



SALUD DE MADRES Y RECIEN NACIDOS:  
CADA MADRE Y NIÑO CUENTA

**Entre Nous es una publicación de:**

Programa de Investigación y Salud Reproductiva.  
Oficina Regional Europea de la OMS  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen  
Dinamarca  
Tel. (45) 3917 1341  
Fax: (45) 3917 1850  
Correo electrónico: [entrenous@who.dk](mailto:entrenous@who.dk)  
[www.euro.who.int/entrenous](http://www.euro.who.int/entrenous)

**Editora Jefe**

Dra. Gunta Lazdane

**Editor**

Jeffrey V. Lazarus

**Ayudante editorial**

Dominique Gundelach

**Maquetación**

Tom om bord, Dinamarca.  
[www.toombord.dk](http://www.toombord.dk)

**Imprenta**

Central tryk Hobro a/s

*Entre Nous* está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, y apoyada por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en Copenhagen, Dinamarca. Se publica tres veces al año. La tirada actual es de: 3.000 ejemplares en inglés, 1.100 en español, 2.000 en portugués, 1.000 en búlgaro, 1.000 en ruso y 500 en húngaro.

**Entre Nous se edita:**

**En búlgaro:** por el Ministerio de Sanidad Búlgaro, en el marco de un proyecto financiado por el FNUAP.

**En húngaro:** por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Universitaria de Medicina de Debrecen. Apartado de Correos 37, Debrecen, Hungría.

**En portugués:** por la Dirección General de Salud, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056, Lisboa, Portugal.

**En ruso:** por el Centro de Información de la Salud de la OMS para las Repúblicas de Asia Central.

**En español:** por el Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Condesa de Venadito, 34. 28027 Madrid, España.

Las versiones española y portuguesa se distribuyen directamente por la representación del FNUAP y las Oficinas Regionales de la OMS en los países de habla española o portuguesa de África y América del Sur.

Entre Nous puede traducirse a cualquier lengua nacional y ser reproducida de forma gratuita en publicaciones, periódicos y revistas, así como en páginas web, siempre que se indique la fuente de información *Entre Nous*, FNUAP y Oficina Regional Europea de la OMS.

**Los artículos publicados en *Entre Nous*, no representan necesariamente la opinión del FNUAP o de la OMS. Toda solicitud de información debe ser remitida a las personas firmantes de cada artículo.**

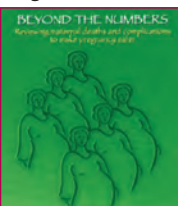
Para más información sobre las actividades respaldadas por la OMS y los correspondientes documentos, dirigirse a la unidad de Salud Comunitaria y de la Familia en la dirección señalada abajo.

La solicitud de publicaciones de la OMS deberá dirigirse directamente a la agencia de ventas de la OMS en cada país o a Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza.

ISSN: 1014-8485.  
NIPO: 207-06-005-6

<b>Editorial</b>	<b>3</b>
<i>Por Marc Danzon</i>	
<b>Lograr una Maternidad más Segura en Europa: desafíos y camino por recorrer</b>	<b>4</b>
<i>Por Alberta Bacci</i>	
<b>Salud infantil y adolescente en Europa</b>	<b>6</b>
<i>Por Mikael Ostergren y Vivian Barnekow Rasmussen</i>	
<b>Estrategia Integral para la Atención de las Enfermedades Infantiles: mejora de la atención, la salud y el desarrollo infantiles en los hogares y comunidades</b>	<b>8</b>
<i>Por Aigul Kuttumuratova</i>	
<b>Marco estratégico para la prevención de la infección por VIH en la infancia en Europa: una oportunidad para su virtual erradicación</b>	<b>10</b>
<i>Por Ruslan Malyuta</i>	
<b>Mejora de la calidad en la atención perinatal mediante formación a distancia de las y los profesionales</b>	<b>12</b>
<i>Por Anna Berglund, Martha Garrett, Gunilla Lindmark</i>	
<b>Acciones para la erradicación global de la sífilis congénita</b>	<b>15</b>
<i>Por George Schmid, Ullrich Laudamm-Josten, Sarah Hawkes y Natalie Broutet</i>	
<b>El papel de los y las matronas en la atención materna y del o la recién nacido</b>	<b>18</b>
<i>Por Dalia Jeckaitė</i>	
<b>Evaluación de la atención en las maternidades de la República de Moldavia</b>	<b>20</b>
<i>Por Petru Stratulat, Valentina Baltaq, Ala Curteanu, Tatiana Carausu</i>	
<b>Promoción de la equidad en salud reproductiva</b>	<b>22</b>
<i>Por Giorgia Tamburlini</i>	
<b>La atención sanitaria a los y las recién nacidas aún es deficiente en la Región Europea</b>	<b>25</b>
<i>Por Gian Paolo Chiaffoni</i>	
<b>Atención perinatal en Lituania</b>	<b>28</b>
<i>Por Gelmius Siupsinskas y Arunas Liubsys</i>	
<b>La contribución de los factores ambientales a las enfermedades y lesiones en la infancia y adolescencia en Europa</b>	<b>30</b>
<b>Recursos</b>	<b>31</b>

Página 5



Página 9



Página 13



Página 31



**CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS**

**Dra. Assia Brandrup-Lukanow**  
Directora, División de Salud, Educación y Protección Social de la Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ)

**D. Bjarne B. Christensen**  
Jefe de Secretariado  
Sex og Samfund, Asociación Danesa de Planificación Familiar.

**Dra. Helle Karro**  
Jefa del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina. Universidad de Tartu, Estonia.

**Dr. Evert Ketting**  
Escuela de Salud Pública de los Países Bajos  
Utrecht, Países Bajos.

**Dra. Malika Ladjali**  
Especialista Principal del Programa.  
UNESCO/ Dirección zonal París.

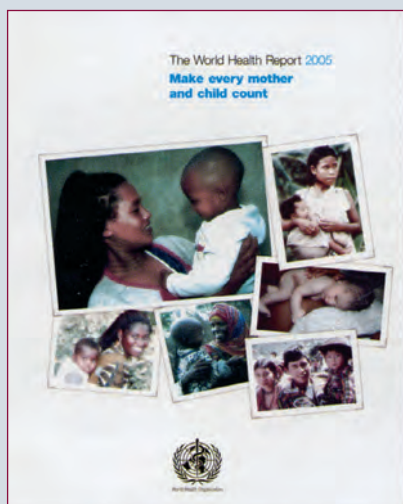
**Adriane Martín Hilber**  
Oficiala Técnica  
Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, Ginebra.

**Nell Rasmussen**  
Directora  
PRO- Centret, Copenhagen  
**Dr. Peer Sieben**  
Director Nacional y Representante del FNUAP, Rumania.  
**Vicky Claeys**  
Directora Regional de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF-EN). Bruselas.

**Dr. Robert Thomson**  
Consejero de Derechos sobre Sexualidad y Salud Reproductiva  
Equipo del Servicio Técnico Nacional del FNUAP para Europa (en Bratislava)



**El compromiso de la comunidad internacional con el objetivo de lograr una maternidad más segura se recoge claramente en numerosas conferencias, como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Beijing, 1995) y, más recientemente, los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aún así, los problemas persisten con enormes diferencias dentro de cada país y entre países.**



Esta es la razón por la que en el Día Mundial de la Salud- celebrado el 7 de abril, coincidiendo con la fecha en que se firmó la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1948- se abordará específicamente el tema de la salud materna e infantil. Se sabe que cuando muere una madre, toda la familia se ve afectada, especialmente los y las hijas más pequeñas, quienes presentan mayor vulnerabilidad a las enfermedades. Además, como se establece en el Informe sobre la Salud Mundial de este año, titulado “hagamos que cada madre y cada niño y niña cuenten”, también sabemos qué es lo que hay que hacer ante esta situación.

Cada minuto, una mujer muere en el mundo a causa de complicaciones durante su embarazo o parto, lo que significa más de medio millón de muertes maternas cada año. Además, muchos más millones de mujeres sufren algún tipo de secuela. Más de 10 millones de niñas y niños mueren cada año y muchas otras criaturas de menos de un mes se encuentran en riesgo elevado de muerte. Aunque la mayor parte de estas muertes tienen lugar en los países y zonas más pobres del mundo, la Región Europea de la OMS también se ve afectada. Las tasas oficiales de mortalidad materna en las repúblicas de Asia central fue del 41 por 100.000 nacimientos vivos en 2001, mientras que en Europa la proporción fue de 5 por 100.000 durante el mismo año. A pesar de que la mortalidad infantil está disminuyendo globalmente, algunos países de la Región presentan tasas muy elevadas y la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de edad varía de 3 a 50 por cada 1.000 nacimientos vivos.

En 1999, se puso en marcha un nuevo proyecto del Consejo de la OMS en el ámbito de la salud reproductiva, con el nombre “Lograr una maternidad más segura” (MPS). Esta iniciativa pretende identificar cuáles son las acciones clave para reducir la mortalidad y morbilidad maternas en el mundo. En 2001 la Oficina Regional Europea de la OMS publicó la Estrategia Regional Europea sobre Salud Reproductiva, que ha sido utilizada por varios Estados Miembro como guía para el desarrollo de políticas orientadas a mejorar la salud reproductiva de la población. Lograr una Maternidad más Segura es la primera meta de muchos documentos políticos nacionales. Como repuesta a las necesidades de los países, se puso en marcha el proyecto MPS en la Región Europea.

Por otro lado, en el encuentro del Comité Regional Europeo de la OMS en 2003, se estableció como prioridad la salud y el desarrollo de la infancia y adolescencia, y la Oficina Regional asumió la responsabilidad de desarrollar una “Estrategia para el Desarrollo y la Salud de la Infancia y Adolescencia”, que será presentada en 2005, durante la 55ª Sesión del Comité Regional.

En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, adoptó a escala mundial la “Estrategia sobre salud reproductiva: acelerando el progreso en la consecución de las metas y objetivos de desarrollo internacionales” y, una vez más, recordó a la comunidad internacional las metas específicas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como la reducción en tres cuartas partes de las tasas de mortalidad materna entre 1990 y 2015; la reducción en dos terceras partes de la mortalidad infantil en las y los menores de cinco años entre 1990 y 2015; y el inicio de la inversión de la tendencia de progresión del VIH/SIDA en 2015.

Los Estados Miembros han solicitado a la Oficina Regional Europea que proporcione directrices concretas para acelerar la mejora de la calidad en la atención maternal y a los y las recién nacidas, para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. De este modo, la intención de la estrategia regional del proyecto MPS será la de proporcionar estas directrices. Esta estrategia será debatida por los Estados Miembros a lo largo del año.

Todos estos temas y las formas de alcanzar nuestras metas, serán abordados en este número de Entre Nous. Esperamos que este problema de salud pública que afecta a las vidas de mujeres y niños y niñas sea debatido y aclarado a los y las lectoras. Permítanme concluir expresando mi deseo de que el Día Mundial de la Salud en 2005 sirva como catalizador para renovar nuestros esfuerzos dirigidos a mejorar la situación de las mujeres y los y las niñas que lo necesitan.

**Marc Danzon**  
Director Regional  
Oficina Regional Europea de la OMS.



# LOGRAR UNA MATERNIDAD MÁS SEGURA EN EUROPA: DESAFÍOS Y CAMINO POR RECORRER

Por Alberta Bacci

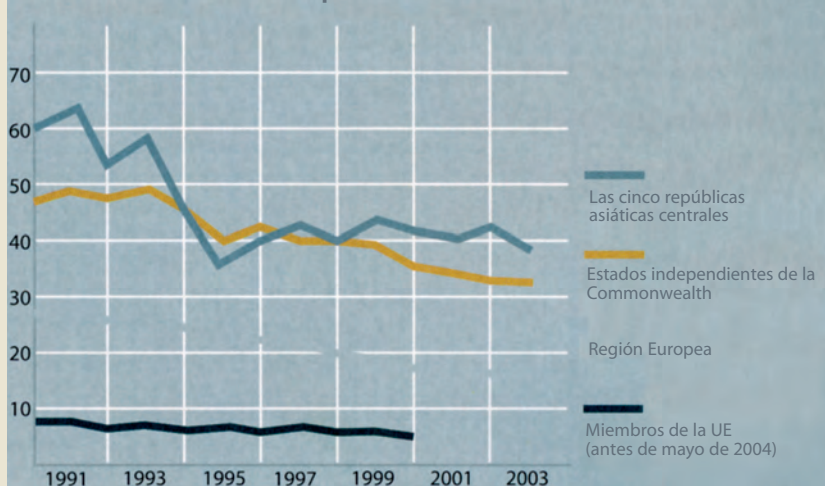
**La maternidad es una experiencia positiva y satisfactoria para muchas mujeres; sin embargo, el embarazo y el parto también pueden asociarse a sufrimiento, enfermedad o incluso la muerte.**

En la Región Europea aún existen grandes diferencias entre los países, y dentro de cada uno de ellos, respecto a la morbilidad y mortalidad materna e infantil (ver tabla 1) y en el acceso a una atención de calidad. Entre los mayores desafíos en el ámbito de la atención a la salud materno-infantil en Europa, se incluyen la sobremedicalización, la escasa educación para la salud y la insuficiente colaboración interprofesional y multidisciplinar. Además, no se potencia suficientemente la atención primaria, lo que da lugar frecuentemente a estancias muy prolongadas en los hospitales, incluso cuando no se dan complicaciones en el parto, propiciando una mala relación coste-eficacia y a la insatisfacción de las usuarias. La atención médica, con frecuencia es proporcionada por diferentes equipos de profesionales de la salud con alta especialización, lo que genera una falta de continuidad en la atención a las mujeres y sus hijas e hijos antes, durante y después del parto. Existe también una necesidad urgente de profesionales en atención primaria (enfermeras/os, matronas/es y médicas/os) con buena formación en atención pre y posnatal.

Los Estados Miembros de Naciones Unidas han entendido la reducción de la mortalidad materna como una cuestión de justicia social. En los encuentros internacionales también se ha reconocido el derecho al acceso a una atención sanitaria adecuada que proporcione a las personas usuarias las mayores probabilidades de que su hijo o hija esté sano/a. Así, el principio guía de Lograr una Maternidad más Segura (ver cuadro 1) es la creación de una sociedad justa y equitativa y la promoción de los derechos de las mujeres y las niñas y niños, así como los más elevados niveles de salud posibles. La meta de esta estrategia es la de acelerar la reducción global de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

La necesidad de acelerar las acciones para hacer el embarazo y el parto más

Tabla 1. Muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos



## Cuadro 1

**La iniciativa Lograr una Maternidad más Segura (MPS)**, creada en 2000, se fundamenta en una década de experiencia del movimiento por una Maternidad Segura, que en la Región Europea se construyó sobre la Iniciativa para la Promoción de una Atención Perinatal Efectiva (PEPC) ya existente. Las intervenciones que habría que llevar a cabo para prevenir la mortalidad materna e infantil ya se conocen y pueden realizarse incluso en contextos con pocos recursos. El apoyo durante el embarazo y parto debe centrarse en una preparación adecuada en el entorno cercano; en apoyar a la mujer y su bebé; en una detección temprana y un manejo adecuado de las posibles complicaciones, así como asegurar la existencia de servicios de calidad accesibles cerca del lugar donde viven las mujeres.

**La misión de MPS** es asegurar que los gobiernos y organismos asociados reciban apoyo técnico y directrices para que la maternidad segura se priorice en las políticas y presupuestos nacionales, así como que se apliquen los estándares y normas basadas en la evidencia científica. Entre las principales actividades sanitarias de MPS están consolidar la calidad de la atención continua en todos los niveles, y en particular, asegurar:

- Cuidados especializados para todas durante el embarazo, parto y posparto.
- Acceso a servicios de referencia para madres y sus bebés cuando se presenten complicaciones.

seguros está claramente articulada en metas y objetivos acordados internacionalmente, como en la Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Beijing, 1995) y, más recientemente, dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000).

Los desafíos son claros y se ha expresado un compromiso por parte de la mayor parte de los países del mundo para abordarlos en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDGs). Si se observa atentamente, los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio están vinculados con la salud materna e infantil: algunos de manera más específica, como el objetivo 4 (reducir la mortalidad infantil) o el objetivo 5 (mejorar la salud materna), y los demás de manera indirecta.

Las muertes maternas e infantiles pueden reducirse de forma significativa con un bajo coste. La experiencia durante la década pasada ha demostrado que es posible mejorar los resultados en salud materno-infantil incluso en los contextos donde existen menos recursos; sin embargo, ninguna intervención aislada resulta suficiente, como se explica en el Informe sobre la Salud Mundial en 2005.

La salud del o la recién nacida está ligada a la de la madre. La puesta en marcha de intervenciones para mejorar la salud materna puede evitar también la mayoría de las muertes en el período neonatal. La reducción de la mortalidad infantil (MDG 4) depende, por tanto, de la reducción de las muertes neonatales, que constituyen hasta la mitad de las muertes infantiles en algunos países de la Región.

La investigación sobre la mortalidad materna es una herramienta importante para mejorar las vidas de las mujeres en situación de pobreza y marginalidad. El

proceso de mejora de la salud materna implica el empoderamiento de las mujeres, darles voz y la oportunidad de elegir donde antes no la tenían. La investigación sobre salud de las mujeres en situación de pobreza y de sus bebés puede no terminar con esta situación, pero sí facilitar, tanto a aquellas que nacieron en la pobreza, como a quienes llegaron a ella durante su vida el salir de la pobreza.

### Mejorar la capacidad

Entre las intervenciones que se proponen desde la MPS, está la mejora de las capacidades en la atención materna e infantil mediante la formación médica basada en la evidencia, con el fin de desarrollar y actualizar directrices clínicas, normativas y regulaciones, así como promover cambios en la práctica clínica. En algunos países, la MPS ha potenciado la incorporación de la medicina basada en la evidencia, tanto en la formación como en las instituciones clínicas.

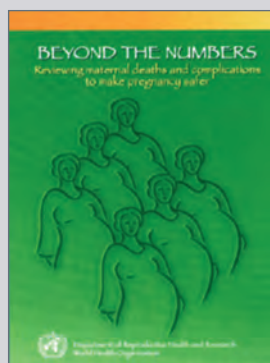
Las metas específicas de la atención obstétrica y neonatal básica, así como los cursos de promoción de la lactancia materna, están orientadas a la mejora de la comprensión, conocimientos, prácticas y actitudes de las y los profesionales en relación con principios actuales e intervenciones apropiadas para el manejo clínico del embarazo, parto y posparto. Para ello, resulta esencial realizar un seguimiento tras la formación mediante herramientas apropiadas, que hagan posible identificar los puntos débiles, proporcionar refuerzo y apoyo técnico a las capacidades ya existentes, identificar problemas que persistan y encontrar soluciones adecuadas, así como proveer de instrumentos estándar para la supervisión y seguimiento de las actividades sanitarias dirigidas a las mujeres y sus bebés.

Durante las últimas décadas, ha tenido lugar en muchos países la extensión de tecnologías de alto coste sin una valoración previa de su efectividad, de la disponibilidad de apoyo técnico, de una formación adecuada del personal ni de las necesidades a diferentes niveles, o la exploración de otras alternativas. Como consecuencia, los efectos beneficiosos, si los hubiera, se ven reducidos. Más aun, el resultado ha sido el incremento de los costes, las frecuentes averías de los equipos, el alejamiento de los recursos de las áreas prioritarias y, al final, un enfoque más deshumanizado de la atención a la salud.

### Revisión de casos

Recientemente, las actividades de la MPS han comenzado a incluir la promoción de intervenciones en los niveles familiar y comunitario, así como el apoyo a la introducción de sesiones de revisión de

casos clínicos de morbilidad y mortalidad materna, basándose en la herramienta “Más allá de los números” de la MPS/OMS (ver cuadro 2). Cada año, muchas mujeres sufren complicaciones durante su embarazo, y algunas mueren, asociado a estos hechos se encuentra la carga de mortalidad y morbilidad perinatal. Muchas de estas muertes y complicaciones podrían evitarse con intervenciones básicas y de bajo coste. Por ello, “Más allá de los números” tiene como objetivo ayudar a los países a introducir, a nivel nacional, regional y/o en los propios recursos, diferentes aproximaciones para la revisión de casos clínicos. De esta manera, es posible adquirir experiencia e incorporar diferentes recomendaciones y cambios en la práctica clínica que reduzcan la mortalidad y morbilidad maternas.



**Cuadro 2.**  
**“Más allá de los números”**

Para reducir la mortalidad materna, es necesaria información adecuada en la que basar las acciones. No es suficiente con conocer los datos estadísticos sobre mortalidad materna, también es necesaria la información que ayude a identificar qué cosas pueden hacerse para prevenir estas muertes innecesarias. “Más allá de los números” presenta diferentes maneras de generar este tipo de información. Los enfoques descritos en este libro van más allá del recuento de muertes, tratando de favorecer la comprensión de sus causas y cómo pueden evitarse. La publicación está dirigida a profesionales de la salud, personas responsables de la planificación de los servicios sanitarios y directivas en el área de la salud materna e infantil que quieran mejorar la calidad de la atención.

**“Más allá de los números” está disponible de forma gratuita en:**  
<http://www.who.int/reproductive-health/publications/btn/index.html>

El primer taller regional “Más allá de los números” fue llevado a cabo en Kirguizistán, en 2004, con participantes de Asia central y la República de Moldavia, así como con personas del FNUAP y UNICEF y otras organizaciones no gubernamentales. Se introdujeron los conceptos que conforman “Más allá de los números” y la forma de utilizarlos como herramienta para mejorar la práctica clínica y los resultados de la atención. Los diferentes equipos procedentes de cada país tuvieron la oportunidad de elaborar un borrador para sus planes de acción nacionales. Se realizaron también algunas recomendaciones específicas para la implantación de “Más allá de los Números” en cada país.

### La estrategia regional de MPS

Además de estas actividades, se está desarrollando una estrategia regional dentro de Lograr una Maternidad más Segura. Esta estrategia proporcionará directrices para acelerar la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal en la Región Europea; contribuirá a un mayor desarrollo y actualización de las estrategias nacionales y locales, y estará basada en los compromisos y acciones ya adoptadas por los Estados Miembros, así como en “buenas prácticas”. Las directrices perfiladas en este documento son el núcleo de una estrategia más global sobre Salud Reproductiva desarrollada por la OMS y ratificada por las y los ministros de sanidad presentes en la 57ª Asamblea sobre Salud Mundial. La estrategia regional europea MPS debería verse vinculada a las estrategias sobre salud infantil regionales y nacionales, a la estrategia regional para la prevención del VIH infantil, y a la estrategia regional sobre salud sexual y reproductiva (2001), y debería basarse en los principios regionales de la iniciativa de promoción de una atención perinatal efectiva.

### Referencias

1. Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. Salud para todas las personas, base de datos europea. [www.euro.who.int/hfad](http://www.euro.who.int/hfad) (consultado el 28 de febrero de 2005)

### Alberta Bacci

[aba@euro.who.int]

Coordinadora Regional, Iniciativa Lograr una Maternidad más Segura  
Organización Mundial de la Salud  
Oficina Regional Europea  
<http://www.euro.who.int/pregnancy>

# SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE EN EUROPA

Por Mikael Ostergren y Vivian Barnekow Rasmussen

## La salud infantil y adolescente en Europa necesita muchas mejoras y por ello, la OMS está muy comprometida en apoyar a los gobiernos para abordar los problemas de salud de las generaciones más jóvenes.

Existen muchas desigualdades en la salud de la gente joven de los 52 Estados Miembros de la Región Europea. Los perfiles sanitarios en Europa variarían muchísimo si el 20% de los países más desfavorecidos, alcanzaran los niveles de salud del 20% de los más favorecidos.

### Un comienzo saludable de la vida

Las probabilidades de que una criatura nazca sana y sobreviva al primer año de vida, varían mucho de un país a otro en la Región Europea. De acuerdo con los últimos datos oficiales, 6 países de la Región aún presentan una tasa de mortalidad infantil superior al 20 por cada 1.000 nacimientos vivos (aunque otras fuentes informan de niveles superiores y en más países), mientras que en 30 países se registran tasas inferiores al 10 por 1.000. Las condiciones perinatales son la principal causa de mortalidad infantil, y entre ellas, los embarazos no deseados y los embarazos durante la adolescencia, son unos de los mayores factores de riesgo, tanto en la Europa del este como en la occidental.

Existen también grandes desigualdades con respecto a la probabilidad de morir antes de cumplir cinco años. Las tasas varían desde menos de 5 hasta más de 50 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos, con una media de 6 por 1.000 en la Unión Europea, 15 por 1.000 en los países de Europa central y del este, y 26 por 1.000 en los Estados Independientes de la Commonwealth. Los niños y niñas aún mueren de enfermedades que se pueden prevenir o curar. En muchos países las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas son en gran proporción responsables de la morbilidad y mortalidad en menores de cinco años.

Aunque las cifras absolutas continúan siendo relativamente pequeñas, la transmisión vertical del VIH se ha incrementado de manera alarmante en Europa central y del este, incluyendo las repúblicas asiáticas centrales. En Ucrania, por

ejemplo, la tasa de infección por VIH en mujeres embarazadas se ha incrementado desde el 0.005 por 10.000 en 1996 hasta el 17 por 10.000 en tan sólo cuatro años. Potencialmente, este aumento de las nuevas infecciones puede tener un impacto en el resto de Europa, especialmente en los países vecinos.

### Nutrición

Una alimentación sana es una pieza clave para una buena salud durante el crecimiento. Una alimentación inadecuada o insuficiente en las etapas tempranas del desarrollo con frecuencia tiene un impacto duradero a lo largo de toda la vida de la persona. La mala alimentación que actualmente se da en una elevada proporción de la población joven en los Estados Miembros, tendrá un impacto sanitario y económico duradero durante las próximas décadas. Las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer son algunas de las consecuencias que a menudo se presentan en la juventud o la edad adulta. La obesidad y el sobrepeso son también problemas emergentes en la Región Europea, en la infancia y adolescencia. En muchos Estados Miembros, las enfermedades relacionadas con la carencia de algunos nutrientes coexisten con trastornos asociados a un exceso de grasas debido a la carencia de vitaminas procedentes de la fruta y verdura.

Los estudios muestran una correlación clara entre situación socio-económica y dieta; cuanto más elevada es, mejor es la dieta. En los países en que no existen problemas en la provisión de todo tipo de alimentos, desafortunadamente la alimentación se caracteriza por la ingesta de grasas, aceites, azúcares y harinas refinadas. En las situaciones socioeconómicas más desfavorecidas, el consumo de este tipo de alimentos es mayor que en los hogares con mejor situación económica. Por ello, no debe resultar sorprendente que estas diferencias en la ingesta de alimentos impliquen diferencias en el crecimiento. En el Reino Unido, por ejemplo, los niños y niñas de los hogares más ricos son, como media, 10 centímetros más altos/as que las y los que proceden de hogares más pobres. También se observan grandes diferencias en el crecimiento entre niños y niñas preescolares en algunas partes de la Región.

### Abuso sexual y abandono infantil

El abuso sexual y el abandono infantil tienen lugar en todos los países europeos. El sesenta por ciento de los niños y niñas de Europa y Asia central, dice

afrontar comportamientos agresivos o violentos en sus hogares. La 49ª Asamblea sobre Salud Mundial estableció que la violencia en la familia y la comunidad representan un problema de salud en aumento, y ésta es la situación a la que aludimos. Desafortunadamente, no siempre es fácil disponer de datos fiables sobre abuso infantil pero, sin embargo, está claro que las consecuencias para la salud pueden ser tanto físicas, como sexuales, reproductivas, psicológicas o conductuales, o incluso, a largo plazo, inducir a enfermedades crónicas. También supone implicaciones a nivel comunitario. Los costes económicos no sólo afectan a la atención sanitaria sino que también se hacen presentes en el sistema judicial, de protección social, la educación o el empleo.

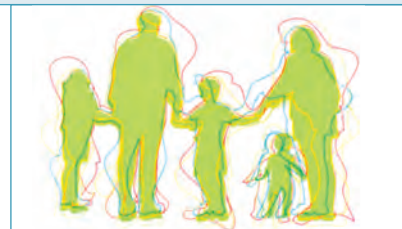
Los accidentes y lesiones no intencionadas son más probables cuando el niño o niña comienza a explorar su entorno, a menudo sin coordinación motora ni conciencia de los posibles riesgos. Más adelante en la vida, la principal causa de mortalidad entre adolescentes son los accidentes. Las tasas de mortalidad debidas a causas externas en el grupo de edad de 5 a 19 años, han descendido en los países europeos, y parece haberse estabilizado en torno al 28-29 por 100.000 en la población de los Estados Independientes de la Commonwealth.

### Salud sexual

Con la adolescencia se inicia la madurez reproductiva. La tasa de embarazos en adolescentes de la mayoría de los países de Europa occidental varía del 13 al 25 por 1.000 mujeres jóvenes de entre 15 y 19 años. Algunos de los países de Europa central y del este también tienen tasas similares a estas. Otros países presentan tasas de 2 a 4 veces más altas, alcanzando la máxima en Ucrania con 100 de cada 1.000 chicas. Los embarazos no deseados pueden acarrear consecuencias serias para la salud de las mujeres jóvenes, incluyendo los riesgos asociados a abortos ilegales o en condiciones inseguras. En algunos países, se ha observado un incremento en el número de embarazos entre las niñas de 12 y 13 años.

No resulta sorprendente que las infecciones de transmisión sexual se incrementen rápidamente con el inicio de las relaciones sexuales penetrativas. Se estima que 1,56 millones de personas son portadoras del VIH/SIDA en la Región Europea. La epidemia de VIH está creciendo con mayor rapidez en algunas partes de Europa que en ninguna otra





parte del mundo. Por esta razón, ningún Estado Miembro puede permitirse la autocomplacencia: el ochenta y cuatro por ciento de las nuevas infecciones por VIH en el este de la Región Europea, se dan en personas menores de 30 años, mientras que representan el 31% en la parte occidental. Tres cuartas partes de estas personas son usuarias de drogas por vía endovenosa. La falta de sensibilización y de conocimiento sobre las formas de prevención del VIH, especialmente entre la gente joven, lleva asociadas altas tasas de consumos endovenosos y comportamientos sexuales de riesgo.

### Conductas de riesgo

La adolescencia es también un periodo de experimentación y rebelión frente a la autoridad. Esta es la edad en que el tabaquismo, el consumo de alcohol y de otras drogas pueden establecerse como hábitos. El número de jóvenes que fuman en Europa se ha incrementado durante la última década, de acuerdo con el Estudio sobre las Conductas de Salud en Escolares ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)).

Sorprendentemente, se da una mayor experimentación con el tabaco en todos los grupos de edad, en todos los países que participaron en el estudio, y en ambos sexos. Entre el 60% y 70% de la gente joven ha probado alguna vez los cigarrillos a la edad de 15 años.

Una de cada cuatro muertes de adolescentes en la Región, está relacionada con el alcohol. El alcohol está asociado con la muerte de 55.000 adolescentes cada año en Europa y la experimentación con el mismo parece tener lugar cada vez a una edad más temprana. Casi la mitad de las y los adolescentes de 11 años en la mayoría de los países, declaran haber probado el alcohol, aunque la tasa varía de forma notable. Sin embargo, no existe un patrón geográfico claro. Según los datos, a la edad de 13 años, más niños que niñas han consumido alcohol, aunque las tasas son prácticamente iguales cuando alcanzan los 15 años. Las tasas de jóvenes que dicen haberse emborrachado son preocupantes, más del 67% de las y los jóvenes de 15 años declaran haberse emborrachado al menos en dos ocasiones. En los países que participaron en el estudio, los jóvenes afirmaban haberse emborrachado con más frecuencia que las jóvenes en todas las edades. El abuso del alcohol puede ser tanto consecuencia como causa de problemas de salud y, con frecuencia, aparece asociado con violencia juvenil, contribuyendo al estrés en el hogar y la comunidad.

### Desarrollo psicosocial

Al igual que las personas adultas, la gente joven puede experimentar emociones ansiógenas e incapacitantes. En ocasiones forman parte del desarrollo normal, pero también pueden inducir a problemas de salud mental. En la actualidad, 5 de las 10 principales causas de discapacidad son problemas de salud mental. La Región Europea en su conjunto está experimentando un incremento continuo en cuanto a enfermedades mentales y mortalidad asociada. El estrés, la depresión y las adicciones están adquiriendo gran relevancia. La ruptura de las estructuras sociales y familiares tradicionales, especialmente en aquellas comunidades en que se están produciendo cambios importantes a nivel social, político y económico, lleva asociados elevados niveles de problemas de salud mental. Entre el 10 y el 20% de las y los jóvenes tienen uno o más problemas de conducta o de salud mental pero, a pesar de ello, más de una cuarta parte de los Estados Miembros no tienen un presupuesto específico asignado al ámbito de la salud mental.

Los problemas de salud mental en la adolescencia están relacionados frecuentemente con agresividad, violencia o autolesiones. Históricamente, la tasa de suicidios tiende a incrementarse con la edad; sin embargo, algunos países han mostrado recientemente un pico entre las edades de 15 a 24 años. El suicidio, que se está incrementando entre los varones jóvenes, se asocia con frecuencia a la depresión. En este tema existen diferencias por sexos: los chicos jóvenes tienen más probabilidad de suicidarse que las chicas. Los países europeos presentan algunas de las tasas más elevadas de suicidio del mundo, aunque hay diferencias significativas de un país a otro.

### Mejorar la salud en la infancia y adolescencia- una llamada a la acción

Aunque se sabe cómo mejorar la salud de la gente joven y cómo mejorar la calidad de vida de futuras generaciones, existe un vacío considerable entre nuestra comprensión de lo que es necesario hacer y nuestra capacidad (o disposición) para ponerlo en la práctica. La implantación dista mucho de ser satisfactoria, mejorar la salud requiere un esfuerzo multisectorial. Los servicios de salud de atención primaria, la agricultura, el entorno doméstico, la educación (por ejemplo, los programas de promoción de la salud en colegios), la industria manufacturera, los medios de comunica-

ción, los diferentes sectores del mercado, el transporte y el comercio tienen un papel importante que jugar. Así mismo, los ministerios de sanidad son cruciales en la promoción y coordinación de acciones en todos los sectores socioeconómicos.

Los Estados Miembros de la Región Europea pidieron a la OMS que desarrollara una estrategia para atender la salud y el desarrollo en la infancia y adolescencia. La estrategia servirá de apoyo a los países a la hora de dar prioridad al desarrollo y la salud infantil y adolescente mediante las reivindicaciones en los niveles políticos más elevados, la evaluación de las necesidades políticas, los programas a gran escala, la creación de alianzas y el asegurar el compromiso político sostenido en el tiempo.

La estrategia será presentada a los Estados Miembros en el 55º Comité Regional de la OMS en septiembre de 2005. Después de esto, la OMS procurará apoyar a los países en la implantación de la estrategia.

Se puede obtener más información sobre la estrategia en:  
<http://www.euro.who.int/childhealthdev>

Este documento está basado en estadísticas aportadas por el Informe sobre la Salud Mundial de la OMS 2002 ([www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/ehr/home](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/ehr/home)); el Atlas de Salud en Europa ([www.euro.who.int/document/E79876.pdf](http://www.euro.who.int/document/E79876.pdf)); y la base de datos europea de Salud para Todas las Personas ([www.euro.who.int/hfad](http://www.euro.who.int/hfad)).

**Mikael Ostergren**  
[[mmo@euro.who.int](mailto:mmo@euro.who.int)]  
Consejero Regional  
Salud y Desarrollo Infantil y  
Adolescente  
Organización Mundial de la Salud  
Oficina Regional Europea

**Vivian Barnekow Rasmussen**  
[[vbr@euro.who.int](mailto:vbr@euro.who.int)]  
Oficial Técnica  
Salud y Desarrollo Infantil y  
Adolescente  
Organización Mundial de la Salud  
Oficina Regional Europea.

# MEJORA DE LA ATENCIÓN, LA SALUD Y DESARROLLO INFANTIL

Por Aigul Kuttumuratova

**Más de diez millones de niños y niñas menores de cinco años mueren cada año, la mayoría durante su primer año de vida. La mitad de estas muertes se deben a diarrea, infección respiratoria aguda (sobre todo neumonía), sarampión, malaria o malnutrición- o a la combinación varias de estas enfermedades.**



A mediados de los años 90, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con UNICEF y otras muchas agencias e instituciones, respondió a este desafío con el desarrollo de la que se conoció como Estrategia Integral para la Atención de las Enfermedades Infantiles (IMCI) (1). Aunque la principal razón para el desarrollo de la estrategia IMCI tiene su origen en la necesidad de ofrecer una atención curativa, la estrategia también aborda aspectos de nutrición, vacunación y otros elementos importantes para la prevención y promoción de la salud. Los objetivos de la estrategia incluyen la reducción del número de muertes, así como la frecuencia y gravedad de las enfermedades y discapacidades, y contribuir a una mejora en el crecimiento y el desarrollo de las niñas y niños menores de cinco años (2).

La mortalidad durante la infancia y la niñez y es un indicador sensible de desigualdad y pobreza. Incluso en los países con economías desarrolladas, los llamados países industrializados, existen áreas geográficas en las que la mortalidad infantil es aún elevada. La estrategia IMCI está siendo adaptada y aplicada según las necesidades específicas de cada país en la Región Europea.

## La estrategia tiene tres componentes centrales:

- La mejora en el manejo de casos por el personal sanitario, mediante la provisión de guías localmente adaptadas para la atención integral a las enfermedades infantiles así como de actividades para promover su uso;
- La mejora en el conjunto del sistema sanitario, requerida para un manejo

efectivo de las enfermedades infantiles;

- La mejora de la atención médica en los hogares y comunidades.

La salud y el desarrollo infantil dependen, tanto de la atención proporcionada en los hogares y comunidades, como de los recursos sanitarios disponibles. En algunos contextos, la estrategia IMCI representa un gran avance en la promoción de las formas de demandar y acceder a la atención sanitaria adecuadas por parte de las usuarias, en la mejora de la alimentación, la prevención y en la correcta aplicación de las pautas médicas prescritas.

Puesto que las familias tienen la última responsabilidad en el cuidado de los niños y las niñas, el éxito requiere de una figura intermedia, apoyada por la comunidad, entre personal sanitario y familias. Las y los profesionales de la salud deben asegurarse de que en los hogares se puede proporcionar la atención necesaria para favorecer el crecimiento y desarrollo saludables en la infancia. Las familias también tienen que tener capacidad de responder adecuadamente a las enfermedades de sus hijos e hijas, de buscar la ayuda necesaria a tiempo y de aplicar los tratamientos prescritos (3,4).

La IMCI promueve acciones dentro de la comunidad que favorezcan las prácticas clave en los hogares. Tales acciones incluirían trabajo comunitario con el fin de mejorar la alimentación y el desarrollo infantil, a través de grupos de apoyo a la lactancia o centros de alimentación para bebés, y aprovechar oportunidades tales como los eventos comunitarios para realizar educación para la salud con las familias y captar a niñas y niños enfermos. Un programa comunitario de alimentación, por ejemplo, podría fomen-

tar el uso de unas “tarjetas de orientación” adaptadas para ayudar a las personas cuidadoras en la selección y preparación de los alimentos para las criaturas, o para determinar cuándo necesitan atención sanitaria. Una o un profesional sanitario formado en la IMCI podría estar presente en un grupo de apoyo a la lactancia materna, proporcionando información actualizada y atendiendo a las madres que tengan alguna dificultad. Esta persona también puede implicar a personal educativo y otras personas que trabajen en la comunidad para encontrar formas de proporcionar apoyo y seguimiento a las niñas y los niños con malnutrición o desnutrición. Los grupos comunitarios también pueden ser útiles para ayudar a prevenir enfermedades mediante la mejora de los suministros de agua y saneamiento, así como para el mantenimiento de un entorno limpio. Dichos grupos pueden también apoyar a las familias con niñas o niños que necesitan ayuda urgente, mediante becas de transporte o apoyo para cuidarles si tienen que permanecer en casa (3). Las intervenciones en cada nivel deben centrarse en los problemas de salud más relevantes de la infancia, apoyándose en los recursos existentes y reforzándose mutuamente entre niveles (5).

La OMS y UNICEF están proporcionando apoyo técnico a determinados países para incorporar el trabajo de la IMCI con los hogares y las comunidades y documentar sus experiencias, al tiempo que se apoya un amplio número de iniciativas con este mismo objetivo. Para ello, se han desarrollado directrices para la recogida de información y la planificación de actividades. La investigación





actual identificará nuevas intervenciones destinadas a mejorar la búsqueda y demanda de atención sanitaria para niños y niñas enfermas, diseñará intervenciones comunitarias para mejorar la lactancia materna y la alimentación complementaria, y valorará su viabilidad en programas de salud a gran escala.

Un documento técnico de la OMS elaborado por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, resume la evidencias disponibles sobre el impacto potencial en la supervivencia infantil, su crecimiento y desarrollo, de las intervenciones realizadas para mejorar las prácticas claves en los hogares y las comunidades. Esta revisión confirma la importancia de cada una de estas prácticas clave.

Existen grandes vacíos entre los comportamientos reales y los deseables para cada práctica clave. Cualquier intervención que se realice para rellenar estos vacíos, puede incidir de forma significativa en la reducción de la morbilidad y mortalidad, así como en la mejora del desarrollo infantil (6).

## Actualización: refuerzo de las intervenciones comunitarias sobre salud infantil en la Región Europea.

- El Programa de Salud Infantil y Adolescente de la Oficina Regional Europea de la OMS, en colaboración con la Iniciativa para Lograr una Maternidad más Segura (MPS) y otros apoyos clave en la Sede de la OMS, elaboraron y validaron el marco de trabajo del taller llamado “Mejorar las Prácticas sobre Salud Materna e Infantil a Nivel Comunitario y Familiar”. El taller fue apoyado tanto por la IMCI como por la MPS de Moldavia en septiembre de 2004. Basado en el análisis de situaciones y prácticas reales en salud materna e infantil, las y los participantes seleccionaron las intervenciones prioritarias, identificaron las dificultades para su implantación y desarrollaron los pasos necesarios para la promoción de dichas prácticas dentro de un marco mucho más integrado y coordinado;
- En el encuentro sobre “Seguimiento de las Intervenciones Comunitarias en la Salud Infantil”, celebrado en Kazajstán, se realizó un nuevo esfuerzo para fortalecer tanto las prácticas de las cuidadoras y los cuidadores como las intervenciones comunitarias. Las personas participantes en el taller procedían del Ministerio de Sanidad, OMS, UNICEF, USAID y otras organizaciones no gubernamentales internacionales. Se definió y acordó un plan para futuras actividades destinadas

a mejorar la atención infantil así como el conocimiento y las prácticas realizadas en los hogares con niñas y niños menores de cinco años;

- Algunos Estados Miembros ya han desarrollado estrategias para mejorar la salud y el desarrollo infantil en su entorno próximo y comunitario (ej, Armenia, Kazajstán, Kirguizistán, la República de Moldavia, Uzbekistán y Tadjikistán). Se ha debatido sobre diversas experiencias derivadas de proyectos piloto que requerían la implicación activa de la comunidad, y se ha elaborado un marco de trabajo para priorizar, planificar y coordinar las intervenciones comunitarias a nivel nacional;
- La OMS/Europa ha colaborado junto con UNICEF en el desarrollo de un curso de formación para personal de enfermería que realiza visitas domiciliarias basado en las prácticas clave en los hogares y centrado en la lactancia materna, la nutrición complementaria y la atención al desarrollo. El curso se realizó en Kazajstán (Alma Ata, abril 2004 y Semipalatinsk, octubre 2004);
- Se ha realizado en Kirguizistán, Kazajstán, Tadjikistán y República de Moldavia, una adaptación de materiales didácticos y otras herramientas de la IMCI destinadas a profesionales de la salud, supervisores/as y agentes de salud; como apoyos para el desarrollo y promoción de sus capacidades. En la actualidad se está elaborando un video sobre este tema.

## OMS y UNICEF identifican 16 prácticas clave en los hogares para la salud infantil en el marco de la estrategia IMCI:

### 1. Promoción del desarrollo físico y psíquico infantil:

- Lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses.
  - Nutrición complementaria desde los seis meses y combinada con la lactancia materna hasta los dos años.
  - Aportación de micronutrientes (ej, hierro y vitamina A) a través de la dieta y suplementos.
  - Desarrollo psicosocial óptimo.
- ### 2. Prevención de enfermedades:
- Vacunación completa antes del primer año.
  - Limpieza adecuada de los excrementos infantiles y promoción del lavado de manos.
  - En las zonas en que existe malaria, fomentar el uso de cunas protegidas.

### 3. Tratamientos en casa:

- Proporcionar los tratamientos adecuados a las niñas y niños con infecciones.

- Continuar con la alimentación y aumentar la ingesta de líquidos, incluyendo la lactancia materna, cuando presenten enfermedades.

### 4. Búsqueda y demanda de atención sanitaria adecuada:

- Detección temprana de la necesidad de atención sanitaria para las niñas y niños.
- Acudir a los centros apropiados.
- Seguir las pautas médicas para el tratamiento, seguimiento y derivación.
- Asegurarse de que las mujeres embarazadas reciben atención durante el embarazo y que demandan atención en el momento del parto.

### 5. Promoción de nuevas prácticas:

- Proporcionar la atención adecuada a las personas que conviven con el VIH/SIDA (especialmente a los y las huérfanas).
- Proteger a las niñas y niños de las lesiones o accidentes y proporcionarles el tratamiento adecuado cuando sea necesario.
- Prevenir el abandono y abuso infantil y tomar las medidas necesarias cuando ocurra.
- Involucrar a los padres en el cuidado de sus hijos e hijas.

## Aigul Kuttumuratova

[aku@euro.who.int]

Oficial Técnico  
Salud y Desarrollo Infantil y  
Adolescente

Organización Mundial de la Salud  
Oficina Regional Europea

## Referencias

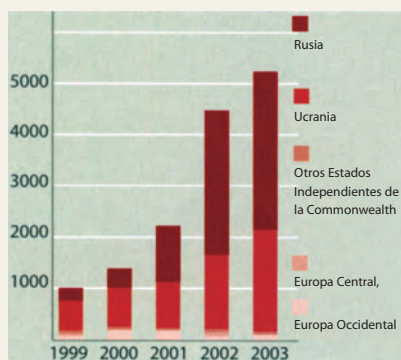
1. Reducción de la mortalidad infantil causada por enfermedades mortales, Informe de la OMS nº 180, septiembre 1997.
2. Mejorar la Salud Infantil mediante la IMCI: el enfoque integral. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Rev.2, 1997.
3. Mejorar las Prácticas en los Hogares y Comunidades: un componente de la estrategia IMCI. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998.
4. Salud infantil en la comunidad: comunidad IMCI: directrices para mediadores/as. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
5. Mejorar la salud infantil en la comunidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
6. Hill, Z., Kirkwood B., Edmond K. Prácticas en los hogares y comunidades que fomentan la supervivencia, el desarrollo y el crecimiento infantil: revisión de las evidencias existentes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

# UNA OPORTUNIDAD PARA SU VIRTUAL ERRADICACIÓN

Por Ruslan Malyuta

La transmisión vertical del VIH es la principal fuente de contagio en niños y niñas; se estima que aproximadamente 2000 nuevas infecciones tienen lugar cada día en el mundo por esta categoría de transmisión, especialmente en África Subsahariana. Sin embargo, los países del este de Europa y Asia central están experimentando el incremento más rápido de nuevas infecciones en el mundo, con un aumento del 1.300% entre 1996 y 2001 (1).

**Fig. 1 Nuevas infecciones por transmisión vertical del VIH en Europa occidental, central y del este. 1997-2003.**



Fuente: Centro Europeo para el Seguimiento Epidemiológico del SIDA (EuroVIH) (2004).

En la actualidad existen intervenciones eficaces para la prevención de la transmisión vertical de la infección por VIH, y allí donde están disponibles de forma gratuita se alcanza una tasa de transmisión del 1-2% (2-4). El desafío está en que estas intervenciones estén disponibles, sean accesibles y tengan un bajo coste, con el fin de invertir el rápido aumento de las nuevas infecciones por VIH en la infancia en aquellos países cuyos recursos son limitados. Para lograrlo, la Oficina Regional Europea de la OMS junto con otros socios de ONUSIDA desarrolló el Marco Estratégico Regional para la Prevención de la Infección por VIH en la infancia (5). La meta para la Región Europea es la virtual erradicación de las nuevas infecciones pediátricas en el año 2010 (ver cuadro 1).

## Cuadro 1. Virtual erradicación de las nuevas infecciones por VIH en la infancia

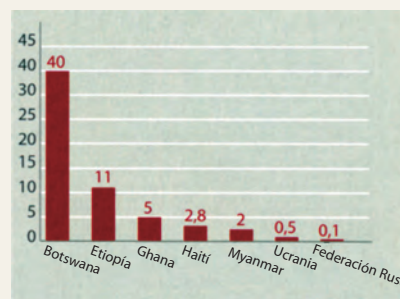
Se consideran virtualmente erradicadas las nuevas infecciones por VIH en la infancia cuando, por cada 100.000 nacimientos vivos, hay menos de una infección, y cuando esta proporción es menor al 2% en el caso de los bebés cuyas madres están infectadas por VIH.

El Marco Estratégico (adoptado por UNICEF, ONUSIDA, FNUAP y OMS en 2004) recomienda un enfoque integral que comprenda cuatro áreas interrelacionadas:

- Prevención primaria del VIH.
- Prevención de embarazos no deseados entre mujeres portadoras con VIH.
- Prevención de la transmisión del VIH de la madre a su hijo o hija.
- Atención y apoyo a las mujeres con infección por VIH, sus hijos e hijas y familias.

Este enfoque ayuda a abordar tanto las necesidades de las mujeres embarazadas como las de sus hijos e hijas y sus familias.

**Fig. 2 Prevalencia de las infecciones por VIH entre mujeres embarazadas en los países seleccionados.**



Fuente: Actualización de la epidemia de SIDA, diciembre 2004. Ginebra ONUSIDA/Organización Mundial de la Salud, 2004.

La característica común de la epidemia de VIH en Europa es la relativamente baja prevalencia de infecciones por VIH entre mujeres embarazadas en comparación con África y el sudeste asiático. Incluso en los países más afectados como Ucrania o Rusia, la prevalencia es menor del 1%. La situación hace necesario un apoyo específico para enfatizar la necesidad de integrar la prevención primaria del VIH en los servicios de salud materno-infantil, que preste una mayor atención a las mujeres, especialmente a las más jóvenes y sus parejas, para resaltar la estrecha y fuerte relación existente entre las acciones de prevención primaria (o la ausencia de las mismas) y el número de nuevas infecciones en niños y niñas. Las pruebas de detección del VIH de carácter voluntario y el asesoramiento, especialmente durante el embarazo, proporcionan una oportunidad excelente para trabajar sobre la prevención del VIH.

## Muchos países-muchas opciones

La heterogeneidad de la situación epidemiológica en Europa tanto entre los países como dentro de cada uno de ellos, supone un desafío a la hora de establecer prioridades y diseñar e implementar intervenciones para la prevención del

VIH en la infancia. Independientemente del tamaño del país o del estado actual de la epidemia entre mujeres y en la infancia, se pueden identificar patrones claros de sub-epidemias. En Europa occidental, entre las mujeres pertenecientes a minorías étnicas que provienen de países africanos con altas tasas de prevalencia del VIH. En Europa central, la principal forma de transmisión es la heterosexual y afecta sobre todo a mujeres que ejercen la prostitución y a las minorías étnicas. La forma más rápida y llamativa de transmisión de VIH entre las mujeres en edad reproductiva en Europa del este y Asia central está asociada al consumo de drogas por vía endovenosa, a tener una pareja que se inyecta drogas o a ejercer la prostitución.

La falta de conocimiento sobre la elevada tasa de uso compartido de jeringuillas y las insuficientes medidas de prevención han causado, por ejemplo, un rapidísimo incremento de infecciones por VIH entre las y los usuarios de drogas por vía endovenosa en Polonia a mediados de los 80. Tras la implantación de los programas de reducción de daños y los tratamientos con sustitutos como la metadona, se previno el aumento de infecciones en este colectivo y en la población general. Así, es prioritario establecer vínculos con otros servicios de prevención primaria del VIH e intensificar los esfuerzos para captar a las mujeres más vulnerables y aquellas que no reciben ningún tipo de atención durante el embarazo. En general, los servicios de prevención deberían estar preparados para llegar hasta los colectivos que generalmente no acceden a los recursos, como las y los usuarios de drogas por vía endovenosa, las mujeres que ejercen prostitución, las mujeres víctimas de las redes de tráfico, las minorías étnicas o la inmigración legal o ilegal, dadas las especiales dificultades que tienen estos colectivos para acceder a la red de recursos sanitarios.

Si hubiera un mayor acceso a las pruebas para detectar el VIH y al asesoramiento en los centros de planificación familiar, se facilitaría que un mayor número de mujeres no infectadas por VIH pudieran recibir información y orientación sobre cómo evitar la infección, y también se posibilitaría que más mujeres con infección por VIH pudiesen aprender sobre su situación y decidir si quieren o no quedarse embarazadas. Las mujeres VIH positivas, en muchos países de Europa occidental, tienen acceso a los servicios de planificación familiar en el marco de los centros de salud locales, de

manera que se ofrece una mejor atención y manejo de los casos de infección por VIH pediátricos, especialmente de cara a los tratamientos antirretrovirales (6). Este enfoque se implantó con el fin de proporcionar una atención flexible, accesible y actualizada a las familias donde hay personas con infección por VIH.

### Servicios de salud reproductiva

En Europa del este, los servicios de salud reproductiva para mujeres usuarias de drogas tienen una importancia especial. La captación de mujeres que consumen drogas inyectadas es difícil a través de los servicios de salud reproductiva habituales; además, estas mujeres pueden percibirse erróneamente como estériles debido a la amenorrea causada por el consumo de drogas. Esto podría evitarse mediante la creación de servicios de salud reproductiva más adaptados a estas potenciales usuarias, especialmente a las mujeres en situación de exclusión y las mujeres jóvenes. Deberían crearse vínculos entre los servicios de VIH/SIDA, los de salud reproductiva y los programas de reducción de daños, incluyendo el asesoramiento entre pares. Todos los programas de reducción de daños deberían estar vinculados con los servicios de salud reproductiva.

El conjunto de intervenciones específicas para prevenir la transmisión del VIH de la madre a su hija o hijo incluye el uso de antirretrovirales, las prácticas para un parto más seguro y el asesoramiento y apoyo para la alimentación del bebé. En Europa occidental, la amplia implantación de los tratamientos y profilaxis con antirretrovirales, las cesáreas selectivas o la alimentación sustitutiva han reducido a niveles muy bajos la transmisión del VIH de la madre a su hija o hijo.

En Ucrania y Rusia, durante 2003 y 2004, se ha realizado un gran avance en la provisión de tratamientos antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical. La cobertura de mujeres que recibieron antirretrovirales fue de casi del 90% en Ucrania y Rusia en 2004. Este resultado se debe a la política de realización de pruebas de detección del VIH durante el embarazo, con una cobertura de casi el 100% de las mujeres. Hay que señalar que en estos países, acceder a un asesoramiento de calidad es todavía complicado.

La elección de tratamientos con antirretrovirales en los países de Europa del este tiene que ver con su viabilidad, eficacia, aceptación y coste. Se ha observado que hasta un tercio de las mujeres de los países de Europa del este no se beneficiaban de los tratamientos profilácticos

con antirretrovirales a largo plazo durante su embarazo porque accedían a los servicios de salud demasiado tarde. A menudo, se detectaba que eran VIH positivas durante el parto o justo después del mismo, reduciendo así la posibilidad de obtener profilaxis y prevenir la transmisión del VIH al o la bebé. La mayoría de estas mujeres provenían de entornos marginales y habían mantenido conductas de riesgo. Por ejemplo, el uso de drogas por vía endovenosa era bastante frecuente.

La disponibilidad limitada de los recursos necesarios (ej, infraestructura sanitaria, recursos humanos, disponibilidad de fármacos) impide que muchos países de Europa del este puedan introducir tratamientos antirretrovirales para la prevención de la transmisión vertical. Para poder ofrecer la terapia antirretroviral combinada son necesarios más recursos y la existencia de servicios sanitarios disponibles y aceptables.

Las cesáreas selectivas durante el parto pueden reducir el riesgo de transmisión del VIH de la madre a su hija o hijo, incluso en las mujeres con baja carga viral o que están recibiendo terapia combinada con antirretrovirales. Ésta es la forma más extendida de parto en Europa occidental. Las prácticas durante el parto son diferentes en Europa del este, donde la mayoría de las mujeres VIH positivas paren sin cesárea. La existencia de una buena infraestructura de servicios sanitarios materno-infantiles daría la oportunidad de practicar cesáreas selectivas como una alternativa para reducir el número de transmisiones del VIH.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la prevención de la transmisión vertical del VIH es la protección de los derechos de la infancia. Algunas revisiones recientes sobre los programas de prevención de la transmisión vertical del VIH en Ucrania y Rusia establecen que, en torno a un 10% de los y las niñas que nacen con VIH son abandonadas, y la mayoría serán institucionalizadas. Es necesario desarrollar una red de servicios para la prevención del abandono infantil y su institucionalización.

### Próximos pasos

A menos que se incida sobre las cuatro áreas propuestas por el Marco Estratégico para la Prevención de la Infección por VIH en Europa de Naciones Unidas, la meta de la erradicación virtual del VIH en la infancia en la Región para el año 2010, no será viable.

El papel de la OMS se centra en la prevención primaria (especialmente entre los grupos más vulnerables), la integra-

ción de las intervenciones prioritarias para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a dentro de los servicios sanitarios materno-infantiles, y la provisión de atención, tratamiento y apoyo a las madres con infección por VIH, sus hijos e hijas y sus familias. La OMS tiene un papel especial en:

- Establecer normas y estándares en la implantación de programas para la prevención de la infección por VIH en la infancia;
- Proporcionar apoyo técnico a los países en áreas específicas, como la vigilancia epidemiológica, la planificación estratégica y la implantación, seguimiento y evaluación de programas;
- Incrementar la capacidad institucional y humana, incluyendo la formación de las y los profesionales de la salud materno-infantil.

### Ruslan Malyuta

[rum@euro.who.int]

Oficial Médico

Salud y Desarrollo Infantil y Adolescente

Organización Mundial de la Salud  
Oficina Regional Europea.

### Referencias

1. Actualización de datos de la epidemia de SIDA. Diciembre 2001. Ginebra, ONUSIDA/Organización Mundial de la Salud, 2001.
2. Dorenbaum A. Cunningham CK. Gelber RD. Culnane M. Mofenson L. Britto P. Rekeciewicz C. Newell ML. Delfraissy JF. Cunningham-Schrader B. Mirochnick M. Sullivan JL. Equipo Internacional PACTG 316. Doble dosis parto/neonato de nevirapina y tratamiento estándar antirretroviral para reducir la transmisión perinatal del VIH: ensayos aleatorios. *JAMA*, 288(2): 189-98, 10 de julio de 2002.
3. Ioannidis JP. Abrams EJ. Ammann A. Et al. Transmisión perinatal del virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 de mujeres embarazadas con una carga viral del RNA <1000 copias/ml. *J. Infect Dis* 2001; 183:539-45.
4. Mandelbrot L. Landreu-Mascaro A. Rekeciewicz C. Et al. Combinación de lamivudina-zidovudina para la prevención de la transmisión madre-hijo/a del VIH-1. *JAMA*, 2001;285:2083-93.
5. Marco Estratégico para la Prevención de la Infección por VIH en niños y niñas en Europa. Copenhague, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional Europea, 2004.
6. Gibb DM et al. Optimización de una clínica de medicina familiar para niños y niñas con infección por VIH y sus familias. *Arch Dis Child* 1997;77:478-482.



# MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN PERINATAL MEDIANTE FORMACIÓN A DISTANCIA DE LAS Y LOS PROFESIONALES

Por Anna Berglund, Martha Garrett, Gunilla Lindmark

## Las prácticas inadecuadas en la atención perinatal contribuyen a que se den elevadas tasas de mortalidad. Muchos de los procedimientos utilizados durante el embarazo y el parto no siguen las recomendaciones internacionales y carecen de evidencia científica.

La confianza en la rutinas tradicionales y establecidas es consecuencia de un conocimiento limitado y de la ausencia de un análisis crítico de la información. La falta de contacto con otras y otros profesionales de la medicina y con fuentes de información contribuyen a este problema. Gracias a internet, este aislamiento se está rompiendo, pero, al mismo tiempo, el acceso ilimitado a informaciones con una validez variable implica la necesidad de adoptar una actitud crítica ante todas estas informaciones.

El Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Formación en Reproducción Humana de la Universidad de Uppsala, en Suecia, fue diseñado con el objetivo específico de incrementar la colaboración en el ámbito de la investigación y la formación entre centros de Europa del este. El Centro tiene más de diez años de experiencia en la realización de seminarios y talleres sobre salud perinatal. Fruto de las colaboraciones recientes ha incorporado también un estudio, respaldado por la OMS, que introduce las auditorías sobre la atención perinatal como una herramienta para la mejora de su calidad. Este proyecto ha concluido que existe un vacío en cuanto a conocimiento y sensibilidad sobre buenas prácticas y procedimientos basados en la evidencia en medicina perinatal (1-3).

Es necesaria la formación en estos temas, pero los cursos diseñados de forma tradicional para profesionales son muy costosos. Además, puede que no lleguen a proporcionar un conocimiento relevante para la práctica diaria en el contexto clínico donde se desenvuelven las y los profesionales participantes en la formación. La experiencia también muestra que puede resultar difícil, especialmente para las y los profesionales

más jóvenes, incorporar lo aprendido cambiando las prácticas en sus lugares de trabajo. Un enfoque mucho más efectivo es el de proporcionar formación que forme parte de la práctica clínica cotidiana y que genere el debate continuo entre colegas.

### El Programa QUIIP

El Programa QUIIP (Mejora de la Calidad de la Atención Perinatal), es un programa de formación online en perinatología, diseñado desde este enfoque. El objetivo es establecer una plataforma estable que apoye el aprendizaje -sobre la búsqueda de información y medicina basada en la evidencia, así como cualquier cuestión clínica sobre medicina perinatal- para un amplio grupo de profesionales jóvenes que trabajen en este ámbito. El programa también establece la difusión del conocimiento más allá de este grupo de profesionales, implicando a personal sanitario de diferentes niveles en debates sobre el material formativo y a través de la mejora de la comunicación entre todas las partes interesadas. Se espera que se alcance una mayor difusión en el futuro mediante la incorporación de nuevos centros de formación.

El programa tiene su origen en Salud Materno-Infantil Internacional (IMCH) y el Centro Colaborador de la OMS en el Departamento de Salud de las Mujeres y las y los niños de la Universidad de Uppsala, y está apoyado por Sida. El equipo de dirección incluye a la co-directora Gunilla Lindmark (Profesora en Salud Materna y Reproductiva Internacional) y a Uwe Ewald (Profesora de Neonatología, Universidad de Uppsala), a la coordinadora médica Anna Berglund (Supervisora de Atención Prenatal, Hospital Central de Västerås), y a la coordinadora general Martha Garrett (Profesora en IMCH).

### Participación

Han participado en el programa diferentes centros de Estonia, Letonia, Lituania, Rusia, Ucrania y Suecia. En cada país, la responsabilidad de su implantación ha dependido de un o una responsable nacional de equipo, especializada en el tema. Los lugares y líderes que han participado son los siguientes: Tallin y Tartu, Estonia (Aivar Eherenberg); Riga y Liepaja, Letonia (Maira Jansone); Vilnius y Kaunas, Lituania (Ruta Nadisauskiene); San Petersburgo, Rusia (Anton Michailov); Donetsk, Ucrania (Iryna Mogilevkina); y Västerås y Sundsvall, Suecia (Birger Malmström). Inicialmente, 43 profesionales de la

medicina, sobre todo de las especialidades de ginecología y obstetricia, mostraron su interés por participar en el programa. De las 43 personas, 24 han finalizado su primer año de formación. Otras 8 demoraron su comienzo y se han unido a un segundo grupo de 22 participantes que se incorporaron al programa en enero de 2004.

### Componentes del programa

Las personas participantes en el programa QUIIP se involucran en cuatro tipos de actividades:

1. El uso de una plataforma de formación en la web, que supone dos años de formación a distancia sobre búsqueda de información, medicina basada en la evidencia y temas clínicos dentro de la perinatología;
2. Durante los dos años, realizan "trabajos de aplicación práctica" (PAWs), pequeños proyectos que introducen cambios basados en la evidencia en la práctica clínica. Cada proyecto es llevado a cabo bajo la supervisión de profesionales con experiencia en sus clínicas;
3. Las personas participantes y supervisoras, son animadas a presentar sus experiencias en encuentros nacionales e internacionales;
4. Las personas participantes utilizan el nuevo conocimiento para cambiar las directrices y prácticas a nivel nacional y local, de nuevo en colaboración con sus supervisores y supervisoras.

### Formación online

Ping Pong es una plataforma online de cursos de formación de la Universidad de Uppsala. La plataforma tiene una sección de formación, donde se muestran los planes de estudio, y una sección de referencia, donde se puede acceder a documentos y, finalmente, una sección interactiva llamada "contacto", donde se puede debatir sobre diferentes temas y preguntas a las y los docentes. Las personas participantes en el programa, acceden a Ping Pong a través de internet, donde pueden apoyarse en las diferentes secciones para realizar sus trabajos. La plataforma también tiene algunas funciones de apoyo para el personal docente.

### Enfoque pedagógico y plan de estudios

El plan de estudios fue diseñado para identificar los temas relevantes dentro de cada área, más que para dar respuestas cerradas a las cuestiones. Se han seleccionado personas expertas en cada temática

del plan de estudios, con el fin de que preparen los materiales del curso, revisen los trabajos y respondan a las dudas de las y los participantes. Cada unidad didáctica del curso incluye vínculos a recursos disponibles en internet, tales como directrices clínicas y artículos de investigación, y a las personas participantes se les asignan tareas. Se les puede pedir, por ejemplo, que redacten pautas de actuación basadas en la evidencia para algún problema clínico, teniendo en cuenta las condiciones y recursos disponibles.

### Los dos cursos anuales

El primer año (ver tabla 1) incluye una unidad didáctica sobre búsqueda de información, otra sobre conceptos y herramientas en relación a la medicina basada en la evidencia, y seis sobre la atención a embarazos sin complicaciones y a la salud de los y las recién nacidas. Durante el primer año, las personas participantes también trabajan en sus PAWs, a los que deben dedicar unas cuatro horas a la semana aproximadamente para poder completarlos.

#### Tabla 1. Plan de estudios detallado del primer año

- **Búsqueda de información.**
- **Medicina basada en la evidencia: conceptos y herramientas.**
- **Seguimiento del parto sin complicaciones.**
- **Atención al y la recién nacida sana.**
- **Valoración de riesgos durante el embarazo.**
- **Alimentación complementaria necesaria durante el embarazo.**
- **Embarazo gemelar y parto.**
- **Manejo de la asfisia en el o la recién nacida.**
- **Recogida de datos para la aplicación práctica del trabajo.**

El segundo año se está llevando a cabo en la actualidad. La primera unidad abordó el tema de las infecciones durante el embarazo, y las otras tratan las complicaciones del embarazo y su influencia sobre la atención a la mujer embarazada y su bebé. Otros temas específicos son el retraso del crecimiento intrauterino, los nacimientos prematuros o con bajo peso.

Las y los participantes en el grupo inicial del QUIIP ya han terminado sus PAWs, el tiempo estimado para ello ha sido una semana completa. Los PAWs se presentaron y se debatió sobre ellos en un seminario que tuvo lugar en Pühajärve, Estonia, en diciembre de 2004 (fig 1. Foto de grupo del seminario en



Fig. 1: Foto del grupo del seminario en Pühajärve

© Birger Malmström

Pühajärve). El seminario también incluyó sesiones de lectura crítica de informes científicos y de aplicación de principios éticos en la atención perinatal.

### Evaluación preliminar: feedback de las y los participantes y experiencias de equipo

#### Feedback de las y los participantes

El QUIIP ha sido bien recibido por las personas participantes y sus supervisores/as, como se ha observado en la evaluación realizada por escrito. La mayoría respondió que realizar un PAW fue muy importante para mejorar la calidad de la atención perinatal. Las dos sugerencias más comunes respecto a cómo mejorar el QUIIP eran: 1) más conferencias donde participantes y docentes pudieran debatir sobre las complicaciones perinatales, y 2) más formación sobre acceso a información online.

#### Los canales de comunicación y la plataforma de aprendizaje

La comunicación por correo electrónico ha funcionado bien dentro del QUIIP. También se han llevado a cabo videoconferencias, aunque se han valorado como menos útiles ya que, en todos los casos, al menos un centro ha tenido problemas con la recepción o transmisión de la imagen o el sonido. Además las videoconferencias aún son muy caras y técnicamente complejas. El uso de este medio se optimiza para programar encuentros más formales con tiempos limitados, pero en este contexto deja poco espacio para la interacción espontánea.

Ping Pong proporciona varios servicios, tales como enviar correos electrónicos a grupos seleccionados. Esta forma de comunicación ha funcionado bien. La plataforma también incluye aplicaciones como chats, o tableros de anuncios, cuyo uso se proponía como forma informal de interacción. Sin embargo, a pesar de que se ha motivado para su utilización, la mayoría de las personas no las utilizó, en parte debido a problemas de tiempo y/o a su falta de familiaridad con estas aplicaciones de internet.

Ping Pong es fácil de usar, y se han corregido algunos problemas que presentaba su versión inicial. Un elemento particularmente interesante es su función estadística, donde se recoge toda la información de la actividad de cada participante. El personal docente, que tiene acceso a esta información, puede hacer un seguimiento del trabajo de las y los participantes y enviarles sugerencias a través del correo electrónico cuando consideren necesario.

#### Personal docente

Todas las personas expertas que aceptaron ser docentes recibieron información detallada sobre cómo debían elaborar los materiales didácticos. Las lecciones debían estimular la valoración crítica por parte de alumnado de la práctica clínica, así como investigar si estaba sustentada en evidencia científica, más que instruirles en la forma "correcta" de hacer las cosas. Este enfoque pedagógico- donde se definen las dificultades de un aspecto específico de la atención perinatal más que dar respuestas cerradas a estas dificultades- ha sido en ocasiones difícil de aceptar tanto por parte del alumnado



como de las y los docentes, pero ha sido una característica esencial del QUIIP.

Todas las personas que han participado, recibieron una respuesta individual a sus trabajos y, en alguna ocasión, se les pidió que lo revisaran. El feedback individualizado ha sido muy importante para el aprendizaje, y algunas de las personas participantes señalaron que les hubiera gustado tener incluso más seguimiento individualizado por parte de sus docentes.

El curso ha sufrido algunos retrasos, incluyendo los debidos a la demora en la entrega de los trabajos, incluso fuera del periodo de contratación de las y los docentes. Por otro lado, parte del personal docente necesitó más tiempo del previsto para preparar los materiales del curso. Este tipo de problemas resultan casi inevitables en un programa como el QUIIP donde todas las personas involucradas están además ejerciendo, y no son liberadas para la realización de la formación. Como expuso alguna persona participante en una evaluación escrita: "los materiales que han preparado son muy interesantes... pero no tenemos tiempo de estudiarlos. Podemos leerlos después del trabajo o durante las guardias... lleva mucho tiempo". Surgieron también dificultades para compaginar la docencia con las tareas médicas entre el personal docente del QUIIP, y fue complicada la contratación de más personal médico como docente.

### PAWs

Tanto alumnado como personal docente han valorado los PAWs como algo muy importante para los procesos de aprendizaje y para la incorporación de una forma de análisis basada en la evidencia, de manera que este ha sido un elemento especialmente apreciado del QUIIP. Las y los responsables de equipo han tenido un papel importante en la legitimización de los PAWs y en el apoyo al alumnado para su implantación.

La mayoría de los PAWs se difundieron entre personal sanitario próximo, pero dos de ellos han sido ya presentados ante audiencias más numerosas, y uno ha sido publicado en una revista científica nacional. Otro de los PAWs ha sido publicado en la revista de un colegio profesional, y parte de otro ha sido incorporada en el plan de estudios de un curso de formación de postgrado.

### Factores que inciden en la finalización con éxito

El hecho de tener colegas del mismo centro que también participaban en el QUIIP, ha sido un factor positivo a la

hora de terminar con éxito el programa. La experiencia procedente de diferentes centros, indica que la figura de responsable nacional de equipo también es importante en este sentido. Esta persona puede marcar la diferencia manteniendo el contacto entre las y los participantes y coordinando reuniones periódicas. La mayoría de las personas que han abandonado el QUIIP, lo han hecho por razones personales, como un parto, cambio de trabajo o traslados al extranjero. Resulta interesante que, de cuatro personas suecas participantes en el primer grupo, que estaban al mismo tiempo realizando su especialización, tres de ellas abandonaron debido a las dificultades que encontraban para compatibilizar su formación en habilidades prácticas con el trabajo teórico en QUIIP. La persona que continuó, estaba en su último año de especialización. Todas las personas del resto de países han finalizado ya su formación de postgrado.

### Conclusiones e implicaciones para el trabajo futuro

El QUIIP- su plan de estudios, su enfoque pedagógico y sus técnicas de aprendizaje a través de internet- ha sido una experiencia positiva para el grupo de jóvenes especialistas participantes. Como uno de ellos escribió al equipo de dirección, "sentimos mucha gratitud por habernos hecho posible llevar a cabo nuestro trabajo diario con una metodología basada en la evidencia".

De todos modos, los encuentros presenciales han reforzado el aprendizaje. En sus evaluaciones escritas, la mayoría de las personas participantes han señalado que la formación presencial sobre búsqueda de información contribuyó significativamente a incrementar su comprensión sobre los temas.

La comprensión de las unidades más teóricas, como las relativas a la medicina basada en la evidencia, hubiera sido probablemente mayor si las y los docentes responsables hubieran explicado la lección de manera presencial.

Si existiera una financiación continuada y los recursos humanos suficientes para la elaboración de materiales didácticos e instrumentos pedagógicos, se podría establecer este programa de formación a distancia como una actividad continuada en el tiempo. También sería posible adaptar los materiales para su uso en colegios profesionales nacionales y en proyectos formativos, con el fin de mejorar la calidad de la atención a nivel local.

### Referencias

1. Jansone M, Linmark G, Langhoff-Roos J. Muertes perinatales y atención prenatal insuficiente en Letonia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001 dic; 80(12):1091-5.
2. Mogilevkina I, Bodker B, Orda A, Langhoff-Roos J, Lindmark G. Utilización de la clasificación de muertes perinatales Nórdico-Báltica para evaluar la atención perinatal en Ucrania. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 10 de enero de 2002; 100(2): 152-7.
3. Langhoff-Roos J, Larsen S, Basys V, Lindmark G, Badokynote M. Muertes perinatales potencialmente evitables en Dinamarca, Suecia y Lituania según la clasificación Nórdico-Báltica. *Br J Obstet Gynecol.* Nov 1998; 105(11):1189-94.

Para más información sobre la plataforma Ping Pong:  
[www.ping-pong.se/a/pingpong.en.html](http://www.ping-pong.se/a/pingpong.en.html).

### Anna Berglund

[[Anna.Berglund@kbh.uu.se](mailto:Anna.Berglund@kbh.uu.se)]  
Supervisora de Atención Prenatal  
Hospital Central, Västerås  
Universidad de Uppsala, Suecia  
Centro Colaborador de la OMS del departamento de Salud de las Mujeres y las y los Niños

### Martha Garrett

[[martha.garrett@kbh.uu.se](mailto:martha.garrett@kbh.uu.se)]  
Salud Materno-infantil Internacional  
Universidad de Uppsala, Suecia  
Centro Colaborador de la OMS del departamento de Salud de las Mujeres y las y los Niños

### Gunilla Lindmark

[[Gunilla.Lindmark@kbh.uu.se](mailto:Gunilla.Lindmark@kbh.uu.se)]  
Profesora de Salud Materno-infantil Internacional  
Universidad de Uppsala, Suecia  
Centro Colaborador de la OMS del departamento de Salud de las Mujeres y las y los Niños



# ACCIONES PARA LA ERRADICACIÓN GLOBAL DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

Por George Schmid, Ulrich Laukamm-Josten, Sarah Hawkes y Nathalie Broutet

Controlar el gran impacto que causa el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (ITS) es una prioridad mundial en el ámbito de la salud, aunque en mayor medida en relación al VIH/SIDA que a las ITS. Esto es un error, puesto que las infecciones en el aparato genital, incluyendo las ITS, constituyen un riesgo para la salud, por sus propias consecuencias pero también por su efecto potenciador de la transmisión del VIH.

La sífilis congénita es una consecuencia prevenible de la sífilis durante el embarazo. Esta enfermedad tiene serias consecuencias a nivel emocional y económico en las mujeres y en sus bebés: abortos, muertes prenatales y transmisión vertical de la infección. La realización de pruebas diagnósticas de sífilis, especialmente utilizando las nuevas pruebas “in situ”, no resulta cara, es muy efectiva y se valora positivamente tanto por las usuarias como por el personal de cuidados prenatales. Con el fin de llamar la atención sobre la relevancia de la sífilis congénita, y como primer paso hacia una iniciativa global para su erradicación, la OMS pretende reducir la tasa de sífilis congénita en un 90% en cuatro países para el año 2009; y, además, está elaborando planes de apoyo a otros países, con la intención de erradicar la sífilis congénita en Europa para el año 2015.

## Sífilis congénita

Los efectos perjudiciales de la sífilis durante el embarazo sobre la mujer y el feto, son causados por el *Treponema pallidum*, la bacteria que causa la sífilis. La sífilis es una enfermedad infecciosa aguda que puede afectar prácticamente a todos los órganos del cuerpo. Sin tratamiento, puede convertirse en una enfermedad crónica que genera daños irreversibles en los sistemas cardiovascular y nervioso, incluso aunque se aplique de forma efectiva tratamiento para el *T. Pallidum*.

Durante el embarazo, la infección por *T. Pallidum* daña el desarrollo fetal. Es posible que mujeres con infección de sífilis y que no reciben tratamiento tengan una criatura no infectada, puesto que cuanto más tiempo transcurre desde que la mujer contrajo la enfermedad, menor es la posibilidad de transmisión al feto. No obstante, si el embarazo tiene lugar durante el primer año posterior a la infección, en casi todos los casos, afectará a feto y bebe (1). Aunque no existen estimaciones fiables, se puede decir que existen complicaciones hasta en un 80% de los hijos e hijas nacidos de mujeres que se infectaron un año antes, incluyendo muertes fetales (40%), muertes perinatales (20%) e infecciones graves en los y las recién nacidas (20%) (2).

## La sífilis congénita todavía es un grave problema de salud pública

Es difícil determinar la prevalencia de la sífilis congénita ya que no son muchos los países que poseen estadísticas sobre el número de niñas y niños infectados, o incluso sobre la proporción de mujeres con serología positiva a la sífilis. Además, aun conociendo estos datos, se subestimarían los efectos de la sífilis materna, dado que se producen muchas muertes fetales durante el primer o segundo trimestre de embarazo por la infección, las cuales no son registradas por el sistema sanitario. Puesto que, en términos generales, sólo un 68% de las mujeres de los países en desarrollo recibe algún tipo de atención prenatal y, de éstas, aproximadamente la mitad la reciben después del primer trimestre, no se detectarán estos casos (3).

Sin embargo, sabemos que en muchos países la sífilis congénita es causa habitual de muertes fetales y mortalidad perinatal (4, 5). La epidemia de sífilis en años recientes en algunos países de Europa del este, ha llamado la atención sobre este asunto también en nuestra Región (6, 7).

No existen cifras fiables sobre el número de muertes fetales debidos a la sífilis en el mundo. Sólo en África, se estima que al menos 500.000 muertes fetales cada año son debidas a la sífilis congénita (8), y esta cifra quizá llegue hasta el millón (9). Estas cifras son comparables a las de la transmisión vertical del VIH, la cual recibe mucha más atención pese a la menor eficacia de su prevención, en comparación con la de la sífilis congénita.

Inexplicablemente, a la prevención de muertes infantiles causadas por la sífilis no se le asigna la misma prioridad que a la de las muertes por VIH.

## La sífilis congénita se puede prevenir

La realización de pruebas diagnósticas de la sífilis en mujeres embarazadas, el tratamiento para aquéllas que den positivo en la prueba y la prevención de reinfecciones evitaría la sífilis congénita, siempre que se realicen de forma temprana en el embarazo. El tratamiento de la embarazada con una única dosis de 2.4 millones de unidades de penicilina benzatina resulta efectivo para la prevención y el tratamiento de la infección en el feto (10), si bien para tratar la infección en la mujer es necesario un tratamiento más prolongado e intensivo.

## Los programas para la erradicación de la sífilis congénita son una cuestión de Salud Pública

La erradicación de la sífilis congénita requiere tres pasos lógicos: 1) atención

prenatal para todas las mujeres; 2) atención prenatal temprana; 3) realización de pruebas de detección de la sífilis para todas las mujeres en su primera visita prenatal, y un tratamiento efectivo para aquéllas que den un resultado positivo. Promocionar el acceso a una atención prenatal para las mujeres embarazadas, representa beneficios para ellas más allá de la prevención de la sífilis congénita. Así, la creación de programas que promocionan el acceso a una atención prenatal temprana, tales como la Iniciativa para Lograr una Maternidad más Segura, u otros programas que también tratan de resaltar la importancia de los servicios de atención sanitaria como el de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH (PMTCT), pueden actuar conjuntamente para enfatizar la importancia del acceso temprano a una atención prenatal y de la creación de servicios de calidad económicamente viables. La existencia de estos servicios de atención prenatal, mejoraría la búsqueda y demanda de atención sanitaria por parte de las mujeres, en la medida que fueran conscientes de los beneficios de este tipo de atención.

La prevención de la sífilis congénita ofrece también la oportunidad de ampliar el campo de la atención prenatal en el control de otras ITS, incluyendo el VIH, mediante la introducción de pruebas para la detección de ITS y VIH en los servicios de salud materno-infantil. Más aun, de esta manera, la realización de dichas pruebas puede proporcionar una oportunidad para la captación de los hombres con VIH o ITS si se puede notificar a la pareja.

Por otro lado, la experiencia extraída de la integración de la sífilis dentro de los servicios de atención prenatal, puede ayudar a “preparar el terreno” para los programas de VIH, en el sentido de crear una mayor capacidad del sistema sanitario y sus profesionales para valorar riesgos, ofrecer asesoramiento, realizar prevención, llevar a cabo tratamientos, realizar pruebas, trabajar con las parejas, realizar derivaciones a otros recursos, coordinarse con laboratorios y elaborar planes formativos o políticas nacionales.

## Valoración de la relación coste-efectividad del cribado y tratamiento de la sífilis congénita

La realización de cribado en mujeres embarazadas para la detección de la sífilis, seguida de tratamiento para aquéllas que den resultado positivo, tiene una buena relación coste-efectividad, dado su bajo coste y su utilidad para la prevención de la sífilis congénita. Según el análisis económico de la utilización de nuevas técnicas de diagnóstico “in situ” representa un coste de 89 dolares americanos por cada

caso de sífilis congénita que se evita. Si se convierte este coste en DALYs (años de vida con discapacidad), la prevención de la sífilis congénita tiene un coste de 4 a 19 dólares por DALY. Esta es una muy buena proporción coste-efectividad si se compara, por ejemplo, con el nivel estándar del Banco Mundial, que considera que una intervención con muy buena relación coste-efectividad es aquella con un valor menor a 193 dólares por DALY (12). Además, la realización de pruebas a mujeres embarazadas, tiene un coste de 0,93 a 1,44 dólares por cada prueba (13) y el tratamiento también puede costearse dado que la sífilis responde bien a la penicilina - fármaco que está disponible fácilmente, como genérico, en las listas de fármacos esenciales de la mayoría de los países y, hasta la fecha, no existe evidencia de resistencia al mismo.

### La eliminación de la sífilis congénita es una meta viable

La sífilis congénita puede eliminarse o reducirse a niveles muy bajos poniendo el énfasis en intervenciones específicas en los programas de atención prenatal (ANC). Se cuenta con el conocimiento y la tecnología apropiadas para su prevención, por lo que ya sólo resta hacer uso de ellas. La política de realización de pruebas diagnósticas de la sífilis a todas las mujeres embarazadas, existe en casi todos los países, pero con frecuencia no llega a implantarse realmente. El factor que más incide en el mantenimiento de la existencia de la sífilis congénita es una mala atención prenatal, la falta de acceso y uso de la ANC, y la no realización de pruebas. Los problemas de acceso a la ANC incluyen la falta de unos servicios realmente accesibles, la falta de motivación de las mujeres para recibir este tipo de atención, la percepción de estos servicios como carentes de utilidad y el hecho de que la atención se inicie tardíamente en el embarazo. Es necesario promover la sensibilización, tanto de las y los responsables de las políticas sanitarias como del personal sanitario, en la conceptualización de la prestación de la ANC y la sífilis congénita como elementos a incorporar en la atención sanitaria.

Además, ya existen pruebas de detección de la sífilis de manera simple y eficaz, incluso en los servicios sanitarios más básicos. Las nuevas pruebas diagnósticas son seguras, de bajo coste y requieren una formación técnica mínima para su aplicación. Se realizan con una simple extracción de sangre y no requieren de un equipamiento de laboratorio o de suministro eléctrico, que son requeridos para la realización de las serologías estándar. Por ello, este tipo de pruebas ofrecen una alternativa atractiva y práctica a la antigua tecnología, que ha demostrado ser más difícil de utilizar.

Pueden cambiar notablemente la forma de realización de pruebas de detección de la sífilis incluso en los recursos más aislados, por la posibilidad de ser ofertadas a todas las mujeres y, si resulta necesario, ofertarse conjuntamente la posibilidad de tratamiento. El personal de enfermería y las usuarias valoran este servicio como efectivo para la prevención de la sífilis congénita y en el tratamiento de la enfermedad en las mujeres, además de tener una buena relación coste-efectividad (11,14).

### Errores en las estrategias dirigidas a promocionar la ANC y las pruebas diagnósticas de sífilis

La Organización Mundial de la Salud recomienda la realización rutinaria de pruebas diagnósticas de sífilis a todas las mujeres embarazadas, y así está recogido en las políticas de salud reproductiva de la mayoría de los países. Sin embargo, en muchos países, la existencia de una política sanitaria no se traduce automáticamente en un programa sanitario efectivo. Si bien la comprensión de la necesidad de cribado para la detección de sífilis en mujeres embarazadas resulta simple, la implantación y mantenimiento de estos programas en muchas partes del mundo no siempre lo es, por varias razones:

- las organizaciones sanitarias internacionales no le han dado la suficiente importancia a este tipo de pruebas rutinarias,
- existen pocos incentivos o poca capacidad para incluir este tipo de pruebas en algunos países;
- la percepción de riesgo de infección de sífilis en un determinado país o centro sanitario es baja debido a la falta de vigilancia epidemiológica (gran parte de los casos de sífilis congénita se traducen en mortalidad perinatal, la cual suele permanecer oculta, por ejemplo, cuando una mujer sufre un aborto pero no se determina la causa);
- las mujeres no acceden a la ANC hasta el segundo o tercer trimestre de embarazo, momento en que muchas de las infecciones por sífilis en el embarazo ya se han producido;
- los programas de salud materno-infantil tienen otras prioridades, tales como la prevención de la mortalidad materna relacionada con complicaciones obstétricas, la planificación familiar o la prevención y tratamiento del VIH, incluyendo la prevención vertical del VIH;
- existe poca demanda del servicio por parte de las usuarias o de la comunidad, debido a la falta de sensibilización sobre la infección, o, en algunas comunidades, cuando si existe la noción de su existencia, se presenta junto al estigma y otras cuestiones relativas a los tabúes sobre la sífilis;

g) la realización de pruebas- en particular de pruebas “in situ”- no está disponible, y el uso de las pruebas normales implica que las mujeres infectadas que no vuelven tras la prueba para recibir tratamiento, desarrollaran la enfermedad o se transmitirá al feto, mientras que la no realización de pruebas supone que la infección puede ocurrir igualmente;

h) las y los profesionales de la ANC no tienen formación, o les produce incomodidad, sobre el asesoramiento para la reducción de riesgos, el uso del condón y la orientación sobre sexualidad a parejas.

Para el éxito del programa, es necesario un análisis de la situación actual a nivel político, sanitario y de las farmacéuticas, que comprenda la cobertura de ANC (ej. conocer la proporción de mujeres que reciben ANC e investigar por qué las mujeres no reciben ANC temprana), la planificación y la coordinación de esfuerzos conjuntos. Diseñar, o incluso implantar, un plan a nivel nacional o regional para eliminar la sífilis congénita no es ni complicado ni caro, lo que hace falta es prestar atención a los aspectos prácticos de la implantación del programa. En suma, un programa para la erradicación de la sífilis congénita requiere principalmente que las mujeres accedan a la ANC temprana y, que al hacerlo, puedan realizarse las pruebas diagnósticas y recibir el tratamiento adecuado (cuando sea necesario).

### ¿Por qué actuar ahora?

Herramientas: contamos con las pruebas de detección de la infección en mujeres embarazadas desde hace años, las pruebas de los antígenos treponémico y reagínico. Estas pruebas no son caras, pero son técnicamente complejas y requieren del uso de suero (es necesaria la extracción de sangre) y un laboratorio. En los últimos años, sin embargo, dos avances han hecho más viable la implantación de las pruebas de detección de la sífilis en los centros de ANC.

En primer lugar, la investigación ha demostrado que la realización de las pruebas durante la visita de la mujer a los centros de ANC permite que un mayor número de mujeres tengan acceso a la prueba y al posterior tratamiento, que en caso de que ésta se realizase en un laboratorio externo, lo que implicaría que las mujeres tuviesen que volver para conocer los resultados y, si fuese necesario, iniciar el tratamiento (10).

En segundo lugar, las nuevas pruebas diagnósticas han facilitado que su realización se produzca en los centros de ANC. Ofrecen dos grandes ventajas frente a las anteriores: no es necesaria la utilización de suero sanguíneo, y su sencillez

llez técnica facilita que el personal de enfermería las realice cómodamente. En estas pruebas, se emplea una tira de papel impregnada con antígeno treponémico, que, expuesto a una muestra de sangre extraída con un simple pinchazo en el dedo, ofrece los resultados en pocos minutos. De esta manera, las mujeres que acceden a los centros de ACN pueden realizarse la prueba diagnóstica y, si fuese necesario, recibir tratamiento en cualquiera de sus visitas. Aunque estas nuevas pruebas son algo más costosas que las tradicionales, han mostrado tener una mejor relación coste-efectividad, puesto que accede un mayor número de mujeres a ellas y al tratamiento y previenen muchos más casos de sífilis congénita (11). Es previsible que, a medida que se avance en la erradicación de la sífilis congénita, se producirá una reducción en los costes de la prueba diagnóstica y una mejor relación coste-efectividad.

Alianzas: a partir de ahora será posible la creación de nuevas alianzas en el marco de la iniciativa para la erradicación de la sífilis congénita. Especialmente, la extensión de los programas de transmisión vertical del VIH en los centros de ANC reforzará la atención prenatal y la realización de pruebas de manera rutinaria en los países en que hay una elevada prevalencia del VIH. Los recursos destinados a los programas de transmisión vertical del VIH generarán las estructuras sanitarias necesarias para la realización de pruebas de detección de sífilis, ampliando la cobertura a un mayor número de mujeres en la realización de análisis serológicos. La mayor disponibilidad de pruebas de detección del VIH y de sífilis puede incrementar el interés de ofrecer una atención integral en ANC, que ha demostrado ser efectiva y con una buena relación coste-efectividad.

Menos visitas durante el embarazo: estudios recientes de la OMS han puesto en evidencia que la evolución de un embarazo no mejora por realizar numerosas revisiones prenatales (15), de manera que la calidad de las revisiones es más importante que su cantidad. Si los países adoptaran nuevas estrategias de ACN y se llevaran a cabo iniciativas para la eliminación de la sífilis congénita dentro de la Iniciativa para Lograr una Maternidad más Segura, los recursos no empleados en las visitas innecesarias podrían emplearse para reforzar las que sí lo son.

### Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas

Estos objetivos, ratificados por todos los Estados Miembros, deben alcanzarse en 2015, incluidas las tres metas relacionadas con la salud materno-infantil. Los

programas de erradicación de la sífilis congénita pueden contribuir a los tres Objetivos siguientes:

1. Reducir la mortalidad infantil: reducir en dos tercios la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años;
2. Mejorar la salud materna: reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna;
3. Abordar el VIH/SIDA y otras enfermedades: parar e invertir la tendencia de progresión del VIH/SIDA; parar e invertir la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves (16).

### Erradicación de la sífilis congénita

Sabemos cómo prevenir la sífilis congénita y, de hecho, también cómo erradicarla. Tenemos las herramientas necesarias para ello y sabemos utilizarlas. La mayoría de los países tienen políticas para, o al menos promueven, la realización de pruebas diagnósticas de sífilis a mujeres embarazadas. Ahora es necesario implantar estas políticas mediante el uso de nuevas estrategias de probado bajo coste y elevada efectividad.

En todas las sociedades, la sífilis congénita tiene costes emocionales, sociales y económicos. En comparación con la prevención de la transmisión vertical del VIH, la prevención de la sífilis es menos costosa, más sencilla y de mayor efectividad. No deberíamos dejar de implantar estos programas en nuestros países.

### Agradecimientos

Este texto es la adaptación de un documento elaborado para una consulta técnica sobre la erradicación de la sífilis congénita, OMS, Ginebra 1-2 de diciembre de 2004.

#### George Schmid

[schmidg@who.int]

Evidencia e Información para las Políticas

Sede de la Organización Mundial de la Salud

#### Ulrich Laukamm-Josten

[ulj@euro.who.int]

Programa para las enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA  
Oficina Regional Europea de la OMS

#### Sarah Hawkes

[sarah.hawkes@lshtm.ac.uk]

Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres

#### Natalie Broutet

[broutetn@who.int]

Programa de Investigación y Salud Reproductiva

Sede de la Organización Mundial de la Salud

### Referencias

1. Ingraham NR. El valor de la penicilina en la prevención y el tratamiento de la sífilis congénita. *Acta Dermatovenerologica* 1951;31 (Suppl 24):60
2. Schulz KF, Cates W Jr, O'Mara PR. Aborto, muerte infantil y sufrimiento: el legado de la sífilis y la gonorrea en África. *Genitourinary Medicine* 1987; 63:320-5
3. Atención prenatal en los países en desarrollo: promesas, logros y oportunidades perdidas. OMS. [http://www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal\\_care.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal_care.pdf).
4. Aiken CG. Causas de mortalidad perinatal en Bulawayo, Zimbabwe. *Central African J Med* 1992; 38:263-81
5. Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Programas contra la sífilis materna congénita: estudio de casos en Bolivia, Kenia y Sudáfrica. *Bull OMS* 2004;82:410-6
6. Tichonova L, Borisenko KK, Ward H, Meheus A, Gromyko A, Rengton A. Epidemia de sífilis en Rusia: tendencias, origen y prioridades para su control. *Lancet* 1997;350:210-13
7. Tikhonova L, Salakov E, Sothwik K, Shakarishvili A, Ryan C, Hillis S como parte del equipo de investigación de la sífilis congénita. Sífilis congénita en Rusia: alcance, determinantes y consecuencias. *Sex Transm Infect* 2003; 79:106-110
8. Schmid GP. Aspectos económicos y programáticos de la prevención de la sífilis congénita. *Bull OMS* 2004;82:402-9.
9. Walker DG, Walker GIA. Olvidado pero presente: el azote continuo de la sífilis congénita. *Lancet Infectious Diseases* 2002;2:432-6.
10. Berman SM. Sífilis materna: patofisiología y tratamiento. *Bull OMS* 2004;82:433-8.
11. Bronzan R, Mwesiga-Kayongo D, Narkunas D et al. *Bull OMS* (entregado)
12. Banco Mundial. Informe sobre Desarrollo Mundial 1993: Investigación en salud, Washington, DC, Grupo del Banco Mundial.
13. Terris-Prestholt F, Watson-Jones D, Mugeye K. Et al. ¿Merece la pena la realización de pruebas de detección de la sífilis en África Subsahariana? *Sex Transm Infect* 2003;79:375-81.
14. UNDP, Banco Mundial, Programa Especial de la OMS para la Investigación y la Formación en Enfermedades Tropicales. Iniciativa para el Diagnóstico de Enfermedades de Transmisión Sexual.
15. Villar J, Grupo de Ensayos de Investigación sobre Atención Prenatal. Ensayos aleatorios de la OMS sobre atención prenatal para la evaluación de un nuevo modelo de atención prenatal. *Lancet* 2001;357:1551-1564.
16. Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU. <http://www.un.org/millenniumgoals> (consultado el 2 de marzo de 2005).



# EL PAPEL DE LOS Y LAS MATRONAS EN LA ATENCIÓN

Por Dalia Jeckaite

**Ser matrona es probablemente la profesión más antigua del mundo. Cuanto más se utiliza el método científico y la tecnología para analizar el proceso del nacimiento más destaca el trabajo de los y las matronas en el modelo de atención al embarazo y parto normales.**

Existen muchos trabajos publicados que apoyan el no intervencionismo y el trabajo de los y las matronas como la opción más segura y menos costosa. Uno de ellos es la Guía para una Atención Efectiva durante el Embarazo y el Parto, que surge de un esfuerzo de cooperación internacional para preparar, mantener y difundir los resultados de las revisiones de ensayos aleatorios sobre atención sanitaria utilizando la base de datos Cochrane. Esta base de datos tiene su origen en los resultados del seguimiento durante una década de ensayos controlados, en relación a diferentes aspectos de la atención y el tratamiento obstétrico. Describe los enfoques y decisiones que han demostrado ser efectivas y aquéllas que han mostrado no serlo o han quedado inconclusas. Un hallazgo importante es que:

“Al tiempo que los avances técnicos se han hecho más complejos, la atención ha estado más controlada, o al menos llevada a cabo en mayor medida por especialistas en obstetricia. Los beneficios de esta forma de hacer las cosas pueden ser seriamente cuestionados. Es poco aconsejable, o incluso, poco prudente, que mujeres con un embarazo normal sean atendidas por especialistas en obstetricia, aunque éste sea el personal disponible. Debido a las limitaciones temporales, las y los obstetras que atienden a las mujeres con embarazos sin y con complicaciones, tuvieron que tomar una decisión imposible: dejar de lado los embarazos sin complicaciones para atender aquellos que si las tuvieran, o pasar la mayor parte de su tiempo supervisando embarazos biológicamente normales. Los y las matronas y profesionales de atención primaria, por otro lado, tienen preparación para atender a mujeres con embarazos sin complicaciones, y es probable que tengan un

mejor conocimiento de las circunstancias individuales de cada mujer” (1).

## El modelo de atención de las matronas

Este modelo representa un posicionamiento con respecto de la atención a las mujeres y sobre cómo suceden el embarazo y el parto, con el enfoque de que ambos son hechos saludables. Es una actitud que permite que la información circule en ambos sentidos, respetando el derecho de las mujeres y de su familia a determinar la atención que quieren recibir. Esta perspectiva contrasta con el modelo médico tradicional, que ve una patología potencial en toda situación, la cual puede ser mejorada por la medicina. La medicina, por supuesto, también comprende el enseñar, informar y prevenir, pero el poder parece recaer más sobre el o la profesional que sobre la mujer y su familia.

Históricamente, las parteras han existido siempre para ayudar a las mujeres a parir y son tan diversas como la población a la que atienden. Eran las “mujeres de la medicina” en sus diferentes culturas, y ayudaban a las familias y a las mujeres a lo largo de sus vidas. En el Antiguo Testamento se las describe como ejemplos de fuerza y fe en Dios.

Pueden considerarse como las primeras en poner en práctica un enfoque integral, de manera que siempre estaban disponibles para prestar su ayuda a las mujeres pobres o que no tenían acceso a la atención médica. Hoy en día, las parteras atienden a cualquiera que lo solicite, pero tienen que trabajar bajo las restricciones del sistema médico y legal de sus países (ver cuadro 1). Más del 70% de los partos en el mundo son atendidos por parteras y matronas o matrones. En Estonia, Países Bajos y Gran Bretaña, por ejemplo, los y las matronas atienden la mayoría de los partos. En otros países, sin embargo, no se aprovecha el potencial de esta profesión. Existen visiones muy diferentes sobre las parteras y los y las matronas, y sobre cómo pueden desempeñar su labor dentro de la comunidad.

Hace unos diez o quince años, las matronas de la mayoría de los países de Europa del este fueron excluidas oficialmente de la atención directa a las mujeres embarazadas. Se transformaron en técnicas, parte del modelo médico, y se esperaba que se limitaran a cumplir las órdenes de la o el obstetra. Ahora, la situación ha cambiado y en Lituania, por ejemplo, se dictó una sentencia en 1997 en la que se permite a los y las matronas atender a los embarazos sin complicaciones durante el periodo prenatal, el parto y el posparto.

## La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM) definen un o una matrona de la siguiente manera:

“Una persona que, habiendo cumplido con un programa de formación debidamente reconocido en su país, ha finalizado con éxito estos estudios y ha obtenido la cualificación necesaria para ser registrada y/o autorizada legalmente para ser matron o matrona” (2).

Las dos organizaciones establecen que un o una matrona debe ser capaz de proporcionar la supervisión, orientación y atención necesarias a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto; estar a cargo del parto y de la atención al bebé. Esta atención incluye medidas de prevención, la detección de circunstancias anormales en la madre y el hijo o hija, la obtención, en su caso, de atención médica y la ejecución de medidas de urgencia en ausencia de ayuda médica. Tiene un papel importante en el asesoramiento sanitario y en la educación, no sólo con las mujeres, sino también con la familia y dentro de la comunidad. Su trabajo debería incluir la educación prenatal y la preparación para la maternidad/paternidad, y extenderse hasta ciertas áreas de la ginecología, la planificación familiar y el cuidado infantil. Una matrona puede trabajar en hospitales, clínicas, unidades médicas, en visitas domiciliarias o en cualquier otro servicio.

La mayoría de los y las matronas apoyan y realizan seguimiento de las mujeres durante el parto con técnicas que lo facilitan y mejoran. Las técnicas de relajación, la imaginación positiva y algunas sugerencias respecto al cambio de postura y caminar, ayudan a dar a luz. En muchos países europeos (ej. Países Bajos, Suecia y Gran Bretaña) los y las matronas trabajan en los centros de planificación familiar y realizan exámenes rutinarios a las mujeres tales como frotis vaginales y otros exámenes físicos. Los y las matronas informan a las mujeres sobre las infecciones de transmisión sexual, y se centran en la prevención de las más extendidas.

La tarea de cada matron o matrona depende de su formación y de lo que se le permite hacer en cada país (ver fig. 1).

# MATERNA DEL O LA RECIÉN NACIDA

La práctica de un o una matrona puede abarcar un amplio rango de funciones, roles, responsabilidades y actividades para las que tiene formación, y en las que se le reconoce competencia y autoridad. Su campo de actuación está recogido en una Directriz de la Comunidad Económica Europea de 1980 (80/155/EEC) (ver cuadro 2).

Concluyendo, este artículo ha defendido que, de acuerdo con la OMS, la Confederación Internacional de Matronas, la Federación Internacional de Ginecología y la evidencia científica y obstétrica, las mujeres que tienen embarazos sin complicaciones deberían ser atendidas por matronas o matrones, puesto que su orientación principal es hacia este tipo de embarazos y es probable que tengan un mayor conocimiento sobre cada mujer concreta.

## REFERENCIAS

1. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Guía para la Atención Efectiva durante el Embarazo y el Parto, 3ª Edición, Oxford Medical Publications, 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. "Alcanzar una maternidad segura. La importancia de contar con profesionales formados/as". Declaración conjunta de la OMS, ICM y FIGO (2004).

**Dalia Jeckaite, RM**  
[dalia\_jeckaite@hotmail.com]  
Matrona Jefa del departamento de Neonatos/as y Obstetricia  
Hospital de Panevezys, Lituania

## Cuadro 2. "Los estados miembro deben asegurarse que los o las matronas están cualificadas para desarrollar al menos las siguientes actividades:

1. proporcionar un asesoramiento e información sobre planificación familiar sólidos;
2. diagnosticar y realizar el seguimiento de embarazos sin complicaciones; realizar los exámenes necesarios para el seguimiento de la evolución de estos embarazos;
3. prescribir o aconsejar los exámenes necesarios para diagnosticar lo antes posible complicaciones en el embarazo;
4. proporcionar un programa de preparación a la maternidad y paternidad y una buena preparación al parto, incluyendo el asesoramiento sobre higiene y nutrición;
5. atender y asistir a la madre durante el parto y realizar seguimiento del feto en el útero haciendo uso de las técnicas adecuadas;
6. supervisar los partos espontáneos, incluyendo, cuando sea necesario, la realización de la episiotomía y, en caso de urgencia, un parto por cesárea.
7. reconocer los signos de alarma, en la mujer o en el feto, que harán necesaria la derivación a una o un médico y asistirle cuando sea necesario; tomar las medidas de urgencia necesarias en ausencia de la o el médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida de un examen manual del útero;
8. examinar y atender al o la recién nacida; llevar a cabo las acciones necesarias en caso de urgencia y realizar maniobras de reanimación;
9. cuidar y realizar seguimiento de la madre en el periodo de posparto y proporcionarle el asesoramiento necesario sobre el cuidado de la criatura, para permitirle asegurarse de su adecuado desarrollo;
10. llevar a cabo las prescripciones médicas;
11. recoger toda la información necesaria".

Fig. 1 Responsabilidades de los y las matronas en diferentes partes del mundo



Fuente: Lazarus JV, Nadisauskiene RJ, Liljestrand J. "Observaciones sobre los programas de salud reproductiva en los Estados Bálticos". International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 8 dic 2004; 87(3):277-80.

# EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LAS MATERNIDADES DE LA REPÚBLICA DE MOLDAVIA

Por Petru Stratulat, Valentina Baltag, Ala Curteanu, Tatiana Carush

## La República de Moldavia es el país piloto de la Iniciativa para Lograr una Maternidad más Segura (MPS) en Europa, donde se puso en marcha en 2001 (1).

Se han llevado a cabo una serie de actividades como parte de la Iniciativa MPS con el objetivo de reforzar el papel de los y las matronas en el país y de cambiar las prácticas actuales de atención maternal. Una de ellas es el curso de formación sobre atención básica en obstetricia, organizado por la OMS y que tuvo lugar en el Centro Perinatal de Orhei del 12 al 23 de mayo de 2003. Además, se han organizado dos cursos más sobre el mismo tema en la zona de Balti, en diciembre de 2003 y en la zona de Cahul el mes siguiente (2,3). El objetivo de los cursos era mejorar la comprensión, el conocimiento y las actitudes de las y los profesionales sobre los principios y prácticas más actuales con respecto al embarazo, parto y posparto, mejorando el manejo de diferentes casos y unas intervenciones más apropiadas.

Basándose en el contenido y los principios del curso sobre atención básica en obstetricia y atención al o la recién nacida y promoción de la lactancia materna, la Oficina Regional Europea de la OMS ha preparado un cuestionario de diez preguntas con respuestas de elección múltiple que puede utilizarse como herramienta para el seguimiento y monitorización de las actividades sanitarias en salud materno-infantil en los centros, y también como evaluación previa al curso para valorar los conocimientos. Estos cuestionarios capacitan a las y los profesionales de la salud para valorar su propia ejecución antes y después de la formación, y les ayuda a identificar los problemas existentes para transferir estas habilidades a su práctica clínica y en la búsqueda de soluciones apropiadas. Esta herramienta también pueden servir para realizar supervisión y seguimiento de las actividades sanitarias en la atención de la madre y el o la recién nacida.

Algunos cuestionarios (como los de observación de la práctica clínica y las entrevistas a profesionales) están directamente relacionados con el contenido de los cursos y pretenden ser utilizados como una forma de seguimiento tras la formación. Otros tienen que ver con las

características materiales y organizativas del propio recurso sanitario (ej. recursos, suministros, fármacos, vacunas, protocolos...), y se plantean como forma de seguimiento y supervisión más general. Durante la implementación de la Iniciativa MPS, los cuestionarios de la OMS se adaptaron a las características locales y fueron respaldados oficialmente como instrumentos válidos para la valoración de la práctica clínica en las maternidades. Más adelante se presentan algunos resultados de una evaluación realizada en noviembre de 2003.

La evaluación fue realizada con el fin de investigar la calidad de la implantación de nuevas tecnologías en el ámbito de la salud materno-infantil, promovidas a través del Programa Nacional Perinatal/Iniciativa para Lograr una Maternidad más Segura. Los objetivos específicos eran evaluar: a) el conocimiento de las y los profesionales sobre tecnologías aplicadas a la atención perinatal promovidas por la Iniciativa; b) el nivel de implantación de estas tecnologías; c) el conocimiento de las madres sobre el cuidado posparto y la alimentación adecuada para bebés; y d) la calidad de la atención de las urgencias en las áreas de maternidad. La evaluación se realizó en las áreas de maternidad de los once hospitales con las tasas de mortalidad perinatal y neonatal temprana más altas del país (fig. 1). Éstas incluían diferentes niveles de especialización, y un total de 113 especialistas (33 de obstetricia, 17 neonatología, 35 matronas o matrones, 28 de enfermería); también se entrevistó a 72 madres y se observaron 16 partos.

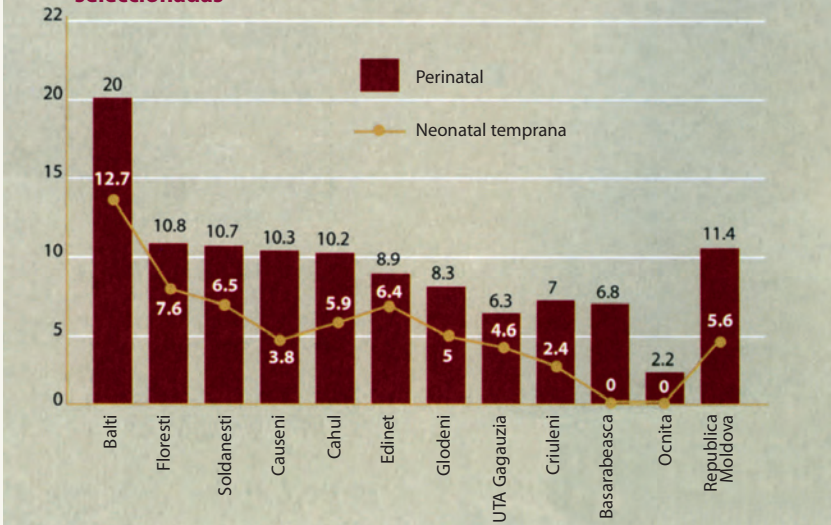
Se evaluaron también buenas prácticas durante el embarazo, tales como la existen-

cia de atención prenatal, la administración de hierro y ácido fólico con fines profilácticos, prácticas adecuadas durante el parto y posparto (apoyo durante el parto, uso de partógrafo, la existencia de habitaciones para la madre y su bebé, la lactancia materna temprana y exclusiva, el contacto “piel con piel”) y también las prácticas inadecuadas como el uso del enema y el uso de fajas ajustadas. También se realizó una valoración del uso de la ficha perinatal. Esta ficha es un soporte para que la mujer recoja información antes, durante y después del parto, con el fin de incrementar la participación de las mujeres y su empoderamiento y como forma de orientar a las y los profesionales para prestar una atención adecuada.

## Resultados

La evaluación de la formación del personal de salud se puede resumir como satisfactoria en relación a casi todas las prácticas. En cuanto a la práctica clínica en las maternidades, los resultados no fueron tan buenos, con grandes diferencias en las prácticas de las diversas maternidades. Por ejemplo, existe una clara diferencia entre zonas en cuanto a la implantación de la atención prenatal temprana y la administración de hierro y ácido fólico (tabla 1). En general, existe una mayor implantación de la administración de hierro que de ácido fólico puesto que la administración profiláctica de hierro se realizaba previamente, mientras que la del ácido fólico es más reciente, promovida desde el inicio del programa perinatal de la Iniciativa MPS. La proporción de mujeres registradas antes de las primeras 12 semanas de embarazo permanece estable con respecto al periodo soviético.

Fig 1. Tasas de mortalidad perinatal y neonatal temprana en maternidades seleccionadas





**Tabla 1. Acceso temprano a servicios sanitarios, uso profiláctico de hierro y ácido fólico**

	Acceso temprano a atención prenatal %	Uso profiláctico de hierro %	Uso profiláctico de ácido fólico %
Balti	46.6	53.3	47.7
Basarabeasca	100	100	0
Cahul	70	33.3	0
Ciadar Lunga	60	22.2	11.1
Criuleni	100	20	0
Causeni	85.7	44	11.1
Edinet	33.3	55.5	0
Floresti	60	40	20
Glodeni	50	50	0
Ocnita	0	50	0
Soldanesti	0	0	0

Sólo una de cada dos mujeres recibe su ficha perinatal, a pesar de que todos y todas las médicas de atención primaria disponen de ellas y que se fomenta activamente su uso desde el programa perinatal. La mitad de las fichas no se rellenan de forma apropiada y por tanto, no se les da un uso correcto.

Existía un alto grado de implementación, aunque no tan elevado como sería deseable, de habitaciones para la madre y su bebé en el hospital, de la lactancia materna temprana y exclusiva, y del contacto “piel con piel” (tabla 2). La lactancia materna como forma exclusiva de alimentación existe en todos los hospitales, y tres cuartas partes de las madres la practican correctamente desde el principio, al igual que el contacto “piel con piel”. Aún así, todavía hay hospitales donde no se lleva a cabo ninguna de estas prácticas.

Todavía se realizan prácticas dañinas, como el enema y el uso de fajas ajustadas (tabla 3). El uso de las fajas se realiza en la mitad de las maternidades evaluadas y el enema en la gran mayoría.

El uso de partógrafo se promueve activamente desde el programa de la Iniciativa MPS. Está disponible en diversos formatos y se proporcionan pósters para las maternidades en los que se puede reflejar toda la información necesaria. Nuestra valoración mostró que este instrumento se rellena en todos los partos, excepto en una maternidad, probablemente debido a la presencia de una persona externa que actuaba como observadora. En ningún caso el partógrafo se empleó como instrumento para la toma de decisiones.

**Tabla 2. Existencia de habitaciones para madre y bebé, lactancia materna temprana y exclusiva, contacto “piel con piel”**

	Habitaciones %	Lactancia materna temprana %	Lactancia materna exclusiva %	Contacto “piel con piel” %
Balti	100	80	100	100
Basarabeasca	77.7	100	100	0
Cahul	77.7	100	100	100
Ciadar Lunga	100	0	100	0
Criuleni	77.7	No data	No data	No data
Causeni	100	0	100	0
Edinet	100	100	100	100
Floresti	100	100	100	100
Glodeni	100	100	100	100
Ocnita	100	100	100	100
Soldanesti	100	100	100	0

Sólo en algunas maternidades se permitía la presencia de una persona de apoyo, amiga o familiar, durante el parto; así como el acceso a personas próximas durante la estancia tras el parto. Durante los momentos previos al parto, se permite a la madre moverse libremente en todas las maternidades excepto en dos.

### Conclusiones

Durante la implantación del programa perinatal/Iniciativa MPS, se han realizado progresos en la actualización de la formación de las y los profesionales en el uso de las nuevas técnicas. Esto es el resultado de muchas acciones llevadas a cabo a nivel político y en los propios centros sanitarios, tales como actualización de las políticas, normas y regulaciones, y desarrollo de los recursos humanos. Sin embargo, aunque las prácticas han cambiado, la variabilidad en los diferentes centros y entre las propias prácticas es elevada. Es necesaria una evaluación sistemática para valorar los factores de éxito de la implementación de buenas prácticas y técnicas en la República de Moldavia.

### Referencias

1. Iniciativa para Lograr una Maternidad más Segura. República de Moldavia. Encuentro para la Orientación y Planificación en Chisinau. 16-17 enero 2002. Chisinau y Copenhague, 2004.
2. Iniciativa para Lograr una Maternidad más Segura. República de Moldavia. Implementación de la Iniciativa 2002-2003. Chisinau y Copenhague, 2004.

**Tabla 3. Enema y uso de faja ajustada**

	Uso de faja ajustada %	Uso de enema %
Balti	0	86.6
Basarabeasca	100	100
Cahul	100	0
Ciadar Lunga	100	20
Criuleni		25
Causeni	100	28.5
Edinet	100	100
Floresti	0	100
Glodeni	100	100
Ocnita	0	100
Soldanesti	0	0

3. Iniciativa para Lograr una Maternidad más Segura. República de Moldavia. Fortalecimiento del papel de las matronas. Chisinau y Copenhague, 2003.

### Petru Stratulat

[perinat@mtc.md]

Director del Programa Perinatal  
Profesor Titular del Departamento de Neonatología  
Universidad de Medicina Estatal  
2062 Chisinau  
República de Moldavia

### Valentina Baltag

[vbaltag@moldovacc.md]

Coordinadora de la Iniciativa para Lograr una Maternidad más Segura en la República de Moldavia

### Ala Curteanu

Coordinadora del Programa Perinatal  
Centro Perinatal Nacional  
2062 Chisinau  
República de Moldavia

### Tatiana Caraush

[perinat@mtc.md]

Ayudante del Programa Perinatal  
Centro Perinatal Nacional  
2062 Chisinau  
República de Moldavia.

# PROMOCIÓN DE LA EQUIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

Por Giorgio Tamburlini

**Las desigualdades en la salud son un reflejo de las desigualdades sociales. La distribución de los resultados de salud entre los diferentes grupos de población está determinada por tendencias macroeconómicas; por las políticas gubernamentales sobre educación, medioambiente, vivienda, trabajo e infraestructuras; y por otros factores como la situación de las mujeres, la democracia y la participación.**

Los países donde existen las mayores desigualdades socio-económicas, son, de manera invariable, aquellos en los que se dan las mayores desigualdades en la salud de personas ricas y pobres (1). Esto supone que, para que una acción resulte efectiva al afrontar estas desigualdades en salud, se tienen que coordinar las políticas de todos los sectores sociales. Las políticas sanitarias, sin embargo, tienen un papel importante y condicionan los avances (ej. avanzar hacia una distribución de los resultados en salud más equitativa) o retrocesos en el estado de salud de la población.

El proceso de maternidad/paternidad presenta, especialmente durante el embarazo y el parto, momentos de especial vulnerabilidad, de manera que las desigualdades en la situación de salud se hacen mayores en este periodo entre personas ricas y pobres o entre grupos privilegiados y marginados (1). Por ello, se debería dar prioridad a la salud reproductiva en las acciones contra la desigualdad en el ámbito de la salud, con especial énfasis en el embarazo y el parto.

No se ha prestado demasiada atención a la distribución de los beneficios de los programas de salud reproductiva en los diferentes grupos de población. A continuación, se propone un itinerario hacia la equidad en ocho pasos, elaborado para motivar a las y los responsables de las políticas sanitarias y profesionales de la salud a que incorporen la cuestión de la equidad en la planificación y evaluación de los programas de salud reproductiva (tabla 1).

**Tabla 1. Ocho pasos para promover la equidad en salud reproductiva**

1. Analizar la distribución de los resultados de salud reproductiva entre los diferentes grupos de población;
2. Actuar sobre los principales determinantes de desigualdades en la salud;
3. Invertir recursos en la provisión equitativa de servicios, pero también en función de la demanda existente de servicios de salud;
4. Invertir recursos en los periodos de vida de mayor vulnerabilidad;
5. Invertir recursos en las enfermedades que afectan en mayor medida a las personas pobres;
6. Invertir recursos en las personas más vulnerables;
7. Asegurar la calidad de la atención;
8. Identificar objetivos e indicadores de equidad en salud reproductiva apropiados.

**Tabla 2. Ejemplos de intervenciones para reducir la exposición y la vulnerabilidad ante los riesgos para la salud**

- |  |  |
|--|--|
| a) Intervenciones para reducir la exposición:  | b) Intervenciones para reducir la vulnerabilidad:                                  |
| - Mejorar el acceso a agua potable, suministros sanitarios y vivienda  | - Desarrollo rural, comercio justo y microcréditos                                 |
| - Mejorar la protección de las mujeres en edad reproductiva frente a condiciones de trabajo peligrosas               | - Suplementos nutritivos en edades significativas (mujeres embarazadas y niños/as) |
| - Mejorar la educación e información sobre temas de salud, especialmente entre las niñas, mujeres y parejas jóvenes. | - Redes de apoyo (seguros comunitarios y otros).                                   |

## **1. Analizar la distribución de los resultados en salud reproductiva entre los diferentes grupos de población**

El análisis de las disparidades en los resultados sobre salud reproductiva puede hacerse desde diferentes dimensiones: ingresos económicos (riqueza/pobreza), localización (rural/urbana), sexo (hombres/mujeres), grupos etno-lingüísticos, etc. En la mayoría de los análisis realizados por agencias internacionales, los indicadores de salud y de acceso a los servicios sanitarios se miden en niveles de bienestar doméstico. El bienestar doméstico es un "índice de posesiones" basado en la presencia de ciertos bienes domésticos como la radio o el coche, la calidad de la vivienda (ej. materiales de construcción del techo o el suelo) y el acceso a diferentes tipos de agua y suministros sanitarios (2). Esta información hace posible valorar la distancia en la situación de salud, el acceso y utilización de los servicios de salud entre las personas más ricas y las más pobres y si varía entre los diferentes tipos de servicios (ej. las desigualdades son más comunes en la atención especializada que en la primaria, por ejemplo, en el acceso a una atención de calidad en el caso de complicaciones obstétricas) (3).

## **2. Actuar sobre los principales determinantes de desigualdades en la salud**

Una vez que se cuente con los datos necesarios para cuantificar las desigualdades e identificar las tendencias, su análisis proporcionará información sobre los principales determinantes de desigualdad. Dado que la pobreza es una causa primaria de enfermedad, deberían realizarse esfuerzos para identificar las formas en que ésta afecta a la salud. En la mayoría de los casos, la pobreza implica una mayor exposición a factores de riesgo, como la carencia de agua potable y suministros sanitarios, alojamientos inadecuados, viviendas poco ventiladas y un entorno inseguro. También determina, a través de una alimentación y atención insuficientes, una mayor vulnerabilidad ante las infecciones, el estrés y la violencia. Cualquier acción para reducir la desigualdad debería incluir intervenciones dirigidas a reducir la exposición y la vulnerabilidad (tabla 2) a los riesgos para la salud, puesto que estos factores son los responsables de una gran parte de las desigualdades sobre aspectos relativos a la salud entre personas ricas y pobres. Mientras algunas de estas acciones están incorporadas en los servicios de salud, otras necesitan una colaboración intersectorial, así como esfuerzos dirigidos a dar voz a los grupos más desfavorecidos.



### 3. Invertir recursos en la provisión equitativa de servicios, pero también en función de la demanda existente de servicios sanitarios

El siguiente paso para alcanzar la igualdad es abordar las desigualdades existentes en el acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, asegurar una provisión de servicios equitativa no es una tarea fácil. La “ley inversa de la atención” establece que “la disponibilidad de una atención sanitaria de calidad tiende a ser inversamente proporcional a la necesidad de la población a la que se atiende” (4) y se aplica, aunque en diferente medida, a todos los países. También sabemos que las nuevas tecnologías sanitarias, tales como los anticonceptivos o los tratamientos más modernos, tardan más años, a veces décadas, en llegar a los sectores más pobres de la población (5). Esto parece implicar que el problema reside en la desigualdad en cuanto a la provisión de servicios, y que si esto mejorase, su estado de salud también lo haría. Pero las diferencias en la provisión de servicios no son suficientes para explicar las desigualdades en el acceso. Quizá lo que se eche en falta es la demanda de servicios por parte de la gente más pobre, especialmente por parte de las minorías étnicas.

Para ilustrar este punto, tomemos como ejemplo la atención al parto, una de las áreas donde la atención sanitaria muestra mayores desigualdades entre gente rica y pobre. Existen varios factores del lado de la demanda de las propias mujeres que explicarían por qué las mujeres pobres no tienen acceso a una atención de calidad durante el parto: puede que no tengan recursos económicos para cubrir los costes directos o indirectos del transporte hasta el servicio, o puede que no haya información disponible en el idioma de la mujer. De este modo, las capacidades económicas, los costes directos e indirectos, la información, educación y cultura, o la situación de la mujer, pueden incidir en el acceso de las más pobres, incluso aunque el servicio esté diseñado para todas las personas. La demanda de servicios de salud reproductiva puede verse seriamente limitada, especialmente en los contextos caracterizados por la extrema pobreza, la exclusión social y la escasa capacidad de las mujeres para buscar y encontrar la atención que necesitan. En estos casos, las políticas dirigidas a colectivos en situación de exclusión no pueden limitarse a una mayor provisión de servicios, sino que deberían incluir medidas para eliminar los obstáculos que impiden que se genere la demanda.

### 4. Invertir recursos en los periodos de mayor vulnerabilidad de la vida

Como se ha mencionado anteriormente, las diferencias en los riesgos a los que están expuestos los diferentes grupos de población, son muy grandes durante el embarazo, parto y los primeros meses de vida. En general, las y los niños que nacen en entornos muy pobres tienen diez veces más riesgo de morir que las y los que lo hacen en los entornos de mayor riqueza (1). Lo mismo es cierto para la exposición a otros riesgos, incluyendo algunos irreversibles, como puede ser la esterilidad para las mujeres o daños neurológicos en la o el bebé, que suelen ser más frecuentes entre la población pobre. Por ello, las inversiones en salud durante el embarazo, parto y el periodo neonatal tienen una mejor relación coste-beneficio que en otros periodos de la vida, y tienen un gran potencial para reducir la desigualdad en el ámbito de la salud y para romper la asociación de enfermedad y pobreza.

### 5. Invertir recursos en enfermedades asociadas a la pobreza

Las personas pobres no sólo tienen un mayor riesgo de contraer enfermedades, sino que, debido a una mayor exposición a factores de riesgo, presentes de forma más habitual en este colectivo y contexto, contraen determinadas enfermedades con más frecuencia. Por ello, dirigirse a estas enfermedades mediante programas específicos, está incluido dentro de las estrategias de mejora de la salud de la población más pobre. El término “enfermedades de la pobreza” se ha adoptado para referirse al VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, que representan las enfermedades que más muertes causan entre las personas pobres. Sin embargo, no se puede olvidar que los problemas perinatales, las enfermedades infecciosas y la malnutrición continúan contribuyendo en gran medida a la aparición de enfermedades en este grupo de población. Por ello, es necesario identificar cuáles son los principales elementos causantes de enfermedad entre las personas pobres dentro de cada área. Además, debería valorarse con cuidado que se concentren los recursos en aquellos programas dirigidos a una sola enfermedad, puesto que se asume el riesgo de que se vea comprometida la capacidad de proporcionar una atención preventiva integral para todas las enfermedades graves por parte de los sistemas de salud, y especialmente, de los servicios de atención primaria.

### 6. Invertir recursos en las personas más vulnerables

Dirigirse a los grupos de población más pobres es probablemente la forma más directa de reducir las desigualdades. Proporcionar una estructura y unos servicios mejores en los barrios y las zonas rurales más desfavorecidas y también en los hogares donde hay miembros con alguna discapacidad o niños y niñas en situación de vulnerabilidad, puede contribuir a romper la “ley inversa de la atención”. En general, debido a la elevada prevalencia de enfermedades que se pueden prevenir o curar con bajos costes, la inversión en prevención y tratamiento en los grupos más desfavorecidos resulta más eficiente (6).

Hay algunas razones que explican por qué sólo raramente se realizan inversiones sólidas (ética y económicamente). En primer lugar, la provisión de servicios e infraestructuras es una cuestión de poder y peso político, que, por definición, excluye a los grupos más desfavorecidos. En segundo lugar, es evidente que la provisión de servicios en zonas pobres supone ciertas dificultades logísticas como, por ejemplo, encontrar personal.

Además del importante impacto sobre la salud, los costes también pueden ser elevados. Los programas por áreas deberían ser prioritarios cuando los grupos más vulnerables están concentrados geográficamente, y estos servicios deberían disponer de soportes traducidos si fuese necesario, o contratar profesionales que hablen la lengua de las personas que viven en esa área (7). También deben proporcionarse redes de apoyo para proteger a las personas más vulnerables y a aquellas que presentan alguna discapacidad o enfermedad crónica, ya que pueden tener gastos que no puedan asumir. Existen diferentes modelos de apoyo que pueden ayudar a prevenir el círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza.

### 7. Asegurar sistemas justos de financiación, un acceso adecuado y una atención de calidad

Unos sistemas de financiación justos y una adecuada provisión de servicios de salud son condiciones necesarias pero no suficientes para lograr unos servicios de salud reproductiva equitativos. Con demasiada frecuencia, la mera provisión de servicios se considera sinónimo de acceso y cobertura, lo que implica que se dé por supuesta una efectiva protección sanitaria, pasando por alto que lo que marca la diferencia, en última instancia, es la calidad de la atención. A menos que se realicen intervenciones efectivas, no se producirán



mejoras en la situación de salud. Una de las más importantes es abordar las desigualdades que se producen en el acceso a una atención de calidad, puesto que esta desigualdad determina los resultados de salud. Desafortunadamente, en muchos servicios sanitarios, incluyendo los hospitales, la calidad de la atención es tan baja que no se puede esperar ninguna mejora en la salud tras acudir a ellos (8), pudiendo darse el caso de que el o la usuaria tenga que hacer frente a gastos económicos - incluso sobornos - sin obtener ningún beneficio real. En ocasiones, incluso puede tener que hacer frente a problemas mayores, debido a que se contraen nuevas infecciones en el hospital o a tratamientos y procedimientos poco seguros (9).

En la atención prenatal y durante el parto se producen situaciones que hacen que las mujeres más pobres creen que están recibiendo una atención adecuada para su situación (ej. el uso de máquinas de ultrasonido de poca calidad), cuando en realidad puede no estarse llevando a cabo la exploración física adecuada ni elaborando correctamente su historia clínica (10). Esto sucede en muchos países, especialmente- aunque no exclusivamente- en el sector privado. Una vez más, una atención de calidad depende de la demanda informada de servicios.

Que las y los usuarios dispongan de información mejorará su capacidad de obtener una mejor calidad de la atención en los servicios o elegir aquellos que la ofrezcan.

### 8. Identificar objetivos e indicadores de equidad

Como se ha señalado brevemente más arriba, alcanzar una mayor equidad en los servicios de salud reproductiva no es una tarea fácil, y nunca se logrará a menos que se alcance un compromiso explícito y se fijen unos objetivos concretos. Estos objeti-

vos deberían ser identificados por las y los responsables de las políticas en relación a la reducción de la distancia entre riqueza y pobreza y no sólo de la mejora global de los resultados en salud reproductiva. En la tabla 3 figuran algunos indicadores clave, y se ofrecen algunos ejemplos interesantes del tipo de información con la que se podría contar desde la división riqueza/pobreza en cuanto a la situación de la salud reproductiva en Europa (11). Esta información podría completarse con otros datos clave, tales como la distribución de las tasas de mortalidad materna entre los diferentes grupos de población (desafortunadamente este dato no suele estar disponible), indicadores de calidad de la atención prenatal y durante el parto, y la inclusión sistemática de estudios periódicos, como los Estudios Demográficos y de Salud u otras encuestas domiciliarias.

### Conclusiones

Los esfuerzos dirigidos a promover la equidad en salud, deberían centrarse en los servicios de salud reproductiva, con una especial atención al embarazo y parto, especialmente en los países donde existen tasas elevadas de morbilidad y mortalidad y grandes desigualdades entre grupos de población. Las y los responsables de las políticas, así como las y los profesionales de la salud deberían apoyar la inversión en sectores como la educación, la nutrición, el medioambiente y el desarrollo comunitario, con el fin de reducir el impacto de la pobreza en la salud reproductiva. Una financiación más justa en el ámbito de la salud y una mejor provisión de los sistemas, podrían aliviar los efectos de la desigualdad social, pero hay que asegurar también la calidad de los servicios de salud si se quieren obtener beneficios reales. La mejor combinación de estrategias para avanzar en la equidad puede variar dependiendo del contexto adminis-

trativo, político y epidemiológico pero requiere, invariablemente, de un mejor conocimiento de la distribución de los resultados de salud entre la población y la identificación de objetivos e indicadores apropiados. Todo lo referente a la equidad, también debe incluirse en la evaluación de los servicios de salud reproductiva.

### Giorgio Tamburlini

(tamburlini@burlo.trieste.it)

Centro Colaborador de la OMS e Salud Materna e Infantil  
IRCCS Burlo Garafolo, Trieste, Italia.

### Referencias

1. Leon D. y Walt G. (eds) "Pobreza, desigualdad y salud". Escuela de Londres de Sanidad y Medicina Tropical, 2001. Oxford University Press.
2. Gwatkin DR, Rutstein S, Johnston K, Pande RP y Wagstaff A. Diferencias socio-económicas en nutrición saludable entre la población. Banco Mundial, 2000.
3. Gwatkin DR "Hacer sistemas sanitarios más equitativos". Lancet, 2004, 364:1273-80.
4. Tudor Hart J. "Ley inversa de la atención". Lancet 1971; 1:405-12.
5. Victoria C. "Explicar las tendencias en las desigualdades: evidencia extraída de los estudios brasileños sobre salud infantil". Lancet, 2000. 356:1093-8.
6. Comisión sobre Macroeconomía y Salud" Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2001.
7. Victoria C. "Alcanzar la cobertura universal de las intervenciones sanitarias". Lancet, 2004, 364:1541-48.
8. Nolan T, Angos P, Cunha AI, Muhe L, Qazi S, Simoes EF, Tamburlini G, Pierce N. "Calidad de los Hospitales Infantiles para Niños/as Enfermos/as en los Países en Desarrollo". Lancet, 2000;357:106-110.
9. Tamburlini G. "Calidad de los servicios de salud infantil hospitalarios en Moldavia" Oficina Regional Europea de la OMS, 2002.
10. UNICEF. Promoción de una atención perinatal efectiva en Kosovo, 2002. Pristina, junio 2003.
11. Banco Mundial. HNP Stats. Plataforma de datos sobre salud, nutrición y población del Banco Mundial <http://devdata.worldbank.org/hnpstats> (consultado el 2 de enero de 2005)

Tabla 3. Distribución de algunos indicadores clave de salud reproductiva en las poblaciones más ricas y más pobres de Armenia, Kazajstán y Turquía.

Indicadores clave	Armenia (2000)		Kazajstán (1999)		Turquía (1998)	
	más pobres (20%)	más ricos (20%)	más pobres (20%)	más ricos (20%)	más pobres (20%)	más ricos (20%)
Tasa de fertilidad total (nacimientos por mujer, edad 15 a 49 años)						
Tasa de fertilidad adolescente (nacimientos por mil, edad 15 a 19 años)	107	32	81	280	46	21
Prevalencia de anemia (leve, severa)						
Atención prenatal (+ de una visita) prestada por personal médico formado	78	85	90	97	38.3	96.2
Partos no atendidos por personal cualificado						
Partos atendidos por médicos/as	70	95	67.6	89.5	16.3	76.3
Partos en el domicilio						
% de mujeres casadas de 15 a 49 que utilizan métodos anticonceptivos modernos	15.5	29.2	48.9	55.1	23.6	48
% de mujeres con cuarto de baño en casa						
% de mujeres que conocen las formas de transmisión del VIH/SIDA	41.6	72.5	65.7	91.1	27.0	76.7
% de mujeres que buscan su propia atención sanitaria						
% de mujeres que justifican el maltrato por parte de la pareja	56.8	15.2	51.6	13.9	72.8	16.1

\* No existen datos

Fuente: Tabulación de datos del autor procedentes de HNP Stats- plataforma de datos sobre salud, nutrición y población del Banco Mundial, <http://devdata.worldbank.org/hnpstats> (consultado el 2 de enero de 2005).

# LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS Y LAS RECIÉN NACIDAS AUN ES DEFICIENTE EN LA REGIÓN EUROPEA

Por Gian Paolo Chiaffoni

**La atención sanitaria neonatal necesita mejorar. A pesar de los progresos de la última década, la tasa de mortalidad en los y las recién nacidas y la morbilidad a corto y largo plazo aún es sorprendentemente elevada en la Región Europea.**

Entre los países de la Región Europea del este y el oeste (que incluyen a los Estados Independientes de la Commonwealth - 12 países de la Antigua Unión Soviética) se está dando una distancia creciente con respecto a las tasas de mortalidad neonatal y perinatal, siendo estas cinco veces más elevadas en los países de Europa del este (1) (ver Tabla 1). Aunque no existe demasiada información sobre las causas de la mortalidad neonatal en los países en vías de desarrollo y “en transición”, se estima que el 29% de las muertes están causadas por asfixia durante el parto, el 24% por infecciones y otro 24% por complicaciones asociadas a los partos prematuros (2). La mayoría de estas causas podrían prevenirse mediante intervenciones sencillas y poco costosas, que deberían estar disponibles en todos los países y en todos los niveles de atención. Implantar una atención prenatal, perinatal y neonatal efectiva disminuiría no solo la morbilidad y mortalidad neonatal sino también las discapacidades en las y los niños, las cuales afectan a la calidad de vida individual y familiar.

## Desafíos y ventajas de la atención sanitaria perinatal y neonatal

El principal desafío es todavía las inequidades en salud existentes entre los Estados Miembro y dentro de cada país, especialmente en lo que se refiere a grupos vulnerables. Otros desafíos más específicos incluyen las barreras para el acceso a los servicios disponibles, debido a la falta de información y sensibilidad sobre la salud; la tendencia de aumento del número de nuevas infecciones por VIH en mujeres y de la transmisión vertical del virus; la ausencia de una red integrada entre los diferentes niveles de atención; la ubicación inapropiada de los recursos; la falta de un enfoque multidisciplinar en la atención; la falta de formación actualizada para las y los profesionales; y los obstáculos legales que conducen a una sobremedicalización de la atención sanitaria. Sin embargo, existen algunas ventajas específicas en la Región Europea, como el elevado nivel de cobertura de la atención prenatal, la disponibilidad de una infraestructura sanitaria extensa y un personal médico formado, así como unos buenos niveles de alfabetización de la población. Todas estas ventajas, y a pesar de las dificultades mencionadas, facilitan los esfuerzos encaminados a desarrollar iniciativas dirigidas a mejorar la atención sanitaria perinatal y neonatal.

## Implantación de la atención sanitaria perinatal y neonatal

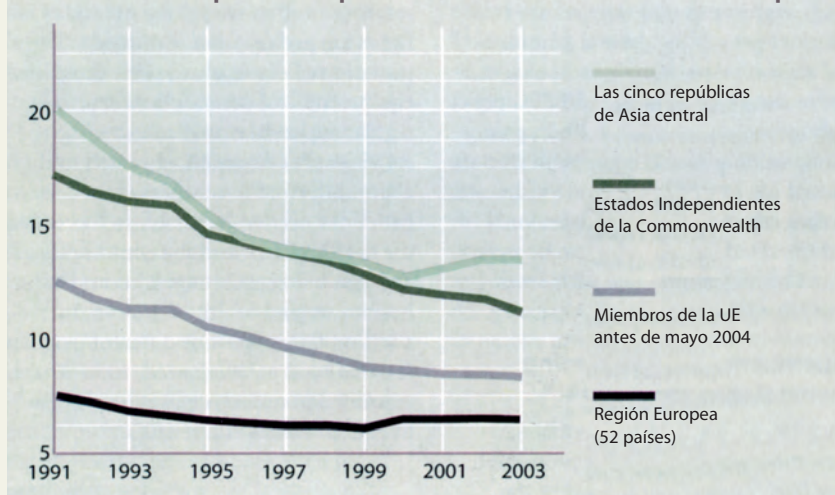
En la mayoría de los Estados Independientes de la Commonwealth, la mejora de la atención perinatal, sólo recientemente, se ha convertido en una

prioridad principalmente porque el problema se había subestimado por la escasa recogida de datos sobre mortalidad perinatal; y por la creencia errónea de que sólo la tecnología más cara era efectiva. Sin embargo, se ha demostrado que mejorar la salud neonatal y perinatal mediante la promoción del uso de tecnologías simples, efectivas y de bajo coste es una inversión importante para cualquier sistema sanitario. Por ello, la OMS ha diseñado iniciativas para apoyar a los Estados Miembros en este proceso, incluso en los lugares en que los recursos son limitados. Las intervenciones en estos sectores, en todo caso, sólo son efectivas cuando se enmarcan en una estrategia global de mejora de las condiciones generales de vida, especialmente la de las mujeres, y se incide en la alfabetización, la sensibilización y el acceso a la atención sanitaria.

En el año 2000, la OMS Europa puso en marcha el Programa “Promoción de una Atención Perinatal Efectiva” (PECP) (3), que tenía como objetivo promover el uso de las técnicas adecuadas durante el parto, la atención neonatal y la lactancia, desde un enfoque integral. En Europa, el PECP se ha integrado en la Iniciativa para Lograr una Maternidad más Segura (4), que implementa los manuales IMPAC (Manejo Integral del Embarazo y el Parto) de la iniciativa MPS junto con otros manuales específicos preparados para la Región. El MPS/PECP se centra en el embarazo, parto y periodo perinatal (desde las 22 semanas de gestación hasta 7 días después del nacimiento) y en el papel que tiene la atención primaria. Para hacer esto, el MPS/PECP pone un énfasis especial en la promoción de mejoras en tres áreas: calidad de la atención, desarrollo de los centros sanitarios e implicación de la comunidad y la familia. El MPS/PECP promueve el uso de técnicas basadas en la evidencia; se pretende desmedicalizar la atención perinatal de forma segura y crear un sistema multidisciplinar, descentralizado y que se apoye en derivaciones efectivas. Además, este sistema es integral, centrado en las familias, involucra a las mujeres y sus familias en la toma de decisiones y está culturalmente adaptado.

Los objetivos del MPS/PECP son reducir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal y promover un embarazo seguro. Estas metas se pretenden alcanzar mediante la difusión del conocimiento en el ámbito de la atención prenatal, perinatal y neona-

Tabla 1. Muertes perinatales por cada 1000 nacimientos vivos en Europa



tal, mejorando las habilidades y actitudes de las y los profesionales sanitarios, reforzando la coordinación interprofesional, y capacitándoles para planificar mejoras efectivas, incrementar las actuaciones del sistema sanitario y difundir entre la población la sensibilización sobre las necesidades de las madres y sus bebés.

### **Métodos, experiencias y lecciones aprendidas, 1997-2004**

#### *Formación, pero no sólo formación*

El MPS/PEPC funciona en todo el país y también en las intervenciones coordinadas con otros países, supervisando enfoques y la provisión de programas mínimos de formación, seguimiento y evaluación de impacto. En particular, se recomiendan las siguientes intervenciones para la promoción de una atención perinatal y neonatal efectiva:

- Identificación, realización de las derivaciones apropiadas y manejo de embarazos de alto riesgo, incluyendo el tratamiento dirigido a prevenir problemas neonatales (ej. administración de esteroides durante el embarazo para evitar el síndrome de estrés respiratorio neonatal);
- Atención apropiada e integral durante el parto;
- Prevención de la hipotermia neonatal, la asfixia y las infecciones perinatales; atención apropiada a los y las recién nacidas prematuramente, con bajo peso, que han sufrido asfixia o presentan enfermedad mediante procedimientos basados en la evidencia;
- Promoción de la lactancia materna temprana;
- Proveer el tratamiento y la alimentación adecuada para la prevención de la transmisión vertical del VIH;
- Mejora de la recogida y registro de la información e implementación de la atención posparto mediante la mejora de la comunicación y coordinación multidisciplinar.

Es necesario proporcionar formación que mejore el conocimiento y las capacidades profesionales en la atención neonatal. A través de la formación se pretende elaborar directrices y planes de acción, específicamente dirigidas al trabajo en equipos multidisciplinarios, la comunicación y el asesoramiento. La formación proporcionada por el MPS/PEPC para profesionales en activo en el ámbito de la atención a la y el recién nacido, consiste en un curso de 6 días sobre atención básica del o la bebé y promoción de la lactancia, ofreciendo información teórica y práctica actualizada. Dentro de las actividades se incluyen ejercicios de autoe-

valuación y trabajo en grupo, visitas a áreas de maternidades, salas de parto y de cunas, sesiones de role-playing centradas en habilidades de comunicación y asesoramiento, planificaciones para la implementación, estudio de casos, exposiciones, evaluación por parte de las personas participantes y propuestas de mejora.

Las áreas principales de formación incluyen la difusión del uso de definiciones internacionales de enfermedad; la introducción de los conceptos de eficacia, coste-beneficio, factores de riesgo, manejo de casos y atención desde un enfoque integral e individualizado; la promoción de procedimientos basados en la evidencia y de las intervenciones basadas en el balance coste-beneficio, la coordinación multidisciplinar, la comunicación y el asesoramiento; el debate sobre cuestiones de salud pública relevantes para la atención neonatal; y como reforzar el sistema sanitario y las prácticas familiares y comunitarias.

Se debaten los principales problemas clínicos y organizacionales relacionados con la atención al o la recién nacida que aparecen en los niveles primario y secundario de la atención, al igual que los indicadores para la derivación a los centros de nivel terciario. Los contenidos de la formación son continuamente evaluados y actualizados para asegurar que están basados en evidencias científicas proporcionadas por estudios de muestras aleatorias y para asegurar también que se abordan necesidades reales. La fig. 1 muestra cómo los principales temas han sido modificados a partir de las sugerencias de las y los participantes.

Además de la formación, la implementación de la atención neonatal a través del MPS/PEPC incluye actividades de seguimiento y monitorización y evaluación del impacto; promoción del uso de las técnicas apropiadas; establecimiento y difusión de los niveles estándar de calidad para la atención a los y las recién nacidas mediante la provisión continuada de evidencias actualizadas sobre atención neonatal; una adecuada organización del sistema sanitario en los tres niveles (esencial, intermedio y especializado); asegurar la disponibilidad de fármacos, equipamiento y suministros básicos; y promoviendo otros apoyos de forma general. Las técnicas apropiadas, una de las cuestiones clave en el programa MPS/PEPC, se definen como métodos, procedimientos, técnicas y equipamientos científicamente validados, adaptados a las necesidades locales y aceptables tanto para las y los profesionales de

la salud como para los y las usuarias, y que pueden ser mantenidos con los propios recursos de la comunidad (ver fig. 2).

### **Experiencias en la implementación de la atención neonatal, 1997-2004**

Desde 1997, se han llevado a cabo actividades de promoción de la atención básica a los y las recién nacidas y de la lactancia en casi todos los Estados Independientes de la Commonwealth y en algunos países de Europa del este en los niveles nacional, regional y local, y se han identificado modelos a seguir financiados por el gobierno. Las y los profesionales que recibieron formación a nivel local ahora transmiten este conocimiento y habilidades impartiendo la formación a sus colegas. Los cambios no sólo están teniendo lugar en cuanto a las actitudes y las prácticas, sino también a nivel de legislación y en el sistema sanitario. Como ejemplos, el hecho de que se haya extendido el uso de las habitaciones para madre y bebé en los hospitales tras el parto o la utilización de la lactancia materna como alimentación única desde la salida del hospital; o el hecho de que se utilicen nuevas técnicas de reanimación ante la asfixia, en sustitución de antiguos protocolos, desfasados y no basados en la evidencia. Por último, la definición internacional de “nacido o nacida viva” se ha incorporado en la legislación de diferentes países.

### **Lecciones aprendidas**

La OMS Europa ha actualizado y adaptado continuamente sus materiales formativos y sus metodologías de trabajo para adaptarse a las necesidades de cada país. La flexibilidad y adaptación de los contenidos, manteniendo su consistencia, han demostrado ser una garantía de adherencia y sostenibilidad a lo largo del tiempo. También se ha demostrado cómo han mejorado sustancialmente las habilidades y la actuación de las y los profesionales de la salud. Así mismo, la descentralización de la atención obstétrica y neonatal y la necesidad de una integración funcional entre diferentes niveles de atención han demostrado ser muy importantes. El compromiso firme y la participación continua de los Ministerios de Sanidad para respaldar las iniciativas, apoyar los cambios necesarios en la legislación, aportar los recursos humanos y la financiación necesarios, son prerequisites para el éxito. También la provisión de suministros, fármacos y equipamientos básicos es



un asunto prioritario, al igual que la supervisión estable y el seguimiento de las actividades. La experiencia extraída del ámbito familiar y comunitario muestra que es necesario establecer vínculos sólidos entre el sistema sanitario y la familia y la comunidad con el fin de asegurar el acceso a la atención sanitaria y a la educación para la salud. Además, es necesario ampliar el apoyo a otros socios internacionales con el fin de hacer que estas iniciativas sean más efectivas y exitosas.

### Responder a las necesidades integrales en la atención neonatal

Los principios de la atención basados en la evidencia, la desmedicalización que mantiene los niveles de seguridad y la participación de madres y padres son las piedras angulares de la atención integral neonatal, que tiene por objetivo responder a las necesidades físicas y psicosociales de cada bebé, madre, padre y familia. Durante los últimos 20 años, el interés en este ámbito ha crecido continuamente tanto entre la población general como entre el personal sanitario, implicando cambios importantes en las políticas de atención en esta área. Las innovaciones a menudo provocan resistencias ya que, en algunos contextos, chocan con las prácticas tradicionales basadas en la separación de las madres y sus bebés. Por otro lado, atender a las necesidades integrales en el desarrollo de la atención neonatal ha demostrado mejorar eficazmente el bienestar del bebé. Así mismo, la satisfacción de madres y padres, la adherencia a las recomendaciones del personal sanitario y la habilidad para cuidar de la o el bebé en los hogares también se han incrementado notablemente.

De ese modo, técnicas apropiadas dirigidas a favorecer la participación de madres y padres, y la disminución de la sobre-medicalización en la atención, también se han incorporado a las recomendaciones de la OMS Europa. Éstas tienen por objetivo proporcionar una atención perinatal y neonatal efectiva, segura e integral para cada bebé por parte de cada profesional de la salud y en cada nivel de atención, y se están implementando en todo el país en este momento.

### Fomentar la participación y sensibilización de la familia y la comunidad

En el proceso de mejora de las capacidades nacionales y locales para la prestación de una atención perinatal y neonatal efectiva, incorporar el apoyo de las familias y las comunidades resulta un factor clave de éxito. La difusión de la información y la

### Fig. 1 Contenidos del curso sobre atención básica al o la recién nacido y lactancia

- Comprensión de los determinantes de las muertes perinatales y neonatales y formas de reducirlas.
- Cuidado de bebés sanos/as
- Lactancia materna en el o la bebé sana
- Dificultades en la lactancia materna
- Cuidado del o la bebé de bajo peso
- Métodos para la alimentación del o la bebé de bajo peso
- Atención a la o el recién nacido con asfixia, infecciones y/o ictericia
- Alimentación del o la bebé enferma
- Salida del hospital
- Adaptar el hospital a las y los bebés
- Cómo mejorar la organización de la atención (sesiones añadidas tras la sugerencia de las personas participantes)
- Prevención de la transmisión vertical del VIH
- Exploración del o la bebé dirigida a la detección de problemas
- Valoración neuro-comportamental del o la recién nacido
- Cómo abordar de forma integral las necesidades durante el desarrollo de la atención neonatal

### Fig. 2 Técnicas apropiadas durante el parto y la atención neonatal

- Apoyo motivacional a las mujeres
- Permitir la presencia de acompañantes durante el parto
- Reanimación neonatal efectiva
- Prevención de la hipotermia neonatal
- Lavado de manos por parte de las y los profesionales
- Contacto temprano madre-bebé
- Lactancia materna temprana y estancia en habitaciones apropiadas en el hospital
- Prevención del malestar y el dolor en el o la bebé
- Participación y buena comunicación con las madres y padres
- Reducir la estancia en el hospital y proporcionar orientación a la salida.

sensibilización deben incorporar el mensaje de que promocionar la salud de las mujeres y las niñas y niños es una forma de promocionar derechos humanos fundamentales tales como el derecho a la vida, a la dignidad, a la salud, a la libertad, a la igualdad, a la solidaridad y a la vida familiar. Así, las formas tradicionales de cuidado, cuando no son perjudiciales, pueden ser maneras de mejorar la adherencia de las familias y las comunidades. Es importante contar con el apoyo de líderes de opinión, asociaciones de mujeres y otras personas clave, dando una mayor cobertura en los medios de comunicación a los temas relacionados con la promoción de la salud neonatal y materna, junto con otras iniciativas dirigidas a promover este apoyo.

### Planes para el futuro

La experiencia extraída de la Iniciativa para Lograr una Maternidad más Segura/Promoción de una Atención Perinatal Efectiva en la Región Europea muestra que están teniendo lugar cambios positivos en la planificación para y durante el parto, así como en la atención perinatal y neonatal incluso en los contextos con mayores dificultades. Por ello, este modelo de intervención debería extender su implementación en el resto de la Región.

La planificación para su expansión requerirá equilibrar cuidadosamente la

necesidad de aumentar la cobertura y la necesidad de mantener la calidad y la eficacia de las intervenciones. Las metas que se plantean en adelante son potenciar las capacidades locales y transferir las responsabilidades, incorporar los principios del MPS/PEPC en las reformas del sector sanitario que están teniendo lugar, y demostrar la buena relación coste-efectividad de este tipo de iniciativas.

### Referencias

1. Oficina Regional Europea de la OMS. Base de datos de Salud para todas las Personas, [www.euro.who.int/hfad](http://www.euro.who.int/hfad) (consultado el 8 de febrero de 2005).
2. Black RE, Morris S, Bryce J. "¿Dónde y por qué mueren 10 millones de niños y niñas cada año?" *Lancet*, 361, 28 de junio 2003.
3. Oficina Regional Europea de la OMS. Promoción de una Atención Perinatal Efectiva [www.euro.who.int/childhealthdev/PEPC](http://www.euro.who.int/childhealthdev/PEPC) (consultado el 31 de enero de 2005)
4. OMS-Europa, Lograr una Maternidad más Segura, [www.euro.who.int/pregnancy](http://www.euro.who.int/pregnancy) (consultado el 31 de enero de 2005)

### Gian Paolo Chiaffoni

[gpcvr@hotmail.com]

Clínica Pediátrica, Hospital Policlinico GB Rossi  
Az.Osp.Istituti Ospitalieri de Verona, Verona, Italia.

# ATENCIÓN PERINATAL EN LITUANIA (1991-2004)

Por Gelmius Siupsinskas y Arūnas Liubys

La tasa de nacimientos en Lituania ha descendido notablemente en los últimos años del 15,2 por 1000 en 1990 al 8,9 en 2003 (fig.1). En 1990, tras la independencia de Lituania, se identificaron las áreas del sistema médico que necesitaban mejoras sustanciales. Sin embargo, en el sistema de atención perinatal surgieron una serie de discrepancias con los y las profesionales de la neonatología y la pediatría. En primer lugar, las definiciones de nacimiento vivo y mortalidad perinatal no coincidían con los criterios de la OMS. En segundo lugar, las normas estándar de atención médica estaban desfasadas y no se correspondían con las prácticas modernas basadas en la evidencia. Y, en tercer lugar, los métodos estadísticos no se ajustaban a las directrices internacionales.

La reorganización del sistema sanitario de atención perinatal de la antigua Unión Soviética comienza en 1991. El Ministerio de Sanidad lituano invitó a un grupo de especialistas en obstetricia, ginecología y genética a establecer un sistema de atención perinatal basado en criterios actualizados.

Una de las primeras decisiones fue el uso de los criterios de la OMS para el registro de los partos prematuros (desde las 22 semanas de gestación y con un peso en el momento del nacimiento inferior a 500 gramos) así como la definición de la OMS de nacimiento vivo.

Todos los recursos de atención perinatal y maternal se organizaron en un sistema de tres niveles. Esto se llevó a cabo de acuerdo con el potencial de los recursos y su distribución geográfica. El nivel I estaba compuesto por los centros de maternidad ambulatorios y los departamentos de obstetricia de los hospitales de zona (con un número total de 45); el nivel II por los hospitales de día y los departamentos de obstetricia y ginecología de los hospitales generales regionales (un total de 6); y el nivel III conformado por dos centros perinatales: el Departamento de Neonatología y Mujeres de la Universidad de Vilnius y el Departamento de Obstetricia y Neonatología de la Universidad Médica de Kaunas.

Desde 1991, la derivación de mujeres embarazadas o bebés a niveles de atención más especializada se basaba, bien en el nivel de riesgo perinatal del embarazo (bajo, medio o alto), o bien en el estado del o la recién nacida. En 1998, este enfoque basado en el riesgo, se cambió por uno basado en el problema, de acuerdo con criterios actualizados. El programa perinatal fue evaluado y apoyado por expertos y expertas procedentes de Estados Unidos, Suecia y Suiza.

Las mujeres con embarazos sin complicaciones de Lituania pueden elegir entre obstetra, médico/a de familia o matrona para la provisión de cuidados prenatales. En el caso de identificarse problemas o de que se desarrollen complicaciones, se reali-

zará la derivación a niveles más especializados, de acuerdo con los criterios nacionales. Las mujeres tienen también la posibilidad de elegir la maternidad donde quieren parir en cada uno de los niveles.

Las indicaciones para la derivación desde el nivel I, incluyen la realización de una cesárea, ante partos múltiples, partos prematuros, fetos mal colocados, sangrados durante el segundo o tercer trimestre, placenta previa, hipertensión y otros problemas médicos (y no médicos) que tengan lugar durante el embarazo. En el caso de que se recojan datos adversos en la anamnesis (anteriores nacimientos de bebés muertos/as, daños en el sistema nervioso del feto, abortos previos), se prevea un/a bebé de bajo peso (menos de 32 semanas), complicaciones severas del embarazo (isoinmunización RH, restricción del crecimiento intrauterino o muerte fetal tardía, anomalías congénitas o pre-eclampsia) o complicaciones médicas severas (diabetes, problemas cardiovasculares y otros) las mujeres son derivadas al nivel III para el parto.

El equipo de cada área de maternidad está preparado para efectuar valoraciones de la mujer durante el parto y la reanimación del o la recién nacida. También existen criterios para determinar cuándo debería estar presente una persona experta en neonatología durante el parto para la primera exploración física del o la recién nacida. El personal que atiende en el parto está preparado para realizar maniobras de reanimación del o la bebé.

Los y las recién nacidas sanas permanecen en la misma habitación que sus madres. Además se fomenta la presencia de acompañantes durante el parto y la práctica de la lactancia como forma exclusiva de alimentación es una práctica habitual. Cinco maternidades de hospitales en Lituania han sido calificadas como adaptadas a bebés.

Los equipos de neonatología en cada uno de los centros están preparados para estabilizar a los y las bebés que presenten prematuridad o enfermedad antes de derivar a un nivel más especializado. Se pone un énfasis especial en el control de la temperatura ("cadena templada") para prevenir la hipotermia en bebés. También se ha creado un sistema móvil con cinco equipos de neonatología en cinco centros regionales (Vilnius, Kaunas, Klaipeda, Siauliai y Panevzys). Estos equipos están bien formados y equipados para trasladar los y las bebés enfermos y enfermas de un nivel inferior a otro superior. En la actualidad se estima que un equipo puede tardar en realizar un traslado a cualquier hospital de zona entre 1,5 y 2 horas desde el contacto inicial.

Los criterios para derivar a un nivel de atención superior son: problemas con riesgo de muerte, la ausencia de respuesta ante el tratamiento convencional, la sospecha o confirmación de anomalías congénitas, peso muy bajo al nacer (<1500 gr), complicaciones iatrogénicas con riesgo de muerte,

hiperventilación prolongada (< 5 días) o la demanda persistente del padre o la madre para el traslado.

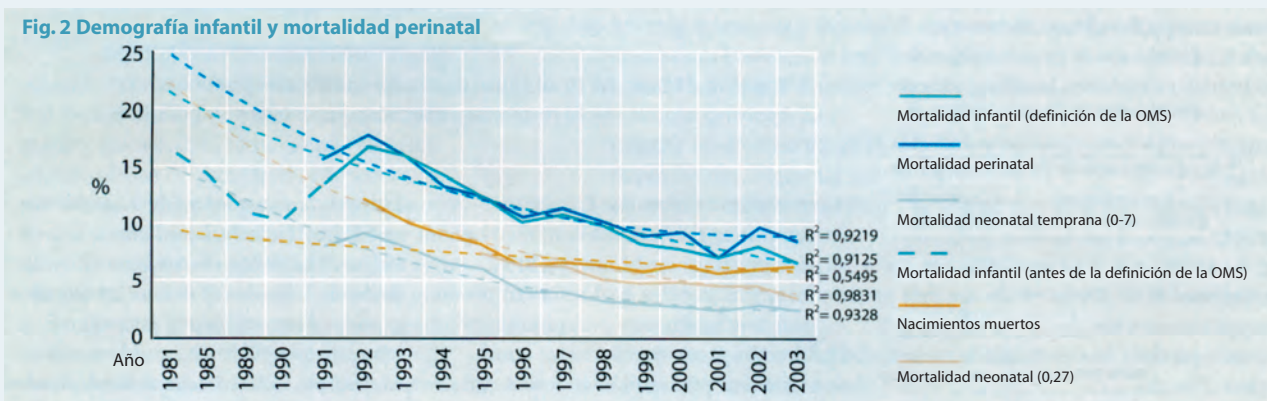
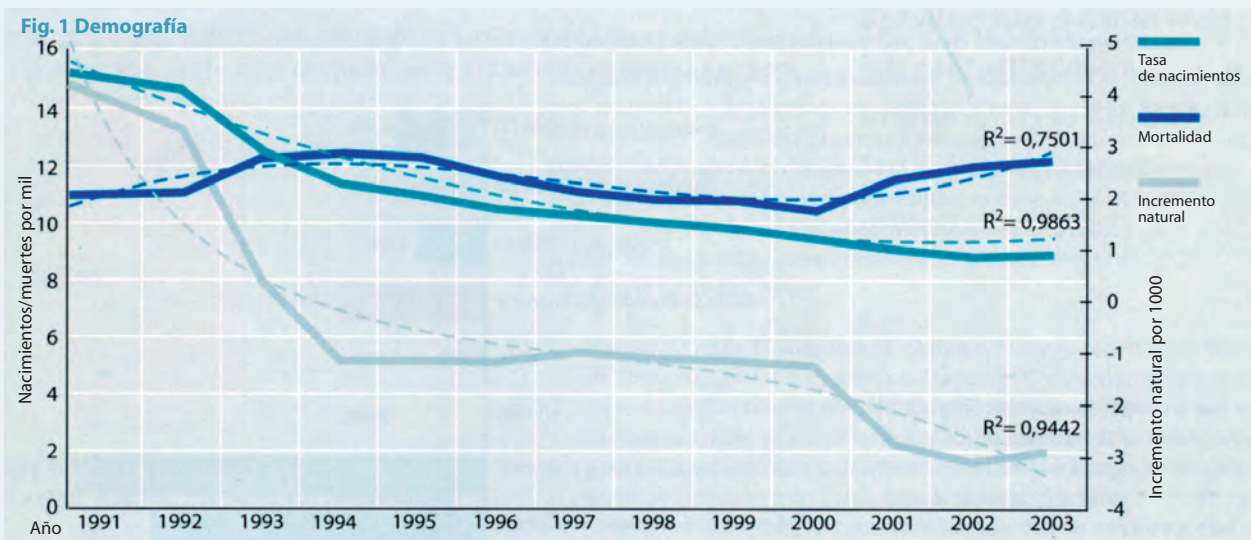
Desde 1995, especialistas en perinatología, con apoyo de la Asociación Lituana de Obstetricia y Ginecología, han estado revisando prácticas obsoletas y elaborando estándares nacionales basados en la evidencia. Los primeros protocolos elaborados versaron sobre partos normales, partos prematuros, reanimación de los y las recién nacidas e infecciones perinatales. En la actualidad, todas las instituciones médicas de Lituania están obligadas a establecer sus propios protocolos locales en la línea de las recomendaciones nacionales e internacionales y según la mejor evidencia científica disponible.

## Registro de datos

En el empeño por valorar los beneficios del nuevo programa perinatal, se ha solicitado a los hospitales que proporcionen datos sobre los resultados obtenidos en atención perinatal y neonatal. Mensualmente, todos los hospitales deben analizar la morbilidad y mortalidad de mujeres embarazadas, de los partos y las y los recién nacidos. Además, se debe informar también sobre los partos prematuros y los nacimientos muertos. La persona responsable del departamento de obstetricia presenta una revisión sobre los partos de alto riesgo en los centros perinatales cada tres meses, y cada seis meses, la persona responsable de la obstetricia y ginecología regional presenta una compilación de los índices de los trabajos a las y los responsables de los centros perinatales y a la persona responsable de obstetricia y ginecología del país. Estos datos se remiten a un comité permanente para el análisis de la mortalidad perinatal en dichos centros.

Los centros perinatales son responsables del apoyo práctico y metodológico para recoger y analizar las causas de la mortalidad materna y neonatal/perinatal y la morbilidad severa. En 1993, se creó el Registro Médico de Nacimientos. Los datos recogidos a través del mismo se devuelven de forma regular a todos los hospitales que prestan atención perinatal.

Las metas que inicialmente planteó el programa perinatal ya se han alcanzado. Los hospitales y departamentos de neonatología y obstetricia proporcionan la atención de acuerdo con los principios de un sistema de derivación efectivo. Como ejemplo de ello, el hecho de que la mayoría de los nacimientos prematuros de bebés (22-31 semanas de gestación), tienen lugar en recursos del nivel III. Otro ejemplo de los beneficios es el descenso en la mortalidad, tanto materna como perinatal. La tasa de mortalidad materna descendió de 44:100.000 nacimientos vivos en 1992 a 9.1:100.000 en 2004. La tasa de mortalidad materna (incluyendo los nacimientos muertos desde las 22 semanas y 500 gr) ha

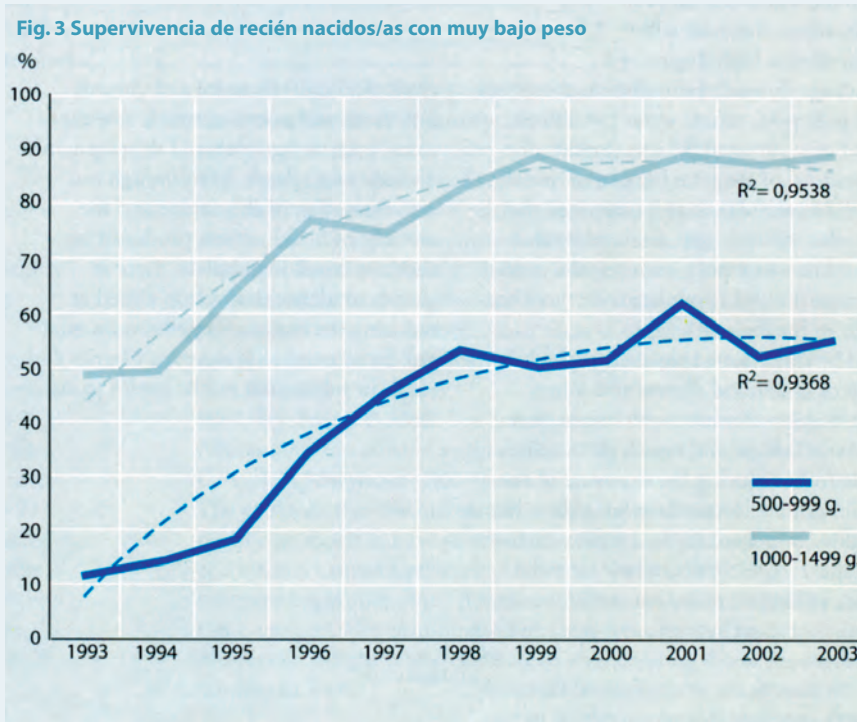


descendido de 17.3:1.000 nacimientos vivos en 1992 a 8.3:1.000 en 2003; la mortalidad neonatal de 11.8:1.000 a 3.7:1.000 respectivamente (fig. 2). Así mismo, la supervivencia en bebés de muy bajo peso alcanza casi el 90%.

El desarrollo de un sistema perinatal que incorpore derivaciones efectivas, una financiación adecuada, la implantación de prácticas basadas en la evidencia, y la distribución y utilización adecuada de recursos, puede lograr grandes mejoras. Las metas establecidas en Lituania para la atención sanitaria, buscan ahora responder a los más elevados criterios internacionales.

**Gelmius Siupsinskas**  
[sgelmius@intergga.ch]  
Especialista en obstetricia y ginecología  
Profesor Asociado, Kaunas  
Universidad de Medicina de Kaunas,  
Lituania

**Arunas Liubsys MD, PhD**  
Especialista en Neonatología  
Responsable de la Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos  
Hospital Universitario de Vilnius  
Vilnius, Lituania.





# LA CONTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES AMBIENTALES A LAS ENFERMEDADES Y LESIONES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EUROPA



## ¿Cómo afecta la contaminación ambiental a la salud de las niñas y niños y las futuras generaciones?

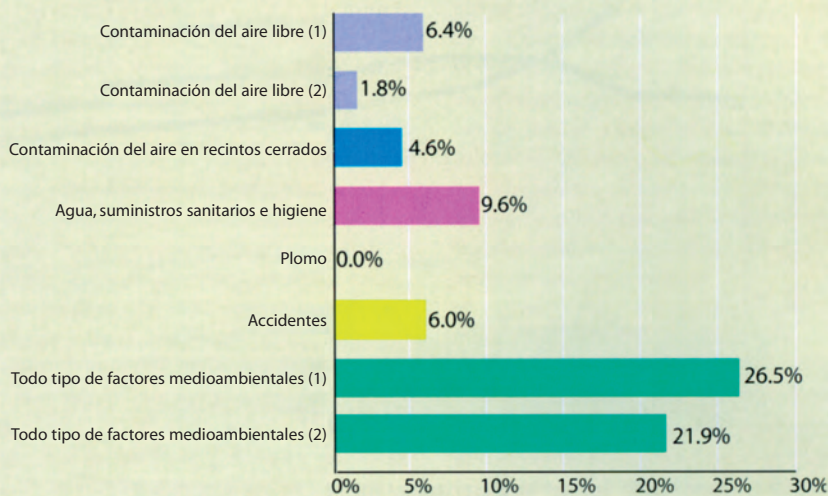
La exposición a factores medioambientales contribuye a la aparición de enfermedades en la infancia y adolescencia. Sin embargo, todavía existen muchos vacíos en nuestro conocimiento sobre la magnitud y la distribución de los factores ambientales en la aparición de las enfermedades en la juventud. Es preciso tener en cuenta también la exposición antes de la concepción y durante el embarazo, dada la existencia de periodos críticos en el desarrollo fetal, en los que el feto es más vulnerable a cualquier riesgo.

En 2004 el programa de Salud Infantil y Medioambiente de la Oficina Regional Europea de la OMS llevó a cabo un estudio sobre la influencia del entorno sobre la salud; se trata del primer intento de evaluar el impacto del medioambiente sobre la salud infantil en la Región Europea. El estudio se centró en los riesgos que tienen consecuencias documentadas sobre la salud, pero no aborda temas como los compuestos químicos, sobre los que existe un alto grado de incertidumbre y preocupación. Sus resultados muestran que la contaminación del aire libre y en recintos cerrados y el agua no potable son responsables de un tercio del total de las enfermedades en jóvenes de hasta 19 años. También se estimó el número de vidas (y discapacidades) que se evitarían reduciendo la exposición de la población infantil a estos riesgos en la Región.

El estudio pretendía estimar la contribución de los diferentes riesgos medioambientales en Europa a las enfermedades infantiles, así como los beneficios en salud que se conseguirían reduciendo la exposición a estos riesgos en la Región. Se centró en cuatro riesgos medioambientales: contaminación del aire libre; contaminación del aire en recintos cerrados; agua no potable, suministros sanitarios e higiene; y plomo.

Por último, el estudio mostró que la exposición a estos factores medioambientales no es igual entre la población infantil en toda Europa debido a una combinación variable de factores como las condiciones de la vivienda, la contaminación del aire o el desigual acceso a los programas de prevención sanitaria.

Proporción de muertes atribuibles a factores medioambientales entre menores de 4 años.



(1) Riesgo relativo aplicable a todas las causas de muerte debidas a la contaminación del aire de la calle.  
(2) Riesgo relativo aplicable a infecciones respiratorias debidas a la contaminación del aire de la calle.

La población infantil que se enfrenta a condiciones especialmente adversas, tales como pobreza, abandono, situación de calle, explotación infantil, tráfico de niños y niñas o la exposición a conflictos armados, tienen un mayor riesgo de sufrir algún daño, trauma psicológico, infecciones agudas o crónicas, problemas en el desarrollo y el crecimiento, discapacidad o muerte. A pesar de que nuestra comprensión sobre la naturaleza y cantidad de los efectos sobre la salud infantil aún es incompleta, ya existe evidencia de que cualquier acción dirigida a reducir la exposición a factores de riesgo ambiental, tiene grandes beneficios para la salud pública.

*Este artículo ha sido adaptado por Leda Temor y Jeffrey Lazarus basado en: Valen F, Little DA, Tamburlini G, Barbone F. Contribución de los factores medioambientales a las enfermedades infantiles y adolescentes en Europa, OMS, Environmental Burden of Disease Series, nº8 Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud Centro Europeo para la Salud y el Medioambiente, Roma, y Protección del Medioambiente Humano, Ginebra 2004.*

El informe completo está disponible en : [http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHE/Monitoring/20040519\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHE/Monitoring/20040519_1).



## Infecciones de transmisión sexual: romper la cadena de las transmisiones



FNUAP2004 [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/362\\_filename\\_sti\\_complete.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/362_filename_sti_complete.pdf)

Las infecciones de transmisión sexual y otras del aparato genital (ITS/RTI) son todavía un serio problema de salud, especialmente entre las mujeres. Donde no existe acceso a un tratamiento a tiempo, las ITS pueden derivar en enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, cáncer, complicaciones durante el embarazo o incluso la muerte. Además, existen evidencias que sugieren que las personas que tienen alguna infección de transmisión sexual, tienen más probabilidades de contraer y transmitir el virus del VIH. De esta manera, aunque tanto la prevención, como el tratamiento para todas las personas tiene sentido por sus propios beneficios, el papel de las ITS/RTI en el impulso de la pandemia del VIH, ha hecho de este tema algo aún más importante. Puesto que hay literatura sobre el tema, esta publicación no trata directamente el VIH/SIDA pero, en cambio, pone el énfasis sobre las infecciones más comunes y su tratamiento.

## Subasta del Día Mundial de la Salud

Cada año, el 7 de abril, la Organización Mundial de la Salud, celebra el día Mundial de la Salud, que centra su atención en cuestiones sanitarias de relevancia.

Este año, se centrará en la salud materno-infantil. Entre los eventos planificados por la Oficina Regional Europea de la OMS para este día, se organizará una subasta online en colaboración con la casa de subastas danesa Lauritz.com, del día 23 de marzo al 13 de abril de 2005. Diferentes artistas han donado objetos y todos los beneficios obtenidos serán cedidos a la Oficina Regional Europea de la OMS para apoyar las actividades que sirvan para mejorar la salud de madres y niños y niñas.

## MEASURE DHS: estudios demográficos y sanitarios

Las actividades de MEASURE (Seguimiento y Evaluación para Valorar y Utilizar los Resultados) apoyan la planificación familiar, la salud reproductiva, la salud materna, la supervivencia infantil, y el control y prevención del VIH/SIDA/ITS a través de un proceso de recogida, análisis y evaluación de datos, diseñado para mejorar la ejecución de los programas y la comprensión del impacto de los programas en estas áreas. Existen numerosos informes de Europa central y del este disponibles de forma gratuita online en: <http://www.measuredhs.com/>. A continuación se presentan algunos de los últimos informes:

- Westoff, Charles F., Jeremiah M. Sullivan, Holly A. Newby y Albert R. Themme, 2002. Conexiones entre anticoncepción y aborto en Armenia. DHS Analytical Studies nº 6. Calverton, Maryland: ORC Macro. En Armenia, al igual que en otros países de la antigua Unión Soviética, la interrupción del embarazo se ha convertido en una forma de control de la natalidad. La tasa de abortos es muy elevada en Armenia, se estima en 2,6 abortos por mujer durante el periodo 1998-2000, aunque existe evidencia de que ha descendido durante los últimos 15 años. A pesar de la elevada tasa de abortos, muchas mujeres armenias lo desaprueban y prefieren los métodos anticonceptivos; sin embargo, al menos la mitad de ellas afirma que abortaría si se enfrentara a un embarazo no deseado.
- Centros para la Prevención y Control de Enfermedades y ORC Macro, 2003. Salud Reproductiva y Materno-infantil en Europa del este y Eurasia: informe comparativo. Atlanta, GA (USA) y Calverton, MD (USA). Este informe comparativo, resume los hallazgos más importantes extraídos de 16 estudios realizados entre 1993 y 2001 en 12 países diferentes de Europa del este (República Checa, República de Moldavia, Rumania, Federación Rusa y Ucrania), el Cáucaso (Armenia, Azerbaijón y Georgia), y Asia central (Kazajistán, Kirguizistán, Turkmenistán y Uzbekistán). Estos estudios representan el primer esfuerzo sistemático por reunir datos sobre población y cuestiones de salud reproductiva en la Región .
- Westoff, Charles F. 2005. Tendencias recientes en aborto y anticoncepción en 12 países. DHS Analytical Studies nº 8. Calverton, Maryland: ORC Macro. En este informe se analizan las tendencias más recientes sobre aborto y anticoncepción en 12 países de Asia central y Europa del este- Armenia, Azerbaijón, Georgia, Kazajistán, Kirguizistán, República de Moldavia, Rumania, Rusia, Turquía, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán- donde el aborto ha sido durante mucho tiempo un método de control de la natalidad. Todos estos países han experimentado un descenso en la tasa de fertilidad y en el número deseado de hijos e hijas.
- Westoff, Charles F. 2000. Sustitución de la anticoncepción por el aborto en Kazajistán en los años 90. DHS Analytical Studies nº1. Calverton, Maryland: ORC Macro. La evidencia del progresivo incremento en el uso de anticonceptivos y el descenso en el número de abortos, continúa en este país y está claramente establecida. La prevalencia del uso de anticonceptivos se ha incrementado en un 50% desde principios de la década y el aborto ha descendido en la misma proporción. El mantenimiento de esta tendencia es especialmente significativa en relación con el creciente deseo de familias menos numerosas en Kazajistán.



## *Entre Nous*

*La Revista Europea  
de Salud Sexual y Reproductiva*

Oficina Regional Europea de la OMS  
Programa de Investigación y Salud Reproductiva

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen

Dinamarca

Tel: (+45) 3917 1341 ó 1451

Fax: (+45) 3917 1850

([entrenous@who.dk](mailto:entrenous@who.dk))

[www.euro.who.int/entrenous](http://www.euro.who.int/entrenous)

# *Entre Nous*