

SALUD REPRODUCTIVA Y PERINATAL

Dr. José Antonio Solís

I. Introducción

En este capítulo se considera a la salud reproductiva no sólo como elemento importante e inherente a la salud integral del ser humano, sino también como parte de la inversión en capital humano de toda sociedad que a la vez hace factible y facilita los esfuerzos hacia la transformación productiva con equidad y el desarrollo sostenible al que la familia, la comunidad y la sociedad aspiran.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud reproductiva como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad durante la edad reproductiva y la etapa correspondiente al proceso de reproducción”. Ésta se relaciona entonces con los sistemas, funciones y procesos reproductivos en todos los períodos de la vida. Se trata más bien de un concepto relacionado con la calidad de vida que con la mera sobrevivencia.

La salud reproductiva implica que las personas tengan la opción a una vida sexual responsable y satisfactoria, que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué periodicidad hacerlo. Implícito en esta última condición, se encuentra el derecho de la mujer y del varón de ser informados y tener acceso a métodos de regulación de la fecundidad seguros, efectivos, accesibles, aceptables y que sean de su elección¹. Asimismo, está el derecho al acceso a servicios de cuidados de la salud que le permitan a la mujer tener un embarazo, parto y puerperio en forma segura y provean a la pareja de la oportunidad de obtener resultados positivos de su unión, en términos de sobrevivencia y bienestar tanto para los hijos como para los mismos padres. Se incluye también el derecho de la pareja y el individuo a tener relaciones sexuales sin el temor a una enfermedad de transmisión sexual, incluyendo la infección por el VIH y el SIDA, así como el derecho a mantener una vida sexual sin coherción ni explotación. La salud reproductiva contribuye a la vez a que en el futuro, los recién nacidos de las recientes y presentes generaciones tengan una equitativa capacidad de aprendizaje y trabajo y puedan así ejercer su derecho a participar en el desarrollo social.

II. Situación de la Región de las Américas

La situación de la salud reproductiva y perinatal en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos cinco años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población de las Américas revela que los grupos más vulnerables continúan siendo las mujeres—en especial las que están en edad fértil—los niños y los adolescentes, quienes se considera tienen mayor riesgo de enfermar y morir.

Para 1995 la población estimada en América Latina y el Caribe era de 449 millones de habitantes. La tasa de crecimiento de su población a principios de los años noventa era de 2% por año y en el Caribe de 1,5%, lo cual determinaría períodos de duplicación de la población cada 30 y 46 años, respectivamente. Existe un proceso acelerado de urbanización que llegaría al 76% de la población total para el año 2000.

La tasa global de fecundidad fue de alrededor de 3,5 hijos por mujer en edad fértil (MEF) a

1 Por consenso de los Países Miembros de Naciones Unidas, el aborto no se considera en ningún caso método de planificación familiar.

comienzos de los noventa, pero en algunos países—como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití—continúa siendo de más de 4,8. Las MEF (15 a 49 años de edad) y los niños y adolescentes, constituyen el 71,2% de la población, es decir, más de 319,4 millones de personas.

Los problemas de salud maternoinfantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano, en particular de los sectores marginales. Se estima que en dichas zonas, 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza. De la población rural de aproximadamente 200 millones, 70% vive en condiciones de pobreza y 30% en la indigencia. Al menos 130 millones de personas en América Latina y el Caribe no tienen acceso a los servicios de salud y de ellas, 90 millones son niños y MEF.

1. Mortalidad perinatal y bajo peso al nacer (BPN)

Además de los efectos que tienen sobre la morbilidad los factores ambientales, socioeconómicos y educacionales, unas pocas causas originadas en la etapa perinatal son responsables de la mayoría de las enfermedades y muertes que ocurren durante el período reproductivo. Estas causas son:

- 1.1 La desnutrición (materno-fetal);
- 1.2 La infección (ovular, fetal y neonatal);
- 1.3 La rotura prematura de las membranas (con o sin infección ovular);
- 1.4 La prematuridad, por parto prematuro espontáneo, asociado a patología, iatrogénico, por inducción o cesárea;
- 1.5 La hipertensión crónica o la inducida por el embarazo (toxemia con o sin desprendimiento prematuro de la placenta o infartos placentarios);
- 1.6 El parto distócico y la iatrogenia negativa durante el parto (traumatismos, ocitócicos, anestésicos, analgésicos y otras drogas, amniotomía de rutina y abuso de cesáreas, entre otros);
- 1.7 La hipoxia feto-neonatal (por ejemplo accidentes del cordón umbilical, aspiración meconial); y
- 1.8 Las anomalías congénitas.

Aparte de la hipoxia fetal aguda, de la prematuridad, de la iatrogenia con los graves problemas que acarrea en el niño, de los traumatismos del nacimiento producidos por una incorrecta atención del parto y de las anomalías congénitas en el feto, el resto de las causas mencionadas son las que producen nacimientos de bajo peso (recién nacidos prematuros y con retardo del crecimiento fetal). Estos son responsables de la gran mayoría de las muertes neonatales de la primera semana de vida, de los trastornos del crecimiento y desarrollo, y de las secuelas neurológicas.

Con respecto al bajo peso al nacer, las investigaciones coordinadas por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), en base a más de 400.000 nacimientos, muestran una incidencia de BPN del 9% (entre 4,6 y 14,8%), y de muy bajo peso al nacer (MBPN = < 1.500 gr.) del 1,2% (entre el 0,6 y el 2,6%). Estas frecuencias duplican las de los países desarrollados. La mortalidad neonatal precoz también es más elevada en los países latinoamericanos.

En centros maternoinfantiles de América Latina, el 80% de las muertes neonatales precoces (primera semana de vida), se asocian con el BPN y el 50% con el MBPN. Esta situación ha permanecido prácticamente sin cambios. Esta contribución del BPN a la mortalidad neonatal, indica que

las acciones preventivas que disminuyan los nacimientos de bajo peso, impactarán fuertemente en la reducción de las tasas de mortalidad.

2. Morbilidad en los adolescentes

Entre las 5 causas principales de muerte en los adolescentes de 15 a 19 años, los accidentes aparecen en primer lugar en 17 países; los suicidios entre el segundo y quinto lugar en 13 países; y los homicidios entre el segundo y cuarto lugar en 14 de ellos. En dos de estos países, las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, se encuentran entre las 10 causas principales de muerte en las mujeres de este grupo de edad. Por lo menos 16% de los niños nacen de mujeres entre 15 y 19 años, y el problema es mayor en el Caribe, en donde 27% de los niños nacen de adolescentes.

3. Cobertura prenatal y mortalidad materna

El análisis de la mortalidad materna permite colocar a los países de la Región en cuatro niveles diferentes contraponiendo la tasa de mortalidad materna al porcentaje de cobertura institucional del parto². De esta manera se compara la relación que existe entre las acciones específicas de cuidado de la salud en este aspecto y su impacto en el resultado final.

En 22 países de los cuales se dispone de información, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio se encuentran entre las 10 causas principales de muerte en las mujeres en edad reproductiva (15-49 años); en once de estos países, es una de las primeras 5 causas de muerte. En este mismo grupo de edad, los accidentes, el suicidio y el homicidio también ocuparon un lugar importante.

A pesar de las mejoras realizadas, la cobertura de atención prenatal sigue siendo inadecuada en América Latina y el Caribe, ya que solo el 65% de los 12 millones de nacimientos estimados para el quinquenio 1990-1995 recibirá algún tipo de atención prenatal, con grandes variaciones entre los países. Por otro lado, la cobertura de atención del parto institucional es de 75%. Cuatro millones de nacimientos (28%) no tienen todavía este tipo de atención y son atendidos por parteras tradicionales -algunas capacitadas y otras no- o por los propios familiares.

En cuanto a la prevalencia del uso de anticoncepción, se estima que es del 60% entre las mujeres en edad fértil y en unión (MEFU = 15 a 49 años) en los países donde se pudo obtener información, lo cual representa 70% de la población de la Región. Sin embargo, deben considerarse las diferencias tanto entre los países como entre las zonas rurales y urbanas, y entre los distintos grupos socioeconómicos.

4. Situación de los servicios que atienden a la madre y al niño

Las tasas y la estructura de la morbilidad y mortalidad infantil, materna y del adolescente, reflejan las etapas de la transición demográfica y epidemiológica que coexisten, con variaciones sustanciales, en los países y en el interior de los mismos. Esta situación se relaciona además, con la

2 Ver cuadro 3 del capítulo introductorio **Situación de la Salud Maternofantil y sus Tendencias en América Latina y el Caribe** de esta misma publicación (Yunes & Díaz, 1994).

calidad de los servicios, la disponibilidad de los recursos necesarios para la prevención y el acceso a un nivel de atención con adecuada capacidad resolutive.

El nivel general de las condiciones de eficiencia de los servicios de salud maternoinfantil del sector público fue de 67%, sin mostrar mejoría en los últimos dos años, lo que indica que la mayoría de esos servicios todavía se encuentran por debajo de las condiciones consideradas como satisfactorias ($\geq 80\%$ de los criterios del paradigma). Persisten importantes deficiencias en los aspectos gerenciales, de administración, en la programación y especialmente en la participación de la comunidad. Como efecto de las crisis y los ajustes económicos realizados, se ha observado un deterioro relativo del personal en los servicios.

En base a lo anterior, se puede concluir que el estado de la salud reproductiva de la población se encuentra determinado por el grado de desarrollo socioeconómico, la etapa de transición demográfica y epidemiológica de la Región y la capacidad de los servicios para dar respuesta a las necesidades de la población. A continuación se esboza una propuesta indicativa que facilitaría el ajuste de todos los elementos contemplados en el nivel local.

III. Elementos fundamentales para la elaboración de un plan de acción en salud reproductiva

Antes de implementar cualquier programa de atención, incluso antes de establecer objetivos, definir metas y formular estrategias, deberían considerarse ciertos pasos esenciales que permitan tener una visión clara del terreno en el que se va a operar y, a la vez, delimitar claramente el alcance de las intervenciones de acuerdo a las posibilidades reales y a los recursos existentes y/o factibles de obtener.

Desde el punto de vista de los programas de salud reproductiva, la elaboración de un plan de acción debería ir precedida del diagnóstico de situación que contendría la mayor parte de los datos que se mencionan más adelante; si éstos no se encuentran disponibles, podrán utilizarse los existentes a nivel nacional o internacional, entendiéndose que ante la ausencia de algún dato, deberán realizarse esfuerzos especiales para recolectarlos en el futuro. Estas acciones, además de que permitirían refinar un diagnóstico ulterior, serían la base para el monitoreo y evaluación continuada de los programas de salud reproductiva y perinatal a nivel local.

1. Definición del área de aplicación

Para poder planificar y programar las acciones es necesaria la descripción geográfica del sistema local de salud con mapas de la localización de la infraestructura de salud y de los grupos más vulnerables. Se deben analizar las características demográficas, epidemiológicas y de equipamiento social con las que cuenta la población para la solución de los problemas sanitarios en general, y de salud reproductiva y perinatal en particular.

2. Descripción de la situación y de la población objeto

Se necesita identificar a los grupos más afectados (generalmente los más pobres), establecer un listado de problemas y determinar jerarquías de los mismos, así como evaluar la posibilidad de con-

tar con recursos adecuados para abordarlos, tanto si son financieros, humanos y tecnológicos, como si corresponden a impacto y de proceso. Para el efecto, existe una amplia gama de técnicas que permiten distintos niveles y complejidad de análisis: desde la evaluación de riesgos absolutos, relativos y atribuibles en la población, hasta el análisis de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y/o “años de vida ajustados en función de la discapacidad” (AVAD).³ También puede usarse la determinación por grupos Delphi o de consenso técnico y/o comunitario, sobre cuáles problemas de salud son identificados y analizados en términos de magnitud, trascendencia social, vulnerabilidad y costo para su disminución y control, que afectan mayormente a la población y que puedan ser solucionados en el nivel local con los recursos actuales o potencialmente disponibles.

3. Descripción de la estructura de salud disponible

El diagnóstico de situación y la elaboración de un plan de acción deberán incluir, en la medida de lo posible, datos correspondientes a las distintas instituciones que constituyen el sistema local de salud, por ejemplo del ministerio de salud, los seguros sociales, los servicios municipales y la práctica privada, entre otros, y de sectores como educación, trabajo, extensión agrícola y sindicatos u organizaciones no gubernamentales.

4. Parámetros mínimos para un diagnóstico en salud reproductiva y para la elaboración de planes operativos

El programa de salud reproductiva y perinatal a nivel local, debe ser el resultado del estudio sistemático de las condiciones demográficas, epidemiológicas y de equipamiento social del área geográfica en la que se localiza; por lo tanto, es conveniente determinar con la mayor exactitud posible la línea de base desde la que se va a operar. Para lograr esto, se recomienda que dentro del estudio de las condiciones generales de salud del sistema local, se incluya el análisis de los parámetros que sea posible concretar, los cuales permitirán entender la situación de la salud reproductiva y perinatal, así como la de algunos de sus determinantes. Deberían considerarse en lo posible las tendencias históricas de la población en términos de:

- Población total y por grupos quinquenales de edad y distribución por sexo (pirámide de población);
- Tasa de natalidad;
- Tasa de mortalidad;
- Ritmo de crecimiento anual;
- Período de duplicación de la población;
- Fecundidad total por mujer;
- Fecundidad por grupos de edades y desplegadas en el grupo de 15 a 19 años;
- Población por lugar de residencia: urbana y rural;
- Tasas de mortalidad/morbilidad materna urbana y rural;
- Causas de mortalidad/morbilidad materna urbana y rural;

3 DALYs, del inglés “Disability Adjusted Life Years” = DALYs.

- Tasas de mortalidad/morbilidad infantil desglosadas por sus componentes;
- Causas de mortalidad/morbilidad infantil desglosadas por sus componentes;
- Tasas de mortalidad/morbilidad perinatal o neonatal temprana urbano y rural;
- Causas de mortalidad/morbilidad perinatal o neonatal temprana urbano y rural;
- Tasas de infección/casos por:
 - sífilis
 - gonorrea
 - VIH-SIDA
 - otras enfermedades de transmisión sexual (ETS);
- Atención prenatal por trimestre de captación en primera consulta y por número de consultas por embarazada;
- Cobertura de atención del parto hospitalario institucional, estatal, seguridad social, y privada;
- Atención de parto por parteras tradicionales adiestradas y no adiestradas, estatal y local;
- Atención del parto limpio por familiares;
- Porcentaje de cesáreas;
- Porcentaje de alfabetismo y culminación de la escuela primaria por sexos;
- Porcentaje de mujeres como cabeza de hogar;
- Porcentaje de mujeres con trabajo remunerado;
- Número de mujeres en puestos públicos o de liderazgo de grupos representativos;
- Personal de salud;
- Infraestructura de salud;
- Existencia de comunidades organizadas.

NOTA: Si la población a nivel local no es muy grande y se dificulta el trabajo con tasas o razones, pueden utilizarse números absolutos.

Basados en el diagnóstico de las condiciones de salud reproductiva y perinatal de la población a nivel local, y de las prioridades y recursos con que se cuente, se procederá a planificar y programar las intervenciones orientadas a mejorar las condiciones prevalentes en el momento en que se hace el diagnóstico.

IV. Dimensiones de la salud reproductiva a nivel local y sus implicaciones

Para hablar de salud reproductiva en forma integral a nivel local, se necesitan tomar en cuenta inicialmente tres grandes alcances o dimensiones:

- **Visión:** Contribuir al máximo desarrollo del potencial humano a través de la prestación de atención a las necesidades de salud reproductiva de la población, de acuerdo a las distintas etapas y a sus requerimientos. Se busca facilitar de esta manera, la integración de los individuos y las parejas a los esfuerzos de desarrollo económico y social, así como el disfrute de la riqueza socialmente generada.

- **Política:** Proteger el bienestar de la familia, de la pareja y de los individuos, a fin de lograr una óptima salud reproductiva en la población, mejorando la inversión de la sociedad en capital humano.
- **Misión:** Establecer acciones de salud reproductiva con base poblacional, tendientes a lograr una cobertura del 100% de las necesidades de los grupos incluidos, lo cual se traduciría en niveles similares a los que presentan los países más desarrollados de la Región de las Américas, así como los grupos económicamente bien situados.

También deben tenerse en consideración tanto a la población beneficiaria como las prioridades que los programas de salud reproductiva han de incluir para su establecimiento a nivel local.

1. Beneficiarios

- 1.1 Toda la sociedad para acciones de promoción de comportamientos positivos y responsables en salud reproductiva;
- 1.2 Población rural, especialmente los grupos indígenas y en privación socio-económica;
- 1.3 Población urbano-marginal en privación socioeconómica;
- 1.4 Mujeres en edades extremas de la vida reproductiva, con alta fecundidad, embarazos poco espaciados y con más de tres hijos;
- 1.5 Varones y mujeres de distintas edades y de todos los estratos sociales;
- 1.6 Toda la población, para la prevención específica del abuso y la violencia sexual.

2. Prioridades. Puede decirse que las intervenciones prioritarias dependen en cada caso de la situación encontrada en los pasos anteriores y son aquellas dirigidas a:

- 2.1 Educar a la población logrando su participación en la continuación de una cultura de comportamiento positivo hacia la salud reproductiva;
- 2.2 Salvar la vida y limitar el daño en lo referente a emergencias obstétricas y perinatales incluyendo aborto, tratamiento de la asfixia al nacer y del niño con BPN, así como atención inmediata diferenciada del alto riesgo obstétrico y perinatal, del comportamiento sexual y embarazo o del cáncer cérvico-uterino;
- 2.3 Reducir o prevenir el riesgo por medio de consejería sobre salud reproductiva, establecimiento de criterios de riesgo preconcepcional, atención apropiada para el período prenatal, atención del parto, puerperio y atención inmediata del recién nacido;
- 2.4 Control de casos de evolución normal a través de planificación familiar; atención prenatal temprana y oportuna; atención del parto y del puerperio; planificación familiar posparto y postaborto; prevención de las enfermedades del tracto reproductivo y urinario incluyendo la prevención de las enfermedades de transmisión sexual del VIH y el SIDA.

V. Objetivos, metas y actividades

1. Objetivo general

Promover la atención en salud reproductiva de la población mediante el aumento de la cobertura y la calidad de los servicios y la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

2. Objetivos específicos. Se persiguen hacia finales del año 2000:

- 2.1 Reducir en un 50% la razón de mortalidad materna con respecto a los niveles de 1990;
- 2.2 Elevar al 70% la proporción de mujeres en edad fértil y en unión (MEFU) o de sus parejas que usan métodos efectivos de planificación familiar;
- 2.3 Elevar a un 40% la proporción de adolescentes sexualmente activos que usan métodos adecuados de prevención de las ETS y del embarazo no deseado;
- 2.4 Reducir en un 30% la mortalidad perinatal y neonatal con respecto a los niveles de 1990;
- 2.5 Estabilizar y/o disminuir las tasas de infección y enfermedad por VIH/SIDA; las de prevalencia de sífilis, especialmente la congénita; y la incidencia de gonococcias y clamydiasis;
- 2.6 Disminuir en un 30% la mortalidad hospitalaria por aborto;
- 2.7 Disminuir a cero la incidencia del tétanos neonatal.

Junto con las anteriores, se plantean algunas metas numéricas y cualitativas, así como las **actividades o funciones** correspondientes a cada componente operativo a fin de tener una visión ordenada y clasificada de los objetivos y la manera de llevarlos a cabo (cuadro 1).

Cada sistema de salud deberá, en base a los recursos existentes, definir con toda precisión cuáles son las intervenciones optativas en salud de la mujer y cuáles se consideran **esenciales** para ser aplicadas en un momento dado. De esta manera, no se programarán intervenciones optativas que puedan diferirse para cuando se cuente con mayores recursos, desplazando algunas de las intervenciones esenciales que pueden ser difíciles de implementar. Como ejemplo, no debería procederse a aumentar las opciones de anticoncepción en los servicios de una área endémica de malaria, hasta no instaurar protocolos para la profilaxis y el tratamiento de la malaria en las embarazadas.

VI. Estrategias

1. Político/Legislativas

- 1.1 Abogacía para que la salud reproductiva y perinatal tengan la importancia debida y la prio-

Cuadro 1

Metas y actividades o funciones de un programa de salud reproductiva de acuerdo a sus componentes operativos

COMPONENTES OPERATIVOS	METAS	ACTIVIDADES/FUNCIONES
Atención preconcepcional	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar y manejar oportuna y apropiadamente la morbilidad durante el proceso reproductivo (se estima que 40 de cada 1000 MEFU tienen algún tipo de morbilidad en un período dado). • Vacunar al 100% de las mujeres en edad fértil que viven en zonas con alta incidencia de tétanos. • Medir continuamente la calidad de la atención de salud reproductiva en los servicios de salud e implementar propuestas de cambio. • Lograr el acceso equitativo a la nutrición, a los servicios de salud y a la educación primaria completa para cada niña. • Lograr el acceso a la información, a la educación y a la consejería que permitan a cada adolescente, hombre o mujer, el ejercicio saludable y responsable de su sexualidad y la obtención de servicios que cubran sus necesidades de salud reproductiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la vida familiar • Planificación familiar • Nutrición, prevención y tratamiento de la anemia • Vacunación antitetánica • Prevención de las ETS y del cáncer del aparato reproductivo.
Planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que cada mujer que desea embarazarse tenga por lo menos una consulta preconcepcional. • Aumentar las opciones de anticoncepción para la población en las distintas etapas de su vida reproductiva y de acuerdo a las necesidades en cada una de ellas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción y educación en sexualidad, reproducción y fertilidad • Prestación de por lo menos siete opciones anticonceptivas según las normas

continúa

Cuadro 1 (Cont.)		
COMPONENTES OPERATIVOS	METAS	ACTIVIDADES/FUNCIONES
Planificación familiar (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las opciones anticonceptivas a nivel comunitario con tres anticonceptivos en el primer nivel de atención (LAM, de barrera y anticonceptivos orales); con 5 en el segundo (los anteriores + DIU e inyectables), y con siete anticonceptivos en los niveles de referencia (los anteriores + Norplant y métodos quirúrgicos). • Lograr relaciones equilibradas de género que permitan a cada pareja cumplir con su función reproductiva, productiva y de participación social en forma compartida equitativamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y manejo de sus efectos colaterales y secundarios normales e indeseables • Educación sobre las causas y prevención de la infertilidad secundaria a enfermedades inflamatorias y de transmisión sexual.
Cuidados prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el 100% de las embarazadas sean detectadas por el sistema y retenidas para cumplir por lo menos cuatro consultas prenatales en los casos de bajo riesgo (el número ideal es de 5) por personal capacitado, siguiendo los criterios normativos establecidas por el CLAP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del riesgo, detección y manejo de las complicaciones en el embarazo: aborto, embarazo ectópico, enfermedad hipertensiva del embarazo, eclampsia, anemia, hemorragias anteparto, ruptura prolongada de membranas, vicios de presentación y situación del producto, ETS en la embarazada • Nutrición, prevención de la anemia, vacuna antitetánica y educación para la salud.
Atención del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el 100% de los partos sean atendidos por personal capacitado y en un ambiente limpio e incrementar el porcentaje de eventos atendidos en hospitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la detección del 100% de las emergencias obstétricas e instaurar las medidas iniciales y de referencia inmediata a los niveles de complejidad que el caso demande. • Atención del parto sin complicaciones, de la hemorragia intraparto, eclampsia, trabajo de parto prolongado, ruptura uterina, retención de placenta o restos placentarios y hemorragia posparto, planificación familiar posparto.
Cuidados del posparto	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el ___ %* de los partos tengan una consulta posparto a los cuarenta días posteriores a éste. 	Genitales, involución uterina, detección de restos, sepsis, hemorragia, anemia, y promoción de la atención del posparto a los 40 días, planificación familiar y lactancia materna.

* NOTA: Se recomienda que cada localidad defina su propia meta (___*), sin embargo sería deseable que se buscara en todos los casos la cobertura universal (100%).

continúa

Atención del aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la atención oportuna en el nivel que corresponda, de todos los casos de amenaza de aborto, aborto en evolución y aborto completo, incompleto o complicado. • Reducir la mortalidad por aborto, hemorragia, infección y eclampsia a nivel de toda la población y a nivel hospitalario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto espontáneo, inducido, en estadio de amenaza, en evolución completo e incompleto, complicado o no, planificación familiar post aborto.
Atención del recién nacido (sano y enfermo)	<ul style="list-style-type: none"> • Atender oportuna y adecuadamente al recién nacido normal y de bajo peso o pequeño para edad gestacional. • Reducir el bajo peso al nacer por debajo del ___%*. <p>enfermedades congénitas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reanimación, cuidado del cordón umbilical, control de temperatura, cuidado de los ojos y prevención de la oftalmía purulenta; establecimiento de la lactancia inmediata y del alojamiento conjunto; examen y vacunaciones; protección del estado de hidratación, de la temperatura y las vías aéreas permeables. • Bajo peso al nacer, recién nacidos pequeños para edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria, infección, onfalitis, conjuntivitis,
Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar educación sexual y en salud reproductiva a toda la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención y tratamiento sintomático de la descarga vaginal y uretral, confirmada por laboratorio de serología o inmunología; enfermedad pélvica inflamatoria, úlceras genitales en hombres y mujeres, chancro blando, clamidiasis, VIH/SIDA; tratamiento de la(s) pareja(s).
Educación y prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr el acceso de toda la población a la información y los servicios para impedir los embarazos demasiado tempranos, poco espaciados o demasiado tardíos, y para prevenir las ETS, la violencia y el abuso sexual. • Lograr el acceso a la información y servicios de salud reproductiva para cada hombre a fin de que participe en forma más activa en su propia salud reproductiva, la de su pareja y la de su prole, así como de manera más responsable en el cuidado del hogar y en la crianza y educación de los hijos; • Incluir progresivamente contenidos de educación sexual en el currículum de educación primaria y secundaria. • Incluir la educación sexual en los mecanismos de educación no formal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación, prevención y tratamiento o referencia oportuna de lesiones precancerosas y de cáncer cérvico-uterino en mujeres de más de 35 años. • Prevención y denuncia del abuso y la violencia sexual con referencia a programas alternativos.

* NOTA: Se recomienda que cada localidad defina su propia meta (___*), sin embargo sería deseable que se buscara en todos los casos la cobertura universal (100%).

- ridad que les corresponde ante la sociedad y los niveles decisorios políticos y técnicos;
- 1.2 Desarrollo del compromiso político hacia la salud reproductiva;
- 1.3 Información a los cuerpos legislativos y promoción de legislación en salud reproductiva;
- 1.4 Autorización para importación, producción, venta y distribución de medicamentos especiales;
- 1.5 Descentralización política, administrativa, técnica y presupuestaria de las acciones en los niveles regional, de área y unidades de prestación de servicios de salud reproductiva;
- 1.6 Promoción del enfoque participativo, preventivo, multisectorial e interdisciplinario de la atención en salud reproductiva;
- 1.7 Movilización de los recursos oficiales, seguridad social, privados, ONGs y de la sociedad civil.

2. Financieras

- 2.1 Liberación de impuestos a los insumos críticos para la atención en salud reproductiva y perinatal;
- 2.2 Promoción de alianzas de trabajo compartido por las entidades gubernamentales, privadas, ONGs y la sociedad civil;
- 2.3 Exención de impuestos y tasas impositivas a medicamentos, equipo, insumos y suministros necesarios para la atención en salud reproductiva y perinatal;
- 2.4 Subsidio de servicios a poblaciones postergadas o sin capacidad de compra;
- 2.5 Pago progresivo según capacidad de compra; prestación gratuita de algunos servicios, y pago de otros;

3. De servicios

- 3.1 Cobertura y calidad progresiva de atención con prioridad a las situaciones y grupos de mayor riesgo;
- 3.2 Jerarquización y regionalización de la atención en salud reproductiva según enfoque de riesgo, programando la atención en salud reproductiva por niveles de complejidad de acuerdo a la disponibilidad tecnológica, de recursos humanos y a la capacidad física instalada (ver cuadro 2);
- 3.3 Normatización de la atención en salud reproductiva adaptada a las realidades epidemiológicas y de recursos locales para su implementación. Considerar la tecnología disponible, el diseño de protocolos y flujogramas normativos, la descripción de equipamiento y cuadros básicos, y los ajustes necesarios de las funciones del personal para su operación;
- 3.4 Dotación de suministros, medicamentos y equipamiento necesarios para cumplir con las normas;
- 3.5 Disminución de las barreras médicas en la atención en salud reproductiva y delegación de funciones a personal de enfermería, auxiliares de enfermería y comunitario, debidamente capacitado y supervisado;
- 3.6 Identificación de unidades que presten condiciones para ser desarrolladas como centros de

- excelencia en donde se pueda capacitar a través de un proceso de educación continuada y mantener actualizado al personal de salud técnico y administrativo asignado al programa. Si existieran instituciones docentes en salud como institutos, escuelas, facultades o universidades, se deben desarrollar estos ámbitos con prioridad a fin de favorecer la integración docente asistencial;
- 3.7 Búsqueda de modelos alternativos de atención en salud reproductiva, o sea en casos de parto, hogares maternos, distribución comunitaria de contracepción y prestación de servicios en los centros de trabajo;
 - 3.8 Fortalecimiento del primer nivel de referencia hospitalaria para que cumpla las siete funciones básicas⁴;
 - 3.9 Capacitación y desarrollo de recursos humanos de tipo multidisciplinario que permitan lograr la cobertura y la calidad explicitadas en las normas;
 - 3.10 Mejoramiento de la calidad de la atención en salud reproductiva a fin de alcanzar la adecuada actitud de servicio por el equipo de salud; la eficiencia en el uso de los recursos; la efectividad y/o el impacto en términos de reducción del daño y el aumento de conductas y estilos de vida sexual saludables, preventivos y aceptados en la comunidad;
 - 3.11 Reducción de la incidencia de complicaciones inherentes a la anticoncepción, las ETS y el SIDA, el embarazo, parto y puerperio, aborto y embarazo no deseado;
 - 3.12 Incremento de la calidad de asistencia al recién nacido, promoviendo el alojamiento conjunto, el establecimiento de la lactancia materna en forma exclusiva, la planificación familiar posparto y post aborto, y el alta precoz en los casos de bajo riesgo;
 - 3.13 Promoción de la educación del individuo, la pareja y la familia, orientando los procesos hacia la planificación familiar;
 - 3.14 Supervisión y evaluación de la atención en salud reproductiva a través de los sistemas de información previamente determinados (Sistema Informático Perinatal -SIP-, Encuestas de Fecundidad y Salud, entre otros).

4. De participación social

- 4.1 Formación de comités interinstitucionales de salud reproductiva;
- 4.2 Participación de la comunidad en la composición de los comités locales de salud reproductiva a fin de que sus representantes puedan expresar sus expectativas y opiniones, a la vez que contribuir en el diagnóstico de situación y de identificación de las intervenciones, así como en la formulación, gestión, control y evaluación de las acciones;
- 4.3 Desarrollo de la promoción y educación en salud, a fin de que la comunidad adopte actitudes, comportamientos y estilos de vida positivos hacia la salud reproductiva, practique el autocuidado y la prevención específica necesaria para su vida reproductiva responsable;
- 4.4 Desarrollo de programas con enfoque de género.

4 Las funciones básicas incluyen capacidad para el manejo terapéutico de 1) choque séptico; 2) transfusiones; 3) operación cesárea; 4) histerectomía; 5) planificación familiar por métodos quirúrgicos o implantes; 6) evacuación de mortinatos y 7) anestesia, curetaje y evacuación del útero.

5. De monitoreo y evaluación

- 5.1 Revisión de las fuentes y sistemas de información existentes y posibles (demografía de estadísticas vitales y servicios, SIP), a fin de obtener los datos necesarios para la toma de decisiones en forma completa y oportuna;
- 5.2 Utilización de la investigación epidemiológica y operacional sistemática sobre las condiciones de salud y los servicios de salud reproductiva de la población que vive en el área, así como de la asignación de recursos presupuestarios;
- 5.3 Evaluación continuada de la calidad de atención (Condiciones de Eficiencia, Oportunidades Perdidas, Modelo de Calidad de Atención en Salud Reproductiva);
- 5.4 Promoción y apoyo oficial para la creación de comités locales de vigilancia epidemiológica de la salud reproductiva de la población, para permitir el monitoreo y evaluación continuos de la situación y realizar los ajustes necesarios para hacer más efectivas las intervenciones;
- 5.5 Establecimiento de los sistemas de información que permitan mejorar tanto la calidad de la atención, la referencia y contrarreferencia, así como mantener la vigilancia epidemiológica de la salud reproductiva y perinatal (por medio del SIP).

6. Gerenciales

- 6.1 De planeación, programación, de presupuesto y evaluación del programa y su funcionamiento coherente dentro del sistema global;
- 6.2 De reclutamiento, contratación, de capacitación y desarrollo de los recursos humanos y de diseño y funcionamiento del subsistema de supervisión y tutoría;
- 6.3 De mantenimiento de instalaciones y equipo;
- 6.4 De logística, de equipamiento, de insumos (suministros y medicamentos);
- 6.5 De toma de decisiones, y de coordinación intrasector e intersectorios;
- 6.6 De liderazgo en salud en general y salud reproductiva y perinatal en particular.

VII. Etapas de implementación de las estrategias

El desarrollo histórico de los sistemas nacionales de salud y de los sistemas y servicios de salud a nivel local, indica que en mayor o menor medida, los programas de salud maternoinfantil tienen una larga existencia y tradición, constituyéndose además en uno de los componentes programáticos principales de los programas de salud pública en la mayoría de los países. Sin embargo, a pesar de los importantes avances logrados, los resultados de la atención maternoinfantil aún no han podido llegar a toda la población y en especial a los grupos que más lo necesitan: los pobres que viven en las áreas urbanas marginadas de las ciudades medianas y grandes, y las poblaciones rurales dispersas incluyendo las zonas indígenas.

1. Atención integral en salud reproductiva

Existe un problema serio de calidad en la prestación y la eficiencia de los servicios, fraccionándose la atención en salud reproductiva en múltiples programas (que es distinto a actividades programadas), con la reducción consiguiente de las posibilidades de una atención adecuada integral, más eficiente y de mayor impacto en la salud del grupo al que están dirigidos estos programas. Como ejemplos están los programas de control de embarazadas; planificación familiar; detección de ETS y prevención del VIH/SIDA y detección del cáncer, entre otros. Estas son en realidad intervenciones de salud que pueden organizarse y programarse como actividades de prestación de servicios integrales a un solo receptor, en este caso, las mujeres. En esta forma se evita tanto la necesidad de múltiples espacios físicos, como las necesidades de equipo, personal específico (a veces subutilizados), así como de diferentes horarios de servicios, en ocasiones en distintos días de la semana, los cuales aumentan en forma importante las oportunidades perdidas de atención, y no están de acuerdo con las expectativas y necesidades de los usuarios.

Para determinar entonces la prioridad, el tiempo y la velocidad con que deben implementarse las estrategias, habrá que realizar una auditoría de las actividades y programas que se encuentran en ejecución, estudiando los puntos fuertes y las debilidades que el sistema y los servicios tienen y determinando, de acuerdo a la situación local, cuáles de las estrategias propuestas u otras provenientes del equipo de salud son las más adecuadas para fortalecer el programa de salud reproductiva y en qué momento deben aplicarse.

La experiencia indica que cuando a nivel local, el personal de salud se concentra sólo en dos o tres estrategias, los avances hacia la integración de los servicios son muy modestos. Si la propuesta de integración de acciones en salud reproductiva es innovadora, se requerirá del concurso de múltiples estrategias aplicadas en distintos ámbitos que permitan ejecutarlas en forma adecuada.

Por otro lado, también se recomienda que si no se tienen los recursos mínimos adicionales para buscar la integración de las acciones, en ocasiones es mejor no intentarlo, ya que se corre el riesgo de debilitar programas y servicios que están funcionando razonablemente. Al agregarse actividades cada vez más complejas sin que haya una reorganización o nuevos insumos que permitan realizarlas adecuadamente, los programas y los servicios disminuyen su calidad y eficiencia en lugar de fortalecerse.

2. Desarrollo de un plan operativo para la organización a nivel local

Una vez realizado el levantamiento de datos que al ser analizados indicarán la situación de salud reproductiva y la prioridad que ésta tiene dentro del contexto general de salud, y una vez establecidas las prioridades dentro del área de salud reproductiva, se procederá a diseñar o a rediseñar la organización a nivel local de los servicios de salud, de tal forma que pueda darse una respuesta coherente no sólo a las necesidades y expectativas de la población, sino que puedan esperarse impactos positivos de estas acciones en el estado de salud de la población que vive en el área geográfica comprendida dentro de los objetivos del programa propuesto.

Se reitera el énfasis que deben tener, en la organización a nivel local y en el desarrollo de los pla-

nes operativos, las relaciones entre los distintos niveles de complejidad técnica, tecnológica y de resolución que conforman el sistema de salud. Dentro de estos planes, debe hacerse uso de los recursos existentes, no sólo de los correspondientes al sistema del sector salud, sino también aquellos existentes en otros sectores del desarrollo, y en forma muy importante, los recursos de la propia comunidad y de la sociedad civil.

La base del desarrollo del sistema de atención en salud reproductiva de la población parte del reconocimiento de que todo individuo debe tener acceso al sistema (*acceso universal*) de acuerdo a su condición particular, y en el nivel en que su problema de salud pueda resolverse (*equidad*). Se reconoce que al ser preparados adecuadamente, tanto la familia como la comunidad y los agentes voluntarios y tradicionales de salud, promotores y parteras adiestradas, no sólo promoverían la educación y el autocuidado en salud reproductiva sino identificarían los riesgos y las emergencias ginecológicas obstétricas y perinatales. Esto permitiría el inicio de la atención y la referencia inmediata al nivel de atención que demande el caso, en particular de atención progresiva y diferenciada. Cuando esta premisa se repite en los distintos niveles de complejidad del sistema, se establece la posibilidad de acceso de cualquier individuo al nivel del sistema que le corresponda, dándose realmente en esta forma, el sentido de equidad en salud.

En base a lo anterior, el sistema se conformaría de la siguiente manera:

3. Esfuerzos hacia la atención integral a nivel local

Los elementos o factores que contribuyen al éxito de la atención a nivel local serían los siguientes:

- 3.1 Un enfoque integrado de la atención en salud reproductiva, el cual se traduce en un primer esfuerzo de integración en sentido vertical, que se manifiesta por un continuo de atención a la población beneficiaria de los programas de salud reproductiva desde el nivel familiar y comunitario, pasando por los centros de salud, los hospitales regionales y los de especialidades, según sea el caso.

Esta situación se comprende mejor cuando se establece que en la comunidad es posible atender los casos sin riesgo o sin complicaciones. Sin embargo, es necesario tener acceso inmediato y oportuno a los niveles superiores de atención en centros de salud, hospitales regionales o especializados cuando el caso lo amerita.

Los esfuerzos que se realicen por organizar los distintos niveles en un sistema de referencia y contrarreferencia adecuado tales como tener las funciones bien establecidas, los protocolos de atención diferenciada y una buena comunicación, permitirán un personal mejor capacitado y una mejor calidad de atención.

- 3.2 Un segundo esfuerzo de integración en sentido horizontal debe ser el resultado de la continuidad de la atención. Se manifiesta por un enfoque de atención a las necesidades en salud reproductiva a través de toda la vida; de la atención en salud a las mujeres y a los niños, más allá de la atención desconectada o aislada durante el embarazo, parto, contra-

cepción, o episodios de ETS.

De ahí que la propuesta que se presenta en este capítulo, parte de la comprensión de la atención preconcepcional y, posteriormente, a lo largo de la niñez, enfatizando los aspectos de salud reproductiva durante la preadolescencia, la adolescencia y la vida reproductiva, para que ésta transcurra bajo las mejores condiciones y se construya así la base de

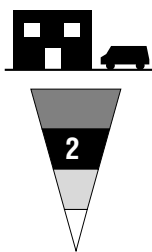
ESQUEMA DE UN SISTEMA DE REFERENCIA EN SALUD REPRODUCTIVA

Nivel de atención:

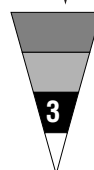
Comunitaria, Nivel 1



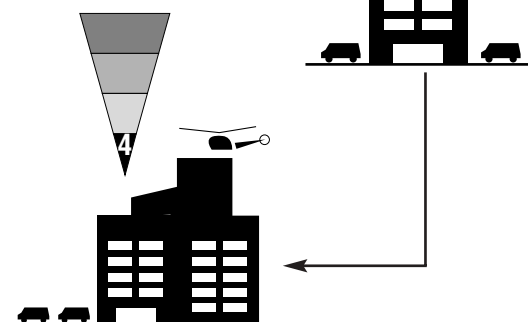
Centros de salud, Nivel 2



Hospital regional, Nivel 3



Hospital o servicio de especialidad, Nivel 4



una buena salud en los años posreproductivos.

- 3.3 El tercer esfuerzo de integración debe darse al llevar a cabo distintas intervenciones enfocadas a un mismo usuario en una misma visita, por ejemplo la vacunación antitetánica, la investigación de las ETS, la promoción de la lactancia materna, el tratamiento de la anemia y el control prenatal son acciones que pueden desarrollarse en una sola visita al hogar o a las unidades de salud.

4. Desarrollo y mantenimiento del sistema de referencia

Además de los aspectos anteriores, se deberá definir y clarificar cuales son las funciones y responsabilidades que pueden ser delegadas a distintos niveles de atención y a distintas categorías de personal. A continuación se presenta el cuadro 2 a manera de ejemplo, en donde se esquematiza la organización del sistema por niveles progresivos de atención. Este cuadro incluye en forma no exhaustiva, los niveles, funciones, tipo de personal, estructura física y el flujograma básico de referencia y contrarreferencia; estos elementos conforman la atención en salud reproductiva y perinatal a nivel local. Las modificaciones que se hagan dependerán de los equipos locales y estarán basadas en sus experiencias propias o en la consulta más profunda a la abundante bibliografía que sobre el tema existe.

5. Capacitación continuada del personal


Uno de los puntos claves para el funcionamiento del sistema de atención en salud reproductiva y perinatal es que el personal conozca cuándo, cómo y quién es el responsable primario de tomar las decisiones. Para el efecto, se recomienda que existan protocolos de secuencia diagnóstica, de tratamiento y referencia, para que sin perder los elementos de manejo clínico de los casos, se establezcan claramente los criterios de referencia y contrarreferencia.

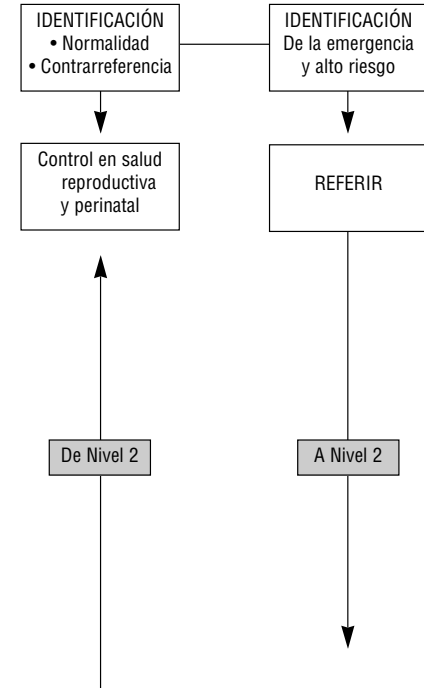
Para reforzar el punto anterior, la comunicación entre el personal de las unidades y entre los distintos niveles del sistema es muy importante. Los protocolos también deberán explicitar la documentación que debe acompañar al paciente, tanto al referirlo como al enviarlo nuevamente a su lugar de residencia habitual.

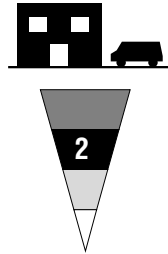
La capacitación, la supervisión/tutoría y la educación continuada que demanda el conocer y manejar las conductas que le fueron practicadas a un paciente, son invaluable, ya que contribuyen no sólo a capacitarse en servicio sino también a facilitar las relaciones entre los niveles que conforman el sistema. La consulta entre estos distintos niveles, ya sea por visita mutua o por radio, también favorece la confianza y cooperación mutua.

Con el fin de aumentar las oportunidades de resolución de los casos complicados, se deberá capacitar al personal de salud a nivel local para que realice el esfuerzo de que las medidas de emergencia y sostenimiento del paciente se inicien lo más cerca posible a la comunidad y a la familia, incluyendo la hidratación oral y la canalización de vena, manteniéndolas permeables con solución salina o glucosada, o bien con expansores del plasma de ser posible. El mantenimiento de vías aéreas y la administración de anticonvulsivantes, así como el inicio de tratamiento con antibióticos lo más cerca posible a la comunidad, contribuirán efectivamente al pronóstico de

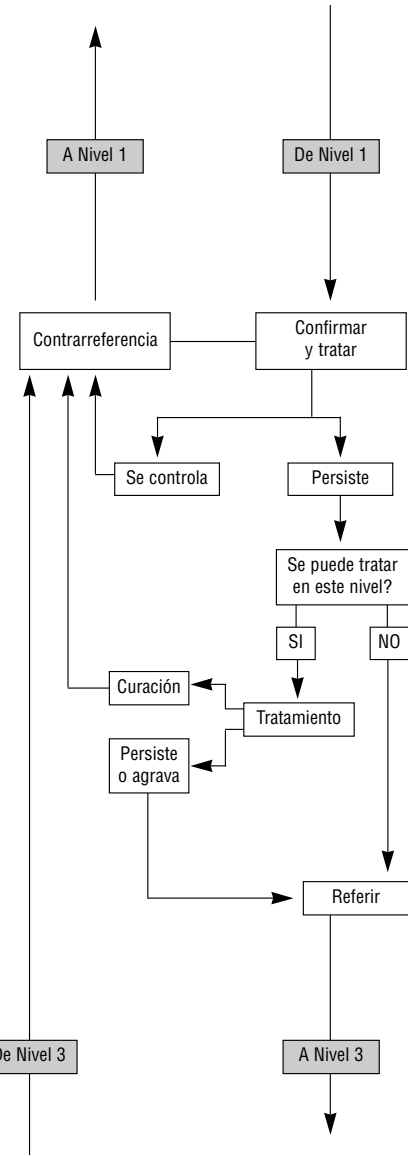
Cuadro 2 (páginas 238-242)

NIVEL DE ATENCIÓN	POBLACIÓN	FUNCIONES	ESTRUCTURA FUNCIONAL	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES
Comunitaria Nivel 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Toda la población • Adolescentes • Parejas • Gestantes • Parturientas • Puérperas • Recién nacidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita al hogar • Visita al escolar • Visita al trabajo • Capacitación en PF, dotación, métodos de barrera; referencias • Capacitación a gestantes/referencia, ácido fólico y sulfato ferroso • Detección y referencia de emergencia obstétrica y perinatal, especialmente hemorragia, edema, dolor intenso de cabeza, ruptura prematura de membranas, > 8 hrs. con T. de P. • Niños muy pequeños • Detección y referencia oportuna/alto riesgo obstétrico perinatal • Atención prenatal, parto y puerperio normal supervisada por personal de salud • Identificación, prevención y tratamiento sintomático ETS/VIH/SIDA • Identificación/referencia de infertilidad • Identificación de individuos en riesgo o víctimas de abuso sexual y violencia • Promoción y vacunación antitetánica • Promoción lactancia materna exclusiva 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe • Casa de salud • Posada de nacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotor de salud • Partera tradicional capacitada • Maestros/escolares • Extensionistas agrícolas • Líderes naturales • Asociaciones femeninas 	<ul style="list-style-type: none"> • Material educativo • Registro de actividades • Ácido fólico • Sulfato Ferroso • Espumas • Condones • Anticonceptivos orales • Equipos parto limpio • Penicilina benzatínica • Listas de chequeo de contra indicaciones • Báscula • Estadiómetro





NIVEL DE ATENCIÓN	POBLACIÓN	FUNCIONES	ESTRUCTURA FUNCIONAL	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES
Centros de salud Nivel 2	<p>Las anteriores más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuos sexualmente activos • Referencias de la comunidad • Contrarreferencias de niveles 3 y 4 • Casos referidos 	<p>Las anteriores más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del peso • Evaluación de riesgo • Evaluación de la emergencia obstétrica • Tratamiento diferenciado a referencias del nivel • Tratamientos ambulatorios • Atención del parto no complicado • Atención al RN • Tratamiento sintomático a úlceras o descarga uretral o vaginal • Vacunación antitetánica • Provisión de anticonceptivos inyectables • Aplicar o referir para DIU • Referir para implantes o esterilización • Capacitar y supervisar a recursos comunitarios • Educar, detectar y/o referir infertilidad • Examen pélvico: realizar e interpretar • Consejería • Identificar mujeres de alto riesgo • Identificar nulíparas <17 años, especialmente solteras • Promoción parto limpio y cercano a una institución • Identificar aborto, embarazo ectópico 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de salud • Casa de parto • Capacidad docente en su nivel 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico • Auxiliar de enfermería con habilidad para tratar choque • Líquidos intravenosos y expansores del plasma • Atención parto • Uso ocitócicos • Cateterismo urinario • Reparar desgarros/hacer episiotomía • Usar partogramas • Extracción manual de placenta 	<p>Las anteriores más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala de exámenes/consultorio • Cama de tránsito • Refrigerador para vacunas • Básculas • Métodos de evaluación de hemoglobina • Anticonceptivos inyectables • Equipo inserción DIU • Equipo de inyectar • Equipo canalizar vena • Esfigmomanómetro • Fluidos intravenosos • Antibióticos • Toxoide tetánico • Antimaláricos • Protocolos y normas para manejo de riesgo emergencia y normales • Analgésicos • Ocitócicos • Anticonvulsivantes • Partogramas • Equipo de sutura • Iluminación • Protocolos de manejo de complicaciones obstétricas y del recién nacido

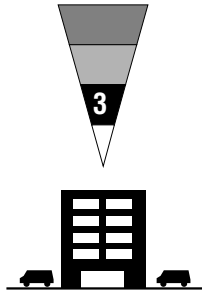


NIVEL DE ATENCIÓN	POBLACIÓN	FUNCIONES	ESTRUCTURA FUNCIONAL	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES
-------------------	-----------	-----------	----------------------	------------------	---------------------

Centros de salud (Cont)

- Organizar donadores de sangre
- Canalizar o disecar vena, pasar soluciones o expansores del plasma
- Confirmar, tratar o referir hipertensión, edema y proteínas
- Administrar diazepam
- Iniciar antibióticos en ruptura de membranas mayor 12 horas
- Identificar y referir problemas de situación y presentación, embarazos múltiples, detectar hemorragia/infección posparto
- Manejo de amenaza de aborto, aborto en evolución o incompleto

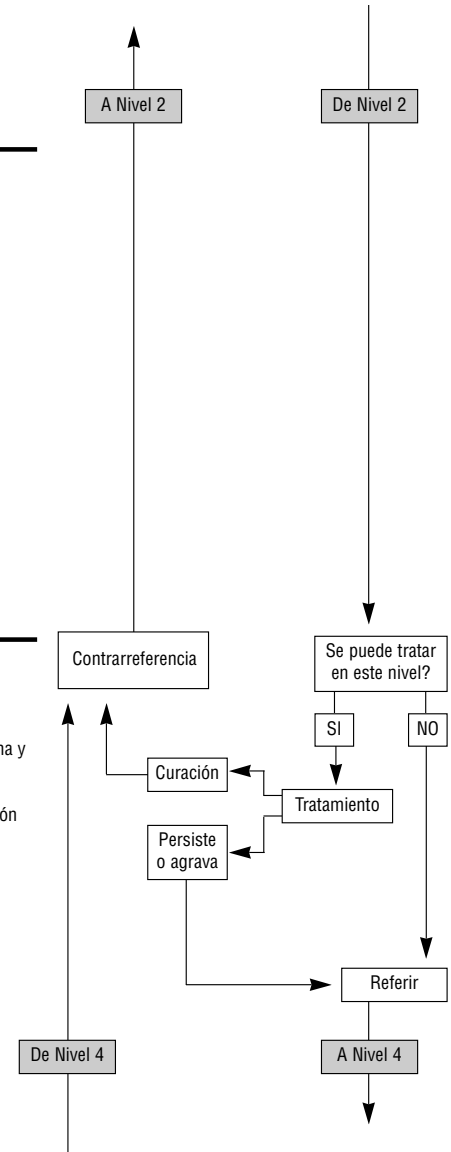
Hospital regional Nivel 3

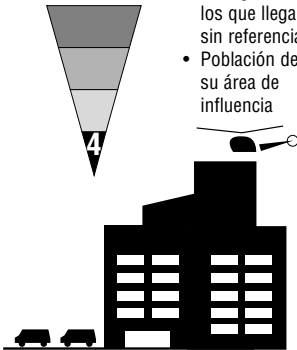


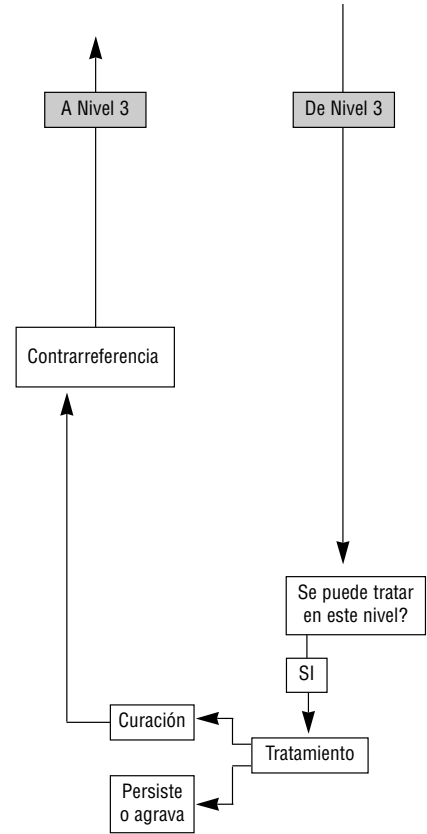
Las anteriores más los casos referidos

- Las anteriores más:
- Implantes
 - Esterilización
 - Manejo de efectos secundarios y anticoncepción
 - Supervisar Nivel 2
 - Diagnosticar, referir infertilidad
 - Diagnóstico y tratamiento de IPA, ETS/VIH/SIDA
 - Consejería
 - Funciones obstétricas básicas

- Maternidades
- Hospitales regionales que puedan resolver: gestación múltiple sin amenaza de parto prematuro, septicemia, hemorragia, choque, cesárea/histerectomía, métodos anti-conceptivos y quirúrgicos
- Médicos pediatras
- Médicos gineco-obstetras
- Laboratorios
- Anestesiista
- Enfermería
- Auxiliares de enfermería
- Nutricionista
- Asistente social
- Consultorios externos
- Ámbito hospitalario
- Quirófano
- Laboratorio sangre, orina y química sanguínea
- Anestesia
- Posibilidad de transfusión



NIVEL DE ATENCIÓN	POBLACIÓN	FUNCIONES	ESTRUCTURA FUNCIONAL	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES
Hospital o servicio de especialidad Nivel 4 	<ul style="list-style-type: none"> Referencias de todos los niveles anteriores 1, 2 y 3 Emergencias y los que llegan sin referencia Población de su área de influencia 	<p>Todas las anteriores a través de su consulta externa y de especialidad, más:</p> <ul style="list-style-type: none"> Efectos colaterales y/o problemas en relación al manejo y uso de métodos anticonceptivos Choque séptico, síndrome de coagulación intravascular diseminada Eclampsia severa TA diastólica > 100 Diagnóstico y tratamiento de la pareja estéril Exanguino transfusión Amenaza de parto prematuro < 32 semanas Retardo crecimiento intrauterino Enfermedad hemolítica del recién nacido Diabetes Cardiopatías 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio de especialidad de ginecología, obstetricia/perinatología Hospital de ginecología y obstetricia/perinatología <p>(Ambos con docencia de universitarios de posgrado y unidad de cuidados intensivos para mujeres y recién nacidos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Médicos perinatólogos/neonatólogos Médicos ginecólogos Enfermeras especializadas Especialista en medicina interna y en cuidados intensivos 	<ul style="list-style-type: none"> Incubadoras Laboratorios con capacidad de procesar sangre, orina, química sanguínea, inmunología, fosfolípidos, cultivos; determinación de electrolitos Antibióticos prescritos por curación y de segunda línea Exofur (para promover la maduración pulmonar fetal intraútero).



los casos.

Cuando los recursos lo permitan, es conveniente valorar la posibilidad de contar con casas de embarazadas cercanas a los hospitales regionales, administradas por la comunidad y en donde las mujeres, especialmente las de alto riesgo, puedan permanecer durante los días anteriores a la fecha del parto, para garantizar de esta forma, una atención institucional en caso de que exista la posibilidad de referencia inmediata al hospital.

Dado que las complicaciones y las emergencias no pueden anticiparse y el no referir oportunamente sólo aumenta las posibilidades de muerte, es deseable que las comunidades aseguren, conjuntamente con los servicios de salud, la existencia de mecanismos que garanticen el transporte en caso de complicación y emergencia. Cuando existen ambulancias, éstas se deben usar sólo para el traslado de pacientes graves y no para otro aspecto. Es indispensable que el hospital reciba de inmediato los casos referidos por los niveles más periféricos del sistema.

VIII. Supervisión, monitoreo y evaluación

La base para poder mantener un sistema de salud a nivel local funcionando adecuadamente, está en el enlace continuado y dinámico de las actividades de supervisión, tutoría, control, seguimiento y evaluación de todas las tareas y actividades programadas en los planes operativos anuales.

Lo anterior, se hace posible solamente cuando se toma la decisión de recolectar la información que deberá ser analizada lo más cerca del lugar en donde suceden los hechos y en donde, como resultado de ese análisis, se toman prontamente acciones correctivas.

Existen en la actualidad metodologías y sistemas de información gerenciales que permiten mejorar la calidad de atención al posibilitar una supervisión más estrecha de los registros médicos y de las decisiones clínicas tomadas. Tienen además la capacidad de que cuando estos registros son analizados en forma agregada por unidad de servicio o unidades poblacionales, permiten establecer sistemas de vigilancia epidemiológica de la salud reproductiva y perinatal. Este sistema desarrollado por el CLAP se complementa con las estadísticas demográficas y las derivadas de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la muerte materna y perinatal, a la vez que con los datos de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

A nivel del Comité de Coordinación Interagencial para el seguimiento de las Metas de la Cumbre, así como a nivel nacional y local, se han recomendado una serie de indicadores mínimos indispensables para poder mantener actualizado el diagnóstico de situación de salud reproductiva a nivel local. Es evidente que estos indicadores no son exhaustivos y que serán las necesidades locales las que indiquen la necesidad de ampliarlos. Sin embargo, se recomienda que se mantengan sólo aquellos que serán analizados y utilizados para la toma de decisiones.

En el cuadro 3 se enumeran algunos de los indicadores de evaluación divididos en aquellos que indican hacia donde se orientan los procesos; otros que permiten inferir la calidad de los servicios,

y otro grupo que incluye el análisis del impacto.

Cuadro 3
Indicadores seleccionados para la evaluación de impacto, proceso y calidad de la atención en salud reproductiva

AÑO	INDICADOR	IMPACTO	PROCESO	CALIDAD
	MUJER:			
	Fecundidad global (hijos por mujer)			
	Fecundidad específica de 15 a 19 años por 1.000 n.v.			
	Mortalidad materna por 100.000 n.v.			
	Número de casos de tétanos neonatal			
	Prevalencia de anticonceptivos en MEFU			
	Porcentaje de cobertura prenatal			
	Porcentaje de parto institucional			
	Porcentaje de cesáreas			
	Porcentaje de embarazadas vacunadas con toxoide tetánico			
	Porcentaje de embarazadas con VDRL			
	Porcentaje de condiciones de eficiencia de servicios obstétricos			
	NIÑO:			
	Mortalidad perinatal, neonatal e infantil por componentes por 1.000 n.v.			
	Porcentaje de bajo peso al nacer			
	Índice de oportunidades perdidas en atención de crecimiento y desarrollo			
	Porcentaje de condiciones de eficiencia en servicios pediátricos			
	ADOLESCENTE:			
	Mortalidad por aborto por 100.000 habitantes			
	Mortalidad por otras causas obstétricas por habitantes			
	Porcentaje de población con acceso a servicios			
	Porcentaje de población cubierta			

Fuente: Programa de Salud de la Familia y Población, División de Promoción y Protección de la Salud, Dr. José A. Solís.

OPS/OMS. Washington, D.C., 1994.

IX. Investigación

Merece la pena insistir en la importancia que tiene la investigación, no sólo como elemento dinamizador de desarrollo del recurso humano y de los servicios, sino también como posibilidad continuada de mejorar y mantener actualizado el conocimiento de la situación en salud reproductiva a nivel local. La investigación es una gran posibilidad para evaluar las intervenciones y la existencia de nuevos modelos, así como la utilidad y eficiencia de los servicios.

Se deja planteada la necesidad de no insistir más en cobertura sin ligar a ésta los criterios de calidad de la atención, entre los cuales se encuentra incluida la percepción del programa por los usuarios de los servicios y la sociedad toda. El cuadro 4 sugiere algunos ejemplos de áreas, metodologías y su aplicación en salud reproductiva como contribución de la investigación a este importante campo de la salud materno-infantil.

Cuadro 4
La contribución de la investigación
al mejoramiento de la salud reproductiva a nivel local

ÁREAS DE INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN	APLICACIÓN
Estudios demográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Demografía descriptiva • Proyecciones de la situación de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de problemas • Elección de prioridades • Planeación
Estudios epidemiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de aborto • Casos y controles • Registros 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de beneficios y efectos colaterales a largo plazo • Identificación de factores de riesgo
Estudios sociológicos/ antropológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas • Modelos conceptuales • Intervenciones • Estudios de comportamiento • Estudios clínicos aleatorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de la salud • Planeación en salud • Participación de la comunidad en los servicios • Evaluación de intervenciones o tratamientos • Evaluación de estudios de tamizaje
Investigación de sistemas y servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios epidemiológicos • Ensayos clínicos controlados • Estudios antropológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un nuevo sistema de salud

Fuente: Programa de Salud de la Familia y Población, División de Promoción y Protección de la Salud, Dr. José ASolís.

OPS/OMS. Washington, D.C., 1994.

X. Referencias*

- WHO. **Mezcla de métodos anticonceptivos, lineamientos para políticas y entrega de servicios.** World Health Organization, Ginebra, Suiza.
- WHO. **Care of Mother and Baby at the Health Centre: a practical guide.** World Health Organization, Division of Family Health, Maternal Health and Safe Motherhood Programme; WHO/FHE/MSM/94.2, Geneva, Switzerland, 1994.
- WHO. **An Annotated Bibliography of Documents Produced by the Division of Family Health.** World Health Organization, Division of Family Health, WHO/FHE/94.6, Geneva, Switzerland, 1994.
- CCI. **Metas para 1995 e indicadores para el seguimiento.** La Salud Maternoinfantil, Comité Coordinador Interagencial para las Américas; Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, Washington, D.C., 1993.
- CLAP/OPS/OMS. **Tecnologías perinatales desarrolladas por el CLAP/OPS/OMS.** Publicación Científica No. 1255. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Organización Panamericana de la Salud, Montevideo, Uruguay, 1992.
- Toro Ocampo, Horacio. **Estrategias para implementar servicios de salud reproductiva y planificación familiar en redes de servicios públicos.** Serie: Salud Reproductiva, Planificación Familiar, Documento N° 1, Equipo de Apoyo del FNUAP, Oficina para América Latina y el Caribe. EAT/FNUAP/OPS/OMS, 1994.
- Secretaría de Salud y Asistencia de México (SSA). **a) Metodología para la programación de metas de usuarias nuevas y activas de la secretaría de salud y asistencia (S.S.A.) de México (N°7); y b) Planificación familiar y atención maternoinfantil en la estrategia de extensión de cobertura (N° 12).** Cuadernos Técnicos de Planificación Familiar, México, 1985.
- Granada, M.V. Vásquez, M.L. **La mujer y el proceso reproductivo.** Atención Primaria de Salud. OPS/OMS. Universidad del Valle, Colombia, 1990.
- Gutiérrez, Daniel. **Salud reproductiva: concepto e importancia.** Proyecto Salud Reproductiva. MPSSP-UNFPA-OPS/OMS, Bolivia, 1992.
- OPS/OMS. **Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil.** Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud (N_ 7). OPS/OMS, 1986.
- WHO. **Obstetric and Contraceptive Surgery at the District Hospital: A Practical Guide.** Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health. WHO, Geneva, Switzerland, 1991.
- Jubiz, Hazbun A. Quiros, H.M. Cuervo, Tafur F. **Protocolos de atención materna y perinatal con enfoque de riesgo.** Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Medellín, Colombia, 1994.
- Schwarcz R y Col. **Atención prenatal y del parto de bajo riesgo.** Publicación Científica N_ 1234. CLAP-OPS/OMS. Montevideo, Uruguay, 1991.
- WHO. **Natural Family Planning: What Health Workers Need to Know.** Family Planning and Population, Division of Family Health, WHO/Geneva, Switzerland, 1993.
- OMS. **Lactancia natural y espaciamiento de los embarazos: nociones indispensables para el agente de salud.** OMS, Ginebra, Switzerland, 1989.
- Castro, Pérez R. Hernández, Tezoquipa I. **Participación comunitaria y planificación familiar.** Perspectivas de Salud Pública, N° 15. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1992.
- Martínez, L. y Col. **Manual para la participación de parteras tradicionales en Honduras.** OPS/OMS, Tegucigalpa, Honduras, 1994.
- WHO. **Family Planning Options: Quick Reference Chart on Contraceptives.** WHO, Manila, Philippines, 1994.
- WHO. **Health Workers' Manual on Family Planning Options.** Western Pacific Education in Action

Series, N° 7. WHO, Manila, Philippines, 1994.

- Rifkin, Susan. **Participación de la comunidad en los programas de salud de la madre y el niño y de planificación familiar.** Análisis basados en estudios de casos. OMS, Ginebra, Suiza, 1990.
- SSA. **Manual de la partera tradicional.** Secretaría de Salud y Asistencia de México, 1992.
- WHO. **Clinical Management of Abortion Complications: a Practical Guide.** Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health. WHO, Geneva, Switzerland, 1994.
- Miller AB. **Programas de detección del cáncer cervicouterino.** Directrices de Gestión. OMS, Ginebra, Suiza, 1993.
- **Salud reproductiva.** Texto de Referencia. Sistema Nacional de Salud de Bolivia, 1994.
- CLAP/OPS/OMS. **Tecnologías perinatales desarrolladas por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, CLAP.** OPS/OMS, Montevideo, Uruguay, 1994 (Brochure de Consulta).
- OPS/OMS. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en Venezuela: Experiencias III.** Ministerio de Sanidad y Asistencia Social & OPS/OMS. Caracas, Venezuela, 1992.

Documentos de trabajo inéditos:

- OPS/OMS. **Reunión para consolidar la metodología de análisis prospectivo en salud reproductiva y población para escuelas de ciencias de la salud.** Informe de la Reunión de Caracas. OPS/OMS, junio, 1993.
- OPS/OMS, FHI, IPAS. **Calidad de la atención en salud reproductiva de la mujer.** Proyecto para América Latina y el Caribe. OPS/OMS, FHI, IPAS, septiembre, 1993.
- OPS/OMS-UNFPA. **Emergencias obstétricas: guía para enfermeras en el primer nivel de atención.** OPS/OMS, UNFPA, 1994.

* Algunos de los procedimientos y experiencias mencionados en este capítulo se encuentran en estas publicaciones, las cuales pueden ser solicitadas al Dr. José Antonio Solís, Organización Panamericana de la Salud, Programa de Salud de la Familia y Población, División de Promoción y Protección de la Salud, 523 Twenty-third Street N.W., 7° piso, Washington, D.C. 20037, Tel. (202) 861-6691.

