

capítulo cuatro

atender 136 millones de partos anuales

Tanto para las madres como para los niños, el parto puede ser el momento más peligroso de la vida. En este capítulo se examinan las principales complicaciones del parto, que según se estima provocan 529 000 defunciones maternas cada año, casi todas en los países en desarrollo. La mayoría de las defunciones y discapacidades atribuibles al parto son evitables, dado que las soluciones médicas son bien conocidas. Una atención profesional inmediata y eficaz durante el trabajo de parto y después de éste puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte tanto para la mujer como para el recién nacido. Todas y cada una de las madres y todos y cada uno de los recién nacidos necesitan atención materna y neonatal calificada dispensada por profesionales durante y después del parto: una atención cercana a los lugares en que vive la gente y a sus formas de vida, cercana a sus tradiciones en torno al parto, pero al mismo tiempo segura, con profesionales bien preparados capaces de actuar inmediatamente cuando surjan complicaciones impredecibles. El reto pendiente, por tanto, no es tecnológico, sino estratégico y organizacional.

ARRIESGARSE A MORIR PARA DAR VIDA

A cualquiera que haya pasado por la experiencia, o visto a otra persona pasar por ella, no le cabe duda de que dar a luz es un acontecimiento que cambia la vida. Lamentablemente, por maravillosa y alegre que resulte para muchos, esa experiencia puede ser también un periodo difícil que lleve aparejados nuevos problemas y situaciones de sufrimiento. En los casos más extremos, la madre, el niño o ambos pueden morir, y estas muertes son sólo la punta del iceberg. Las horas críticas del parto determinan ya muchos problemas de salud, tanto en la madre como en el niño, y en los días y semanas posteriores siguen apareciendo muchos más. Los padecimientos relacionados con el parto representan una proporción considerable de la carga mundial de morbilidad (1), pero la mayoría de las defunciones y discapacidades

atribuibles a él son evitables porque se conocen bien las soluciones médicas. Por tanto, el reto pendiente no es tecnológico, sino estratégico y organizacional.

La mortalidad materna se estima actualmente en 529 000 defunciones anuales (2), es decir, una razón mundial de 400 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos. Allí donde no se hace nada para evitar estas defunciones, la mortalidad «natural» ronda las 1000–1500 por 100 000 nacimientos, estimación basada en estudios históricos y en datos de grupos religiosos contemporáneos que no intervienen en el alumbramiento (3). Si hoy día las mujeres siguieran sujetas a tasas de mortalidad materna «naturales» – por ejemplo, si se

suspendieran los servicios de salud – la mortalidad materna sería cuatro veces mayor que la actual y alcanzaría más de dos millones de defunciones anuales en todo el mundo. Lo cierto es que a nivel mundial se consigue evitar las tres cuartas partes de estas defunciones: en los países desarrollados se evita casi toda la mortalidad materna «natural», pero en las regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental sólo se evitan dos terceras partes, y en los países africanos únicamente la tercera parte.

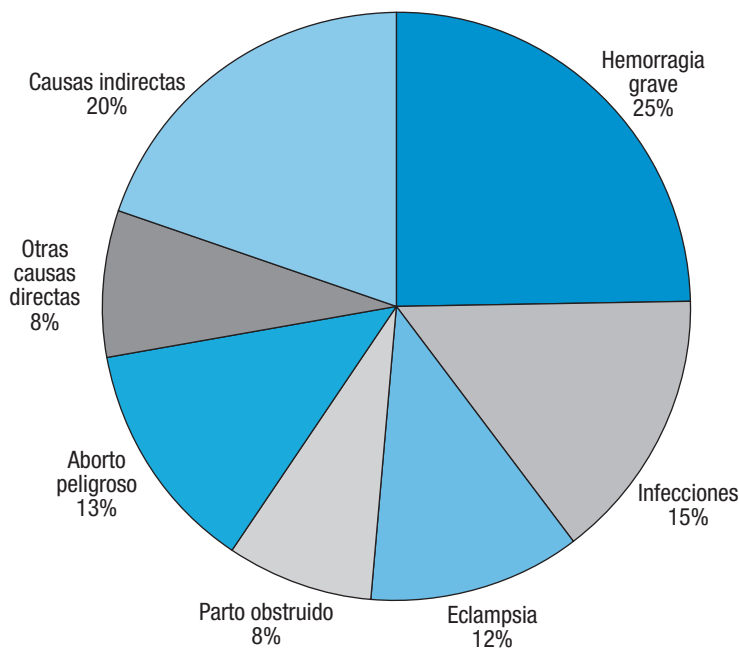
Las tasas de mortalidad difieren enormemente de unas zonas del mundo a otras. La distribución de las defunciones maternas es aún más irregular que las de la mortalidad neonatal o la mortalidad en la niñez. Un escaso 1% de las defunciones maternas se produce en el mundo desarrollado. Las razones de mortalidad materna están comprendidas entre 830 por 100 000 nacimientos en los países africanos y 24 por 100 000 nacimientos en los europeos. De los 20 países con razones de mortalidad materna más elevadas, 19 se encuentran en el África subsahariana. Las tasas regionales ocultan disparidades muy considerables entre los países; así, en regiones con bajas tasas globales de mortalidad, como la Región de Europa, hay países con tasas elevadas. Dentro de un mismo país pueden darse diferencias llamativas entre subgrupos de población: las tasas son más elevadas en las poblaciones rurales que en las urbanas y pueden variar considerablemente según los grupos étnicos o la situación económica; además, las zonas remotas soportan una pesada carga de defunciones.

Las defunciones maternas son consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo y acaecen a lo largo de éste o durante el parto y el puerperio (hasta el 42º día después del nacimiento). Ocurren a menudo de forma súbita e imprevisible. Entre el 11% y el 17% se producen durante el parto, y entre el 50% y el 71% durante el puerperio (4–8). El hecho de que en el propio parto se concentre un alto nivel

de riesgo y de que muchas defunciones puerperales sean también consecuencia de lo ocurrido en ese momento obliga a centrar la atención en las horas y a veces días que dura el alumbramiento, periodo crítico en el que un acontecimiento feliz puede transformarse de repente en una crisis imprevista. En cambio se tiende a descuidar el puerperio, pese al oneroso tributo de vidas que se cobra (4, 9). La primera semana es la de mayor riesgo. Aproximadamente el 45% de las defunciones maternas puerperales se producen durante las primeras 24 horas, y más de las dos terceras partes durante la primera semana (4). La carga mundial de mortalidad puerperal se acompaña de una cifra elevada que se pasa a menudo por alto: la de mortinatos y de recién nacidos que fallecen.

Las defunciones maternas tienen una amplia gama de causas directas e indirectas. Las debidas a causas indirectas representan el 20% del total mundial. Son consecuencia de enfermedades

Figura 4.1 Causas de mortalidad materna^a



^a Total superior al 100% por efecto del redondeo.

(preexistentes o concomitantes) que, sin ser complicaciones del embarazo, lo complican o se ven agravadas por él, como la malaria, la anemia, la infección por el VIH/SIDA y las enfermedades cardiovasculares. La participación de estas causas en la mortalidad materna varía de unos países a otros según el contexto epidemiológico y la eficacia de los sistemas sanitarios para responder a ellas (10).

La gran mayoría de las defunciones maternas son imputables a causas directas. Se deben a complicaciones del embarazo y el parto o a intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o acontecimientos derivados de dichas complicaciones, incluidas las de los abortos (peligrosos). Las otras cuatro causas directas principales son las hemorragias, las infecciones, la eclampsia y el parto obstruido (véase la figura 4.1). Las cifras de mortalidad materna dependen de que estas complicaciones se traten de forma adecuada y oportuna (10).

La causa más frecuente de muerte materna es la hemorragia grave, un factor importante de mortalidad tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados (11, 12). Si no se trata, la hemorragia posparto puede matar incluso a una mujer sana en dos horas. Es el más rápido asesino de las madres. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia. En algunos casos, una maniobra sencilla pero urgente como la extracción manual de la placenta puede resolver el problema. Otras mujeres necesitan una intervención quirúrgica o una transfusión de sangre, y en ambos casos es preciso ingresar a la paciente en un centro con el personal, el equipo y los suministros adecuados. La proporción de madres que necesitan atención hospitalaria depende en cierta medida de la calidad de la atención de primer nivel que se presta a las mujeres; por ejemplo, el manejo activo de la tercera fase del parto reduce la hemorragia posparto. La proporción de madres que mueren depende de que se dispense rápidamente la atención adecuada. La situación en lo que se refiere a la hemorragia posparto podría mejorar si se confirmaran las prometedoras posibilidades de un medicamento, el misopros-til. Es menos eficaz que la oxitocina, pero más barato y más fácil de conservar en condiciones adecuadas, y no es preciso inyectarlo. Por tanto, sigue siendo interesante allí donde las mujeres no tienen acceso a una atención profesional en el momento del

Tabla 4.1 Incidencia mundial de las principales complicaciones del parto

Complicación	Incidencia (% de nacidos vivos)	Número de casos anuales	Tasa de letalidad (%)	Defunciones maternas en 2000	Principales secuelas en las supervivientes	AVAD perdidos (000)
Hemorragia posparto	10,5	13 795 000	1	132 000	Anemia grave	4 418
Sepsis	4,4	5 768 000	1,3	79 000	Infertilidad	6 901
Preeclampsia y eclampsia	3,2	4 152 000	1,7	63 000	No se han evaluado suficientemente	2 231
Parto obstruido	4,6	6 038 000	0,7	42 000	Fístula, incontinencia	2 951

Fuente: (12).

parto. Si otros estudios pudieran demostrar su eficacia en los muchos casos en los que no es posible emplear la oxitocina, el misoprostil salvaría muchas vidas y reduciría el número de mujeres que padecen anemia debido a una hemorragia posparto, y que actualmente suman 1,6 millones anuales.

La segunda causa directa por orden de frecuencia es la sepsis, responsable de la mayoría de las defunciones del puerperio tardío. Durante el siglo XIX, la sepsis puerperal cobró proporciones epidémicas, sobre todo en las maternidades. La implantación de técnicas asépticas redujo espectacularmente su frecuencia en el mundo desarrollado (13). Sin embargo, sigue siendo una amenaza de consideración en muchos países en desarrollo. Una de cada 20 mujeres que dan a luz contrae una infección que ha de ser tratada rápidamente para no causar la muerte o dejar secuelas (14). Cada año, la sepsis puerperal provoca oclusión de las trompas de Falopio e infertilidad a 450 000 mujeres.

Los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia y eclampsia), que se asocian a hipertensión y convulsiones, son responsables del 12% de las defunciones maternas. Suelen producirse durante la gestación, pero también en el parto (15). En el embarazo, cuando la preeclampsia es leve puede mantenerse en observación, pero la transición a preeclampsia grave o a eclampsia exige tratamiento en medio hospitalario.

El parto obstruido, que puede deberse a una desproporción entre la cabeza del feto y la pelvis de la madre o a anomalías de la posición o de la presentación fetal durante el parto, tiene una incidencia diversa: apenas alcanza el 1% en algunas poblaciones, mientras que en otras llega al 20%. Es responsable de aproximadamente el 8% de las defunciones maternas en el mundo, y el niño puede nacer muerto, sufrir asfixia y lesiones cerebrales o morir poco después del parto. Los profesionales experimentados, como las parteras, pueden resolver muchos de estos problemas antes de que el

Recuadro 4.1 Fístula obstétrica: sobrevivir con dignidad

La fístula obstétrica es una lesión catastrófica, y aun así frecuentemente desatendida, que se produce por partos prolongados u obstruidos (en los que además el feto suele nacer muerto). Debido al traumatismo, la pared de la vagina se desgarró y se comunica con la vejiga, el recto o ambos, de tal forma que la mujer evacua continuamente orina o heces por la vagina (16). Sin tratamiento quirúrgico, las consecuencias físicas de la fístula son graves y consisten en incontinencia vaginal, olor fétido, infecciones pélvicas o urinarias frecuentes, dolor, infertilidad y, a menudo, una muerte prematura (16–18). Las consecuencias sociales son enormes: las mujeres con fístula son condenadas al ostracismo y en muchos casos al abandono por parte de sus maridos, familias y comunidades; es frecuente que queden en la indigencia y deban luchar por sobrevivir (19, 20). Para empeorar la situación, muchas de ellas sienten tanta vergüenza que sufren en silencio en lugar de buscar ayuda médica, incluso teniendo acceso a ella.

Esta desastrosa dolencia afecta a más de dos millones de mujeres en el mundo (21). Se estima que cada año se producen entre 50 000 y 100 000 casos nuevos (22), cifra que algunos juzgan inferior a la real (23, 24). La mayoría son mujeres jóvenes o adolescentes. El matrimonio temprano y los partos precoces o repetidos, unidos a la pobreza y la falta de acceso a una atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto, son los principales factores determinantes (25). Las fístulas se producen en las regiones en las que el acceso a la atención obstétrica es limitado o de mala calidad, es decir, fundamentalmente en el África subsahariana y en zonas de Asia meridional (26). Allí donde son más frecuentes, pocos hospitales ofrecen el necesario tratamiento quirúrgico, que no es rentable y para el que en muchos casos los cirujanos y las enfermeras no tienen la preparación adecuada. En 2003, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, junto con la OMS y otros asociados, lanzó una Campaña Mundial para Eliminar la Fístula (27).

Una buena atención obstétrica de primer nivel y de respaldo previene las fístulas, y si aun así se producen, pueden tratarse (28). La desgraciada situación de las mujeres con fístula es un conmovedor recordatorio de que las cuestiones programáticas han de ir más allá de la mera prevención de las defunciones maternas. Las instancias decisorias y los profesionales deben cobrar conciencia de que no se trata de un problema infrecuente, de que las niñas y mujeres que lo padecen necesitan apoyo para acceder al tratamiento, de que hacen falta suficientes médicos y enfermeras capacitados para practicar las intervenciones quirúrgicas reparadoras, y de que las mujeres siguen necesitando apoyo cuando regresan a sus casas después de la intervención. La acción colectiva puede eliminar la fístula y garantizar que las niñas y las mujeres que padecen este desastroso trastorno reciban tratamiento para poder vivir dignamente (29).

parto se obstruya, o saber reconocer un desarrollo lento y enviar a la paciente para una cesárea o un parto instrumental. Las discapacidades asociadas a partos obstruidos que han recibido un tratamiento tardío o insuficiente pueden ser muy importantes tanto en las madres como en los niños (12). Para las primeras, a largo plazo, las secuelas más angustiosas de los partos obstruidos son las fístulas obstétricas (véase el recuadro 4.1).

De los 136 millones de mujeres que dan a luz cada año, unos 20 millones padecen después del parto enfermedades relacionadas con el embarazo (30). La lista de éstas es muy variada, desde fiebre hasta psicosis, y amplio es también por tanto el abanico de respuestas asistenciales necesarias. Para las mujeres que han estado a punto de morir en el parto, recuperarse de una insuficiencia orgánica, de una ruptura uterina, de fístulas y de otras complicaciones graves puede ser un proceso largo y doloroso que les deje secuelas duraderas. También son frecuentes otras enfermedades que no ponen en peligro la vida: en la India, por ejemplo, el 23% de las mujeres notifican problemas de salud en los primeros meses siguientes al parto (31). Algunos son transitorios, pero otros se hacen crónicos. Consisten en incontinencia urinaria, prolapso uterino, dolor tras una mala reparación de una episiotomía o de desgarros perineales, carencias nutricionales, depresión y psicosis puerperal, y mastitis (32) (véase el recuadro 4.2). Sabemos aún menos de estas enfermedades que de las defunciones maternas. Es difícil cuantificarlas debido a los problemas que plantean las definiciones y las insuficiencias de los registros (33). Disponer de más información fiable sobre todas estas enfermedades sería un paso importante hacia una planificación más adecuada de los servicios y una mejor atención perinatal.

Recuadro 4.2 La depresión materna afecta a las madres y los niños

Las mujeres tienen entre dos y tres veces más probabilidades que los hombres de padecer depresión y ansiedad. Las embarazadas y las madres que cuidan de lactantes o niños pequeños son más vulnerables. La depresión durante el embarazo y el año siguiente al parto es un trastorno descrito en todas las culturas. Las tasas varían mucho, pero la media ronda el 10%–15% en los países industrializados. En contra de lo que se pensaba, los países en desarrollo registran tasas aún más elevadas, y ello contribuye en grado considerable a la morbilidad materna. El parasuicidio, que comprende los pensamientos suicidas y las lesiones autoinfligidas, se da hasta en el 20% de las madres del mundo en desarrollo. Se asocia al hecho de verse atrapadas en situaciones intolerables como embarazos no deseados (sobre todo en solteras jóvenes), desplazamientos forzosos como refugiadas o una pobreza sin remedio. El suicidio es la principal causa de mortalidad materna en países tan diversos como el Reino Unido y Viet Nam.

Muchos factores contribuyen a la depresión materna durante el embarazo y después del parto, entre ellos:

- un embarazo no deseado;
- una mala relación con la pareja: por ejemplo, no está disponible durante el parto, ofrece un apoyo práctico o emocional insuficiente, se involucra poco en el cuidado del niño, mantiene unas rígidas expectativas tradicionales respecto a los roles de los sexos, o es coercitivo o violento;
- la falta de apoyo práctico y emocional por parte de la madre o la suegra;
- un apoyo social insuficiente: por ejemplo, no estar vinculada a un grupo de personas afines, tener pocas relaciones de confianza y no contar con ayuda en las crisis;
- la pobreza y la adversidad social: por ejemplo, vivir en condiciones de hacinamiento y carecer de empleo;
- los antecedentes personales de depresión o de hospitalizaciones psiquiátricas;
- los problemas persistentes de salud física;
- la coincidencia de sucesos adversos, como la pérdida de la pareja.

La depresión materna tiene graves consecuencias físicas y psicológicas para los niños. Al margen de otros factores de riesgo, los hijos

de madres deprimidas, y en especial de las que están en situación de desventaja social, tienen un peso significativamente más bajo al nacer, el doble de probabilidades de pesar menos de lo normal a los seis meses y el triple de medir menos de lo normal a los seis meses; su desarrollo cognitivo a largo plazo es significativamente peor, tienen mayores tasas de comportamiento antisocial, hiperactividad y trastornos de la atención, y padecen con más frecuencia problemas emocionales.

Contamos con estrategias terapéuticas eficaces para la depresión, tanto psicológicas como farmacológicas. Sin embargo, en los países industrializados, menos de la mitad de las madres reciben efectivamente estos tratamientos que mejorarían su estado. La situación es mucho peor en los países en desarrollo, en los que llega a darse el caso de que apenas el 5% de las mujeres tengan acceso a ellos. Es importante que los programas de salud materna, neonatal e infantil reconozcan la importancia de estos problemas y ofrezcan apoyo y formación a los agentes de salud para que identifiquen, evalúen y traten a las madres con depresión.

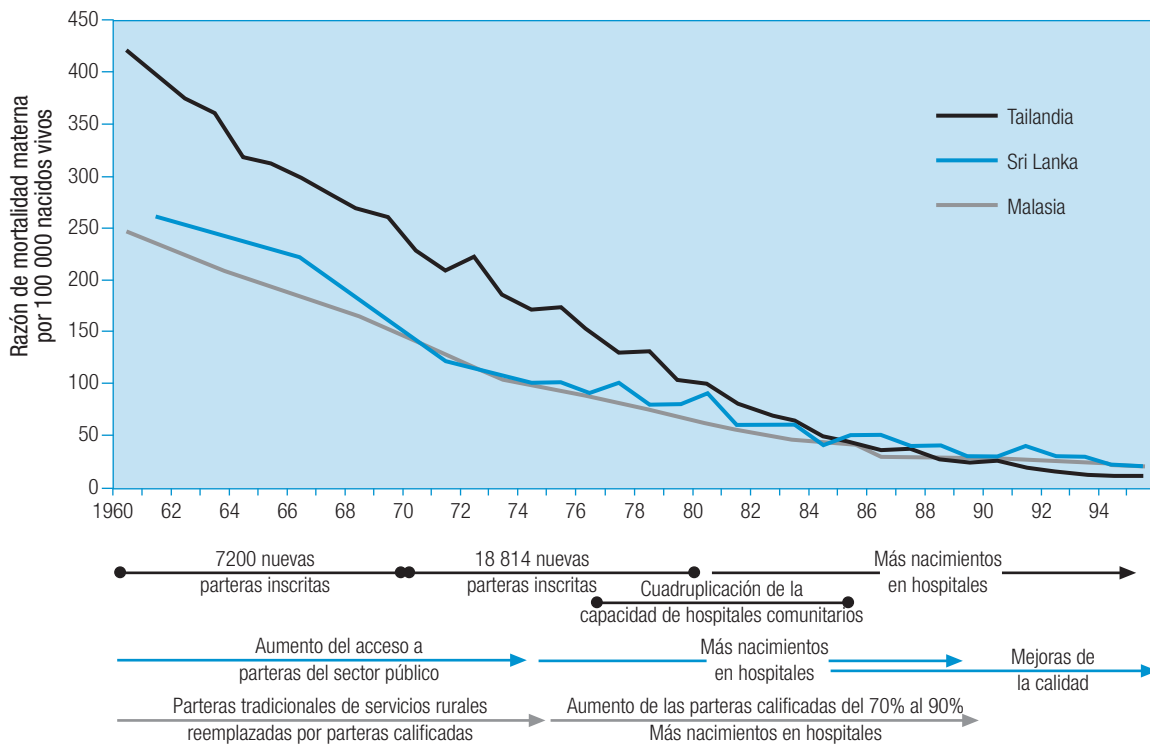
ATENCIÓN PROFESIONAL COMPETENTE: EN EL PARTO Y DESPUÉS DEL PARTO

Dado que las complicaciones son en gran medida imprevisibles y pueden convertirse con rapidez en potencialmente mortales, una atención profesional inmediata y eficaz durante el parto y después de él puede salvar la vida de las mujeres y de sus hijos recién nacidos (34, 35). Tanto la mortalidad materna como la neonatal son bajas en los países en los que las parturientas reciben atención profesional competente, con los equipos, medicamentos y demás suministros necesarios para tratar de forma eficaz y oportuna las complicaciones (10, 34). Los éxitos y los fracasos que jalonan los intentos de reducir la mortalidad materna (también en los países industrializados) demuestran que ésa no es una asociación estadística espuria (3, 36). Los retrocesos de la mortalidad materna y la neonatal en los países en los que los sistemas de salud han quebrado confirman la importancia de la atención.

Éxitos y reveses: su relación con el desarrollo de los sistemas sanitarios

A principios del siglo XX, los países industrializados empezaron a dispensar a las parturientas atención de partería profesional y con ello redujeron a la mitad la mortalidad materna; después de la Segunda Guerra Mundial, mejoraron el acceso a los hospitales y lograron reducirla aún más hasta los mínimos históricos actuales (37). En las últimas décadas, numerosos países en desarrollo han seguido el mismo camino (3). Uno de los ejemplos más tempranos y mejor documentados es el de Sri Lanka, donde las cifras de mortalidad materna, agravadas por la malaria, se mantuvieron bastante por

Figura 4.2 La mortalidad materna desde los años sesenta en Malasia, Sri Lanka y Tailandia



Fuente: (3).

encima de las 1500 defunciones por 100 000 nacimientos en la primera mitad del siglo XX, pese a 20 años de atención prenatal. En este periodo la partería se profesionalizó, pero el acceso a este servicio siguió siendo limitado. A partir de 1947 aproximadamente, las razones de mortalidad empezaron a descender, y ello poco después de que se desarrollaran servicios de salud en el país y se mejorara el acceso (38). En 1975 se situaban ya en 80 a 100 defunciones por 100 000 nacimientos. En los años noventa, descendieron por debajo de 30 gracias a la mejora de los tratamientos y de la calidad, según las series temporales del Ministerio de Salud (36).

También Malasia tiene una larga tradición de partería profesional que se remonta a 1923. La mortalidad materna se redujo de más de 500 defunciones por 100 000 nacimientos a principios de los años cincuenta a aproximadamente 250 en 1960. A partir de entonces, y gracias a la implantación de un programa de salud maternoinfantil, fue prolongándose cada vez más la supervivencia de las madres y los recién nacidos. Se creó un sistema de atención de salud por distritos y se amplió la atención de partería mediante una red de «centros para partos de bajo riesgo» respaldados por una atención de referencia de alta calidad, todo ello con un sistema cerrado e intensivo de aseguramiento de la calidad y por iniciativa de las autoridades del sector público. Estas medidas redujeron la mortalidad materna a menos de 100 defunciones por 100 000 nacimientos en torno a 1975 y a menos de 50 por 100 000 en los años ochenta (36, 39, 40).

Hasta los años sesenta, Tailandia tenía cifras de mortalidad materna bastante superiores a 400 defunciones por 100 000 nacimientos, el equivalente a las del Reino



R.M. Kershbaumer/University of Pennsylvania School of Nursing

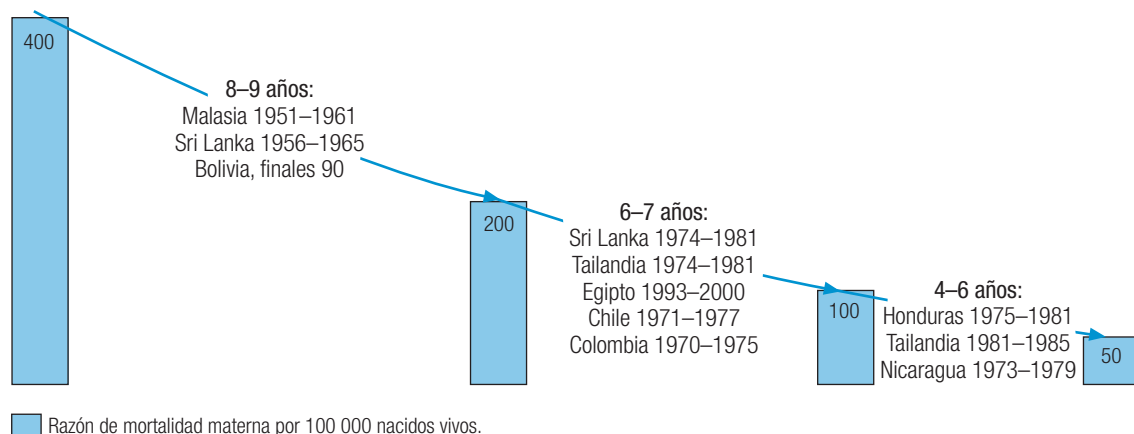
Algunos países están intentando remediar el déficit de parteras. Esta foto de enfermeras parteras diplomadas se tomó el día de su graduación en la Escuela de Enfermería Kamuzu de la Universidad de Malawi.

Unido en 1900 o los Estados Unidos en 1939. Durante la citada década, las parteras tradicionales fueron sustituidas gradualmente por parteras rurales diplomadas, de las que en un periodo de 10 años se inscribieron 7191: la mortalidad descendió hasta 200–250 defunciones por 100 000 nacimientos. Durante los años setenta creció mucho el censo de parteras, con 18 314 nuevas inscritas. Estas profesionales se convirtieron en figuras imprescindibles en muchas aldeas y estaban orgullosas de su situación profesional y social. La mortalidad descendió continuamente, y en 1980 igualó los niveles de Sri Lanka. A partir de ese momento los esfuerzos se dirigieron fundamentalmente a fortalecer y equipar los hospitales de distrito. En 10 años, de 1977 a 1987, el número de camas en hospitales comunitarios pequeños se cuadruplicó (pasó de 2540 a 10 800) y el número de médicos en estos distritos aumentó de unos pocos cientos a 1339. En 1990 ya se había alcanzado una razón de mortalidad materna inferior a 50 por 100 000 nacimientos (véase la figura 4.2).

En fechas más recientes, Egipto redujo su mortalidad materna en más del 50% en ocho años, de 174 en 1993 a 84 por 100 000 nacidos vivos en 2000: gracias a importantes esfuerzos dirigidos a reducir los riesgos de la maternidad, la proporción de partos atendidos por un médico o una enfermera se duplicó y el acceso a la atención obstétrica de urgencia mejoró (41). Entre 1990 y 1997, Honduras abrió y dotó siete hospitales de referencia y 226 centros de salud rurales, e incrementó el número de agentes de atención de salud y de parteras calificadas, con lo que logró reducir la mortalidad materna de 182 a 108 por 100 000 (42).

Estos ejemplos demuestran que las iniciativas y los esfuerzos a largo plazo encaminados a dispensar una atención profesional competente en el parto dan buenos resultados; por desgracia, también lo contrario es cierto. Cuando se interrumpe el acceso a una atención competente pueden aumentar rápidamente los resultados sanitarios desfavorables, como ha ocurrido en Malawi y Mongolia (véase el capítulo 1). También en Tayikistán, las convulsiones económicas que siguieron a la fragmentación de la Unión Soviética y a la recién conquistada independencia en 1991, agravadas por la guerra civil, acarrearón una erosión alarmante de la capacidad del sistema sanitario para proporcionar una atención accesible y un aumento espectacular de la

Figura 4.3 Número de años requeridos para reducir la mortalidad materna a la mitad en algunos países



proporción de mujeres que dieron a luz en el domicilio sin asistencia calificada, que se multiplicó por 10 (43). Como consecuencia de todo ello, las razones de mortalidad materna crecieron. Algo similar ocurrió en el Iraq, donde las sanciones de los años noventa afectaron gravemente a unos servicios de atención de salud que hasta entonces funcionaban bien, por lo que las razones de mortalidad materna pasaron de 50 por 100 000 en 1989 a 117 por 100 000 en 1997, y alcanzaron las 294 defunciones por 100 000 en las zonas central y meridional del país (44). El Iraq experimentó también un incremento masivo de la mortalidad neonatal durante este periodo: de 25 a 59 por 1000 entre 1995 y 2000.

La buena noticia es que los países que hacen un esfuerzo deliberado para dispensar una atención obstétrica profesional basada en parteras y otros asistentes de parte-ría competentes, y respaldada por hospitales, pueden mejorar espectacularmente la supervivencia materna. Como muestra la figura 4.3, estas iniciativas llevan tiempo y, sobre todo a niveles altos, las dificultades para medir la evolución de la mortalidad materna pueden poner en peligro el sostenimiento del necesario compromiso.

Atención calificada: la división del trabajo a examen

Los países que han logrado reducir los riesgos de la maternidad tienen tres cosas en común. En primer lugar, los responsables de políticas y los gestores estaban bien informados: eran conscientes de que tenían un problema, sabían que se le podía hacer frente y decidieron actuar basándose en esa información. En segundo lugar, optaron por una estrategia de sentido común que resultó ser la correcta: consistía en dispensar a todas las embarazadas no sólo atención prenatal, sino también asistencia profesional durante y después del parto por parte de parteras, enfermeras obstétricas o médicos competentes, respaldados por la atención hospitalaria. En tercer lugar, se

Recuadro 4.3 Los decepcionantes resultados del reconocimiento prenatal en la predicción de los partos de alto riesgo

El reconocimiento prenatal tiene una larga historia que se remonta al primer comité de expertos de la OMS sobre maternidad, a principios de los años cincuenta (45). La idea era de una sencillez cautivadora: si se lograra persuadir a todas las mujeres para que acudieran a los servicios de atención prenatal, podrían llevarse a cabo exámenes para determinar cuáles tienen un alto riesgo de complicaciones, y a ellas se les podría ofrecer atención suplementaria. Aunque ya en 1932 había pruebas de que el reconocimiento prenatal no era muy eficaz (46, 47), los sistemas de valoración del riesgo se exportaron a los países en desarrollo. No tardaron en incitar la aceptación general (48–51) y durante los años setenta y ochenta se erigieron en doctrina prevalente bajo la denominación de «enfoque de riesgo» (52, 53). Este enfoque fue durante muchos años un componente básico de las estrategias en pro de una maternidad sin riesgo. Las agencias internacionales para

el desarrollo dedicaron recursos y esfuerzos a campañas de información, educación y comunicación encaminadas a lograr que las comunidades acordaran un mínimo de una visita prenatal para todas las embarazadas, con objeto de identificar a las que tuvieran riesgo de complicaciones y a las que no lo tuvieran. A las primeras se les indicaba que debían dar a luz en un establecimiento de salud, mientras que con las segundas no se tomaba ninguna otra medida.

A principios de los ochenta surgieron los primeros datos que ponían en duda la costo-eficacia del reconocimiento prenatal como método para reducir la mortalidad materna (52). Se empezaron a cuestionar las nociones aceptadas (54) y fue afianzándose el criterio de que la ineficacia de la atención prenatal «en cuanto programa de cribado general no sólo la convierte en menos de lo que afirmaba ser, sino que ni siquiera expresa lo que es» (55). Seis

años después se pudo afirmar claramente que «por muchos reconocimientos que se hagan, no permitirán distinguir entre las mujeres que necesitarán atención de urgencia y las que no la necesitarán» (56). En efecto, la mayoría de las mujeres en las que surgen complicaciones tienen pocos o ningún factor de riesgo, y la mayoría de las que los tienen pasan por embarazos y partos sin incidencias. El informe Rooney de 1992 inclinó oficialmente la balanza hacia el escepticismo (57). La atención prenatal es importante para mejorar la salud materno-infantil, pero no como estrategia aislada y tampoco como instrumento de cribado. Por otra parte, para garantizar unos partos sin riesgo es preciso que en todos ellos se disponga de atención profesional calificada, incluso en los que, según los criterios de los años ochenta, no se consideren de riesgo.

aseguraron de que toda la población tuviera acceso económico y geográfico a estos servicios (3). Cuando falta información y el compromiso es vacilante, cuando se opta por estrategias distintas de la profesionalización de la atención obstétrica (véase el recuadro 4.4) o cuando no se logra el acceso universal, los buenos resultados se demoran. Esto explica por qué en los años treinta los Estados Unidos estaban tan atrasados con respecto a varios países europeos y por qué hoy día muchos países en desarrollo tienen aún cifras de mortalidad materna sorprendentemente altas (3).

Dispensar una atención competente durante y después del parto y tratar las complicaciones es una cuestión de sentido común, y es también lo que las madres y sus familias solicitan. Llevarlo a la práctica es un desafío que muchos países todavía no han podido afrontar. No les ha ayudado la confusa terminología técnica utilizada por la comunidad internacional para designar los servicios que deben dispensar los «profesionales calificados» (que pueden ser médicos, enfermeras o parteras), a saber,

Recuadro 4.4 Las parteras tradicionales: otra decepción

En los años setenta se generalizó la formación de las parteras tradicionales con el propósito de mejorar los servicios obstétricos en los ámbitos en los que faltara personal sanitario profesional para dispensar asistencia de maternidad, y allí donde los hospitales no dispusieran de camas o de personal suficiente para que todas las mujeres pudieran dar a luz en ellos. Estas parteras ya existían y atendían a las parturientas (generalmente en zonas rurales), eran accesibles y aceptables desde el punto de vista cultural, e influían en las decisiones de las mujeres respecto al uso de los servicios de salud. Se consideró que formarlas en los métodos modernos de alumbramiento era una nueva forma de progresar. En realidad, el análisis no era nuevo; algunos países ya habían empezado a aplicar esta estrategia muchos años antes: en 1921 en el Sudán, y a principios de los cincuenta en la India, Tailandia y Filipinas (58, 59).

En 1970, un seminario interregional celebrado en Malasia y organizado por la OMS recomendó llevar a cabo un amplio estudio internacional de las modalidades de asistencia al embarazo y el parto, incluida la partería tradicional, para mejorar la planificación de los programas de salud materna (60). El estudio aconsejó elaborar, con destino a los países, unas directrices sobre la formación y el empleo de las parteras tradicionales. La movilización de las comunidades era un elemento básico de la estrategia de atención primaria de finales de los setenta, por lo que esta idea encajaba en los objetivos del movimiento (61). Se formó a decenas de miles de parteras tradicionales, principalmente en Asia y América Latina, pero también en África (62). Incluso se confiaba en

que pudieran dirigir consultorios de atención prenatal (63–65) y se integraran en el sistema de atención de salud como personal sanitario (66, 67).

La OMS siguió alentando esta estrategia hasta mediados de los ochenta, pero algunos especialistas empezaron a cuestionar su eficacia. Los datos demostraron que la formación de las parteras tradicionales había repercutido poco en la mortalidad materna. Puede mejorar los «conocimientos» y la «actitud», y asociarse a reducciones pequeñas, aunque significativas, de la mortalidad perinatal y la asfixia durante el parto, pero no hay elementos que prueben que esta formación es costoeficaz (68). Al contrario, se ha constatado que la medida más eficaz es dispensar atención profesional calificada, incluida la posibilidad de acudir a un hospital bien equipado en caso necesario (69–73).

En la mayoría de los ámbitos es poco realista suponer que un curso de formación pueda tener algún efecto en la mortalidad materna. Se han subestimado algunos factores importantes. En primer lugar, la función, los conocimientos y la experiencia de las parteras tradicionales varía mucho de unas regiones a otras, e incluso dentro de un mismo país. No es, pues, técnicamente válido elaborar una estrategia general de formación sin tener en cuenta estas diferencias. En respuesta, sus defensores sostienen que el fallo no reside en la estrategia en sí, sino en la falta de supervisión y apoyo, que le ha restado eficacia (59, 74). Sin embargo, las parteras tradicionales necesitan mucha más supervisión que los especialistas en obstetricia o las comadronas profesionales, por lo que dicha supervisión no sería sostenible en situa-

ciones en las que los profesionales sanitarios no disponen ni de tiempo ni de recursos para llevarla a cabo.

Un segundo problema es cualitativo: no está claro qué se les debería enseñar a las parteras tradicionales. Para modificar su forma de actuar es necesario comprenderla, algo que raras veces se ha sugerido (75). Aun cuando fuera posible cambiar algunos de los componentes de los conocimientos tradicionales, ello podría «desestabilizar» el conjunto. El rol social de las parteras tradicionales, como el de los curanderos, está profundamente enraizado en la cultura local. No se reduce a dispensar asistencia para una afección determinada: lo abarca todo y reinterpreta el padecimiento de la paciente en su contexto cultural (76). Los defensores de la estrategia de formación de las parteras tradicionales no han tenido presente la enorme brecha cultural que separa a los métodos asistenciales modernos de las actividades de las parteras tradicionales.

Por último, mientras que algunos especialistas confían en que las parteras tradicionales ayuden al menos a persuadir a las mujeres con complicaciones para que acudan a los hospitales (63, 65, 77), otros señalan exactamente lo contrario, es decir, que las parteras tienden a demorar la partida al hospital e incluso a disuadir deliberadamente a las mujeres de acudir a él (78, 79).

Se está generalizando la impresión de que la estrategia ha sido un fracaso. Habremos tardado más de 20 años en darnos cuenta de ello y, a la postre, quién sabe si el dinero gastado no se habría empleado mejor en formar a parteras profesionales.

Tabla 4.2 Características básicas de la atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo

	Atención materna y neonatal de primer nivel	Atención materna y neonatal de apoyo
Característica definitoria	Cercana al cliente: desmedicalizada, pero profesional	Plataforma técnica del nivel de referencia
¿Para quién?	Para todas las madres y los recién nacidos	Para las madres y los recién nacidos con problemas que la atención de primer nivel no puede resolver
¿Por quién?	Lo ideal es que sean parteras, o bien médicos o enfermeras si tienen la formación y la experiencia adecuadas	Lo ideal es que sea un equipo integrado por ginecólogos-obstetras y pediatras, o bien por médicos o técnicos de nivel medio con la preparación adecuada
¿Dónde?	Preferiblemente en instalaciones dirigidas por parteras; también en todos los hospitales con salas de maternidad	En todos los hospitales

Nota: Respecto a las intervenciones recomendadas, véase: *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003; *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003; *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

BEOC, CEOC, BEmOC, CEmOC, EOC,¹ etc., y para quienes la división de tareas entre estas diversas siglas a menudo no está clara. La confusión radica en parte en la distinción entre atención «básica» y atención «integral», concebida originalmente como un instrumento para el seguimiento de los servicios, no como una descripción de quién puede prestar asistencia a quién en una situación determinada. Los acrónimos son aún más desconcertantes debido a la distinción, todavía controvertida, entre atención «esencial» y atención «de urgencia». Es hora de clarificar estas cuestiones.

Una atención cercana a las mujeres... y segura

Todos los recién nacidos y las madres deben recibir una atención competente y profesional durante y después del parto, no sólo los que corren especial riesgo de presentar complicaciones. Los rituales que rodean al parto tienen su valor, así como el hecho de mantenerlos como un elemento básico de la vida familiar. Es lógico, pues, que se necesite y se demande una atención cercana a los hogares y las formas de vida de las personas, y cercana también a sus costumbres en lo relativo al alumbramiento, pero que al mismo tiempo sea segura y dispensada por un profesional competente que sepa actuar de inmediato cuando sobrevengan complicaciones en gran medida imprevisibles. Los rasgos definitorios del tipo de atención que se necesita son los siguientes: debe ser capaz de responder a las necesidades, accesible en todos los aspectos y dispensada de manera competente a todas las madres por parteras o

¹Basic Essential Obstetric Care (atención obstétrica esencial básica), Comprehensive Essential Obstetric Care (atención obstétrica esencial integral), Basic Emergency Obstetric Care (atención obstétrica de urgencia básica), Comprehensive Emergency Obstetric Care (atención obstétrica de urgencia integral), Emergency Obstetric Care (atención obstétrica de urgencia).

personas con una capacitación equivalente, provistas de los medios necesarios y en el entorno adecuado. Este nivel asistencial se conoce acertadamente como atención «de primer nivel». Denominarla «básica», «primaria» o «sistemática» supondría infravalorar su complejidad y la capacitación necesaria para atender situaciones que de forma súbita e inesperada pueden convertirse en potencialmente mortales. En la tabla 4.2 se resumen las características básicas de la atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo.

En las directrices publicadas (véase la tabla 4.2) se describe ampliamente el conjunto de intervenciones recomendadas, fruto de un consenso internacional. La mayoría de ellas, como la vigilancia del desarrollo del parto, el apoyo psicológico, el inicio de la lactancia y otras, deben aplicarse en todas las madres y los recién nacidos y en todas las circunstancias. Otros componentes del conjunto, como la extracción manual de la placenta o la reanimación del recién nacido, sólo se necesitan cuando la situación lo exige. No obstante, es crucial que todas las intervenciones del conjunto estén a la inmediata disposición de todas las madres y los recién nacidos en cada alumbramiento.

Estas intervenciones sólo pueden dispensarlas profesionales en posesión de una serie de conocimientos prácticos y competencias integrados y a quienes se denomina de forma abreviada «asistentes de partería calificados». Es fundamental que dichos conocimientos prácticos y competencias superen un umbral: no basta con una calificación parcial, como estar capacitado únicamente para atender los partos considerados normales. «Cualquiera puede traer al mundo un niño», siempre y cuando nada se tuerza; pero en cuanto surja una complicación, una situación difícil de prever, se necesitará un nivel muy alto de conocimientos prácticos y competencias para identificar el problema y tomar las decisiones adecuadas. Optar por una intervención errónea

Recuadro 4.5 Formar al personal sanitario para un ejercicio profesional eficaz y sin riesgo

Se dispone de pocos datos respecto a los mejores métodos o modelos de formación prelaboral orientada a preparar a los profesionales para sus futuras funciones y responsabilidades. El material sobre formación de personal en ejercicio con miras a reducir la denominada «brecha teórico-práctica» es más abundante, pero incluso en este segundo caso hay pocos indicios de que los millones de dólares gastados en actualizar y mejorar los conocimientos prácticos se traduzcan en mejores resultados.

La formación prelaboral teórico-práctica es a menudo una continuación de las prácticas locales anteriores y varía mucho de unos lugares a otros. En la Región de Asia Sudoriental, por ejemplo, todos los programas de formación prelaboral para enfermeras, enfermeras de partería y parteras que dispensan atención materna tienen como objetivos los mismos conocimientos prácticos. Sin embargo, su duración difiere considerablemente, desde apenas tres meses hasta 48 meses (con una mediana de 24). También se dan diferencias

considerables en otras regiones. La experiencia demuestra que las revisiones de los programas de formación rara vez determinan grandes cambios en los criterios de ingreso o en el equilibrio entre teoría y práctica. Por lo general, tienden a ampliar el programa: se incrementa el contenido y se prolonga el periodo de formación prelaboral por cuestiones relacionadas con el grado académico o el traspaso de responsabilidades entre los ministerios de salud y de educación.

La evidencia disponible es demasiado endeble para basar en ella recomendaciones específicas sobre la duración y el contenido óptimos de la formación prelaboral. No obstante, todavía no hay ejemplos de resultados satisfactorios con modelos basados en la incorporación de temas de partería a un programa general de enfermería de tres años, incluso cuando se exigen más de 10 años de educación general para cursarlo. Tampoco hay ejemplos de resultados satisfactorios con programas de estudios en los que se exigen 10 años o

menos de educación general, incluso cuando éstos van seguidos de tres años de enfermería básica y uno de formación en partería. Hay dos fórmulas para las que se han documentado resultados satisfactorios en algunos contextos. La primera es la formación de enfermeras parteras, para la que se exigen más de 10 años de educación general y que consiste en tres años de formación en enfermería y de uno a dos años en partería. Esta fórmula ha dado buenos resultados en Australia, Botswana, Kenya, el Reino Unido, el Senegal y Suecia. La segunda fórmula es la formación directa en partería: tres años de formación teórico-práctica especializada en partería después de más de 10 años de educación general. Ha tenido éxito en el Canadá, Indonesia y el Reino Unido. La conclusión provisional es que alcanzar el mínimo de conocimientos prácticos que permite a una partera o a una enfermera partera trabajar de forma autónoma exige una inversión considerable en formación básica de alto nivel.

o vacilar demasiado tiempo antes de actuar o de derivar a la mujer en el momento oportuno y de la forma adecuada puede tener consecuencias desastrosas.

El prototipo de asistente de partería calificado es la partera diplomada. Otras opciones menos costoeficaces son las enfermeras parteras y los médicos, siempre y cuando hayan recibido formación específica para este tipo de trabajo (condición que en la mayoría de los casos no se cumple, al menos en grado suficiente). Los ginecólogos-obstetras, de los que hay gran escasez en los países en situación de estancamiento o de retroceso, suelen estar perfectamente capacitados para dispensar atención de primer nivel, aunque resultan menos costoeficaces y son más apropiados para la atención de apoyo en centros de referencia. No hay pruebas de que personal de menor nivel o personas no profesionales puedan hacer frente al complejo proceso de toma de decisiones requerido cuando se producen complicaciones en el parto (véase el recuadro 4.5).

Dispensar atención de primer nivel y cercana al cliente a las madres y los recién nacidos no consiste sólo en «atender partos normales». Esta atención tiene tres funciones. La primera es garantizar que el alumbramiento se produzca en las mejores circunstancias posibles, y ello mediante el establecimiento de una relación personal entre la embarazada y el profesional. La segunda función es resolver las complicaciones a medida que surjan, evitando que se agraven y se conviertan en urgencias potencialmente mortales. La tercera es responder a estas últimas cuando se produzcan, ya sea directamente o solicitando una atención de referencia que debe estar disponible como apoyo.

Así pues, en contra de lo que cabría suponer ante la importancia otorgada actualmente a la atención hospitalaria de urgencia que salva vidas, la atención materna y neonatal de primer nivel no se reduce a una atención sistemática sin incidencias. Y es que esa asistencia también salva vidas y atiende urgencias, porque trata los trastornos antes de que se conviertan en potencialmente mortales (como en el caso de la anemia) y previene las complicaciones (mediante el manejo activo de la tercera fase del parto, por ejemplo). Las parteras y demás profesionales con conocimientos prácticos de partería también hacen frente a diversas situaciones de urgencia en el punto de asistencia; por ejemplo, pueden recurrir a la extracción con ventosa en caso de sufrimiento fetal, o enviar urgentemente a la madre para que se le practique una cesárea o se le dispense otro tipo de atención de apoyo. Lo que es específico de la atención de primer nivel es que se desarrolla en un entorno en el que la mujer se siente cómoda con lo que le rodea y se abordan de forma positiva el temor y el dolor que acompañan al parto.

Por tanto, en el primer nivel, la atención materna y neonatal dispensa todo un conjunto de medidas asistenciales que pueden mejorar mucho los resultados de salud de las madres y los recién nacidos. La experiencia demuestra que, incluso en ausencia de hospitales, la atención materna y neonatal de primer nivel puede reducir la mortalidad materna a menos de 200 defunciones por 100 000 – incluso hasta 90 por 100 000 en circunstancias óptimas (37). Está claro que no sirve de mucho comparar los partos normales sin incidencias con la atención hospitalaria de urgencia que salva vidas.

La atención materna y neonatal de primer nivel debería organizarse preferiblemente en torno a maternidades dirigidas por parteras y que aunaran la proximidad cultural en un entorno no medicalizado y una atención profesional competente, dotada de los equipos necesarios y con la posibilidad de realizar traslados de urgencia. Naturalmente, la descentralización con miras a facilitar el acceso tiene su contrapeso en la necesidad de concentrar al personal y los equipos necesarios para que estén disponibles 24 horas al día, algo que se consigue más fácilmente en maternidades con un equipo

de varios asistentes de partería competentes que en consultorios individuales. Todo hospital con servicio de maternidad deberá, claro está, dispensar atención de primer nivel a todas las madres y recién nacidos ingresados, así como atención de apoyo, que es el valor añadido del hospital. Sin embargo, incluso dentro de los muros de un hospital, la atención de primer nivel debe mantener las características de desmedicalización y cercanía al cliente de las maternidades dirigidas por parteras.

Un apoyo en caso de complicaciones

En un mundo ideal, la atención materna y neonatal de primer nivel comprendería todas las intervenciones útiles, incluidas las que salvan vidas. Esto naturalmente no es posible, ya que exigiría un quirófano en cada aldea, y aquí es donde entra en juego la atención de apoyo ofrecida por los hospitales, que permite asistir a la minoría de mujeres y recién nacidos con problemas que requieren intervenciones más complejas. El personal sanitario que dispensa la atención de primer nivel necesita apoyo cuando surge un problema que no puede resolver porque supera sus competencias o los medios a su alcance. Las madres necesitan esta atención de apoyo para resolver su problema y las parteras (o sus equivalentes) necesitan poder confiar en una atención de apoyo para sus clientas y para mantener su credibilidad. Toda mujer embarazada debe tener la seguridad de que, si las cosas se complican, su partera resolverá el problema o la trasladará a un lugar en el que podrán hacerlo.

La atención materna y neonatal de apoyo abarca tanto urgencias (como una histerectomía por ruptura uterina o el tratamiento del tétanos o la meningitis neonatales) como intervenciones no urgentes (por ejemplo el tratamiento de la sífilis congénita). El criterio de considerar una intervención como parte de la atención de apoyo, y no de la de primer nivel, no es si la complicación es peligrosa, potencialmente mortal o urgente, sino su complejidad. En caso de que sea técnicamente factible llevar a cabo una determinada intervención en el primer nivel, debe formar parte del conjunto de intervenciones de la atención materna y neonatal de dicho nivel.

Lo ideal es que la atención de apoyo se dispense en un hospital con médicos (especialistas, médicos generales calificados o técnicos de nivel medio con los conocimientos prácticos pertinentes) que puedan tratar a las madres que padezcan problemas demasiado complejos para los proveedores de primer nivel. Salvar vidas exige que el personal y los equipos necesarios estén disponibles 24 horas al día y que los vínculos entre los dos niveles asistenciales sean sólidos. Para reducir los riesgos y los costos de las intervenciones médicas y a la vez ofrecer un entorno asistencial humanizado y capaz de responder a las necesidades, conviene evitar la sobremedicalización, considerada a menudo como un signo de mercantilización de la atención de salud.

Despliegue simultáneo de los servicios

La atención materna y neonatal de primer nivel y los servicios de los hospitales de referencia encargados de la atención de apoyo deben desplegarse en paralelo. En los países industrializados, y también en otros como Malasia, Sri Lanka y Tailandia, la atención de partería de primer nivel se instauró antes de contar con la atención hospitalaria de apoyo. Tratar de repetir esa secuencia hoy día sería inadmisibles, para las autoridades, para la clase médica y, sobre todo, para los clientes. Sin embargo, tampoco sería aceptable invertirla, es decir, desarrollar sólo servicios hospitalario de urgencia, sin una red de primer nivel. Esto es lo que ocurre ahora en muchos países, lo que significa dejar que numerosos problemas y complicaciones degeneren en situaciones urgentes y potencialmente mortales que podrían evitarse.

El desafío del despliegue simultáneo presenta sorprendentes similitudes con el que llevó al movimiento de atención primaria a optar por los distritos sanitarios, que disponen de centros de salud y de un hospital de distrito vinculados por mecanismos de envío de pacientes y organizados para garantizar la continuidad asistencial. Ningún otro programa depende tanto del desarrollo de la atención basada en distritos sanitarios como la ampliación de la cobertura de los servicios de atención materna y neonatal.

La atención puerperal es igual de importante

La necesidad de atención en el puerperio inmediato goza de reconocimiento general, pero es frecuente que la del puerperio tardío se descuide o se olvide por completo. En muchos países de ingresos bajos, en particular aquellos con un porcentaje de partos en centros sanitarios ya bastante elevado o en aumento, es frecuente que las madres sean dadas de alta menos de 24 horas después del parto (34); sin embargo, más de la mitad de las defunciones maternas se producen después de ese plazo, al igual que muchas de las neonatales. Pese a la carga de morbilidad de este periodo, en los países en desarrollo el grado de utilización de la atención puerperal suele ser sumamente bajo: por lo general no llega a la mitad del correspondiente a la atención prenatal u obstétrica (80).

Las mujeres no toman decisiones de búsqueda de atención sanitaria, y probablemente en muchos casos no pueden hacerlo, ni siquiera cuando saben que padecen una afección potencialmente mortal. En muchas de ellas la pobreza se suma a las restricciones culturales para tejer a su alrededor una «cortina social» que los servicios de salud no atraviesan (81). Allí donde la mayoría de los partos se producen en el hogar, puede suceder que no se disponga de atención puerperal o que las mujeres no conozcan su existencia. Muchos proveedores de servicios y muchas familias se centran en el bienestar del recién nacido y no son conscientes o capaces de evaluar la magnitud de las complicaciones de la madre, como la hemorragia posparto (82).

En los lugares en los que los partos tienen lugar bajo supervisión profesional, ya sea en el domicilio o en un establecimiento de salud, por lo general está previsto que las mujeres acudan a un servicio de salud para una revisión puerperal seis semanas después del parto, lo cual es claramente insuficiente para ser eficaz. Además, estas revisiones las realizan a menudo otras personas en lugares distintos de los servicios de partería. Muchas mujeres no acuden porque no saben que disponen de ese servicio, porque piensan que no les reporta ningún beneficio o porque los costos de oportunidad son excesivos (83–85). El propio personal sanitario puede no sentirse habilitado o capacitado para llevar a cabo intervenciones de atención puerperal (86). Excepto en algunos países, como Sri Lanka, las tasas de visitas posnatales de las madres son bajas y se distribuyen de forma desigual. Es frecuente que las estructuras existentes no estén totalmente adaptadas a las necesidades de las mujeres pobres que necesitan una mejor atención de primer nivel y también centros de apoyo a los que puedan llegar fácilmente para el tratamiento de las complicaciones. En la mayor parte de las zonas hay una grave escasez de profesionales sanitarios formados con capacidad suficiente para diagnosticar y tratar estos problemas o para remitirlos a otros servicios.

Existen directrices para la atención puerperal (87). Pueden aplicarlas las parteras, pero también profesionales polivalentes, de los que suele haber menos escasez. Lo que se necesita ahora es plantearse en términos pragmáticos su aplicación en los entornos con pocos recursos y prestar más atención al traspaso de responsabilidades entre los encargados de atender a la madre y al niño en el parto y quienes garantizan la continuidad de la asistencia ulterior.

Referencias

1. Murray CJL, Lopez AD. Quantifying the health risks of sex and reproduction: implications of alternative definitions. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):1–17.
2. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
3. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amberes, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:7–33).
4. Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1996, 54:1–10.
5. Alauddin M. Maternal mortality in rural Bangladesh: the Tangail District. *Studies in Family Planning*, 1986, 17:13–21.
6. Bhatia JC. Levels and causes of maternal mortality in southern India. *Studies in Family Planning*, 1993, 24:310–318.
7. Koenig MA, Fauveau V, Chowdhury AI, Chakraborty J, Khan MA. Maternal mortality in Matlab, Bangladesh: 1976–85. *Studies in Family Planning*, 1988, 19:69–80.
8. MacLeod J, Rhode R. Retrospective follow-up of maternal deaths and their associated risk factors in a rural district of Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:130–137.
9. Kilaru A, Matthews Z, Mahendra S, Ramakrishna J, Ganapathy S. 'She has a tender body': postpartum care and care-seeking in rural south India. In: Unnithan M, ed. *Reproductive agency, medicine, and the state*. Oxford, Berghahn Press, 2004.
10. *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999.
11. AbouZahr C. Antepartum and postpartum haemorrhage. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):165–189.
12. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. In: Rodeck C. *Reducing maternal death and disability in pregnancy*. Oxford, Oxford University Press, 2003:1–11.
13. Adriaanse AH, Pel M, Bleker OP. Semmelweis: the combat against puerperal fever. *European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology*, 2000, 90:153–158.
14. AbouZahr C, Aahman E, Guidotti R. Puerperal sepsis and other puerperal infections. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):191–217.
15. AbouZahr C, Guidotti R. Hypertensive disorders of pregnancy. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):219–241.
16. Arrowsmith SD, Hamlin EC, Wall LL. Obstructed labour injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity or maternal birth trauma in the developing world. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1996, 51:658–574.
17. Wall LL. Dead mothers and injured wives: the social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in Family Planning*, 1998, 29: 341–359.
18. Faces of dignity: seven stories of girls and women with fistula. Dar es Salaam, Women's Dignity Project, 2003.

19. Murphy M. Social Consequences of vesicovaginal fistulae in northern Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 1981, 13:139–150.
20. Kelly J, Kwast BE. Epidemiological study of vesicovaginal fistulas in Ethiopia. *International Urogynecology Journal*, 1993, 4:278–281.
21. Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III).
22. *Obstetric fistula needs assessment report: findings from nine African countries*. Nueva York, NY, Fondo de Población de las Naciones Unidas/EngenderHealth, 2003.
23. Vangeenderhuysen C, Prual A, Ould el Joud D. Obstetric Fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001, 73:65–66.
24. Donney F, Weil L. Obstetric fistula: the international response. *Lancet*, 2004, 363:6161.
25. Wall LL, Karshima J, Kirschner C, Arrowsmith SD. The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 190:1011–1019.
26. Rasheed AH. *Journeys and voices: a collection of excerpts. Obstetric fistula: a sociomedical problem in Morocco 1988–1993. Journey and voices*. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, 2004 (http://web.idrc.ca/en/ev-67414-201-1-DO_TOPIC.html, visitado el 20 de enero de 2005).
27. *Campaign to end fistula*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004 (www.unfpa.org/fistula, visitado el 20 de enero de 2005).
28. Cook RJ, Dickens BM, Syed S. Obstetric fistula: the challenge to human rights. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2004, 87:72–77.
29. *Women's dignity project* (www.womensdignity.org, visitado el 20 de enero de 2005).
30. Neilson JP, Lavender T, Quenby S, Wray S. Obstructed labour. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:191–204.
31. Bhatia JC, Cleland J. Obstetric morbidity in South India: results from a community survey. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1507–1516.
32. *Postpartum care of the mother and the newborn: a practical guide*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (WHO/RHT/MSM.98.3).
33. Fortney JA, Smith JB. Measuring maternal morbidity. In: Berer M, Ravindran TKS. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford, Blackwell Science, 1999:43–50.
34. Graham W, Bell J, Bullough CH. Can skilled attendance at delivery reduce maternal morbidity in developing countries? In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amheres, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:91–131).
35. Kowalewski M, Jahn A. *Health professionals for maternity services: experiences on covering the population with quality maternal care*. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amheres, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:131–150).
36. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, de Silva A et al. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003.
37. Loudon I. *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800–1950*. Oxford, Clarendon Press, 1992.
38. Seneviratne HR, Rajapaksa LC. Safe motherhood in Sri Lanka: a 100-year march. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2000, 70:113–124.
39. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organización de la asistencia obstétrica: opciones eficaces para una maternidad sin riesgo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos, 1999, 1: 116-123.
40. Suleiman AB, Mathews A, Jegasothy R, Ali R, Kandiah N. A strategy for reducing maternal mortality. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:190–193 (resumen en español).
41. *Maternal Mortality Study 2000*. El Cairo, Ministerio de la Salud y la Población, 2001.
42. Danel I. *Maternal mortality reduction, Honduras, 1990–1997: a case-study*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1998.

43. Falkingham J. Inequality and Changes in Women's Use of Maternal Health-care Services in Tajikistan. *Studies in Family Planning*, 2003, 34:32–43.
44. *Situation analysis of children and women in Iraq*. Nueva York, NY, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998.
45. *Expert Committee on Maternity Care: first report. A preliminary survey*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1952 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 51).
46. Browne FJ. Antenatal care and maternal mortality. *Lancet*, 1932, 220:1–4.
47. Reynolds F. Maternal mortality. *Lancet*, 1934, 224:1474–1476.
48. Lawson B, Stewart DB. *Obstetrics and gynaecology in the tropics and developing countries*. Londres, Edward Arnold, 1967.
49. King M. *Medical care in developing countries. A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere*. Oxford, Oxford University Press, 1966.
50. Van der Does C, Haspels A. *Antenatal care. Obstetrical and gynaecological hints for the tropical doctor*. Utrecht, Costhoek, 1972.
51. Cranch G. *The role of nursing/midwifery in maternal and infant care. Nursing-midwifery aspects of maternal and child health and family planning*. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, 1974:30–34.
52. Backett EM, Davies AM, Petros-Barvazian A. *El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria. Con especial referencia a la salud maternoinfantil y la planificación familiar*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1985 (Cuadernos de Salud Pública N° 76).
53. *Método de atención sanitaria de la madre y el niño basado en el concepto de riesgo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (OMS, Publicación en offset N° 39).
54. Smith JS, Janowitz B. La surveillance prénatale. In: Janowitz B, Lewis J, Burton N, Lamprey P. *Reproductive health in Africa: issues and options*. Research Triangle Park, NC, Family Health International, 1984:19–22.
55. Oakley A. *The captured womb. A history of the medical care of pregnant women*. Oxford, Blackwell, 1986.
56. Maine D, Rosenfield A, McCarthy J, Kamara A, Lucas A. *Safe motherhood programs: options and issues*. Nueva York, NY, Columbia University, 1991.
57. Rooney C. S. Antenatal care and maternal health: how effective is it? A review of the evidence. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992.
58. Bayoumi A. The training and activity of village midwives in the Sudan. *Tropical Doctor*, 1976, 6:118–125.
59. Mangay-Maglacas A. *Traditional birth attendants*. In: Wallace HM, Giri K. *Health care for women and children in developing countries*. Oakland, CA, Third Party Publishing Company, 1990.
60. de Lourdes Verdese M, Turnbull LM. *The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning: a guide to her training and utilization*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
61. Araujo JG, Oliveira FC. The place of caesarean section and choice of method. In: Philpott RH. *Obstetric problems in the developing world*. Londres, W.B. Saunders, 1982:757–772.
62. Chen PCY. Social background, customs and traditions. In: Wallace HM, Ebrahim GJ. *Maternal and child health around the world*. Londres, Macmillan, 1981: 71–75.
63. Estrada RA. Training and supervision of traditional birth attendants at the primary health care center level. In: del Mundo F, Ines-Cuyegkeng E, Aviado DM, eds. *Primary maternal and neonatal health: a global concern*. Nueva York, NY, Plenum, 1983:483–493.
64. Favin M, Bradford B, Cebula D. *Improving maternal health in developing countries*. Ginebra, Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública, 1984.
65. Viegas OA, Singh K, Ratman SS. Antenatal care: when, where, how and how much. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, Ott, 1987:287–302.
66. Hyppolito SB. Delegated health activity in rural areas: an experience in North Brazil. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, Ott, 1987: 325–339.
67. Awan AK. Mobilizing TBAs for the control of maternal and neonatal mortality. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, Ott, 1987:340–346.

68. Sibley LM, Sipe TA. What can meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes? *Midwifery*, 2004, 20:51–60.
69. Greenwood AM, Bradley AK, Byass P, Greenwood BM, Snow RW, Barnett S et al. Evaluation of a primary health care programme in the Gambia. I. The impact of trained traditional birth attendants on the outcome of pregnancy. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1990, 93:58–66.
70. Maine D, Rosenfield A, McCarthy J, Kamara A, Lucas AO. *Safe motherhood programs: options and issues*. Nueva York, NY, Columbia University, 1991.
71. Koblinsky M, Tinker A, Daly P. Programming for safe motherhood: a guide to action. *Health Policy and Planning*, 1994, 9:252–266.
72. Fauveau V, Chakraborty J. Women's health and maternity care in Matlab. In: Fauveau V, eds. *Matlab, women, children and health*. Dhaka, International Centre for Diarrhoeal research:109–138.
73. Türmen T, AbouZahr C. Safe motherhood. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1994, 46:145–153.
73. Sai FT, Measham DM. Safe motherhood initiative: getting our priorities straight. *Lancet*, 1992, 339:478–480.
75. Williams CD, Baumslag N, Jelliffe DB. *Mother and child health: delivering the services*. Londres, Oxford University Press, 1985.
76. Singleton M. Du leurre de la douleur. *Autrement*, 1994, 142:152–162.
77. Caflish A. Prevention of obstetric mortality in high risk pregnancy. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, 1987:311–320.
78. Lawson JB, Stewart DB. *Obstetrics and gynaecology in the tropics and developing countries*. Londres, Edward Arnold, 1967.
79. Okafor CB, Rizzuto RR. Women's and health-care providers' views of maternal practices and services in rural Nigeria. *Studies in Family Planning*, 1994, 25:353–361.
80. Abouzahr C, Berer M. When pregnancy is over: preventing post-partum deaths and morbidity. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford, Reproductive Health Matters, Blackwell Science.
81. Chatterjee M. *Indian women, their health and economic productivity*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1990 (World Bank Discussion Paper No. 109).
82. Thaddeus S, Nangalia R, Vivio D. Perceptions matter: barriers to treatment of postpartum hemorrhage. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2004, 49:293–297.
83. Lagro M, Liche A, Mumba T, Ntebeka R, van Roosmalen J. Postpartum health among rural Zimbabwean women. *African Journal of Reproductive Health*, 2003, 7:41–48.
84. Yassin K, Laaser U, Kraemer A. Maternal morbidity in rural upper Egypt: levels, determinants and care seeking. *Health care for Women International*, 2003, 24:452–467.
85. Mesko N, Osrin D, Tamang S, Shrestha B, Manandhar D, Manandhar M et al. Care for perinatal illness in rural Nepal: a descriptive study with cross-sectional and qualitative components. *LBMC International Health and Human Rights*, 2003, 3:3.
86. Lugna HI, Johansson E, Lindmark G, Christensson K. Developing a theoretical framework on postpartum care from Tanzanian midwives' views on their role. *Midwifery*, 2002, 18:12–20.
87. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.