

■ Artículo Especial / *Special Article*

Para una Maternidad Segura en Paraguay *For Maternal Safety in Paraguay*

Julia Noemí Mancuello Alum

RESUMEN

Introducción: La maternidad segura es un derecho, a pesar de ello, en nuestro país aún existen muertes de mujeres totalmente evitables. La mortalidad materna e infantil elevada se da sobre todo en mujeres pobres, indigentes e indígenas y con mayor número de hijos, con pocos años de estudio o analfabetas, que viven lejos de los servicios de salud y se puede considerar como un indicador de injusticia social y discriminación, por razones económicas, legales, socioculturales, educativas y de género.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en pos de mejorar la salud de las mujeres, busca implementar políticas, planes y normativas para el personal de salud que trabaja en la red de servicios de salud, pero su uso y aplicación se ven restringidos por el desconocimiento, falta de capacitación y difusión de las mismas y son las siguientes:

1. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008, donde se plantean las metas de indiferencia cero para situaciones como los sufrimientos innecesarios y las muertes evitables para las mujeres.
2. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2013-2018 con su área estratégica maternidad segura y salud neonatal donde se plantea abordaje integral de la salud de la mujer y neonatal.
3. Las normas de Atención Humanizada Post Aborto, de marzo 2012, donde se plasma cómo manejar adecuadamente esta patología frecuente que puede llevar a la muerte.
3. El Plan de Acción para la Disminución Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Morbilidad Materna Severa, del año 2012, donde se plantea el manejo de las patologías que aparecen o que se agravan con el embarazo.

4. La Guía para la atención de las principales emergencias obstétricas.

El objetivo del trabajo es dar a conocer los componentes de la maternidad segura y que estrategias resultaron exitosas para poder lograrlas.

Palabras claves: maternidad segura, Normas, salud sexual y reproductiva.

ABSTRACT

Introduction: Safe maternity care is a right, nevertheless, in our country there are still instances of preventable maternal deaths. High maternal and infant mortality occurs mainly in women of lower socioeconomic status, members of indigenous people groups, few years of schooling or with high rates of illiteracy, or who live far from health centers. Infant and maternal mortality can be considered as an indicator of social injustice, discrimination for economic, legal, cultural, educational and gender reasons.

The Ministry of Public Health and Social Welfare is seeking to improve the health of women by implementing policies, plans and regulations for health care personnel working in the health system, but the implementation of these projects are constrained by the lack of awareness, training and dissemination. The projects currently underway are:

1. The National Plan for Equity in Quality of Life and Health 2008, which establishes a goal of zero tolerance for unnecessary suffering and preventable deaths in women.
2. The National Plan for Sexual and Reproductive Health 2013-2018 which targets safe Maternity and Newborn care and a comprehensive approach to the same.
3. The Rules for Humane Post-Abortion Care of March 2012 which establishes guidelines on how

to properly handle this common situation that can lead to maternal death.

4. *The Accelerated Reduction of Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity Plan 2012 which addresses the management of diseases that appear during or are aggravated by pregnancy.*
5. *Guidelines for the Care of the most common obs-*

tetrical emergencies.

The purpose of this paper is to present the components of maternal safety programs and which strategies have shown to be successful.

Keywords: *maternal safety, standards, sexual and reproductive health.*

INTRODUCCIÓN

La Iniciativa de Maternidad Segura se revivió en septiembre 2010 en Washington y consistió en hacer una llamada a los países de las Américas para redoblar esfuerzos para acercarse, al logro de los ODM, sobre todo el 5 Reducir en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 la mortalidad materna y para 2015 el acceso universal a la Salud Reproductiva, la visión de la iniciativa es el logro del más alto nivel de salud para la mujer y su recién nacido.

La maternidad segura aun no está asegurada y se requiere del compromiso de toda la sociedad por la salud de las mujeres, madres, recién nacidos y asegurar que alcancen servicios de calidad, pues siguen muriendo de causas totalmente evitables en un 95 %, según resultados del Proyecto Ramos Prospectivo Paraguay¹, actualmente se tiene, tasa de 82 por cien mil nacidos vivos en 2013, la más alta del Mercosur² el aborto, ocupa las primeras causas de muerte, junto con la hemorragia, trastornos hipertensivos del embarazo, las infecciones y otras.

El Estado debe garantizar cobertura universal real, con la implementación efectiva de las políticas para la atención integral y de calidad en el proceso del embarazo, parto y puerperio, para un desarrollo normal y cuidado de la salud de la mujer, considerando que es uno de los desafíos de desarrollo del milenio que culmina en el 2015, muy probable que no se pueda alcanzar, porque no se requiere solo el esfuerzo desde las áreas de la salud sino también de las áreas de educación, justicia y trabajo, agricultura, en fin de todos los actores sociales y estamentos de la sociedad en general.

MATERNIDAD SEGURA

Es un derecho, es una de las áreas estratégicas del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproducti-

va 2014 / 2018³ del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a fin de asegurar la vida de la mujer y del recién nacido, brindándoles una atención oportuna y de calidad, en los servicios de salud, de manera que salgan saludables.

Los componentes principales o pilares del mismo, son la atención integral en salud sexual y reproductiva que abarca promoción y educación sexual y reproductiva, atención pre-concepcional, planificación familiar, prevención y atención a las Infecciones de Transmisión Sexual, control prenatal adecuado, atención calificada del parto y de las emergencias obstétricas y neonatales, realizar un cuidado post parto efectivo, tratar las complicaciones del aborto, y garantizar una atención inmediata del recién nacido de calidad.

Las bases constituyen la Atención Primaria de Salud realizada en forma integral, accesibilidad a los servicios y la que sostiene todo son los derechos a la salud sexual y reproductiva.



Componentes de la maternidad segura⁴

CONTROL PRE-CONCEPCIONAL

Es la entrevista a la pareja o a la mujer, con el equipo de salud, con el objetivo de corregir, elimi-

nar o disminuir factores o conductas de riesgo y/o tratar infecciones, enfermedades que puedan alterar el desarrollo normal del embarazo o producir patologías que afecten al binomio, el profesional de la salud tanto médico como licenciada deben brindar la información precisa sobre temas claves, para prevenir problemas que puedan afectar seriamente su salud e incidir en el producto.

Si decide un tener un embarazo, por ejemplo edad más conveniente para tener hijos, los extremos muy joven o edad mayor, genera mayores riesgos, uso del ácido fólico para prevenir malformaciones, preferible 1 a 2 meses antes de comenzar un embarazo o si está realizando anticoncepción hormonal, agregar folatos para prevenir disminución de los mismos, consanguinidad considerar peligros para el feto, exposición laboral a productos químicos dañinos, dejar exposición si desea embarazo, corregir hábitos nutricionales si hay malnutrición, obesidad o desnutrición y orientación hacia una alimentación, nutrición y estilos de vida saludables y desaconsejar utilización de tabaco, alcohol y drogas ilegales y legales adictivas, Indagar sobre historia familiar de malformaciones.

Antecedentes personales, enfermedades crónicas si es portadora de Diabetes, hipertensión arterial, o aquellas que pueden dañar al feto como toxoplasmosis, rubeola, realizarse un PAP, secreciones por vagina, análisis completo con detección de Infecciones de Transmisión Sexual, anemia, parasitosis, Educación e información clara, sobre derechos sexuales y reproductivos, Identificación y control de condiciones familiares, sociales y factores de riesgo, violencia intrafamiliar, control de Inmunización adecuada anti HPV, anti tetánica, Anti hepatitis B^{3,5}.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Es uno de los pilares de la maternidad segura, también es un derecho contemplado en la Constitución Nacional artículo n° 61⁶ y para brindarla con calidad y con enfoque de derechos, debemos considerar sus componentes fundamentales, que deberían ocupar un sitio de preferencia, dentro de los servicios de salud, el primero aconsejaría que no es aconsejar, sino dar a conocer a la persona que llega a la consulta, toda la variedad de métodos existentes para que pueda escoger el que más se

adapta a su nivel de preferencia, el segundo la tecnología anticonceptiva que es conocer los criterios médicos de elegibilidad OMS y los aspectos prácticos de manejo de los anticonceptivos para explicar a las personas como funciona cada método, sus características, efectos colaterales, beneficiosos y contraindicaciones, finalmente la logística, que consiste proveer el anticonceptivo elegido en el tiempo de la consulta oportuna y eficazmente, en los servicios del Ministerio de Salud Pública y Social y programar el seguimiento.

Todo esto fue posibilitado, con la ayuda invaluable del Grupo DAIA Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos, propiciada por DELIVER USAID, grupo interinstitucional, comprometido con la salud de las mujeres, que a través de una ley 2907/06 y luego Ley 4313/11. De aseguramiento presupuestario de los programas de salud reproductiva y aprovisionamiento del kit de partos, consigue la compra a escala de los anticonceptivos y hace posible el acceso de los mismos a las personas de más escasos recursos, que se acercan a los servicios de salud pública.

Estas leyes tienen por objetivo asegurar que se cumplan las condiciones mínimas para ejercer el derecho de decidir libre y responsablemente el número, la frecuencia de nacimientos de sus hijas y recibir educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia, aunque en los últimos años volvió a aparecer el desabastecimiento de insumos anticonceptivos con todas las consecuencias que trae aparejado. Todos los referentes de Salud Sexual y Reproductiva de las regiones sanitarias fueron capacitados en los tres componentes⁷.

ATENCIÓN PRENATAL PRECOZ

Debe ser realizado desde el comienzo del embarazo, tendrá una frecuencia que dependerá del riesgo, para las de bajo riesgo se requieren un mínimo de 4 controles y las demás las que hicieran falta, debe hacerse un abordaje integral de la embarazada El prenatal constituye un conjunto de acciones, Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento, detección de riesgo materno – perinatal, vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal, preparación psicofísica para el nacimiento y el desarrollo del contenido educativo y consejería para la salud de la familia.

Las actividades del componente básico del nuevo modelo de la OMS adoptado en el Manual Nacional de Atención Prenatal Incluyen: tamizaje para estados de salud que elevaran el riesgo de resultados adversos; intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas como adicionar folatos antes y durante el embarazo, tratamiento de infecciones de transmisión sexual, conocimiento de las embarazadas sobre señales de alarma y o emergencias e instruir las sobre las respuestas apropiadas⁸.

Las comunidades tienen un papel preponderante al reconocer la importancia de la salud mujeres y sus recién nacidos e impulsar a las mujeres en edad fértil y las embarazadas se acerquen a los servicios de salud, tempranamente, si son MEF que sigan las indicaciones de la etapa pre concepcional y si son embarazadas promover atención prenatal precoz, que sepan reconocer las señales de alarma en cada trimestre del embarazo, en el puerperio y puedan buscar atención calificada, si se llegaran a presentar emergencias, orientar a las personas, a crear un ambiente de colaboración, apoyo y que puedan hacer posible, disminuir todas las barreras de acceso a los servicios de atención de estas mujeres, sobre todo aquellas más vulnerables. En este sentido, el equipo de salud de la familia que está cerca de estas comunidades, con el agente comunitario de salud, medicas y licenciadas que realizan visitas domiciliarias son personas claves para enlazar, a los servicios de salud y así realizar un trabajo coordinado, las personas, familias, y comunidades, también empeñarse en el bienestar de la embarazada, propiciando el autocuidado, disminución de los quehaceres domésticos o de otro trabajo en el hogar, con ayuda de familiares, afecto y consideración por su estado.

Las personas deben comprender la importancia de la atención prenatal, la necesidad del seguimiento al embarazo, el diagnóstico temprano de patologías que aparecen o se agravan con el embarazo, tanto maternas como fetales, los beneficios de la atención temprana del médico o de la licenciada en especial en zonas apartadas del país, asentamientos campesinos, indígenas, los cinturones de las capitales departamentales, entender el valor de la atención prenatal, la realización del parto en las instituciones de salud y la atención neonatal adecuada.

Hasta hoy las consultas prenatales se realizan

tardíamente, en el segundo y tercer trimestre, dando a la mujer y al profesional de salud pocas chances para tratar o de corregir aquellas patologías del embarazo.

ATENCIÓN DEL CALIFICADA DEL PARTO Y DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

El acceso a la atención calificada, es crítico para garantizar la salud de la madre y el recién nacido e implica la creación de las mejores condiciones posibles para que todas las mujeres embarazadas y sus bebés tengan embarazos, partos y puerperio seguros y saludables.

La atención calificada del parto es la realizada por personal calificado, en un medio ambiente habilitante, es una estrategia clave, así lo demuestra la evidencia, porque durante el parto y las 24 horas que le siguen, ocurre alrededor del 80% de las muertes maternas.

Según OMS, la Confederación Internacional de Matronas y la FIGO, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia La atención calificada se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el nacimiento, en el período posparto y neonatal con Personal calificado: es “un profesional de la salud con destrezas en obstetricia, que ha sido capacitado y es competente en el manejo de embarazos normales (sin complicaciones), partos y periodo postnatal inmediato; y que es capaz de identificar a tiempo las complicaciones, para manejarlas eficazmente o para referir a la mujer y al recién nacido donde corresponda, debe tener conocimientos actualizados, destrezas necesarias y contar además con el apoyo de la red de servicios salud, esto quiere decir que se debe contar, con políticas, normas, protocolos, e instrumentos para la atención, suministros adecuados, equipamiento e infraestructura, además de un eficiente y efectivo sistema de comunicación, de transporte⁹.

Este personal calificado debe tener destrezas para brindar todo tipo de cuidados maternos, desde antes del embarazo hasta el período de posparto, incluyendo los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, CONE.

CUIDADO OBSTÉTRICOS ESENCIALES

Incluyen a) tratamiento de las enfermedades que se agravan con el embarazo (anemia, diabetes, VIH/sida); b) tratamiento médico de las complicaciones que aparecen con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, eclampsia); c) atención del parto con uso del partograma d) procedimientos manuales (retiro de la placenta, sutura de desgarros o reparar episiotomías); y e) atención neonatal básica.

CONE Integral se agrega presencia de Anestesiista y drogas para hacer Anestesia y Medicamentos básicos para realizar parto o cesárea y atender complicaciones, Sangre Segura Disponible para su uso, de todos los grupos y RH, Ambiente quirúrgico preparado y personal médico que sepan realizar parto, maniobras que salvan vidas, y cesárea o histerectomía.

En el 2006 Se realizó un diagnóstico CONE del país donde se reveló que estaban incompletas en 8 regiones, que luego se trató de completar, aun hoy existen regiones que no tienen completa las funciones CONE.

El entorno Habilitante tiene que ver con la calidad de los servicios, que debe disponer del ambiente físico y de instalaciones, con los equipos en condiciones adecuadas, suministros y medicamentos necesarios.

Existen intervenciones comprobadamente efectivas para el manejo del parto como presencia de personal calificado y de una persona de la preferencia de la parturienta en la sala de partos, permitir cambios de posición, dar líquidos, trato amable y comprensivo por parte del equipo de salud, episiotomía restringida y manejo activo del alumbramiento, corte diferido del cordón, sulfato de magnesio para manejo de la preeclampsia y eclampsia, antibióticoterapia preventiva en las cesáreas, recién nacidos secos y calor adecuado, uso de partograma para detectar partos obstruidos, lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento, madre canguro en recién nacidos de bajo peso, corticoterapia antenatal en amenaza de partos prematuros, que la mayoría del personal de salud conoce pero no implementa en la práctica.

Recientemente, con el lema de 0 Muertes Evitables¹⁰, estrategia que preconiza apoyar en forma decidida el impulso político, social y comunitario a

acciones definidas, para lograr que se puedan involucrar positivamente a quienes toman las decisiones a nivel nacional y local, al personal de salud, a las mujeres, familias, comunidades, empresas públicas o privadas sociedades científicas, medios de comunicación, periodistas, estudiantes y a la sociedad en su conjunto para ser posible esta propuesta.

Siguiendo esta línea se realizaron esfuerzos por difundir y capacitar personal de salud a través de la estrategia llamada Código Rojo y reanimación neonatal para atención de las emergencias obstétricas y neonatales, se capacitó al 20% del personal de servicios de salud y se logró la incorporación de personal calificado aunque no en cantidad adecuada e instrumentales y equipos para algunos centros, se volvió a implementar, la estrategia ya utilizada anteriormente de conformación de comités de estudio de las muertes maternas, averiguar la ruta crítica y con desarrollo de planes para evitar que se produzcan más muertes evitables¹¹.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

La preparación de la mujer, así como de todo el equipo humano de la sala de parto, del quirófano y de la recepción, cuidado neonatal, debe prevenerse presencia del neonatólogo o pediatra, o persona capacitada para realizar la recepción inmediata del recién nacidos (secos y con calor adecuado) y saber realizar reanimación neonatal, si fuera necesario, en el momento del parto o cesárea.

ATENCIÓN POST ABORTO

El aborto desde año 2000 cuando se inició la vigilancia, sigue ubicándose en los primeros lugares como causa de muerte, de mujeres en edades cada vez más temprana, hasta el año anterior¹².

Toda mujer en situación post aborto, tiene el derecho a recibir una atención oportuna, integral, de calidad basada en derechos y es obligación del personal salud brindarla sin prejuicios ni discriminación, preservando el secreto profesional¹³.

DISCUSION

La escasa educación de calidad de las perso-

nas, sobre todo de las mujeres, el escaso empoderamiento de las mismas, la implementación por parte solo de algunos profesionales, de intervenciones efectivas y claves para atención obstétrica, la distribución deficiente de personal calificado en las regiones sanitarias, equipamiento inadecuado de algunos centros, para atender las emergencias obstétricas y neonatales, las fallas en la referencia oportuna de los centros de salud, la falta de casas maternas de espera en algunas regiones, supervisión nacional y regional insuficiente por falta de medios, falta de anestesistas en algunos días en algunas regiones, sangre segura poco disponible, la carencia de suministros, insumos y medicamentos básicos como antibióticos, insumos anticonceptivos, la administración deficiente de los servicios de salud basada en politización y la mala calidad de atención, determinan la baja calidad de la atención sanitaria¹⁴. y algo por lo que debemos avergonzarnos los profesionales de la salud de Paraguay nacen aun niños con sífilis congénita y con VIH, en nuestros hospitales, siendo la prevalencia de sífilis 4,41%, VIH 0, 4%¹⁵ pudiendo realizar la prevención, detectando en forma precoz y aplicando tratamiento oportuno.

CONCLUSION

Para el logro de la maternidad segura se debe mejorar y vincular todos los centros de salud y hospitales regionales, trabajar en red, asegurar la atención basada en derechos y facilitar un entorno habilitante centrado en infraestructura, equipos, suministros y supervisión en habilidades clínicas e

interpersonales de la persona que provee estos servicios, y además brindar la información necesaria a mujeres familias y comunidades para reconocer los signos de alarma en el embarazo, parto, posparto y RN y realizar efectivamente los servicios post eventos.

Los hospitales deben tener guardia activa los 7 días de la semana y cubrir las 24 horas, en especialidades básicas, promover club de donantes de sangre en la comunidad, contar con medios adecuados para comunicación y transporte a mujeres y RN con emergencias obstétricas y neonatales, completar en donde falte las casas de espera a embarazadas con patologías, involucrar a gobernaciones u otras instituciones, para cubrir costos.

Fortalecer los equipos regionales de vigilancia de la salud y morbilidad, mortalidad materna y neonatal, consultorios de consejería y planificación familiar y post evento obstétrico, desarrollar cursos de capacitación continua al personal de SSR, en nuevas prácticas en SSR y obstetricia basadas en evidencias, implementar prioridades definidas en el llamamiento a la acción por la Iniciativa.

Fortalecer o comenzar alianzas efectivas de los servicios de salud, con las ONGs, autoridades locales y departamentales, organizaciones comunitarias, de mujeres, parteras empíricas, sociedades científicas, para realización de actividades que favorezcan la salud de las mujeres, neonatal e infantil, involucrar a los medios masivos de comunicación para que aumenten la visibilidad de estos temas y la conciencia de que la MM no solo, es un problema de salud pública sino de todas las personas y quizá así podamos finalmente lograr la tan ansiada Maternidad Segura.

■ REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Proyecto Ramos Proyectivo Paraguay octubre 2007. Asunción: MSPyBS; 2008
2. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Sistema de vigilancia epidemiológica Asunción. 2013
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Programas de Salud. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2013 2018. Asunción MSPyBS. 2013
4. Adaptado de Yuster EA. *Int J Gynecol Obstetric* 50 (Suppl 2): 559-61.1995
5. Organización Panamericana de la Salud. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Washington: CLAP/SMR 2007
6. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía Nacional de Planificación Familiar y Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Asunción: MSPyBS, 2007
7. USAID. Paraguay Avances y Retos. Informe Final. Asunción: USAID; 2012
8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual Nacional de Atención Prenatal. Asunción: MSPyBS; 2007

9. *Family Care International, Atención calificada durante el parto. Cuaderno informativo. FCI Inc. [Internet] [consultado 8 de marzo 2015]. Disponible en: <http://familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20info%20book.pdf>*
10. *Cero Muertes Evitables: Juntos Podemos. Entrevista a MSPyBS. ABC Digital Artículo en Especiales. 4 de julio de 2014.*
11. *Centro Paraguayo de Estudio de la Población. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estudios de los factores que afectan a la Mortalidad Materna en dos regiones del Paraguay [Internet] [Consultado 22 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.cepep.org.py/informaciones/informaciones.html>*
12. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010-2015. Asunción: MSPyBS 2010*
13. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Secretaría de la Mujer. Atención Humanizada Post Aborto, Asunción: MSPyBS, 2012*
14. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Factores que inciden en la Mortalidad Materna y Neonatal. Asunción: MSPyBS, 2004*
15. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección Nacional de Vigilancia de la Salud. Informe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica PRONASIDA. Asunción: MSPyBS, 2013*