacionales y locales deben afrontar. El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS adoptó un marco formal para la transición del conocimiento a la acción tendiente a la divulgación, la adaptación y la implementación de esta orientación (10). Además de dicho marco, se consensó una lista de acciones prioritarias durante las consultas técnicas de la OMS, que guiará a la OMS y otros socios para fomentar la divulgación y la implementación de esta orientación. Las recomendaciones de esta orientación se divulgarán a través de una vasta red de socios internacionales, incluidas las oficinas regionales y nacionales de la OMS, Ministerios de Salud, centros de colaboración de la OMS, otras agencias de Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales. Además, se publicarán en el sitio web de la OMS y en la Biblioteca de Salud Reproductiva de

la OMS (30), donde estarán acompañadas de una crítica independiente basada en el instrumento AGREE (Valoración de las Directrices sobre Investigación y Evaluación; www.agreecollaboration.org/instrument). Además, se elaborará un resumen para políticas dirigido a un amplio número de responsables de políticas, administradores de programas y clínicos, que se divulgará entre las oficinas de la OMS en los distintos países.

La incorporación satisfactoria de las políticas basadas en evidencia relacionadas con el cambio de tareas en los programas nacionales y los servicios de atención de la salud está supeditada a procesos de adaptación e implementación debidamente planificados, participativos y orientados al consenso. La orientación sobre los procesos de adaptación e implementación se explica más en detalle en el Capítulo 6 («Contextualización de la orientación»). Todas las recomendaciones formuladas en este documento requieren la consideración en el contexto local.

Acciones prioritarias para la divulgación

Preparar material derivado de la orientación para los responsables de políticas, los consumidores, los clínicos y demás grupos (por ejemplo, un resumen de dos páginas para las políticas y un comunicado de prensa para sumar al público a través de los medios).

Preparar traducciones del resumen ejecutivo de esta orientación a los idiomas oficiales de Naciones Unidas.

Buscar el aval de asociaciones profesionales nacionales e internacionales, incluida la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (International Federation of Gynecology and Obstetrics), la Confederación Internacional de Partería (International Confederation of Midwives), y demás organizaciones, como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College Obstetricians and Gynecologists), y el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists).

Seguir trabajando con el Centro Noruego de Conocimientos para los Servicios de Salud (NOKC) para desarrollar herramientas, como videos educativos y demás presentaciones audiovisuales, para facilitar la formulación de políticas de salud basadas en evidencia emergentes de las recomendaciones de esta orientación.

Eventos y reuniones en las que se divulgó la orientación o en los que podría difundirse

- » Royal Tropical Institute (KIT), Países Bajos – The role of community based providers in improving maternal and newborn health: 30 de mayo de 2012, Ámsterdam, Países Bajos
- » USAID Community Health Worker Summit: junio de 2012, Washington DC, Estados Unidos de América
- » Family Planning Summit: 11 de julio de 2012, Londres, Reino Unido
- » International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Conference: del 7 al 12 de octubre de 2012, Roma, Italia
- » Canadian Network for Maternal, Newborn and Child Health Annual Meeting: octubre de 2012
- » Second Global Symposium on Health Systems Research: del 31 de octubre al 3 de noviembre de 2012, Beijing, China
- » East Central and Southern Africa Association of Obstetrical and Gynaecological Societies (ECSAOGS) Conference: 2012, Maputo, Mozambique
- » Maternal Health Task Force meeting: del 15 al 17 de enero de 2013, Arusha, República Unida de Tanzania
- » All India Congress of Obstetrics and Gynaecology (AICOG): del 16 al 20 de enero de 2013, Bombay, India
- » Women Deliver 2013: del 28 al 30 de mayo de 2013, Kuala Lumpur, Malasia
- » French Speaking Countries Summit 2013

Otras actividades

Uso piloto del manual en distintos países ([Anexo 8](#))

Usar canales de divulgación audiovisuales en la Web, como YouTube, para subir clips multimedios e información que describan los métodos y las recomendaciones de la orientación. También pueden usarse las Afro-Nets, y foros de debate y de la práctica en la comunidad.

Divulgación a través del grupo de trabajo de la Oficina Regional de la OMS para la región Sureste de Asia (SEARO) sobre los recursos humanos y el cambio de tareas en la región

ONUSIDA podría dar su apoyo a los materiales derivados para comunicar las recomendaciones a las partes interesadas

9. Revisión y actualización de las recomendaciones

Las recomendaciones incluidas en esta orientación y los productos emanados de ella se usarán en las iniciativas de adaptación internacionales y nacionales. La retroalimentación recibida se registrará y utilizará para colaborar con actualizaciones que se hagan en el futuro. Los miembros de la Secretaría técnica de la OMS y los investigadores del Centro Noruego de Conocimientos para los Servicios de Salud (NOKC) actualmente están realizando pruebas de los usuarios de los marcos de la evidencia a la recomendación descritos en esta orientación. Con tales investigaciones, estas pruebas

evaluarán en qué medida funcionan estos marcos como herramienta del proceso para la presentación de la evidencia y la toma de decisiones entre los paneles de orientación (más información disponible en: www.decide-collaboration.eu). Esta evaluación contribuirá además con las revisiones de la orientación que se hagan a futuro.

Las recomendaciones se actualizarán al cabo de cinco años (en 2018), a menos que emerja evidencia nueva importante y sea necesario hacer modificaciones con antelación.

10. Referencias

1. OMS. WHO Handbook for guideline development. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
2. Lewin S, Oxman AD, Garcia Marti S, Munabi-Babigumira S, Fretheim A, Lavis JN. SUPPORT Tools for evidence-informed health policy making (STP) 11: Finding and using evidence on local conditions. *Health Res Policy Syst* 2009;7 Suppl 1:S11.
3. OMS. The World Health Report: Working together for health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
4. Anyangwe SC, Mtonga C. Inequities in the global health workforce: the greatest impediment to health in sub-Saharan Africa. *Int J Environ Res Public Health* 2007 June;4(2):93-100.
5. UNICEF State of the World's Children. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2009.
6. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006 September 30;368(9542):1189-200.
7. Lawn JE, Kinney M, Lee AC, Chopra M, Donnay F, Paul VK y cols. Reducing intrapartum-related deaths and disability: can the health system deliver? *Int J Gynaecol Obstet* 2009 October;107 Suppl 1:S123-2.
8. Hofmeyr GJ, Haws RA, Bergstrom S, Lee AC, Okong P, Darmstadt GL y cols. Obstetric care in low-resource settings: what, who, and how to overcome challenges to scale up? *Int J Gynaecol Obstet* 2009 October;107 Suppl 1:S21-S45.
9. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B y cols. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD004015.
10. OMS. Knowledge to action framework and the G.R.E.A.T. project. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
11. Bosch-Capblanch, X. y Equipo del proyecto. Handbook for developing health systems guidance: supporting informed judgements for health systems policies. Basilea, Suiza: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2011.
12. Coltart CE, Souza JP, Gulmezoglu AM. Prioritizing WHO normative work on maternal and perinatal health: a multicountry survey. *Reprod Health* 2011;8:30.
13. Wilson A, Lissauer D, Thangaratinam S, Khan KS, MacArthur C, Coomarasamy A. A comparison of clinical officers with medical doctors on outcomes of caesarean section in the developing world: meta-analysis of controlled studies. *BMJ* 2011;342:d2600.
14. Colvin C, de Heer J, Winterton L, Glenton C, Lewin S, Rashidian A y cols. A systematic review of barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery programmes. Revisión en curso, 2012.
15. Glenton C, Colvin C, Carlsen B, Swartz A, Lewin S, Noyes J y cols. A systematic review of barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes for maternal and child health. Revisión en curso, 2012.
16. Glenton C, Khanna R, Morgan C, Nielsen ES. The effects, safety and acceptability of compact, prefilled, auto-disable injection devices such as Uniject™ when delivered by lay health workers: A systematic review. Revisión en curso, 2012.
17. Gopinathan U, Lewin S, Glenton C. A review of large-scale programmes for scaling up human resources for health in low- and middle-income countries. Estudio en curso, 2012.
18. Rashidian A, Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Glenton C, Noyes J, Lewin S y cols. A systematic review of barriers and facilitators to the effectiveness and implementation of doctor-nurse substitution programmes. Revisión en curso, 2012.
19. Lewin S, Glenton C, Owolabi O, Pakenham-Walsh N. Stakeholder views on optimizing the roles of health care providers for maternal and newborn health (MNH) in LMICs: an analysis of the HIFA2015 email archive. Revisión en curso, 2012.
20. De Savigny, D and Adam, T. Systems thinking for health systems strengthening. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
21. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J y co.s GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011 April;64(4):383-94.

22. OMS. Task shifting: rational distribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guideline. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. Disponible en : www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf
23. OMS. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/guidelines/WHO_guideline_prevention_treatment_pre_eclampsia_eclampsia/en/index.html
24. Lavis JN, Rottingen JA, Bosch-Capblanch X, Atun R, El-Jardali F, Gilson L y cols. Guidance for evidence-informed policies about health systems: linking guidance development to policy development. *PLoS Med* 2012 March;9(3):e1001186.
25. OMS. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/guidelines/postpartum_haemorrhage/en/index.html
26. Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 4: Using research evidence to clarify a problem. *Health Res Policy Syst* 2009;7 Suppl 1:S4.
27. Kingdon JW. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd ed. Nueva York: HarperCollins College Publishers; 2003.
28. Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S. SUPPORT tools for evidence-informed policymaking in health (STP) 6: Using research evidence to address how an option will be implemented. *Health Res Policy Syst* 2009;7 Suppl 1:S6.
29. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S. SUPPORT tools for evidence-informed policymaking in health (STP) 18: Planning monitoring and evaluation of policies. *Health Res Policy Syst* 2009;7 Suppl 1:S18.
30. OMS. Organización Mundial de la Salud, Biblioteca de Salud Reproductiva 2012. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/en>

Para más información se pueden poner en contacto con:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27
Suiza
Fax: +41 22 791 4171

E-mail: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 35048 41

