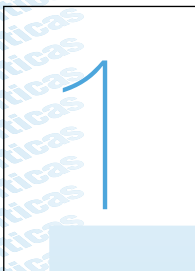




Reseña de políticas No 1

Integración de los programas de salud de la madre, el recién nacido y el niño



El Informe sobre la salud en el mundo de este año se publica cuando apenas queda un decenio para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La pobreza, la desigualdad, la guerra y la agitación social, junto con la influencia destructiva del VIH/SIDA, han afectado al progreso hacia una salud mejor para las madres y los niños, aunque el principal obstáculo es su exclusión de una atención de buena calidad.

FRENTE A LA EXCLUSIÓN

Aumento de la demanda y de las expectativas ▶ Las familias de comunidades pobres, y sobre todo las mujeres, saben perfectamente que el acceso a la atención de salud es importante. Cada vez exigen una atención mejor para sus bebés e hijos pequeños, y también para sí mismas. Esperan legítimamente que sus gobiernos les garanticen el acceso a dicha atención. Actualmente, estas expectativas constituyen una realidad política que implica costes políticos para los que decidan no prestarles atención.

Demasiados siguen excluidos ▶ Las causas de exclusión de acceso a la atención primaria pueden ser múltiples. Puede que simplemente los servicios no estén disponibles o que las mujeres tengan dificultad para acceder a ellos por discriminación de género o por los obstáculos generados por la pobreza, la raza, el idioma y la cultura; la incertidumbre sobre lo que dicha atención les costará, o la certeza de que será demasiado costosa hace desistir a muchas del acceso a esa atención que podría ser vital. Incluso si consiguen utilizar dichos servicios, puede que no sea en el momento oportuno, que éstos no sean eficaces, que no den ningún resultado o que sean discriminatorios, y a menudo son catastróficamente costosos.

Progreso insuficiente ▶ Con frecuencia las consecuencias son mortales. Cada año 529.000 mujeres fallecen por causas relacionadas con el embarazo, entre las que se incluye la espeluznante cifra de 68.000 víctimas de abortos inseguros. Asimismo, 10,6 millones de niños no llegan a cumplir los cinco años. Esta cifra incluye a 4 millones de bebés que fallecen antes de cumplir un mes de vida, pero no incluye a los 3,3 millones que nacen muertos. Las medidas para solucionar esta situación progresan lentamente y de forma poco uniforme. En unos cuantos países se han realizado grandes mejoras, pero en muchos otros las tasas de mortalidad se han estancado o han empeorado. Actualmente, apenas se están realizando progresos mensurables en relación con la salud de la madre, y hasta hace poco no se ha prestado atención a la salud del recién nacido como componente importante de la salud del niño. Lo irónico de esta falta de progreso es que la mayoría de las defunciones podrían evitarse, ya que las medidas que podrían salvarles la vida son perfectamente conocidas y podrían aplicarse a gran escala, incluso en un entorno de pocos recursos. Los problemas más importantes no son técnicos sino operativos: elegir las estrategias correctas para que los programas superen las limitaciones que dificultan el desarrollo de sistemas de salud eficaces.

ELECCIÓN DE ESTRATEGIAS ADECUADAS PARA LOS PROGRAMAS

Desarrollo de una prestación continua de la atención ► El principio básico de las estrategias utilizadas para desarrollar programas centrados en la salud de la madre, el recién nacido y el niño (SMRNN) es la “continuidad de la atención”. Esta expresión puede resultar algo confusa porque tiene dos significados. En primer lugar, significa que la atención debe prestarse ininterrumpidamente a lo largo de toda la vida, incluida la adolescencia, el embarazo, el parto y la infancia. En segundo lugar, indica que la atención debe prestarse desde el hogar como en la comunidad, hasta el centro de salud y el hospital. Comprender estas dos dimensiones de la continuidad de la atención influye enormemente en la organización de los programas.

Atención durante el embarazo ► La atención prenatal es de vital importancia tanto para la madre como para el bebé y ha sido un gran éxito, con un aumento de la demanda y de la utilización de los servicios en todo el mundo. Aun así, la calidad, la rapidez de intervención y la cobertura deben mejorarse. La atención prenatal podría ser más eficaz si se usara como plataforma para fomentar modos de vida sanos y la planificación familiar, así como en programas que hicieran frente a la malnutrición, el VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, el paludismo y la tuberculosis. La atención prenatal también tiene que establecer los cimientos de la continuidad en la prestación de la atención durante y después del nacimiento, desarrollando una relación de confianza entre la madre y los servicios de salud, planificando el parto en condiciones seguras y ayudando a la familia a prepararse para una buena crianza de los hijos. Pero el resultado de un embarazo también depende de factores anteriores a la concepción; por ejemplo, para un buen resultado deben prevenirse los embarazos prematuros o no deseados. Sigue habiendo una enorme falta de información, educación y acceso a métodos de

planificación familiar. Los inaceptables niveles de abortos inseguros constituyen un importante problema de salud pública. Las defunciones y discapacidades que conlleva un aborto inseguro pueden evitarse: no depende sólo de lo que cada país considere legal o ilegal, sino también de que se garantice el acceso de las mujeres, al máximo nivel permitido por la ley, a servicios de atención al aborto y de atención posterior al aborto de buena calidad.

Atención de personal calificado y profesional durante el parto ► Los países que han conseguido aumentar la seguridad de los partos tienen algo en común: optaron por ofrecer acceso a una atención prestada por personal profesional y calificado antes, durante y después del parto. Debido a que las complicaciones que podrían presentarse en cada parto concreto no se pueden predecir y pueden conducir a la muerte en poco tiempo, todas las mujeres y bebés sin excepción necesitan la atención que sólo pueden darle matronas, enfermeras-parteras, doctores u otros profesionales con la debida formación en obstetricia. Eso significa que la atención profesional de primer nivel tiene que estar disponible las 24 horas del día todos los días, para atender a todas las madres y recién nacidos, con el respaldo de un hospital que pueda ofrecer un servicio de envío de pacientes las 24 horas del día todos los días a aquellos que lo necesiten. El Cuadro 1 resume lo que, según el Informe sobre la salud en el mundo, debe hacerse para proporcionar dicha atención a todas las madres y sus bebés.

Los primeros días y semanas después del nacimiento ► La salud de la madre puede beneficiarse enormemente de una mejora en la atención posterior al parto, un periodo que siempre ha estado desatendido. Los profesionales que atienden a las madres durante el parto suelen dar poca importancia al hecho de que las horas, días y semanas posteriores al parto siguen siendo un periodo muy peligroso, tanto para la madre como para el

Tabla 1 Estimación de las necesidades anuales para la atención de las madres y los recién nacidos en un distrito

Población	Distrito típico	100.000 - 120.000
Volumen de trabajo	Embarazos que atender	3.000 - 3.600
	Nacimientos que atender	3.000 - 3.600
	Mujeres en puerperio que atender	3.000 - 3.600
	Mujeres que requieren atención de apoyo (7%)	Aprox. 210 - 250
	Casos quirúrgicos	60-110
	Recién nacidos que atender	3.000 - 3.600
	Recién nacidos que requieren atención de apoyo (9 - 15%)	270 - 550
Recursos necesarios	Profesionales con formación en partería	20 matronas organizadas en 2 – 3 equipos, uno de los cuales trabaja en el hospital del distrito
	Doctores con formación en obstetricia/ginecología/ anestesiología/pediatría o técnicos de nivel medio con formación equivalente; a tiempo parcial	Un mínimo de 3 para proporcionar atención las 24 horas del día en el hospital del distrito
	Instalaciones	60 - 90 camas entre el hospital y las instalaciones de maternidad
	Entorno propicio	Sistemas de apoyo gestorial, medicamentos, pruebas de laboratorio, equipo, transporte y sistemas de comunicación

recién nacido. Por otro lado, los programas centrados en la salud del niño han empezado hace poco a abordar los problemas de salud específicos de los recién nacidos. No se debe subestimar la importancia del periodo postnatal tanto para la madre como para el bebé: en este periodo se produce hasta un 70% de las muertes de madres y hasta un 40% de las muertes de niños menores de 5 años. En el periodo postnatal es cuando más se interrumpe la continuidad de la atención, porque a menudo las responsabilidades profesionales no están claramente definidas. En muchos entornos sencillamente no hay mecanismos para comunicar información y traspasar a la madre y al bebé de un programa maternal a un programa para niños. Por lo tanto es prioritario reducir distancias entre ambos tipos de programas. Para ello hace falta una combinación de planteamientos, desde la mejora de la atención a los recién nacidos dentro del hogar, pasando por visitas de profesionales sanitarios a domicilio, hasta la mejora de la utilización de los servicios en caso de que surjan problemas y del envío de pacientes cuando sea necesario.

LA EXPANSIÓN HACIA UNA COBERTURA TOTAL DE ATENCIÓN EFICAZ REQUERIRÁ FONDOS ADICIONALES

En el Informe sobre la salud en el mundo 2005 se estima que dentro de 10 años, en los 75 países más afectados del mundo, será posible llegar a todos los niños y a un 75% de las madres y bebés con las intervenciones centradas en la salud del niño y con toda la gama de intervenciones que se efectúan durante el embarazo, el parto y el postparto. En la mayoría de esos países eso implicaría el cumplimiento o la superación del ODM relativo a la salud del niño y el cumplimiento o casi cumplimiento del ODM relativo a la salud materna. Según los últimos datos disponibles, actualmente el gasto público en salud en estos países asciende a unos US\$ 97.000 millones, esto es, aproximadamente US\$ 22 por habitante. Para ampliar la cobertura sería necesario un gasto adicional de US\$ 0,69 por habitante en 2006, que ascendería a US\$ 2,66 en 2015 a medida que la cobertura se ampliase, lo que supone una media total de US\$ 9.000 millones al año a lo largo de los próximos 10 años. No obstante, estas cifras corresponden a estimaciones a la baja de lo que se necesitaría, por lo que sería necesario seguir ampliando la cobertura después de los 10 primeros años, hasta que se alcanzase una cobertura universal para todas las mujeres, recién nacidos y niños. Ese esfuerzo adicional variará considerablemente de un país a otro, pero en general tendrán que realizarlo tanto los propios países como la comunidad internacional.

Atención integrada y holística a los niños ► A pesar de sus impresionantes resultados, las limitaciones inherentes a los planteamientos verticales de décadas anteriores se han hecho patentes al mismo tiempo que los padres y los profesionales sanitarios se han dado cuenta de que hace falta lograr una imagen más completa de las necesidades del niño. La supervivencia es prioritaria, pero de lo que se trata es de que el niño crezca sano y se desarrolle de forma armoniosa. La respuesta a este nuevo interés es integrar la atención, empezando por una integración limitada, por ejemplo mediante la estrategia Immunisation Plus, o una integración más ambiciosa mediante la agrupación de una serie de intervenciones sencillas, asequibles y eficaces para la administración combinada de las enfermedades y la malnutrición de los niños en el contexto de la "Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia" (AIEPI). La AIEPI combina intervenciones que no sólo previenen muertes teniendo

en cuenta el perfil cambiante de las causas de la mortalidad, sino que también mejoran el crecimiento y el desarrollo sano de los niños. Además de añadir más programas a un solo canal de prestación, tiene como objetivo transformar la manera en que el sistema de salud plantea la atención a los niños, de manera que no se centre únicamente en centros de salud, sino que haya una continuidad de la atención que implique a las familias, las comunidades, los centros de salud y los hospitales del primer nivel de referencia de pacientes. La AIEPI ya ha sido adoptada por más de 100 países, pero a menudo su implementación es bastante limitada. En la práctica hay muchos niños que no se benefician de esta atención completa e integrada. Mientras los programas de salud infantil siguen progresando hacia la integración, también es necesario pasar de los proyectos a pequeña escala a los proyectos de acceso universal.

RECOMENDACIONES NORMATIVAS

Actualizar la formación, delegar tareas y redefinir responsabilidades ►

La escasez de recursos humanos exige soluciones pragmáticas. Por ejemplo, una falta de obstetras o anestesiólogos para la cirugía obstétrica se puede corregir recurriendo a médicos de cabecera o técnicos de nivel medio formados expresamente o, cuando no haya suficiente personal de enfermería, muchas de las intervenciones prioritarias para atender a niños pueden delegarse en personal no profesional o en voluntarios, en este caso también después de recibir una formación específica y con el apoyo necesario. Pero estos proveedores también tienen que ser capaces de ejercer en un entorno regulado. Con demasiada frecuencia, los profesionales de la salud no están plenamente formados, y cuando lo están no se les permite poner en práctica todo lo que han aprendido: permitir que, por ejemplo, las matronas o el personal de enfermería traten a las mujeres con oxitocina, de lo que son perfectamente capaces, puede salvar muchas vidas. Los gobiernos deben adoptar las medidas jurídicas y normativas necesarias para acelerar la expansión de la atención a la SMRNN. Deben hacerlo en colaboración con organizaciones profesionales para que participen todos los grupos profesionales interesados.

Hacer que la atención calificada sea el fundamento de la estrategia de la salud de la madre, el recién nacido y el niño ► Cuando haya una gran cantidad de recursos humanos de profesionales de la salud, debe corregirse cualquier posible escasez de recursos humanos, y el conjunto de competencias debe adaptarse a las necesidades. No obstante, en algunos países faltan recursos humanos en tantos campos que la tarea puede parecer muy ardua. En estos casos, la opción de recurrir a personal no profesional podría resultar atractiva y rápida, sobre todo para la atención de los niños cuando algunas tareas se pueden delegar en trabajadores menos calificados o en personal no profesional previamente formado. Estas soluciones acercan más rápidamente la atención a la población, pero puede que no produzcan los resultados esperados en cuanto a la reducción de la mortalidad. En cualquier caso, es importante centrarse en estrategias a largo plazo desarrolladas en torno a la atención de profesionales calificados, y asegurar que la inversión en soluciones temporales a corto plazo no impedirá invertir más adelante en soluciones a largo plazo.

Despliegue total de la continuidad de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, distrito a distrito ► Para maximizar las sinergias entre la concesión de poder efectivo o de decisión, la buena asistencia domiciliaria, los servicios de primer nivel (como los que prestan las comadronas a las embarazadas o los agentes polivalentes de salud

a los niños) y la atención hospitalaria, todos estos niveles de la atención deben desplegarse en paralelo. Ya no es aceptable concentrarse en uno de ellos en detrimento de los otros porque eso suele implicar el desarrollo (y la financiación) integrado de sistemas de salud independientes para cada distrito.

Conciliar los programas de la salud de la madre, el recién nacido y el niño con el desarrollo de sistemas de salud ► Con demasiada frecuencia, el mundo de los programas de SMRNN es muy ajeno al de los sistemas de salud. Los gobiernos deben establecer vínculos concretos y funcionales entre los programas y los procesos básicos de desarrollo de los sistemas de salud. A tal fin, la planificación de las iniciativas de expansión de los programas de SMRNN tiene que integrarse en los planes de inversión y los presupuestos del sector global de la salud. En primer lugar, para garantizar que la atención a la SMRNN y sus requisitos particulares permanecen en el núcleo del programa del sistema de salud. En segundo lugar, para asegurar que las iniciativas dedicadas a expandir la atención a la SMRNN no se limitan a aumentar la oferta de servicios, sino que se eliminan las barreras económicas y de otro tipo que impiden el acceso a dichos servicios, y que las madres y los niños están protegidos frente a gastos catastróficos. En tercer lugar, para asegurar que se desarrollan sinergias con el programa más amplio de lucha contra la discriminación de género, la pobreza y la exclusión.

Adoptar medidas jurídicas y normativas para proteger los derechos de las mujeres y los niños ► Los tratados sobre derechos humanos imponen obligaciones jurídicas a los países para que tomen medidas que aseguren la protección de los derechos de los niños y las mujeres. Para los gobiernos, eso supone no sólo garantizar el derecho a la atención, sino también introducir y aplicar leyes y políticas, entre otras cosas, con el fin de establecer una edad mínima para el matrimonio, penalizar la violencia contra las mujeres, prohibir la mutilación genital de las niñas u obligar a registrar los nacimientos. También supone proteger a las mujeres embarazadas en el lugar de trabajo y establecer sistemas que las protejan tanto a ellas como a sus bebés e hijos pequeños frente a la prescripción excesiva de medicamentos y la explotación económica por parte de proveedores sin escrúpulos.

Para obtener más información acerca del Informe sobre la salud en el mundo 2005 visite nuestro sitio Web: <http://www.who.int/whr/es/> o póngase en contacto con:

Joy Phumaphi, Subdirectora General, Salud de la Familia y la Comunidad (phumaphij@who.int)

Tim Evans, Subdirector General, Pruebas Científicas e Información para las Políticas (evanst@who.int)

Wim Van Lerberghe, Redactor Jefe del Informe sobre la salud en el mundo 2005 (vanlerberghe@who.int)

Fotografías de la portada: H. Faird/OMS (izquierda) y OMS/Foto (derecha)