

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Mejorando el acceso de la salud materna al cuidado médico a través de un modelo de “Casa de Nacimientos” en Haití rural: su impacto en la sobrevivencia neonatal

Stan Shaffer, E. Grey Dimond, Denise Fryzelka, Cindy Obenhaus, y Dr. Elizabeth Wickstrom

Resumen

La alta mortalidad neonatal en Haití está vinculada al acceso limitado que tiene la población, particularmente la rural, a servicios médicos durante la maternidad. En este estudio investigamos la viabilidad del modelo “Casa de nacimientos” para la población rural, con el fin de brindar servicios básicos prenatales, de parto y perinatales a mujeres con embarazos sin complicaciones y, de manera simultánea, ofrecerles asesoría en la toma de decisiones y transporte a mujeres con complicaciones.

El modelo consideró el contexto local, incluyendo las percepciones que las mujeres tienen sobre las barreras para el acceso a los servicios médicos y a los recursos disponibles para implementar cambios. Los métodos de evaluación incluyeron la realización de un censo comunitario y la recolección de historias sobre los embarazos de 791 mujeres que se encontraban viviendo en un área definida del Haití rural. Estos datos retrospectivos fueron comparados con los resultados del embarazo de 668 mujeres que, de manera subsiguiente, recibieron los servicios de la “Casa de nacimientos”.

De 663 mujeres que reportaron embarazos recientes, 562 partos (85%) ocurrieron en el hogar sin la ayuda de algún asistente de salud capacitado. De entre las 668 mujeres a las que se les hizo seguimiento después de la apertura de la “Casa de nacimientos”, 514 (77%) dieron a luz en la casa, 94 (14%) fueron referidas a un hospital regional para el parto y, únicamente, 60 (9%) dieron a luz en su hogar o camino a la Casa. Otras medidas clínicas y de satisfacción de las pacientes también indicaron cambios positivos en la búsqueda de la atención médica. Además, un menor número de bebés murió durante el periodo neonatal con respecto al pronosticado con la información histórica y las estadísticas nacionales. Por lo tanto, la experiencia presente señala la viabilidad del modelo de Casa de Nacimientos para aumentar el acceso a los servicios médicos de maternidad esenciales.

Introducción

La tasa de mortalidad neonatal en Haití (34 muertes por cada 1,000 nacimientos vivos) es la más alta del hemisferio occidental y una de las más altas del mundo.¹ Asimismo, las barreras de acceso a los servicios médicos son una de las causas principales de la mortalidad perinatal excesiva, especialmente en las áreas rurales del país. Un estudio importante sobre las muertes maternas llevado a cabo por Barnes-Josiah *et al.*, demostró que casi cada muerte materna se puede asociar a una de tres circunstancias trágicas referidas coloquialmente como “los tres retrasos”,² es decir: 1. Al retraso de la búsqueda de asistencia médica, 2. Al retraso para llegar a una instalación obstétrica o 3. Al retraso en el recibimiento de los servicios. Es probable que estos problemas de acceso sean responsables de nacimientos de niños

Dr. Stan Shaffer, profesor asociado de pediatría, Universidad de Missouri, Kansas City, Escuela de Medicina, ShafferS@umkc.edu; Dr. E. Grey Dimond, Programa de Medicina Internacional, Universidad de Missouri – Kansas City, Escuela de Medicina; Denise Fryzelka, Maestra en Enfermería, C.N.W, Instructora, Programa de Enfermeras Parteras, Universidad de Kansas, Escuela de Enfermería; Cindy Obenhaus, Enfermera Registrada, Coordinadora de investigación, Fundación Madres Sanas- Bebés Sanos y Dr. Elizabeth Wickstrom, Profesora asistente de obstetricia y ginecología, Universidad de Missouri – Kansas City, Escuela de Medicina

muertos y de muertes neonatales debidos a complicaciones maternas mal tratadas o a que no reciben tratamiento alguno, atención neonatal inadecuada o prácticas de atención casera perjudiciales.³

Por otro lado, las estrategias para hacer descender las cifras de mortalidad perinatal en Haití han estado enfocadas a la expansión de los servicios hospitalarios. Sin embargo, debido a que la mayoría de los hospitales están ubicados en centros urbanos, esta propuesta falla en beneficiar a mujeres que tienen que viajar desde localidades distantes o no pueden pagar las cuotas de los hospitales. Otra estrategia alternativa ha sido la de capacitar a parteras tradicionales para que atiendan a las madres en sus casas,⁴ este enfoque es útil para brindar algunos de los elementos básicos de la atención materna y al recién nacido, especialmente en el contexto de pobreza rural, pero estas prácticas están limitadas en su alcance y pueden sugerir que un doble estándar de atención es socialmente aceptable.

Nuestro equipo está evaluando la viabilidad de una propuesta intermedia basada en la provisión de servicios obstétricos y al recién nacido en “Casas de Nacimiento” comunitarias. Esta estrategia permitiría que mujeres con embarazos sin complicaciones recibieran atención prenatal y asistencia durante el parto cerca de su casa, al mismo tiempo que mujeres que presentan factores de riesgo en el embarazo fueran identificadas y transportadas oportunamente para recibir atención hospitalaria. En el modelo prototipo descrito en este reporte, el personal consta de enfermeras-parteras, enfermeras y enfermeras asistentes. Además, el servicio de orientación y el manejo de pacientes son apoyados por protocolos clínicos. Por último, la colaboración médica, cuando fuera necesaria, estaría disponible por medio de una comunicación satelital vía internet. Los objetivos de este modelo basado en la comunidad son: el reconocer y derribar las barreras locales de acceso a los servicios de atención médica; el trabajar dentro del contexto social de la comunidad para fomentar prácticas positivas de salud; el brindar atención primaria de alta calidad cerca del lugar donde viven las madres y el evaluar el desempeño. Este reporte describe la eficacia, el costo y el

impacto comunitario de este modelo localizado en un área rural del sudoeste de Haití.

Métodos

Se llevaron a cabo investigaciones preliminares con el fin de definir las barreras que limitaban el acceso a los servicios de salud o retrasaban la atención a las mujeres en el sudoeste rural de Haití. Se revisaron datos demográficos regionales, tradiciones culturales, prácticas locales relacionadas con el nacimiento y recursos existentes para la atención médica materna. Además, se llevaron a cabo entrevistas con diversos proveedores de salud con el objetivo de lograr un mejor entendimiento de las alternativas de atención médica en la región y se discutieron las experiencias previas de logros y fracasos.

Después de que la necesidad de servicios rurales fuera sospechada y el modelo de la Casa de Nacimientos propuesto, se seleccionó un sitio adecuado con la ayuda de la comunidad local. Fue determinado que los servicios estarían disponibles para todas las mujeres y se delimitó la zona primaria de los servicios con el fin de impactar con programas comunitarios a la población objetivo, así como para definir una población para la captura y sistematización de valores de referencia iniciales, para evaluar los resultados. La zona de servicio fue definida por un grupo de calles que demarcaron un área de treinta kilómetros cuadrados circundantes a la futura localización de la Casa de Nacimientos.

Antes de la apertura de la Casa de Nacimientos, se llevó a cabo un censo de la zona de servicio, éste incluyó información demográfica de cada casa y sus habitantes. Además, se les pidió a las mujeres en edad reproductiva que participaran en una encuesta sobre su salud que incluía preguntas sobre su historia de embarazos, sus actitudes de búsqueda y prácticas de salud y sus ideas en relación a los servicios necesitados. Estos resultados fueron usados para definir mejor los servicios a ser ofrecidos.

Después de la apertura de la Casa de Nacimientos continuaron las visitas domiciliarias. Una rotación de visitas sirvió como sistema de vigilancia demográfica para actualizar la información del

censo y confirmar los resultados de los pacientes. Las visitas domiciliarias también sirvieron para brindar educación sobre salud y realizar intervenciones comunitarias médicas y sanitarias, tal como la distribución de vitamina A.

Este estudio incluye el análisis de los servicios maternos e infantiles brindados a todos los pacientes y una valoración más detallada del resultado del embarazo de una población objetivo de mujeres de entre 15 y 45 años, que se encontraban viviendo dentro de la zona de servicio de la Casa. El análisis de los resultados del embarazo incluye a las mujeres que fueron asistidas en el parto o canalizadas durante el periodo comprendido entre la apertura del centro, el 24 de septiembre del 2004, y el 1 de enero del 2007.

Los datos para este estudio fueron obtenidos de los historiales médicos de la “Casa de Nacimientos”, incluyen tanto información derivada de todos los servicios clínicos proporcionados en la unidad, como información sobre salud recolectada como parte del censo de la zona de servicio, las encuestas sobre la salud de las mujeres y las visitas domiciliarias. La satisfacción de los pacientes fue evaluada por medio de entrevistas estructuradas, llevadas a cabo en grupos de discusión. Las entrevistas fueron realizadas en marzo del 2007 y conducidas por un grupo consultor (*Fleishman-Hillard International Communications*).

Las medidas producto de los resultados primarios de este estudio incluyeron: la utilización de los servicios (específicamente, las consultas prenatales y los nacimientos en la unidad), la frecuencia de derivaciones maternas, la proporción de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal.

Los métodos para el censo, las encuestas, las entrevistas a los pacientes, el manejo y la evaluación de los datos fueron revisados por el Comité Institucional de Revisión del Hospital St. Luke, fue otorgada la exención de consentimiento informado firmado.

El modelo

El modelo de la Casa de Nacimientos (*Maison de Naissance*) se centra en reducir las barreras de acceso a la atención médica, brindar servicios médicos de calidad, considerando el contexto social local, y el monitoreo del desempeño. Los elementos del modelo incluyen:

1. Recursos

La *Maison de Naissance* (Casa de Nacimientos, CN) está ubicada en un área rural con el fin de brindar acceso geográfico a mujeres que, de otro modo, tendrían que caminar entre 6 y 8 horas para llegar a un hospital. La electricidad y el agua son suministradas por un generador y un pozo, respectivamente. El equipo esencial, el material, el laboratorio y el ultrasonido están a disposición para la atención a la maternidad de bajo riesgo, el monitoreo del VIH y su tratamiento están incluidos. El personal incluye a una enfermera-partera disponible las veinticuatro horas del día y los siete días de la semana y a un equipo de enfermeras auxiliares en capacitación para convertirse en parteras. También se cuenta con un vehículo y chofer, disponibles en todo momento, para el transporte de las pacientes. Se utiliza un historial médico electrónico basado en la internet para archivar la información sobre la atención médica. El acceso vía satélite a la internet permite la comunicación, la telemedicina, la valoración de calidad y el monitoreo de los resultados.

2. Manejo de pacientes, asesoría y transporte.

Se utilizan protocolos de valoración y manejo para mantener el servicio en línea con los estándares basados en la evidencia para la atención de la maternidad de bajo riesgo y el cuidado normal del recién nacido. Las mujeres que se sospecha necesitarán de un parto operatorio o con complicaciones durante el embarazo o el trabajo de parto son transportadas a un hospital regional situado a aproximadamente 30 minutos de la unidad, en auto. Los recién nacidos enfermos también son derivados.

3. Hospitalidad

La Casa de Nacimientos está diseñada para que, físicamente, parezca una casa y no una unidad médica. Además, el personal está entrenado para esforzarse en crear una atmósfera acogedora y halagüeña para las mujeres que son atendidas. Con el fin de reducir las barreras financieras potenciales, no hay cuotas para los pacientes. De la misma manera, los pacientes no son responsables de las cuotas o los materiales cuando son asesorados y derivados.

4. Evaluación

El personal participa en la revisión de los casos y en el proceso de mejoramiento de la calidad. Los historiales electrónicos y la comunicación por internet facilitan las actividades de evaluación a distancia. La comunidad participa en programas de evaluación a través de grupos de madres, entrevistas individuales y grupos focales.

Resultados

Evaluaciones comunitarias preliminares

El censo preliminar, realizado a principios del 2004, identificó 901 hogares y 5,496 residentes dentro de la zona de servicio. Se llevaron a cabo 791 encuestas de salud materna con mujeres embarazadas o que habían estado embarazadas anteriormente. Se contó un total de 1,951 embarazos previos en 764 mujeres. Estos embarazos resultaron en 1,657 nacimientos vivos, de los cuales 1,460 niños todavía vivían. De entre las 197 muertes infantiles, 66 ocurrieron al mes del nacimiento, 65 entre el mes y el primer año de vida y 55 entre el primer año y los cinco años de edad. La mortalidad neonatal estimada derivada de estos datos es de 40 muertes por cada 1,000 nacimientos vivos. Un total de 321 mujeres (42%) reportó haber tenido por lo menos una consulta prenatal en su último embarazo. El resto, 443

mujeres, declaró no haber tenido nunca una consulta en el hospital o la clínica para recibir atención previa al parto. Se contaron 101 (13%) nacimientos en hospital y 663 nacimientos en casa. En el periodo de realización de la encuesta había 81 mujeres embarazadas, de las cuales 30 (37%) habían visitado una clínica prenatal.

Las mujeres encuestadas manifestaron las siguientes preocupaciones de salud:

Desconfianza en el hospital público

Malos tratos en el hospital público

Pagos por los servicios (todas las unidades)

Falta de transporte hacia la ciudad

Las visitas médicas restan tiempo a la atención de la familia, casa, granja o el trabajo en el mercado

Los hombres se oponen al tiempo invertido en la clínica

Los hombres se oponen a la planeación familiar

Las clínicas del hospital requieren de tiempos de espera muy largos

El hospital no proporciona comida

Algunas encuestadas señalaron estar aisladas de cualquier tipo de servicio médico, otras discutieron el buscar ayuda médica de múltiples fuentes, incluyendo curanderos tradicionales o yerberos, parteras tradicionales, sacerdotes vudú, clínicas de la iglesia y públicas.

Eficacia

En el período comprendido entre el 24 de septiembre del 2004 y el 1 de enero del 2005, los archivos de la atención clínica incluyeron 15,663 consultas de pacientes. Se contaron 1,647 pacientes prenatales, quienes habían recibido un total de 10,597 consultas de atención prenatal (un promedio de 6.4 consultas por paciente). Otras consultas fueron para el seguimiento de niños y vacunaciones (2,387 visitas), salud femenina y planeación familiar (1,683 consultas), revisión de trabajo de parto (740 consultas) y evaluaciones posteriores al parto (256 consultas) (Figura 1)

Figura 1
Cifras clínicas y de seguimiento de pacientes para evaluar el resultado del embarazo



Durante este mismo período, el equipo de salud comunitaria de la Casa de Nacimientos realizó 5,208 visitas domiciliarias. Además, se añadieron 487 hogares a la zona de servicio del censo. Únicamente una mujer embarazada fue identificada como no estando recibiendo atención médica prenatal.

Hasta el 1 de enero del 2007, se reportaron 668 pacientes, quienes vivían en el área de servicio y cuyos partos fueron atendidos o derivados. Los partos ocurridos en la Casa de Nacimientos fueron de 514 (77%) pacientes, 94 (14%) fueron canalizadas y parieron en el hospital al que fueron derivadas y 60 (9%) pacientes parieron en la su casa o en camino a la Casa de Nacimientos.

De entre las mujeres que dieron a luz en ésta, se documentaron 481 (72%) exámenes para

determinar la presencia de sífilis y 454 (68%) vacunaciones contra el tétanos. Como resultado de varias evaluaciones de calidad, llevadas a cabo con el personal de la Casa, se modificaron los protocolos clínicos para que las mujeres que llegaran en una fase avanzada del embarazo o ya por parir, recibieran también todos los estudios prenatales recomendados. Se documentó que se administró vitamina K y se realizó la profilaxis ocular en los 515 recién nacidos paridos en la Casa (el número de partos incluye el de unos gemelos). Todos los bebés fueron amamantados. Las razones más comunes para la derivación de pacientes fueron: el sangrado vaginal, los partos retrasados sospechados oportunamente, la hipertensión o la pre-eclampsia y el parto prematuro (Tabla 1). Las 94 pacientes derivadas fueron exitosamente transportadas al hospital. De entre las referidas, tres murieron

posteriormente. Una muerte materna se debió a eclampsia y dos muertes debido a placenta previa y a sangrado vaginal. Una de éstas pacientes murió en el hospital, sin haber dado a

luz. A la segunda paciente se le negó la admisión al hospital debido a que el banco de sangre no estaba en funcionamiento, murió en camino a un hospital más lejano.

Tabla 1
Razones para los traslados maternos

Traslados maternos	Número
Sangrado vaginal	21*
Retrasos	19
Hipertensión/pre-eclampsia	17
Trabajo de parto prematuro	12
C-sección repetida	9
Trabajo de parto prolongado	8
Posición fetal anormal	2
Ruptura de membranas prolongada	2
Eclampsia	2*
Gran tamaño del útero	1
Muerte fetal	1

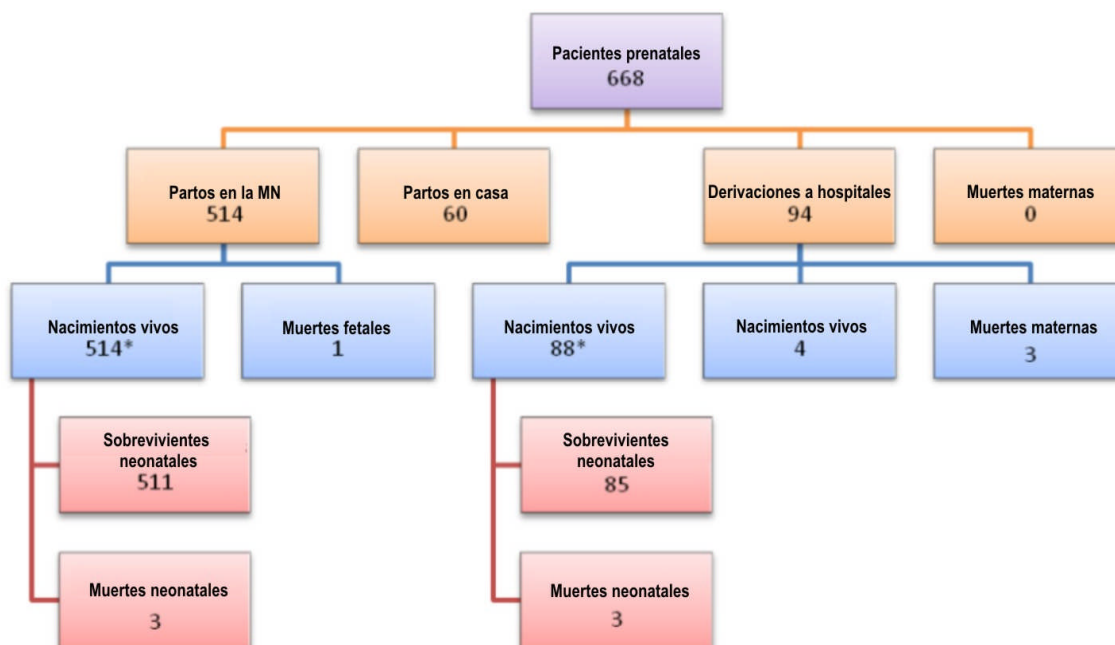
*incluye la(s) muerte(s) maternal(s) posterior(es)

En la Casa de Nacimientos se reportaron 514 nacimientos vivos (incluyendo un par de gemelos) y un nacimiento muerto. Dos infantes murieron antes de cumplir los 28 días de vida, uno de ellos a los tres días de nacido y el otro a los 21. Ambos bebés fallecieron en su casa y la causa de la muerte no fue obvia en ninguno de los casos. Once neonatos nacidos en la Casa fueron transferidos al hospital al poco tiempo de nacidos, para ser evaluados y atendidos. Los indicadores para la transferencia de neonatos incluyeron: alimentación pobre (5 infantes), bajo

peso al nacimiento (3 infantes), respiración laboriosa (2 infantes) y omfocele (1 infante). Hubo tres muertes posteriores en este grupo, todas asociadas al bajo peso al nacer.

La tasa de mortalidad neonatal para los nacidos en la Casa fue de 5.0 muertes por cada 1,000 nacimientos vivos. La tasa de mortalidad calculada para la zona de servicio (incluyendo los nacimientos fuera de ésta) fue de 9.1 muertes por cada 1,000 nacimientos vivos. (Figura 2)

Figura 2
Diagrama de flujo del resultado de embarazo



*incluye a un par de gemelos en el grupo de la MN y dos pares de gemelos en el grupo del hospital

Costos

Los costos de operación de la Casa de Nacimiento y sus programas durante los 28 meses cubiertos por este estudio sumaron \$262,877 (un promedio de \$9,388 por mes). En relación a cada caso, esta suma puede expresarse como \$16.78 por cada consulta.

Durante este período hubieron 14 muertes menos de las pronosticadas utilizando las tasas nacionales de mortalidad. Tomando esto como medida de éxito, el costo-eficiencia de este modelo (total del costo de los servicios dividido entre el número de resultados exitosos) es de \$18,777 por muerte neonatal prevenida.

Satisfacción de los pacientes / impacto comunitario

Datos derivados de las entrevistas realizadas en seis grupos de discusión, que incluyeron a 44

mujeres que habían parido en la Casa, revelaron que la mayoría de las mujeres se enteraron de la disponibilidad de los servicios a través de las visitas domiciliarias llevadas a cabo por el personal de la Casa o por medio de un vecino que les recomendó el programa. Los factores responsables de la satisfacción de los pacientes fueron: 1. el servicio gratuito, 2. la atención de alta calidad y 3. el trato con respeto. Los hallazgos no anticipados incluyeron comentarios de que algunos esposos se oponían al servicio gratuito porque les restaba autoridad. Por lo menos una paciente de cada grupo reportó haber escuchado en la comunidad que la planeación familiar puede causar que un hijo venga débil o enfermo. Las principales recomendaciones al programa fueron: 1. que se brindara transporte a su casa después del parto, 2. que se incrementara la disponibilidad de alimentos y agua a los pacientes de la clínica y 3. que se redujeran los tiempos de espera.

Discusión

El mejorar el acceso a la atención médica es fundamental para lograr resultados en salud más deseables. Haití lucha con un sistema de atención de muy pocos recursos y problemas de acceso de la población a este tipo de servicios, las barreras geográficas son particularmente importantes en el país porque de los 8.1 millones de haitianos, el 80% vive en áreas rurales. El terreno del país es difícil y hay una carencia de transporte, por lo que el llegar a una unidad médica es una empresa agobiante. Las estadísticas de salud confirman que la ubicación es uno de los elementos de mayor importancia para las disparidades en salud del país más pobre del hemisferio occidental.⁵ Los niños que viven en áreas rurales de Haití tienen más del doble de posibilidades de estar desnutridos que aquéllos que habitan en áreas urbanas; asimismo, sus posibilidades de ser vacunados en contra del sarampión son tan sólo del 80% con respecto a las de un niño urbano. La tasa de mortalidad es 33% más alta en niños rurales que la de los niños de las ciudades. Las inequidades en el acceso a la salud son especialmente graves durante el embarazo, parto y puerperio, las mujeres que viven en el campo obtienen atención prenatal de manera menos frecuente.⁶ Únicamente el 52% de los partos en áreas urbanas de Haití se ven beneficiados por la presencia de un asistente capacitado, pero en áreas rurales el número baja hasta un aterrador 11%.

Los obstáculos geográficos se ven agravados por las barreras financieras, las encuestas comunitarias de esta investigación revelaron de qué modo las cuotas de los hospitales, aún cuando modestas, impiden a las mujeres el realizar visitas a éstos. Las mujeres a veces evitan los hospitales debido al trato poco amigable experimentado previamente o por falta de confianza. Algunas mujeres temen acudir al hospital debido a que éste es visto como el último acto de desesperación de una mujer parturienta que se está muriendo. El resultado de las barreras para la atención materna es que ésta es retrasada o eliminada, por lo tanto, el potencial de la intervención temprana se pierde y las mujeres permanecen en casa para dar a luz.

El modelo descrito de la Casa de Nacimientos intenta superar varias barreras para que el acceso a la atención sea mejorada. Antes que nada, es un esfuerzo por mover los servicios de atención médica a un punto de acceso conveniente, tomando en consideración que la mayoría de las mujeres haitianas reside en localidades rurales, en un escenario dónde las estadísticas muestran que las mujeres rurales están en desventaja desproporcionada, por tanto, es lógico crear modelos que atiendan principalmente a las comunidades rurales. Además, la ubicación de los servicios dentro de comunidades locales también tiene el potencial de facilitar el mejor entendimiento de las dinámicas locales para borrar barreras que pueden limitar el acceso a la salud. En esta experiencia, las encuestas a mujeres de la comunidad nos guiaron para ver la importancia de la eliminación de todas las cuotas a las pacientes, también fuimos alertados con respecto a la necesidad de ser proactivos en relación a la hospitalidad para superar las reticencias, los miedos y las malas percepciones que existían en la comunidad con respecto a la atención médica profesional.

Estábamos muy conscientes de que las mujeres en Haití son escépticas con respecto a la atención médica prenatal y que, simplemente, prefieren parir en su casa. También sabíamos de las posturas que sostienen con respecto a que los servicios gratuitos no son valorados. Sin embargo, los datos que presentamos aquí retan estas visiones; los grandes tomos de archivos clínicos, las actitudes positivas de la comunidad y las opiniones de las pacientes, tal como fueron evaluadas en los grupos de discusión, revelaron que las mujeres pueden acoger positivamente la disponibilidad de la atención médica materna, especialmente si es balanceada con sus responsabilidades familiares. La mayoría de las mujeres aprovechó la oportunidad de recibir múltiples consultas prenatales y decidieron dar a luz en la Casa de Nacimientos.

Desde un punto de vista médico, sentimos que el modelo fue exitoso en brindar servicios atención médica primaria materna a mujeres con embarazos de bajo riesgo y en identificar pacientes que debían ser trasladadas a un hospital. Los datos derivados de esta única

experiencia son demasiado limitados para llegar a conclusiones definitivas en cuanto a su eficacia para reducir la mortalidad. Sin embargo, el bajo número de muertes neonatales fue extraordinario, especialmente comparado con las estadísticas y la experiencia histórica de datos previos sobre el embarazo en la misma comunidad (Tabla 2), aunque la reducción de la

mortalidad materna fue menos dramática. Las muertes maternas ocurridas refuerzan la visión de que, además de una atención prenatal adecuada y los servicios de orientación que culminaron en derivación y transporte, un modelo exitoso necesitará asegurar el manejo adecuado de las emergencias obstétricas.

Tabla 2
Resumen del resultado perinatal comparado con los cálculos de las condiciones pre-existent

	Nivel Nacional ^{7,8}	Encuestas de la comunidad preliminar	Datos actuales
Atención Prenatal (porcentaje total)	79	51	99
Partos atendidos por personal de salud capacitado (porcentaje total)	24	13	91
Proporción de mortalidad materna (muertes maternas relacionadas con el embarazo por cada 100,000 nacimientos vivos)	680	No evaluados	498
Índice de mortalidad neonatal (muertes en los primeros 28 días por cada 1,000 nacimientos vivos)	34	40	9

La presente investigación no fue diseñada con el fin de hacer una evaluación costo-beneficio definitiva, sin embargo, hemos brindado información sobre los gastos para demostrar que el modelo no es de un costo prohibitivo.

Finalmente, subrayamos la importancia de la tecnología internet como herramienta para superar barreras geográficas e incrementar el acceso a la salud de las mujeres y los habitantes de lugares remotos. Este tipo de tecnología fue extremadamente útil para facilitar la comunicación, en la consulta de casos, en el apoyo a toma de decisiones, en el manejo de la información médica y en la garantía de la calidad y en el monitoreo de los resultados.

Conforme trabajamos en pos del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se hacen esenciales las estrategias escalables para brindar atención médica materno-infantil.⁹ Se ha sugerido que las nuevas estrategias deben incluir el análisis de los contextos y las necesidades locales, el acceso a la atención del parto en una unidad médica, centros con recursos adecuados, capacitación a los nuevos trabajadores de la salud, protocolos específicos de acuerdo al contexto, capacidad de transporte y comunicación, supervisión y responsabilidad en el desempeño de los proveedores de los servicios, la eliminación de las cuotas a los usuarios y la capacidad de monitorear la efectividad de los programas.^{10, 11, 12, 13 14} El presente modelo incluye estos componentes

clave y se mostró apropiado para el contexto haitiano.

Reconocimientos

Deseamos agradecer a la Fundación del Hospital St. Luke de la ciudad de Kansas por su apoyo económico.

Referencias

- 1 Tasa de Mortalidad Neonatal, datos del 2000. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2007. http://www.unicef.org/sowc07/docs/sowc07_table_1.pdf. Accesado el 1 de abril, 2007.
- 2 Barnes-Josiah D, Myntti C y Augustin A. The "Three Delays" as a Framework for Examining Maternal Mortality en Haiti. Soc. Sci. Med. 1998;46(8):981-998.
- 3 Zupan J. Perinatal Mortality in Developing Countries, N Engl J Med 2005; 352:20.
- 4 Fauveau V, Stewart K, Chakraborty J. Effect on mortality of community-based maternity care programme in rural Bangladesh. Lancet. 1991; 338: 1183-6.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Estadísticas de Salud Mundial; Inequidades en Salud., http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2006_inequities.pdf Accesado el 1 de abril, 2007.
- 6 Alexandre PK, Crandall L, Saint-Jean G. Prenatal Care Utilization in Rural Areas and Urban Areas of Haiti. Pan Am J. Public Health 2005; 18:84-92.

- 7 Tasa ajustada de Mortalidad Materna, datos del año 2000. UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2007. http://www.unicef.org/sowc07/docs/sowc07_table_8.pdf. Accesado el 1 de abril, 2007.
- 8 Tasa de mortalidad neonatal, datos del año 2000. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2007. http://www.unicef.org/sowc07/docs/sowc07_table_1.pdf. Accesado el 1 de abril, 2007.
- 9 Naciones Unidas. Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2006. <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDGReport2006.pdf>. Accesado el 1 de abril, 2007.
- 10 Filippi V, Ronsmans C, Osrin D. Maternal Survival 5, Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action, Lancet 2006;368:1535-41.
- 11 Rosenfield A, Min CJ, Freeman LP. Making Motherhood Safe in Developing Countries. N Engl J Med 2007;356:1395-1397.
- 12 Murry SF, Pearson SC, Maternity referral systems in developing countries: current knowledge and future research needs, Social Science & Medicine. 2006; 62: 2205-2215.
- 13 Knippenberg R, Lawn J, Darmstadt GL, et al; for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Systematic scaling up of neonatal care in countries. Lancet 2005; 365: 1087-98.
- 14, Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L; for the Lancet Neonatal Survival Team. Evidence-based, cost-effective interventions: How many newborn babies can we save? Lancet 2005; 356: 977-88



Medicina Social
Salud Para Todos