

los recién nacidos cobran más importancia

Todos los años nacen muertos casi 3,3 millones de niños, y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Las muertes de lactantes durante el periodo neonatal son tan numerosas como las que se producen en los 11 meses siguientes o las registradas en los niños de uno a cuatro años. Hasta hace poco no se habían hecho verdaderos esfuerzos por dar una respuesta sistemática a los problemas de salud específicos de los recién nacidos; la asistencia neonatal ha estado desatendida por la frecuente falta de una continuidad adecuada entre los programas de salud materna y salud infantil. Sin embargo, mejorar la salud de los recién nacidos no consiste sólo en insertar un nuevo programa, sino más bien en adaptar las actividades de los programas de salud maternoinfantil para propiciar una expansión de los servicios garantizando una perfecta continuidad asistencial. Este capítulo acaba presentando diversos puntos de referencia y escenarios para extender masivamente el acceso a la atención de la madre y el recién nacido, así como estimaciones de los gastos que entrañarían esos escenarios.

LOS MAYORES RIESGOS PARA LA VIDA SE PRESENTAN AL PRINCIPIO

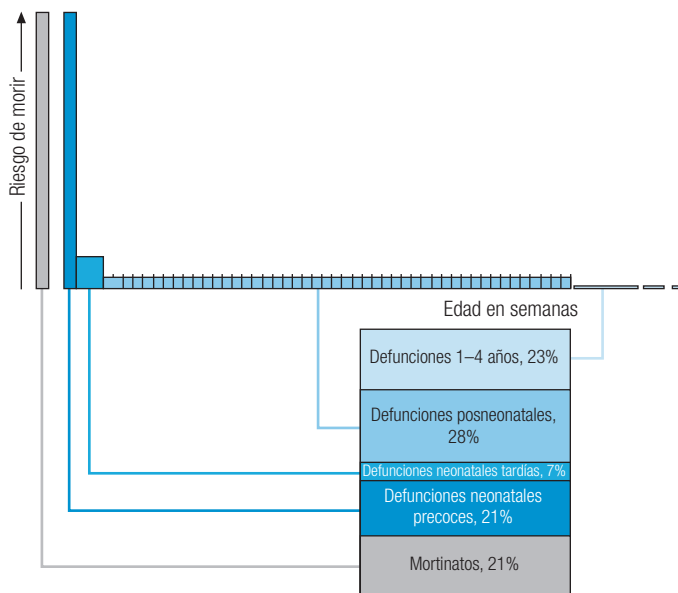
La vida requiere un buen comienzo mucho antes de nacer, pero es justo antes del parto, durante él y en las primeras horas y días de existencia cuando corre mayor peligro. Los niños siguen siendo muy vulnerables durante toda la primera semana de vida; una vez superado ese periodo, las posibilidades de sobrevivir aumentan considerablemente (véase la figura 5.1).

A nivel mundial, el mayor número de defunciones neonatales se registra en la Región de Asia Sudoriental: todos los años mueren 1,4 millones de recién nacidos y 1,3 millones de niños nacen muertos. Sin embargo, aunque en Asia es donde se registra el más alto número efectivo de defunciones, las tasas de muertes neonatales y mortinatalidad

más elevadas son las del África subsahariana. Dieciséis de los 20 países con las mayores tasas de mortalidad neonatal se encuentran en esa parte del mundo.

Las afecciones que provocan la muerte de recién nacidos pueden causar también discapacidades graves e irreversibles en los niños que sobreviven. Aunque se dispone de pocos datos, se calcula que todos los años más de un millón de niños que sobreviven a la asfixia en el nacimiento tienen después problemas como parálisis cerebral, dificultades de aprendizaje y otras discapacidades (1). Los niños que nacen prematuramente o con poco peso son más vulnerables a las enfermedades en una etapa posterior de la infancia (2) y a menudo sufren

Figura 5.1 Defunciones en menores de cinco años, 2000

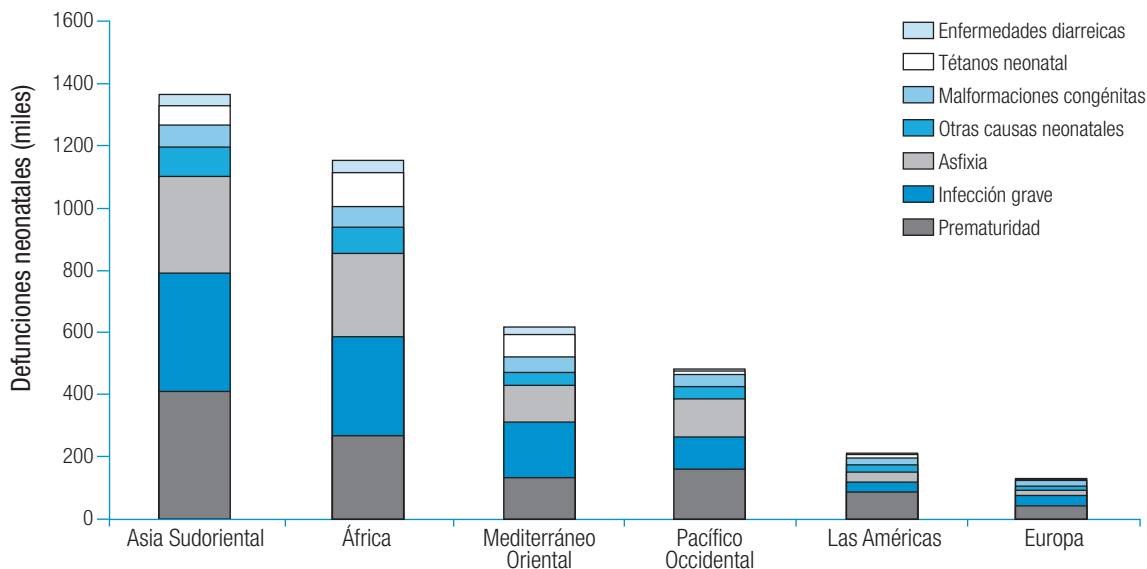


trastornos del desarrollo cognitivo (3). Existen indicios de que el déficit de crecimiento fetal durante el embarazo puede dar origen a diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, que no se manifiestan hasta muchos años más tarde (4). La infección por el virus de la rubéola durante el embarazo puede provocar abortos y mortinatalidad, pero también defectos congénitos, como sordera, cataratas, retraso mental y cardiopatías. Unos 100 000 niños nacen cada año con el síndrome de rubéola congénita, lo cual se puede evitar con la introducción generalizada de la vacuna antirrubéolica.

Los recién nacidos no mueren por las mismas causas que los niños de más edad; sólo la neumonía y las infecciones respiratorias son comunes a ambos. Los lactantes mayores y los niños de los

países en desarrollo suelen morir de enfermedades infecciosas, como infecciones respiratorias agudas, diarrea, sarampión y malaria. Esas enfermedades provocan una proporción mucho menor de defunciones entre los recién nacidos: las muertes por diarrea son mucho menos comunes, y por sarampión y malaria, sumamente raras. Las intervenciones diseñadas para prevenir y tratar esas afecciones en los lactantes de más edad y los niños reducen menos eficazmente las defunciones durante el primer mes de vida.

Figura 5.2 Número de defunciones neonatales por causas, 2000–2003

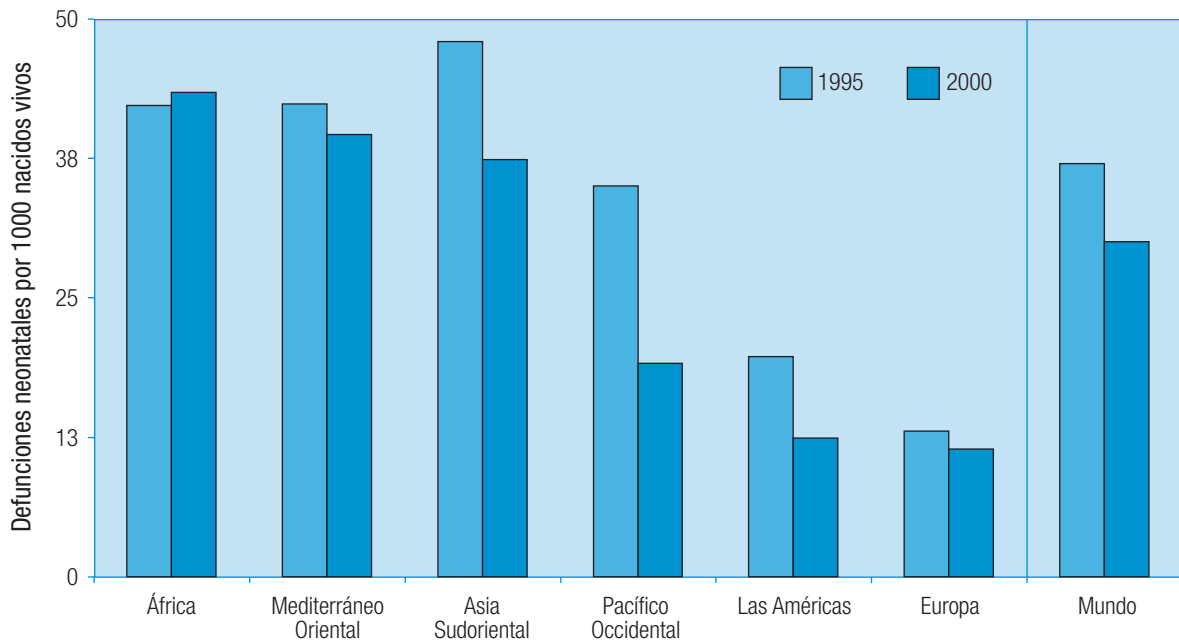


Los nacimientos prematuros y las malformaciones congénitas causan más de una tercera parte de las muertes de recién nacidos, generalmente en la primera semana de vida. Otro 25% de las muertes neonatales se producen por asfixia, también sobre todo en la primera semana de vida. En el periodo neonatal tardío, es decir, después de la primera semana, predominan las muertes por infecciones (en particular, diarrea y tétanos), a las que corresponde más de una tercera parte de la mortalidad neonatal. Sin embargo, la importancia del tétanos como causa de defunción neonatal ha disminuido drásticamente, gracias al refuerzo de las actividades de inmunización.

Las causas directas de la mortalidad neonatal varían de una región a otra (véase la figura 5.2). En general, la proporción de defunciones atribuidas a nacimientos prematuros y malformaciones congénitas aumenta cuando disminuye la tasa de mortalidad neonatal, mientras que el porcentaje de muertes provocadas por infecciones, asfixia, diarrea y tétanos disminuye cuando la atención mejora. Los porcentajes de recién nacidos con insuficiencia ponderal son muy diferentes según los países (5). Los niños con bajo peso al nacer son especialmente vulnerables a los peligros de las primeras horas y días de vida, sobre todo si son prematuros. La mayoría de los niños que nacen con bajo peso no son prematuros, sino que han sufrido retraso del crecimiento intrauterino, debido por lo general a la mala salud de la madre. Esos niños también tienen más probabilidades de morir.

Las principales causas de mortalidad neonatal están intrínsecamente relacionadas con la salud de la madre y la atención que ésta recibe antes de dar a luz, durante el parto e inmediatamente después de él. La asfixia y los traumatismos del nacimiento se deben por lo general a que el trabajo de parto y el alumbramiento en sí no se llevan debidamente, así como a la falta de acceso a servicios de obstetricia. Muchas infec-

Figura 5.3 Evolución de las tasas de mortalidad neonatal entre 1995 y 2000^a



^a Los métodos de cálculo empleados para 1995 y 2000 difieren ligeramente.

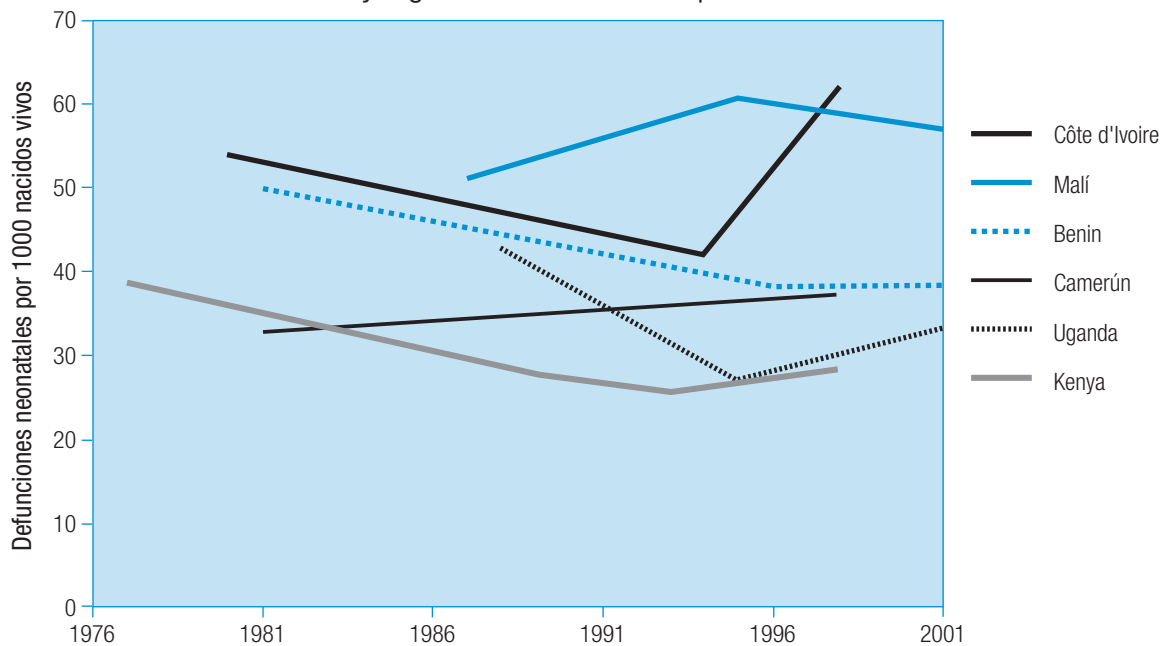
ciones neonatales, como el tétanos y la sífilis congénita, se pueden prevenir con la debida atención durante el embarazo y el parto. La insuficiente ingesta calórica y de micronutrientes también se asocia a peores resultados del embarazo (6). Se dice que casi tres cuartas partes de las muertes neonatales se podrían evitar si las mujeres se alimentaran correctamente y recibieran la atención oportuna durante el embarazo, el parto y el puerperio (7).

PROGRESOS Y ALGUNAS REGRESIONES

La mortalidad neonatal no se ha medido durante un tiempo suficientemente largo como para poder establecer conclusiones o tendencias fiables, pero, según las estimaciones de la OMS correspondientes al periodo 1995–2000, en la mayoría de los países de la Región de las Américas y de las Regiones de Asia Sudoriental, Europa y el Pacífico Occidental se han registrado algunos progresos en la reducción de las tasas de mortalidad de los recién nacidos (véase la figura 5.3). En la Región del Mediterráneo Oriental los avances son quizá menos marcados (si bien los promedios regionales ocultan las variaciones entre países), y en la Región de África probablemente se haya producido un incremento de la tasa de mortalidad neonatal.

De acuerdo con encuestas domiciliarias realizadas consecutivamente en 34 países en desarrollo, a lo largo de las últimas décadas se ha producido un descenso de la mortalidad neonatal en la mayoría de ellos. Gran parte de los progresos relacionados con la supervivencia se refieren al periodo neonatal tardío, mientras que en la primera semana de vida se han registrado pocas mejoras (8). Esta tendencia evoca la experiencia histórica de muchos países desarrollados, donde la mortalidad neonatal (y, en

Figura 5.4 La mortalidad neonatal en los países de África muestra una situación de estancamiento y algunos retrocesos inesperados



Fuente: (10).

Recuadro 5.1 Explicación de las diferencias en la mortalidad materna, neonatal y en la niñez: ¿atención sanitaria o contexto?

El debate sobre si los programas de salud materna, neonatal e infantil contribuyen a salvar vidas no es nuevo. En los análisis históricos a menudo se ha señalado el importante papel de factores contextuales, como un entorno saludable, la empoderación de la mujer, la educación y la pobreza, a la hora de reducir las tasas de mortalidad. Puede resultar difícil disociar los efectos de esos factores de la contribución que hace la atención sanitaria a ese objetivo a través de los sistemas de salud. Por ejemplo, la pobreza a menudo está relacionada con sistemas de salud que funcionan mal y también puede ser una característica del contexto en que viven las madres y sus hijos. Actualmente la opinión generalizada es que tanto los sistemas de salud como el entorno — la atención y el contexto — tienen influencia, pero el resultado de esa influencia puede ser distinto para la salud de las madres y la de sus hijos, pues la mortalidad materna, en comparación con la mortalidad infantil, depende más de las medidas que adopten los sistemas de salud y menos de factores contextuales.

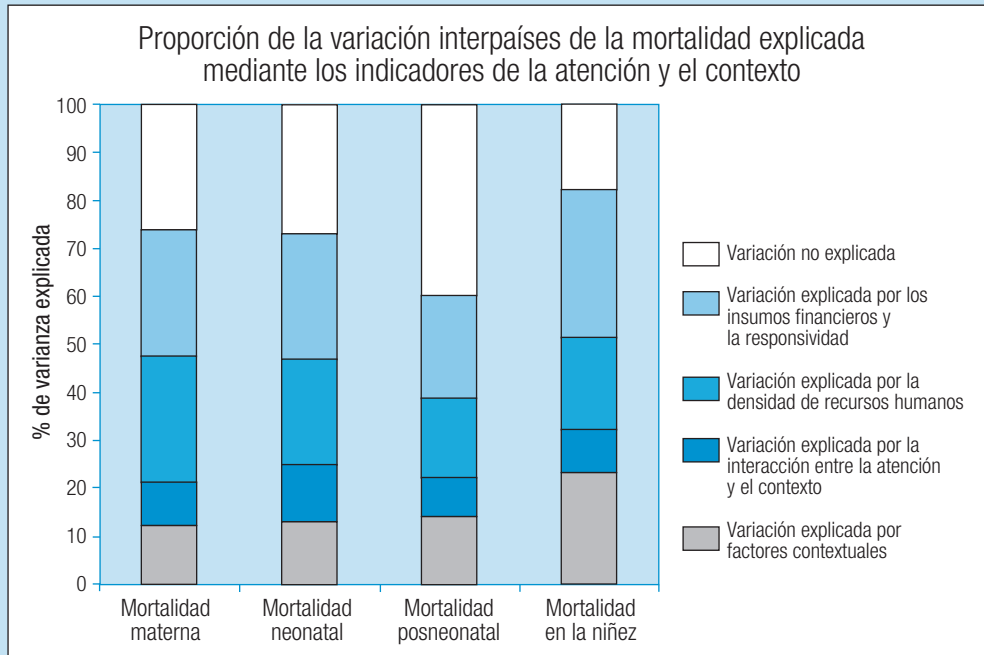
Una manera de disociar la contribución relativa de la atención y del contexto a la mortalidad es relacionar las tasas de mortalidad

de distintos países con diversos indicadores contextuales y de los sistemas de salud (21–24). Hay 67 países en desarrollo de los que se tienen estimaciones fiables sobre los niveles de mortalidad materna, neonatal, posneonatal y en la niñez en 2000. En cada uno de esos países se puede dar una puntuación a la atención sanitaria, previo análisis de los principales componentes, esto es, teniendo en cuenta los insumos financieros (gasto total y gasto público en salud por habitante), la densidad de recursos humanos (parteras y médicos por habitante) y la responsabilización (en base a un sistema de puntuación de la satisfacción de los usuarios). Siguiendo el mismo procedimiento se puede dar una puntuación al contexto en cada país, con ayuda de los siguientes indicadores: ingreso por habitante, ingreso de las mujeres, servicios de saneamiento y acceso a agua salubre (25).

Las diferencias de puntuación para el contexto explican entre el 10% y el 15% de las diferencias entre los países en cuanto a mortalidad materna, neonatal y posneonatal en una serie de regresiones múltiples, así como el 24% de las diferencias en cuanto a la mortalidad en la niñez. Las puntuaciones de la atención expli-

can en torno al 50% de las diferencias en la mortalidad materna y neonatal, el 37% de las relativas a la mortalidad posneonatal y el 50% de las relativas a la mortalidad en la niñez; la densidad de recursos humanos es el principal factor explicativo de las puntuaciones de la atención. Estos datos parecen indicar que la atención, y en especial los recursos humanos, contribuyen en mayor medida que el contexto a explicar las diferencias entre las tasas de mortalidad de los distintos países.

Gran parte de las diferencias en las tasas de mortalidad se explica por la interacción entre atención y contexto. Al realizar un análisis más detallado se observa que, cuando el contexto es especialmente difícil, los sistemas de salud, aunque sean sólidos, tienen poco efecto sobre la mortalidad; del mismo modo, cuando el contexto es propicio para la salud, es decir, cuando existen condiciones favorables en cuanto a educación, riqueza, medio ambiente y empoderación de la mujer, un sistema de salud deficiente puede frenar en gran medida la reducción de la mortalidad. En términos generales, el análisis confirma la importancia de invertir en los sistemas de salud para reducir la mortalidad.



particular, la mortalidad neonatal precoz) no empezó a disminuir de forma significativa hasta unos años después de que bajara la mortalidad posneonatal y en la niñez (9). En muchos países, la mortalidad neonatal ha descendido a un ritmo inferior al de la mortalidad posneonatal o en la primera infancia (10–12).

Las encuestas domiciliarias también indican que las tasas de mortalidad de los recién nacidos han aumentado o se han estancado en toda el África subsahariana desde comienzos de la década de los noventa (véase la figura 5.4). De hecho, el número real de defunciones se ha incrementado de forma considerable en la Región de África. Además, la espectacular disminución de las muertes en Asia Sudoriental en tan sólo cinco años ha hecho que la Región de África pase a ocupar el primer lugar del mundo en cuanto a mortalidad neonatal, pues en ella se registra casi el 30% de todas las muertes de recién nacidos.

El retroceso en los avances relacionados con la salud neonatal en el África subsahariana resulta preocupante al tiempo que inesperado. Históricamente, las tasas de mortalidad en la niñez han disminuido cuando han empeorado las condiciones sociales. En Europa, los retrocesos han afectado sobre todo a los niños de más edad y han sido moderados en relación con los neonatos (13). Los motivos por los que apenas se avanza en la reducción de las muertes neonatales y en la infancia tardía en el África subsahariana son sin duda numerosos y complejos. El deterioro de la economía y los conflictos han tenido seguramente una influencia importante, en la medida en que



N. Bahring-Chisholm/WHO

Cada año, más de 4 millones de niños mueren durante los 28 primeros días de vida, y casi 3,3 millones nacen muertos.

entorpecen el acceso a los servicios de salud (14–16). El impacto de la epidemia de VIH/SIDA en las tasas de mortalidad ha sido menos acusado en el periodo neonatal que en el posneonatal, pero los hijos de mujeres VIH-positivas tienen más probabilidades de nacer muertos o prematuramente; también hay más probabilidades de que presenten un índice de Apgar¹ bajo y un peso muy bajo al nacer (17, 18).

El descenso de la mortalidad en la niñez en muchos países se debe, al menos en parte, al desarrollo socioeconómico: mejora de la educación de la mujer, de los ingresos de las familias, de las condiciones ambientales (abastecimiento de agua salubre, servicios de saneamiento y disponibilidad de vivienda), de los servicios de salud y de la nutrición infantil (19, 20). Todos esos factores inciden en la mortalidad neonatal, pero sus efectos quizá se sienten más en el periodo posneonatal y en la primera infancia (véase el recuadro 5.1). Existen además datos históricos que respaldan esta hipótesis. En cambio, hay pocas pruebas de que la reducción, a menudo espectacular, de la mortalidad de los lactantes y en la niñez que tuvo lugar en Europa en los primeros decenios del siglo XX respondiera a una mejora de los servicios de atención sanitaria; la mayoría de los estudios indican que se debió a una combinación de factores, como el aumento del nivel de vida y la nutrición más adecuada, la disminución de la fecundidad, el acceso a agua más salubre y la mejora de los servicios de saneamiento y de las viviendas (26, 27). En esa época, los progresos en la reducción de la mortalidad neonatal fueron escasos y se limitaron al periodo neonatal tardío. No se lograron avances más rápidos aproximadamente hasta la Segunda Guerra Mundial (28), que

¹ El índice de Apgar refleja el estado físico del recién nacido.

Recuadro 5.2 Selección de sexo

El escaso valor concedido a las mujeres y las niñas en algunos países se refleja en una marcada preferencia por los niños. A lo largo de los decenios, esto se ha traducido en muchas prácticas que entrañan una fuerte discriminación de las niñas, las cuales, por ejemplo, no son alimentadas y educadas debidamente y no reciben atención de salud adecuada. También se han documentado casos de prácticas de infanticidio de niñas en algunos lugares.

La rápida caída de las tasas de fecundidad y la tendencia a limitar las familias a uno o dos hijos ha acrecentado el deseo de las parejas de tener un hijo varón. La aparición y disponibilidad cada vez mayor de equipos de ecografía, que pueden detectar el sexo del feto en una etapa temprana del embarazo, ha abierto la oportunidad de utilizar la tecnología médica con fines comerciales y de llevar a cabo una selección prenatal y poner término a los embarazos de fetos femeninos, lo que acentúa la pérdida de valor de las niñas y las mujeres.

En el último decenio, la relación niña-niño en la franja de edad de 0 a 6 años ha ido tornándose cada vez más asimétrica en algunos países. Por ejemplo, según los censos de la India,

la razón de sexos en los niños de 0 a 6 años descendió de 945 niñas por cada 1000 niños en 1991 a 927 por cada 1000 en 2001; algunas de las disminuciones más marcadas se han observado en los distritos donde viven familias con mayor nivel de educación y mejor situación económica y, por lo tanto, con mayores posibilidades de acceder a servicios de salud privados. Los registros nacionales sobre la razón de sexos en China y Corea del Sur muestran una rápida evolución similar, cuya sostenibilidad a largo plazo es poco probable. Los efectos demográficos de estas proporciones de sexos desfavorables están empezando a sentirse: en algunas comunidades hay ya escasez de mujeres, lo que hace a éstas más vulnerables a la violencia, en particular a la coerción sexual y a la venta de novias.

Muchas organizaciones de defensa de los derechos de la mujer y otras entidades, de la India y otros lugares, consideran que la selección prenatal por el sexo del feto es una forma más de discriminación de la mujer, y participan activamente en iniciativas para que se prohíba esa práctica. Por otra parte, en las sociedades en que tener hijos varones contribuye a definir

la condición y los derechos de la mujer como esposa, nuera y madre, la determinación del sexo y los abortos determinados por el sexo del feto permiten que la mujer adquiera control al menos sobre ese aspecto de su vida.

Éste es un intrincado problema que no se puede resolver centrándose exclusivamente en la tecnología médica. Los países más gravemente afectados, como China, la India y Corea del Sur, han prohibido la determinación prenatal del sexo del feto mediante ecografía u otras técnicas previas a la concepción; otras medidas adoptadas son el registro y regulación de los laboratorios de genética y de los aparatos de ecografía, y la autorregulación de la profesión médica. Tales políticas se han revelado hasta ahora en gran medida ineficaces, pues sigue habiendo una gran demanda. Varias organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil están promoviendo campañas de sensibilización a gran escala y organizando un debate social más amplio sobre la subvaloración de la mujer y las consecuencias de la preferencia por un sexo.

coincidió con un aumento de la prestación de atención materna y del uso de ésta, con una mejora de la calidad de los servicios de partería profesionales y los servicios de obstetricia y con el acceso a los antibióticos. Esto parece indicar que, aunque se registran algunas mejoras en el periodo neonatal tardío cuando las condiciones de vida son más favorables en general, esos progresos no se aceleran y no se hacen extensivos al periodo neonatal precoz mientras no hay un acceso generalizado a una atención materna y neonatal adecuada.

MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN NEONATAL

A menudo se afirma que no se puede reducir drásticamente el número de muertes neonatales sin un importante gasto en salud que permita realizar grandes inversiones en sofisticadas tecnologías. En realidad, las enfermeras y los médicos pueden adquirir fácilmente la formación necesaria sin tener que hacerse especialistas. Países como Colombia y Sri Lanka, donde se registran menos de 15 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos, han demostrado que disponer de costosas tecnologías no es indispensable para tener éxito. También lo han demostrado Nicaragua y Viet Nam, que consiguieron reducir sus tasas de mortalidad neonatal a 17 y 15 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente, con un gasto en salud en la década de los noventa de sólo US\$ 45 y US\$ 20 por habitante, respectivamente. En los países de Europa septentrional, la existencia de servicios bien coordinados de atención prenatal, en el parto y posnatal para la madre y el recién nacido promovió un descenso de las tasas de mortalidad antes de que se introdujeran los cuidados intensivos neonatales a comienzos de la década de los ochenta (8). Las unidades de cuidados intensivos neonatales, los especialistas y los equipos caros sólo contribuyen a reducir aún más la mortalidad neonatal cuando ésta se encuentra ya en niveles muy bajos. La cuestión no es emplear instrumentos de alta tecnología, sino encontrar una manera más adecuada de que el sistema de salud garantice una continuidad entre la atención durante el embarazo, la asistencia especializada durante el parto y la atención que se presta a la madre cuando está en casa con su hijo recién nacido.

Atención durante el embarazo

Durante el embarazo se pueden y deben hacer muchas cosas. Una de las intervenciones prenatales más costoeficaces y sencillas es la inmunización contra el tétanos. En las zonas en que la malaria es endémica, el tratamiento preventivo intermitente de la malaria puede reducir la incidencia de la insuficiencia ponderal, la mortinatalidad y la mortalidad neonatal y materna. La vacuna contra la rubéola reduce la mortinatalidad y evita el síndrome de rubéola congénita. Asimismo, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor reducen los riesgos de parto prematuro y la mortalidad perinatal provocada directamente por la sífilis. El periodo prenatal brinda también una gran oportunidad para determinar los elementos que puedan amenazar la salud del feto, así como para asesorar sobre nutrición, preparación al parto, cuidado del niño y opciones de planificación familiar después del parto. Cuando se comprende que es necesario proporcionar información y servicios a las mujeres que desean utilizar métodos para espaciar los nacimientos, se tiene la posibilidad de reducir la mortalidad neonatal, pues se ha observado que los nacimientos muy seguidos afectan a la supervivencia del siguiente hijo (29).

Esas medidas son la base de un conjunto eficaz de intervenciones de salud prenatal. Lo ideal sería que todas ellas estuvieran a cargo del mismo agente de salud (la partera) que asistirá a la madre en el parto; ésa es la mejor manera de garantizar una

atención perfecta durante todo el embarazo y el parto. Sin embargo, técnicamente, la atención prenatal se puede delegar en otros agentes de salud que no necesariamente tienen la preparación adecuada para atender partos. Como los agentes de salud polivalentes no escasean tanto como las parteras, pueden ayudar a aumentar la cobertura. Ahora bien, en esos casos, es fundamental que establezcan una relación con las personas que se encargarán de la madre y el niño en el parto, pues la madre tiene que prepararse para el nacimiento y los servicios de salud han de estar listos para atenderla.

Asistencia especializada durante el parto

La asistencia especializada durante el parto es fundamental tanto para el recién nacido como para su madre. Una atención obstétrica adecuada garantiza que el nacimiento no sea traumático y reduce las probabilidades de mortalidad y morbilidad por asfisia durante el parto; al mismo tiempo, una estricta asepsia y el debido cuidado del cordón umbilical reducen el riesgo de infecciones. Con la preparación necesaria, se puede reanimar a un niño incapaz de respirar al nacer y manejar complicaciones imprevisibles de la madre y el recién nacido o remitir a éstos a los servicios pertinentes. Cuando el parto es atendido adecuadamente por un agente de salud especializado, es más seguro para la madre y para su hijo. Así pues, ¿qué problemas se plantean?

En primer lugar, menos de dos terceras partes de las mujeres de los países poco desarrollados y sólo una tercera parte de las de los países menos adelantados son atendidas en el parto por un profesional competente. A pesar de las mejoras registradas recientemente en algunos países, en muchos lugares del mundo el desarrollo de servicios de salud materna eficaces se ha visto dificultado por la escasez de recursos, la falta de voluntad política y el diseño de estrategias inadecuadas (30): los servicios no han podido atender las necesidades de asistencia durante el parto y ni siquiera han podido asumir la expansión de la atención prenatal. Incluso cuando existen servicios, a menudo son de mala calidad, o hay barreras sociales y económicas que impiden que las mujeres accedan a ellos. Algunos países han dado muestras de un firme compromiso por mejorar los servicios de salud materna y han

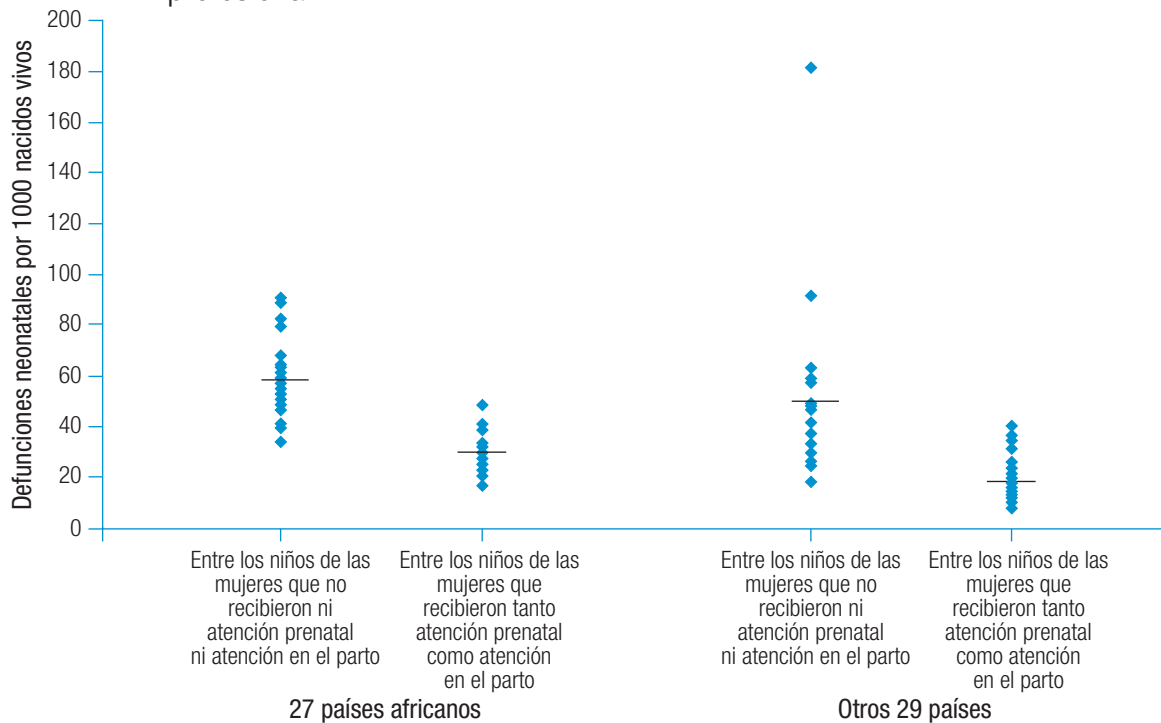


A menudo no es fácil conseguir atención profesional para los recién nacidos.

registrado impresionantes progresos en cuanto a la solicitud de asistencia especializada en el parto (por ejemplo, Bolivia, Egipto, Indonesia, Marruecos y Togo). En cambio, la situación en África, que tiene una elevada tasa de mortalidad neonatal, es menos positiva. Probablemente la expansión de la cobertura a las comunidades subatendidas constituirá en los próximos años un gran reto para muchos países que disponen de pocos recursos.

El segundo problema es que la capacitación de los agentes de salud especializados que atienden partos y su labor a menudo se centran casi exclusivamente en la seguridad de la madre en el momento del alumbramiento en sí, por lo que no se presta la debida atención al recién nacido y a la semana crítica que sigue al nacimiento (31). La atención neonatal forma parte del plan de estudios y es responsabilidad de las parteras, las enfermeras-parteras y los médicos que realizan las mismas funciones que ellas, pero en la práctica muchos de esos profesionales no tienen la formación ni la experiencia adecuadas para llevar a cabo todos los procedimientos clave que requieren los recién nacidos. Por ejemplo, en Benin, Ecuador, Jamaica y Rwanda, sólo el 57% de todos los médicos, parteras, enfermeras e internos que suelen atender partos fueron capaces de reanimar debidamente a un recién nacido cuando se pusieron a prueba sus conocimientos (32). Aunque la tecnología que se necesita es bastante sencilla y poco costosa, los agentes de salud pueden no estar seguros de cómo proceder ante complicaciones repentinas que quizá pongan en peligro la vida del recién nacido en un par de horas, y por lo general los medicamentos y el equipo indispensables para

Figura 5.5 La mortalidad neonatal es menor cuando las madres han recibido atención profesional



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud.

hacer frente a esas situaciones están todavía menos a mano que los que harían falta para tratar a la madre en caso de complicaciones.

Incluso en los hospitales, los servicios de apoyo a la atención materna y neonatal que deberían ponerse en marcha cuando surge una complicación no suelen organizarse con la debida rapidez; los hospitales a veces no cuentan con personal capacitado ni con el equipo necesario para cuidar de los recién nacidos. Dar a luz en un establecimiento de salud (no necesariamente un hospital) con personal especializado es mucho más seguro que hacerlo en el hogar. Sin embargo, las mismas condiciones que hacen que el parto sea más seguro pueden entrañar para los recién nacidos mayor riesgo de infecciones yatrogénicas, de sobremedicalización y de prácticas hospitalarias inadecuadas. En demasiados hospitales se separa a la madre de su hijo, por lo que resulta difícil que ésta establezca un vínculo con el recién nacido y le dé calor. De hecho, los niños nacidos en los hospitales de algunos lugares tienen menos probabilidades de ser amamantados que los que nacen en otros sitios (33).

Para potenciar al máximo la sinergia entre la salud materna y la salud neonatal es necesario que los centros de maternidad se preocupen en particular de que su personal esté debidamente capacitado y la atención se organice en función de las necesidades del recién nacido. También es preciso que refuercen las medidas para evitar infecciones, reduzcan las intervenciones médicas al mínimo y promuevan activamente la lactancia natural. Cuando la calidad de la atención es satisfactoria, los partos en esos centros son mucho más seguros para las madres y los niños que los que tienen lugar en casa sin asistencia especializada.

El acceso a asistencia profesional y especializada en el parto para todas las madres, combinado con la atención prenatal, ofrece enormes posibilidades de reducir la mortinatalidad y las muertes neonatales precoces, que representan la mayor parte de la mortalidad fetal y neonatal. En la mayoría de los países, la mortalidad de los lactantes cuyas madres reciben atención prenatal y asistencia especializada durante el parto suele ser inferior en más de un 50% a la de los lactantes cuyas madres no la reciben (véase la figura 5.5). Esas diferencias se han podido observar en toda una serie de países, lo que parece indicar que el acceso a una atención especializada e ininterrumpida es un factor determinante.

Cuidado del recién nacido en casa

No obstante, el hecho de haber recibido o no atención especializada durante el parto influye menos en las muertes neonatales tardías, que se producen cuando la madre y el recién nacido están en casa, sin apoyo profesional. Los cuidados que recibe el lactante en la familia son muy importantes para su salud. Si la madre está bien preparada para atenderlo (preparación que se puede mejorar durante las consultas de atención prenatal) y si puede amamantarlo y mantenerlo caliente, el niño estará básicamente bien: ser recién nacido no es una enfermedad. En las sociedades en que las mujeres tienen amplias redes sociales, movilidad y autonomía para controlar los recursos, así como acceso a una buena atención sanitaria e información, las madres están en mejor situación para atender a sus hijos recién nacidos. Para conseguir avances en ese sentido, es útil movilizar a las comunidades, por ejemplo, a través de las agrupaciones de mujeres (34). En Bolivia, una iniciativa para animar a las mujeres a participar en grupos dedicados a promover la salud del recién nacido contribuyó a reducir la mortalidad perinatal de 117 a 44 por cada 1000 nacidos vivos (35). En Nepal, la creación de una red de grupos de mujeres hizo que la tasa de mortalidad neonatal disminuyera un 30%, gracias sobre todo a que aumentó el uso de los servicios de salud competentes (36).

Un aspecto importante del cuidado de los recién nacidos consiste en pedir ayuda cuando surgen problemas. Incluso los niños que no están en situación especial de riesgo pueden ponerse enfermos en los días siguientes al nacimiento; por lo tanto, es importante solicitar asistencia profesional de inmediato. Todos los lactantes en situación de alto riesgo, como los que nacen con bajo peso, necesitan asistencia especializada; además, hay que asesorar debidamente a sus madres. Las primeras semanas de vida son particularmente problemáticas, porque a menudo no existe una definición clara de las responsabilidades profesionales en materia de asistencia a los recién nacidos que necesitan cuidados especiales.

Garantía de continuidad asistencial

La transferencia de la responsabilidad del recién nacido a los servicios de atención infantil – normalmente de la partera al centro de salud – es una etapa crítica para la continuidad de la atención. El cuidado del recién nacido a menudo queda en el aire. Los servicios de salud materna consideran que su responsabilidad termina después del parto o cuando la madre y el niño son dados de alta del hospital. Por otra parte, los programas de salud infantil se han diseñado principalmente para prevenir la mortalidad en los niños de más edad y centran sus actividades en las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la diarrea y las infecciones agudas de las vías respiratorias, y no tanto en los problemas de los recién nacidos. Los agentes de salud de esos programas suelen esperar a que la madre se presente con su hijo en el centro sanitario para vacunarlo. Pero incluso cuando se lleva a los recién nacidos a esos centros, suele ocurrir que los profesionales sanitarios no tienen suficiente confianza en sí mismos para atender a niños muy pequeños o no han recibido la debida formación para ello. Cuando la madre y el lactante quedan recluidos en casa después del nacimiento, como sucede en muchas partes del mundo, no se tiene acceso a atención, a menos que el agente de salud visite el hogar. En muchos lugares no hay mecanismos para que se establezca una comunicación entre los programas maternos y los infantiles y para que se transfieran responsabilidades de unos a otros.

Una necesidad apremiante es la de formular y evaluar estrategias eficaces para establecer una continuidad asistencial en las primeras semanas de vida del niño, que son críticas. En numerosos países, especialmente del mundo industrializado, es habitual que los agentes de salud efectúen visitas domiciliarias para ver cómo se encuentran la madre y el recién nacido durante el puerperio. En algunos, esas visitas forman parte del trabajo de la partera; en otros, son las enfermeras pediátricas o los visitantes sanitarios quienes tienen esa responsabilidad. Las ventajas relativas de cada solución no están claras y probablemente dependen de la situación local y el contexto histórico; todas plantean problemas de coordinación para evitar que el recién nacido quede desatendido por culpa de la fragmentación de los distintos servicios. Dada la actual escasez de profesionales cualificados, los centros de maternidad suelen transferir gran parte de la responsabilidad del seguimiento posnatal de las madres y los lactantes, en particular del seguimiento posnatal en el hogar, al personal de los centros de salud: enfermeras, médicos generales o pediatras. De ahí la necesidad de prestar atención a la preparación del personal sanitario, a la descripción de sus funciones y a los mecanismos requeridos para garantizar la continuidad asistencial.

Muchos países se encuentran hoy ante la disyuntiva de invertir en la continuidad asistencial y en el acceso a asistencia especializada durante el parto o, dada la actual escasez de profesionales cualificados, cubrir parcialmente esa necesidad invirtiendo

en agentes no profesionales que podrían proporcionar a los lactantes algunos de los cuidados que necesitan y que las madres no les pueden dar. Se ha observado claramente que las actividades de esos agentes constituyen un complemento eficaz de la atención profesional, pues contribuyen a una mejora de las condiciones de vida, permiten a las mujeres y sus familias ofrecer al recién nacido buenos cuidados en casa y promueven el uso de los servicios de salud (36). En cambio, hay menos pruebas, y diversidad de opiniones, sobre la utilidad de que los agentes de salud comunitarios no profesionales den tratamiento a los recién nacidos de manera rutinaria. Desde un punto de vista estratégico, cabe preguntarse si ese sistema aporta un valor añadido y si los costos de oportunidad no son demasiado elevados, en comparación con lo que supondría expandir la atención profesional y mejorar la asistencia en casa.

En los países y las zonas en que la asistencia especializada durante el parto está muy difundida y continúa desarrollándose, establecer una estrategia de promoción de agentes de salud comunitarios no profesionales no tendría mucho respaldo popular ni político frente a una destinada a garantizar un acceso universal. En esos países tiene más sentido concentrarse en acelerar la expansión de la cobertura, mejorar la calidad de la atención profesional al recién nacido que ofrecen los servicios de salud maternoinfantil y establecer una continuidad con la asistencia en casa.

Ahora bien, la mencionada disyuntiva se plantea realmente en las zonas en que el actual nivel de asistencia especializada es muy bajo. Apostar por la atención no profesional tiene la ventaja de poder adoptar una medida inmediata. No obstante, el objetivo final ha de ser implantar redes de servicios especializados eficaces y ponerse al nivel de los países que comenzaron a hacerlo en décadas anteriores. La existencia de esos servicios es de por sí una condición indispensable para que los trabajadores no profesionales sean eficientes. Hay que actuar con cuidado para no repetir los errores cometidos en la década de los ochenta, cuando se recurría a parteras tradicionales para reemplazar las estrategias de expansión de los servicios de maternidad profesionales, no para complementarlas (véase el recuadro 4.4). Del mismo modo, los agentes de salud comunitarios pueden complementar los servicios profesionales para atender al recién nacido, pero no se debe recurrir a su labor como alternativa al establecimiento de servicios profesionales, pues los costos de oportunidad serían demasiado elevados.

El eslabón más débil en la cadena asistencial es actualmente la asistencia especializada durante el parto. El principal objetivo de las estrategias destinadas a mejorar la salud de los recién nacidos debería ser ampliar el acceso a esa asistencia y promover su uso por todas las mujeres embarazadas. Habrá que reorientar la atención profesional en el parto para asegurarse de que los intereses del recién nacido se tengan debidamente en cuenta. Estas medidas se han de adoptar con respecto a los servicios de primer nivel y los servicios de apoyo, ya que en este contexto una derivación efectuada a tiempo es tan importante como tratar emergencias maternas imprevisibles.

Solucionar el actual problema de la fragmentación de la atención neonatal no es tarea fácil. Lo que se hace antes del nacimiento del niño y durante el parto debería estar vinculado a lo que sucede después en casa y en los servicios que asumen la responsabilidad de proporcionar atención neonatal y, más tarde, infantil. Ahora bien, el primer reto consiste en implantar la atención materna y neonatal especializada rápidamente para poner término a la exclusión de casi la mitad de los recién nacidos del mundo entero de una atención que salva vidas y que les corresponde por derecho.

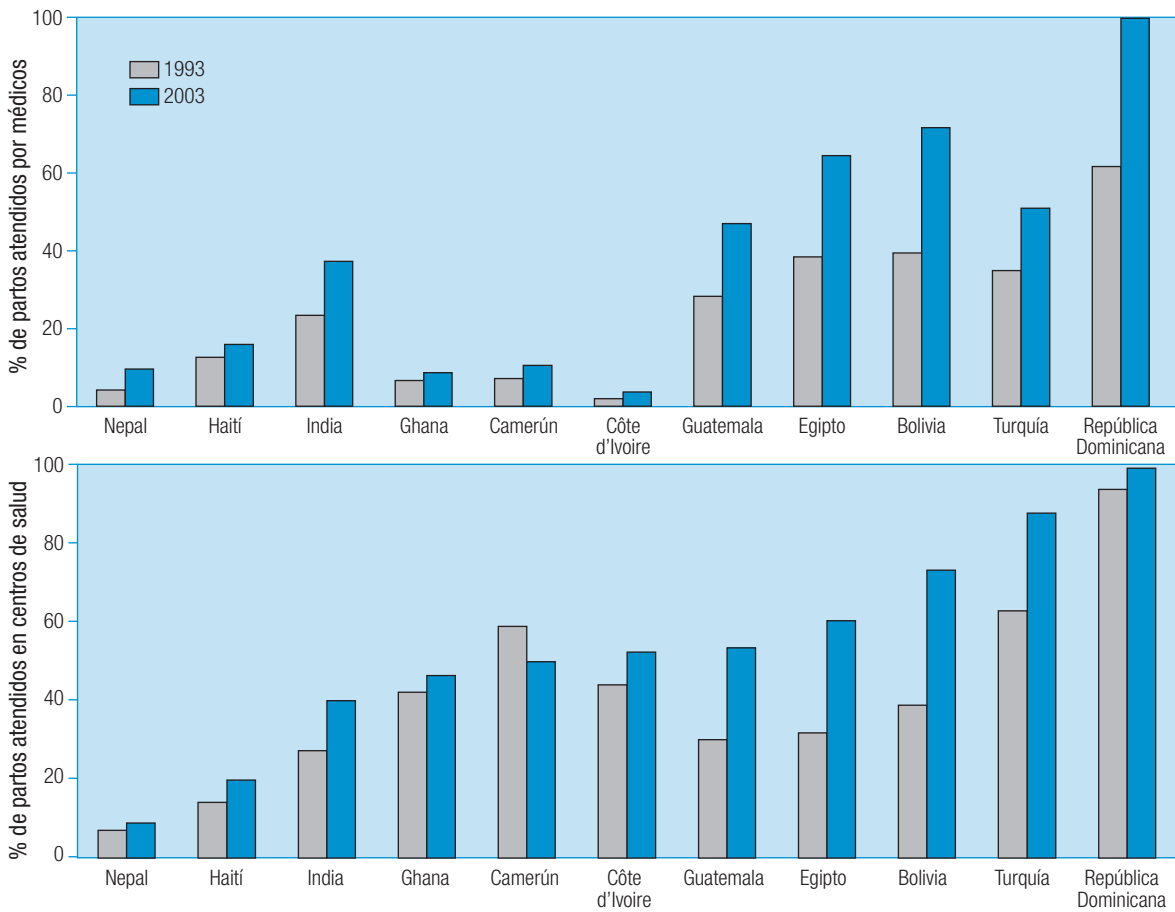
PLANIFICACIÓN DEL ACCESO UNIVERSAL

Criterios para determinar las necesidades de oferta

No es recomendable separar la planificación de la expansión del acceso a la atención neonatal de la planificación de la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Para planificar se necesitan puntos de referencia. Según las recomendaciones formuladas, habría que organizar servicios de atención materna y neonatal con al menos un servicio «general» y cuatro servicios «básicos» de atención obstétrica esencial por cada 500 000 habitantes, es decir, un servicio para 3000 nacimientos por año. Esas recomendaciones no concuerdan con la realidad en los distritos de salud, que son mucho más pequeños. En el África subsahariana, donde más estancada está la situación, el tamaño medio de los distritos ronda las 120 000 personas, y en Asia sudoriental suelen ser mucho más pequeños.

Calcular las necesidades de atención de primer nivel para las madres y los lactantes es sencillo: todos deberían tener acceso a ella. El problema reside en decidir el nivel óptimo de descentralización, esto es, el compromiso entre acceso y eficiencia.

Figura 5.6 Aumenta la proporción de partos atendidos en centros de salud y partos asistidos por médicos



Fuente: extrapolación a partir de Encuestas Demográficas y de Salud consecutivas.

Las necesidades de atención de apoyo son más difíciles de determinar, ya que sólo algunas madres embarazadas y sus hijos necesitarán esas intervenciones, pero no se puede saber cuáles de antemano. La cuestión que se debate es el porcentaje de madres y recién nacidos que precisan ese tipo de atención. A falta de una sólida base empírica (37), las estimaciones varían considerablemente. De acuerdo con las directrices del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la OMS, la proporción de madres que sufre complicaciones graves es de un 15%, lo cual no significa que todas ellas necesiten atención de apoyo, pues muchas de esas complicaciones se pueden resolver con las intervenciones de primer nivel. Sobre la base de pruebas más recientes y de investigaciones en curso, probablemente se podría revisar a la baja ese porcentaje hasta un nivel del 7%, que comprendería entre un 2% y un 3% de casos quirúrgicos. La proporción de recién nacidos que necesitan atención de apoyo a menudo se subestima mucho, mientras se sobrestima la necesidad de equipo sofisticado para salvar sus vidas. La proporción de recién nacidos a los que la atención de apoyo podría permitir sobrevivir ante un alto riesgo de muerte oscila entre un 9% y un 15%, pero hay pocas pruebas de ello.

En un distrito de 120 000 habitantes, y partiendo del supuesto de que la tasa de natalidad sea de 30 por 1000 habitantes, unas 3600 madres y recién nacidos necesitarían atención de primer nivel, y de ellos entre 600 y 650 precisarían también atención de apoyo. Las parteras que trabajan en un equipo pueden atender fácilmente 175 nacimientos al año (38). En un distrito de esas dimensiones harían falta unas 20 parteras, o profesionales con formación equivalente, para proporcionar atención de primer nivel a todas las madres y recién nacidos del distrito, en el hospital y en los centros de maternidad descentralizados dirigidos por parteras, que tienen de 60 a 80 camas.

Una solución práctica y costoeficaz sería que se mantuviera un equipo de nueve o diez parteras (o personal equivalente) en el hospital (38), y que las demás trabajaran en los otros centros de maternidad del distrito. En los lugares con una población más dispersa podría haber centros más pequeños, quizá con cinco parteras cada uno, que también ofrecerían servicios las 24 horas del día; no obstante, en este caso los gastos de traslados de urgencia y control de calidad serían más elevados. En los distritos grandes y poco poblados la única solución probablemente sería que hubiera una partera en cada aldea, como se ha hecho en Indonesia. Con esta medida el acceso a la asistencia se refuerza considerablemente, pero se plantean problemas en cuanto a la garantía de la calidad, la disponibilidad de atención las 24 horas del día y la eficacia y el costo de las derivaciones de emergencia.

Los distritos de ese tipo necesitarían contar con el equivalente de los servicios de un médico a tiempo completo y su equipo para proporcionar atención de apoyo a las 600 o más madres y lactantes con problemas que el personal del primer nivel no está capacitado para atender. Dado el imperativo de disponer las 24 horas del día de profesionales con la preparación necesaria para prestar esa atención, no es viable que haya un solo ginecólogo-obstetra por distrito. En muchos países con pocos recursos se han probado otras opciones que han dado buenos resultados, como mejorar la capacitación de todo el personal médico o de técnicos especializados. Esa mejora de la formación debe abarcar la atención obstétrica y neonatal, cuestión que ha recibido poca atención hasta la fecha.

Recuadro 5.3 Sobremedicalización

El parto es un acontecimiento que se presta a la sobremedicalización. Las mujeres y sus familias se muestran dispuestas a seguir los consejos de los médicos cuando les recomiendan intervenciones presentadas como importantes para la vida de la madre y el niño. La demanda irracional, la explotación comercial y la medicina defensiva no son poco frecuentes. Es indudable que muchos procedimientos médicos salvan vidas y son precisos, pero las intervenciones innecesarias pueden provocar gratuitamente daños y gastos, y pueden tener graves consecuencias. La demanda inducida por la oferta es una de las principales razones para poner en tela de juicio la supuesta mejor calidad del sector privado, especialmente en el caso de los proveedores sanitarios que desarrollan actividades con fines lucrativos. En particular, se abusa de cuatro intervenciones.

La tasa de partos por cesárea está en aumento en todo el mundo. Esta intervención salva vidas en caso de parto obstruido u otras indicaciones, pero conlleva riesgos y puede ser causa de morbilidad de por sí. También entraña por lo general gastos muy elevados, a veces incluso catastróficos, para los pacientes. Sin embargo, en algunos países el número de mujeres que dan a luz por cesárea está aumentando de manera excesiva. A comienzos de la década de los noventa las tasas elevadas de partos por cesárea eran un fenómeno típicamente latinoamericano. Ahora la «epidemia» parece haberse extendido al mundo entero. Con excepción de la

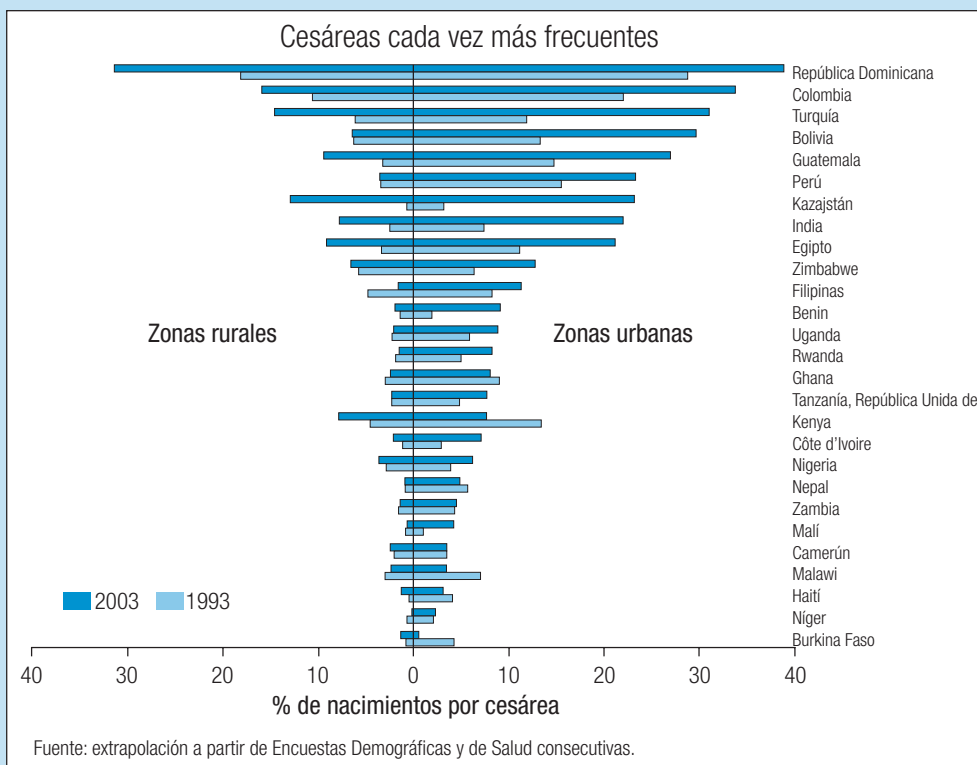
Región de África, la tasa de partos por cesárea en las zonas urbanas de la mayoría de los países supera con creces el 10%, y en las zonas rurales también está en aumento. Eso significa que en muchos países la mayoría de esas intervenciones se llevan a cabo por motivos que no son médicos y sin claros beneficios para la salud. Las causas son complejas, pero los médicos que crean una demanda con ánimo de lucro personal sin duda contribuyen a la epidemia. En esos países, la protección del consumidor se está convirtiendo en una prioridad. En cambio, la tasa de partos por cesárea sigue siendo baja en el África subsahariana, pues se sitúa por debajo de un 5% en las zonas urbanas y por debajo de un 2% en las rurales (43). En esos países, el principal problema que hay que afrontar es la falta de oferta.

En muchos países ricos esas intervenciones innecesarias conllevan pocos riesgos, pero en otros lugares las posibilidades de provocar involuntariamente consecuencias negativas para el lactante y la madre son muy reales. Además, recurrir a la cesárea cuando no es necesario puede suponer una desviación de los escasos recursos disponibles en los lugares en que muchas mujeres no tienen opción a una cesárea cuando su vida está en peligro. Se han propuesto estrategias para reducir la elevada tasa de partos por cesárea innecesarios, pero pocas se han evaluado correctamente, y las que se han evaluado han tenido poco éxito (44, 45).

Las cesáreas no son las únicas intervenciones que se están volviendo más comunes sin estar

indicadas médicamente y reportan pocos beneficios para la salud, y que además pueden tener efectos nocivos y a menudo acarrear mayores gastos para los pacientes. La episiotomía se practica de forma sistemática sin que existan pruebas sólidas de que proteja el perineo (40, 46), y se asocia a un riesgo mayor de transmisión del VIH, traumatismos y desgarros perineales y dispareunia. Tampoco hay pruebas científicas de que la amniotomía precoz de rutina sea útil en las mujeres en que el trabajo de parto evoluciona con normalidad; en cambio, aumenta el riesgo de sufrimiento fetal (47) y transmisión del VIH.

También se hace un uso excesivo de la oxitocina. Este medicamento resulta útil en la tercera fase del trabajo de parto para reducir la hemorragia posparto (48). También se puede emplear para inducir el parto o acelerarlo y tiene efectos beneficiosos en indicaciones bien precisas, determinadas mediante la vigilancia del trabajo de parto con el partograma. El uso de la oxitocina es cada vez más común en lugares en que la supervisión médica durante el parto es mínima y los partogramas no se usan o incluso se desconocen (49, 50). En algunas partes de la India, Malí, Nepal y el Senegal, una tercera parte de las mujeres reciben oxitocina durante el alumbramiento (51, 52). El uso indebido de la oxitocina, sobre todo cuando no hay supervisión médica, puede provocar sufrimiento fetal, mortinatalidad, ruptura uterina y muerte de la madre (52, 53).

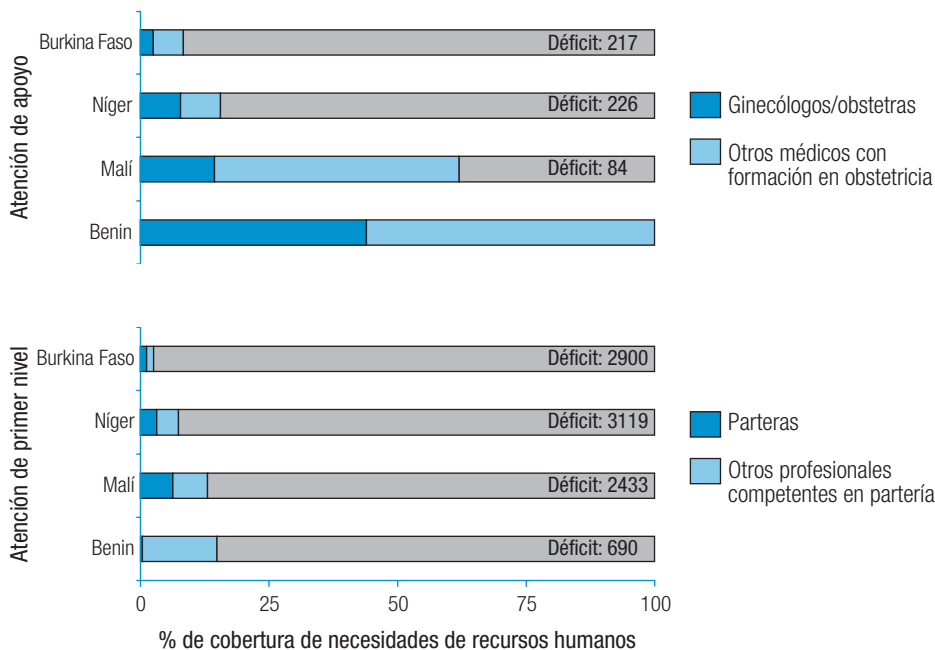


Cabe ser optimistas, pero con cautela

Cuando se ofrecen servicios fiables, su utilización puede aumentar de manera impresionante. Por ejemplo, en Dakar (Senegal), la apertura de un quirófano en una unidad de maternidad de la ciudad hizo que el número de nacimientos en esa unidad aumentara inmediatamente un 80%. Es obvio que hay una enorme demanda a la espera de ser atendida.

A nivel mundial, se dispone de muchos datos representativos de los países acerca de la asistencia especializada durante el parto y se tiene información sobre el 93,5% de todos los nacidos vivos. De ahí que se sepa que el 61,1% de los partos del mundo son atendidos por profesionales que, al menos en principio, tienen la formación necesaria para prestar esa asistencia. Si se hace una extrapolación de los datos disponibles sobre 58 países, a los que corresponde el 76% de los nacimientos del mundo en desarrollo, se observa que la proporción de partos atendidos por un profesional competente – elemento fundamental de la atención de primer nivel – aumentó de forma considerable entre 1990 y 2003, pues pasó de un 41% a un 57%, lo que representa un incremento del 38%. Los mayores progresos se registraron en Asia sudoriental (de un 34% en 1990 a un 64% en 2003) y en África septentrional (de un 41% en 1990 a un 76% en 2003). Esas cifras suponen un incremento de más de un 85% en ambas regiones. Sin embargo, prácticamente no se observó ningún cambio en el África subsahariana, donde las tasas correspondientes, que permanecieron en torno a un 40%, son de las más bajas del mundo. En esos promedios regionales se esconden diferencias importantes de un país a otro y entre las zonas urbanas y rurales. En casi todos los casos, el incremento del número de partos atendidos por profesionales com-

Figura 5.7 Carencia de recursos humanos en Benin, Burkina Faso, Malí y Níger, 2001



Fuente: adaptado de The Unmet Obstetric Need Network (<http://www.itg.be/uonn/>).

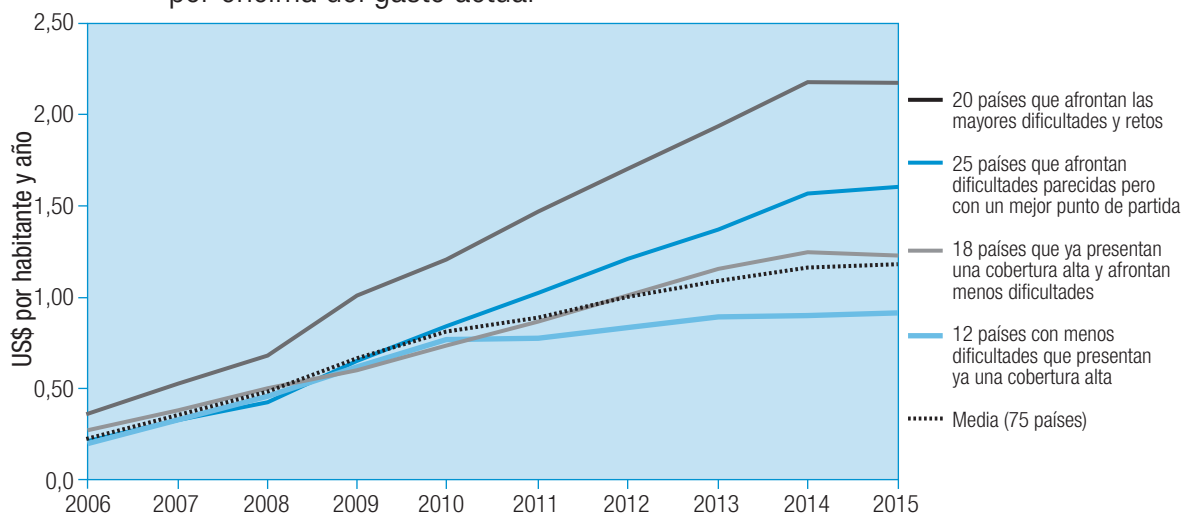
petentes se debe a un aumento de la presencia de médicos en los partos. De hecho, en la mayoría de las regiones, con excepción del África subsahariana, se observa una disminución del uso de otros tipos de asistencia profesional. Asimismo, se ha registrado un marcado aumento de la proporción de partos en centros de salud, tanto en las zonas rurales como en las urbanas (véase la figura 5.6).

Esa tendencia a un mayor uso de los servicios profesionales de atención materna y neonatal no justifica un excesivo optimismo. En muchos lugares donde hay hospitales dotados de profesionales con preparación la mortalidad sigue siendo asombrosamente alta. Por ejemplo, en 1996, la tasa de mortalidad materna en Brazzaville (Congo) era de 645 por cada 100 000 nacidos vivos, pese a la existencia de un hospital universitario y de centros de atención de salud (39). Contar con atención obstétrica consiste no sólo en tener un hospital con médicos capacitados, sino también en que ese personal sepa cómo proceder y trabajar (40).

Hay dos tendencias especialmente preocupantes. En primer lugar, cabe mencionar la diferencia entre lo que garantiza la formación de partera, enfermera-partera o médico y el nivel real de capacitación y competencia de esas personas. En un importante estudio sobre la preparación de esos profesionales en cuatro países, se observó que su formación teórica apenas se correspondía con su competencia en la práctica y que había una gran diferencia entre la preparación de todos ellos y las normas de referencia internacionales. Eso ocurría también en cuanto a los conocimientos prácticos fundamentales para salvar la vida de los recién nacidos e incluso de las madres (41).

En segundo lugar, la salud materna y neonatal es una esfera en la que es fácil encontrar clientes para comercializar los correspondientes servicios de salud – ya sea de forma manifiesta o encubierta. El costo de un parto vaginal espontáneo representa como mínimo un 2% de los desembolsos anuales de una familia en Benin y Ghana; si se necesitan intervenciones especiales debido a alguna complicación, los costos pueden llegar a representar hasta un 34% de esos desembolsos (42). Al ser muy amplia la clientela potencial, es frecuente que se haga un uso excesivo de las tecnologías médicas, inducido por la oferta, con el consiguiente riesgo de yatrogenia y explotación financiera de los clientes. La epidemia mundial de cesáreas es un ejemplo típico de este fenómeno, pero no el único (véase el recuadro 5.3).

Figura 5.8 Costo de la expansión de la atención materna y neonatal, por encima del gasto actual



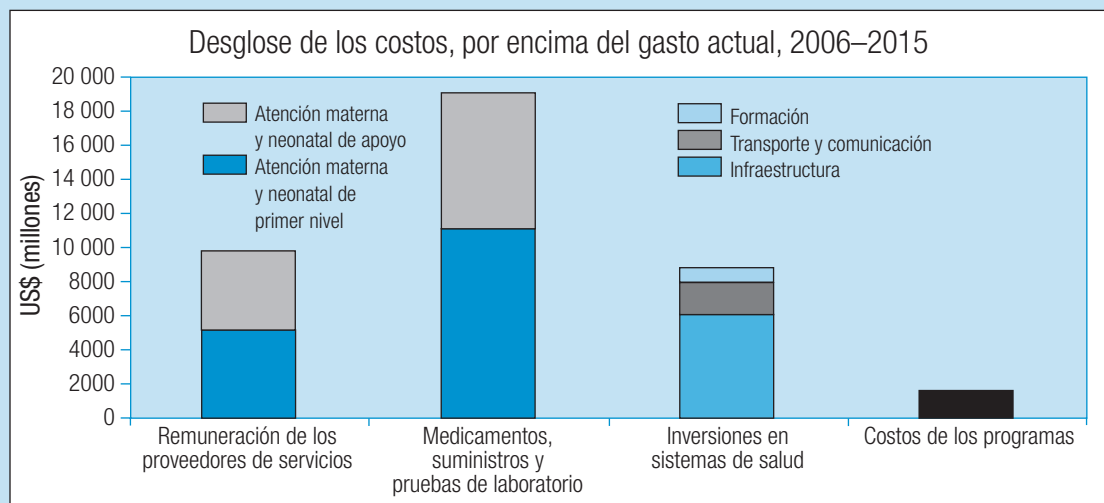
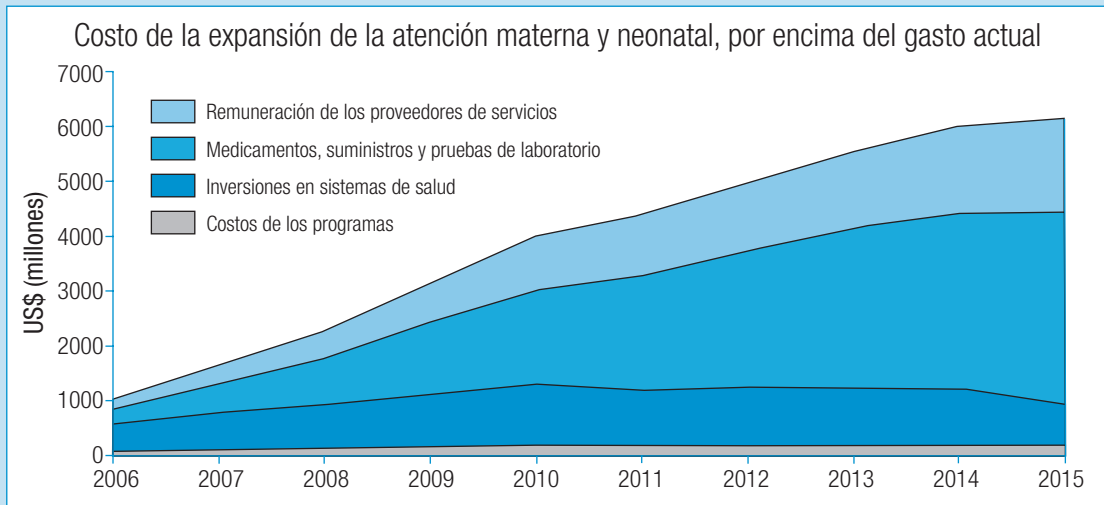
Recuadro 5.4 Desglose del costo previsto de la expansión de la cobertura de la atención materna y neonatal

Los escenarios para avanzar hacia la cobertura universal de la atención materna y neonatal en 75 países se articularon en torno a la expansión de la asistencia especializada de primer nivel y de apoyo durante el parto, y en ellos se prevé una amplia gama de intervenciones (en número de 67, durante el embarazo, durante el parto y en los periodos neonatal y posnatal) destinadas a reducir la mortalidad y mejorar la salud. La puesta en práctica de esos escenarios en los 75 países entrañaría un costo de US\$ 1000 millones en 2006, que iría en aumento hasta cifrarse en US\$ 6100 millones en 2015; ese costo se añadiría al actual nivel de gastos. En el periodo de 10 años que abarca la estimación de costos, un 4% de los

gastos adicionales se destinaría a desarrollo y apoyo de programas y un 22% correspondería a las inversiones en sistemas de salud (capacitación, transporte y comunicaciones e infraestructura de redes de atención sanitaria); según los escenarios preparados, los costos anuales de inversión en sistemas de salud se duplicarían entre 2006 y 2015, pero su proporción con respecto a los gastos totales descendería de un 46% a un 12%.

La mayor parte de los gastos adicionales correspondería a la expansión de la prestación de servicios: US\$ 460 millones de un total de US\$ 1000 millones en 2006, que aumentarían a US\$ 5200 millones del gasto total de US\$ 6100 millones previsto para 2015 (un 56%

para atención de primer nivel y un 44% para atención de apoyo). El costo de la prestación de servicios seguiría incrementándose, en cifras tanto absolutas como relativas, después de 2015, a medida que prosiguiera la expansión de la cobertura. En el periodo 2006–2015, un 48% de todos los gastos adicionales estarían relacionados con medicamentos, productos básicos y suministros, y un 25% con los sueldos y la remuneración de la fuerza de trabajo adicional. No obstante, esta última estimación se basa en el actual nivel de remuneración, que seguramente no sería suficiente para contratar, retener y desplegar agentes de salud en las zonas en que más falta hacen.



Medidas para corregir el déficit de recursos humanos e infraestructura

Ahora se empieza a tener información – si bien todavía muy incompleta – sobre la infraestructura y el personal disponibles para prestar atención materna y neonatal. El seguimiento, durante cinco años, de la idoneidad de la atención de urgencia en Bangladesh, Benin, Bhután, el Chad, Marruecos, Nicaragua, el Níger, el Senegal y Sri Lanka reveló un panorama muy variado, pero con la característica común de la falta de atención de primer nivel en casi todas partes y un reparto inadecuado de los establecimientos de salud (54–56). La situación es muy distinta de un país a otro, pero es peor en los países cuyos resultados sanitarios se estancaron o empeoraron entre 1990 y 2002.

El número de camas disponibles en las salas de maternidad de los establecimientos de salud de muchos países es muy inferior a las necesidades, y las que hay están repartidas de forma desigual. No obstante, el principal problema es la escasez de personal especializado. Esa escasez se puede observar en la figura 5.7, donde se comparan los puntos de referencia establecidos para el mencionado estudio con un inventario exhaustivo del personal de centros públicos y privados realizado sobre el terreno. En todos los países las carencias más importantes son las relacionadas con el personal que se encarga de la atención materna y neonatal de primer nivel.

Se necesitará mucho tiempo y dinero para colmar esas carencias: las parteras escasean, sobre todo fuera de las capitales, y en muchos países la falta de ese personal está empezando a agudizarse. También se necesitará mucho tiempo y dinero para establecer la infraestructura de la red de asistencia sanitaria, tanto de primer nivel como de apoyo, en particular en los países del África subsahariana y en otros que viven una situación de estancamiento o regresión.

Escenarios de expansión

La OMS ha preparado diversos escenarios que podrían colmar esas carencias en 75 países para avanzar hacia el acceso universal a la atención materna y neonatal tanto de primer nivel como de apoyo (para acceder a información detallada sobre los escenarios y los correspondientes costos, véase: <http://www.who.int/whr/>). Esos países agrupan a más del 75% de la población mundial y a ellos corresponde casi el 90% de todos los nacimientos del mundo y aproximadamente el 95% de todas las defunciones maternas y neonatales. Actualmente, cerca del 43% de los partos de esos países tiene lugar en centros de salud, con asistencia de personal especializado, si bien su nivel de preparación varía mucho de un sitio a otro, y sólo una pequeña parte de las madres y los niños tiene acceso a todas las intervenciones de atención materna y neonatal. Así pues, se plantea un objetivo doble: por una parte, lograr que la atención llegue a todas las madres y recién nacidos y, por otra, mejorar la calidad y aumentar el número de intervenciones disponibles.

El ritmo de la expansión variaría en función de las circunstancias y las dificultades concretas de cada país. Seguramente, la expansión sería más lenta en los países que actualmente se encuentran en peor situación: niveles más bajos de cobertura, sistemas de salud frágiles y poco desarrollados y condiciones desfavorables. Si se tiene en cuenta la situación concreta de los 75 países, parece realista prever que en 12 países se podría proporcionar acceso a la gama completa de intervenciones de atención de primer nivel y de apoyo al 95% de las madres y los recién nacidos para 2010, y hacer lo mismo en otros 18 países para 2015. Sin embargo, por lo que respecta a 25 países,

es poco probable que la cobertura se pudiera expandir por encima de un 65% para 2015 y que el acceso universal se lograra antes de 2025. En un cuarto grupo de 20 países, donde la cobertura es actualmente la más baja, la carencia de oferta sanitaria más aguda, el sistema de salud más débil y el entorno más desfavorable, parece posible llegar a expandir la cobertura a un 50% en 2015, pero para llegar a una cobertura plena harían falta por lo menos otros 15 años.

De acuerdo con esos escenarios, la cobertura de la atención materna y neonatal en los 75 países en su conjunto pasaría del actual 43% (con una serie mínima de intervenciones) a cerca de un 73% (con una gama completa de intervenciones) en 2015. En la tabla 5.1 se exponen algunos de los efectos que esto tendría para los profesionales sanitarios y para la infraestructura de atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo. Según un primer cálculo de la posible repercusión de esa expansión, en los 75 países se produciría una reducción de la mortalidad materna, que pasaría de un nivel global en 2000 de 485 por 100 000 nacimientos a 242 por 100 000 nacimientos en 2015, y de la mortalidad neonatal, que pasaría de 35 a 29 por cada 1000 nacidos vivos en el mismo espacio de tiempo.

Tabla 5.1 Medidas para corregir el déficit de oferta sanitaria y expandir la atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo en 75 países (de una cobertura del 43% a una del 73% para 2015 y una cobertura plena para 2030)

Puntos de referencia	Carencia de oferta
Atención materna y neonatal de primer nivel para todas las madres y recién nacidos:	Mejora de la formación y redesplicue de 140 000 de los aproximadamente 265 000 profesionales que atienden ahora el 43% de los partos
1 centro de maternidad por cada 1750 nacimientos, 1 partera u otro profesional especializado en partería por cada 175 nacimientos	Formación de más parteras o de profesionales especializados en partería: 700 000 para 2030 (330 000 para aumentar su número total y 370 000 para compensar la reducción natural de puestos); 334 000 personas se formarían en los 10 primeros años
	Mejora y creación de 37 000 unidades de maternidad, 24 000 de ellas en los 10 primeros años
Atención materna y neonatal de apoyo como mínimo para un 7% de las madres y un 9%–15% de los recién nacidos:	Mejora de la formación de 47 000 médicos y técnicos que prestan servicios de apoyo, 27 000 de ellos en los 10 primeros años
1 hospital por cada 120 000 habitantes	Mejora de 18 000 unidades de maternidad en hospitales, 11 000 de ellas en los 10 primeros años

Costos de la expansión

Se calcula que materializar esos escenarios para 2015 entrañaría un costo, por encima del actual gasto en salud materna y neonatal, de US\$ 39 000 millones (US\$ 1000 millones en 2006, que aumentarían progresivamente, a medida que se expandiera la cobertura, hasta llegar a US\$ 6000 millones en 2015). Esa suma supondría un costo

aproximado de US\$ 0,22 por habitante al principio y se iría incrementando hasta llegar a US\$ 1,18 en 2015 (véase la figura 5.8; en el recuadro 5.4 se presenta un desglose de las estimaciones de gastos).

De esa inversión, un 18% se destinaría a los 20 países que se encuentran en peor situación y cuya cobertura se desea expandir a un 50% (esto supondría US\$ 1,25 por habitante y año); un 17% a los 25 países cuya cobertura ha de alcanzar un 65% (US\$ 0,87 por habitante y año); un 9% a los 18 países que pueden llegar a una cobertura del 95% en 2015 (US\$ 0,74 por habitante y año), y un 56% a los 12 países que pueden lograr una cobertura plena a partir de 2010 (US\$ 0,61 por habitante y año). Con respecto a los niveles actuales, ese desembolso representaría un incremento del nivel de gasto público en salud de un 30%, un 5%, un 7% y un 3% anuales, respectivamente.

El esfuerzo más importante se habría de hacer en los países más pobres y con mayor dependencia de la ayuda externa, a pesar de que las estimaciones de gastos en esos países están seguramente calculadas a la baja, porque en ellas se han tenido en cuenta los precios actuales de la mano de obra y los productos básicos, que son muy inferiores a los de cualquier otro lugar. Las autoridades nacionales y la comunidad internacional han de ser conscientes de que, de llevar a la práctica los escenarios, los países que harían el mayor esfuerzo económico serían los que obtendrían los resultados más lentos. Si se hace sólo un análisis somero, puede parecer que ésta es una manera ineficaz de asignar los recursos mundiales a la salud materna y neonatal, pero es necesario proceder así para reducir las crecientes diferencias entre los países y avanzar hacia los ODM en todo el mundo.

Referencias

1. *Best practices: detecting and treating newborn asphyxia*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2004 (<http://www.mnh.jhpiego.org/best/detasphyxia.pdf>, visitado el 16 de febrero de 2005).
2. Verhoeff FH, Le Cessie S, Kalanda BF, Kazembe PN, Broadhead RL, Brabin BJ. Post-neonatal infant mortality in Malawi: the importance of maternal health. *Annals of Tropical Paediatrics*, 2004, 24:161–169.
3. Grantham-McGregor SM, Lira PI, Ashworth A, Morris SS, Assuncao AM. The development of low birth weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. *Journal of Pediatrics*, 1998, 132: 661–666.
4. Godfrey KM, Barker DL. Fetal nutrition and adult disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 71(Suppl.):1344S–1352S.
5. UNICEF/OMS. *Low birthweight: country, regional and global estimates*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2004.
6. Caulfield L. Nutritional interventions in reducing perinatal and neonatal mortality. In: *Reducing perinatal and neonatal mortality. Report of a meeting, Baltimore, MD, 10–12 May 1999*. Baltimore, MD, Johns Hopkins School of Public Health, 1999 (Child Health Research Project Special Report, Vol. 3, No. 1).
7. Tinker A. *Safe motherhood is a vital social and economic investment*. Documento presentado a la Technical Consultation on Safe Motherhood, Safe Motherhood Inter-Agency Group, Colombo, Sri Lanka, 18–23 de octubre de 1997 (http://safemotherhood.org/resources/pdf/aa-06_invest.pdf, visitado el 15 de febrero de 2004).
8. Lawn J, Zupan J, Knippenberg R. *Newborn survival*. In: Jamison D, Measham AR, Alleyne G, Breman J, Claeson M, Evans DB et al, eds. *Disease control priorities in developing countries*. 2ª ed. Bethesda, MD, National Institutes of Health, 2005.

9. Masuy-Stroobant G. Infant health and child mortality in Europe: lessons from the past and challenges for the future. In: Corsini C, Viazzo PP, eds. *The decline of infant and child mortality: the European experience 1750–1990*. La Haya, Kluwer Law International/Martinus Nijhoff, 1997.
10. Hall S. *Neonatal mortality in developing countries: what can we learn from DHS data?* Southampton, Southampton Statistical Sciences Research Institute, 2005 (Applications & Policy Working Paper, A05/02; <http://eprints.soton.ac.uk/14214>, visitado el 15 de febrero de 2005).
11. Hill K, Pande R. *The recent evolution of child mortality in the developing world*. Arlington, VA, BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival), 1997 (Current Issues in Child Survival Series).
12. Curtis S. *An assessment of the quality of data used for direct estimation of infant and child mortality in DHS II surveys*. Calverton, MD, Macro International Inc., 1995 (Demographic and Health Surveys Occasional Paper, No. 3).
13. Reher D, Perez-Moreda V. Assessing change in historical context: childhood mortality patterns in Spain during demographic transition. In: Corsini C, Viazzo PP, eds. *The decline of infant and child mortality: the European experience 1750–1990*. La Haya, Kluwer Law International/Martinus Nijhoff, 1997.
14. Hanmer L, White H. *Infant and child mortality in sub-Saharan Africa. Report to Sida*. La Haya, Institute of Social Studies, 1999.
15. Simms C, Milimo JT, Bloom G. *The reasons for the rise in childhood mortality during the 1980s in Zambia*. Brighton, University of Sussex, Institute of Development Studies, 1998 (Documento de Trabajo 76).
16. Costello A, White H. Reducing global inequalities in child health. *Archives of Disease in Childhood*, 2001, 84:98–102.
17. Ticconi C, Mapfumo M, Dorrucci M, Naha N, Tarira E, Pietropolli A et al. Effect of maternal HIV and malaria infection on pregnancy and perinatal outcome in Zimbabwe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003, 34:289–294.
18. Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:836–848.
19. Rutstein SO. Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990s. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78: 1256–1270 (resumen en español).
20. Cornia A, Mwabu G. *Health status and health policy in sub-Saharan Africa: a long-term perspective*. Helsinki, Universidad de las Naciones Unidas/Instituto Mundial de Investigaciones de Economía del Desarrollo, 1997.
21. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross country econometric study. *Lancet*, 2004, 364:1603–1609.
22. Bulatao RA, Ross JA. Which health services reduce maternal mortality? Evidence for ratings of maternal health services. *Tropical Medicine & International Health*, 2003, 8:710–721.
23. Shiffman J. Can poor countries surmount high maternal mortality? *Studies in Family Planning*, 2000, 31:274–289.
24. Filmer D, Pritchett L. The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, 1999, 49:1309–1323.
25. Matthews Z, Ensor T, Amoako-Johnson F, Van Lerberghe W. Socioeconomic and health system determinants of maternal, newborn and child mortality (Documento de trabajo IMPACT/OMS para el Informe sobre la salud en el mundo).
26. Werner D, Sanders D. *Questioning the solution: the politics of health care and child survival*. Palo Alto, CA, Heathwrights, 1987.
27. Loudon I. *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800–1950*. Oxford, Clarendon Press, 1992.
28. MacFarlane A. *Birth counts: statistics of pregnancy and child birth* [CD-Rom]. Londres, The Stationery Office, 2000.
29. Mahy M. *Childhood mortality in the developing world: a review of evidence from the Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD, Macro International Inc., 2003 (DHS Comparative Reports, No. 4).

30. Grupo Interinstitucional sobre la Maternidad sin Riesgos. *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. Report of the Safe Motherhood Technical Consultation, 18–23 October 1997, Colombo, Sri Lanka* (http://www.safemotherhood.org/resources/pdf/e_action_agenda.PDF, visitado el 16 de febrero de 2005).
31. MacDonagh S. *Creating synergies in maternal and neonatal health services*. Londres, Department for International Development, 2003 (Documento de trabajo inédito Options, realizado en nombre del DPDI).
32. Harvey SA, Ayabaca P, Bucagu M, Djibrina S, Edson WN, Gbangbade S et al. Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2004, 87:203–210.
33. Bautista LE. Duration of maternal breast-feeding in the Dominican Republic. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 1997, 1:104–111 (resumen en español).
34. *Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/FCH/RHR/03.11).
35. O'Rourke K, Howard-Grabman L, Seoane G. Impact of community organization of women on perinatal outcomes in rural Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 1998, 3:9–14 (resumen en español).
36. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. and MIRA. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 2004, 364:970–979.
37. Maine D, McCarthy J, Ward V. *Guidelines for monitoring progress in reduction of maternal mortality*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1992.
38. Van Lerberghe W, Laforêt Y. The role of the hospital in the district: delivering or supporting primary health care? *Current Concerns SHS Papers*, 1990:1–36.
39. Le Coeur S, Pictet G, M'Pelé P, Lallemand M. Direct estimation of maternal mortality in Africa. *Lancet*, 1998, 352:1525–1526.
40. Buekens P. Over-medicalisation of maternal care in developing countries. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 2001, 17, 195–206.
41. Harvey SA, Ayabaca P, Bucagu M, Djibrina S, Edson WN, Gbangbade S et al. Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2004, 87:203–210.
42. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:383–390.
43. Buekens P, Curtis S, Alayon S. Demographic and Health Surveys: caesarean section rates in sub-Saharan Africa. *BMJ*, 2003, 326:136.
44. Kristensen MO, Hedegaard M, Secher NJ. Can the use of cesarean section be regulated? A review of methods and results. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 1998, 77:951–960.
45. Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Strategies to address global cesarean section rates: a review of the evidence. *Birth*, 2002, 29:28–39.
46. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1999, 3:CD000081.
47. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1999, 4:CD000015.
48. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, 4: CD001808.
49. Jeffery P, Jeffery R, Lyon A. *Labour pains and labour power*, Londres, Zed Books, 1989.
50. Van Hollen C. Invoking vali: painful technologies of modern birth in south India. *Medical Anthropology Quarterly*, 2003, 17:49–77.
51. Bouvier-Colle MH, Prual A, de Bernis L et le groupe MOMA. *Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest. Résultats d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ougadougou, Saint-louis et Kaolack*. Paris, Ministère des Affaires Étrangères – Coopération et Francophonie, 1998.

52. Ellis M, Manandhar N, Manandhar DS, Costello AM. Risk factors for neonatal encephalopathy in Kathmandu, Nepal, a developing country: unmatched case-control study. *BMJ*, 2000, 320:1229–1236.
53. Dujardin B, Boutsen M, De Schampheleire I, Kulker R, Manshande JP, Bailey J et al. Oxytocics in developing countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1995, 50:243–251.
54. AMDD Working Group on Indicators. Program note. Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services in Morocco, Nicaragua and Sri Lanka. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 80:222–230.
55. AMDD Working Group on Indicators. Program note. Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Bhutan, Cameroon and Rajasthan, India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2002, 77: 277–284.
56. Goodburn EA, Hussein J, Lema V, Damisoni H, Graham W. Monitoring obstetric services: putting the UN guidelines into practice in Malawi. I: developing the system. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001, 74:105–117.