

Artículos Originales

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS COMO ESTRATEGIA PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

Luis Távara*, Denise Sacca, Olga Frisancho, Raúl Urquiza, Nazario Carrasco, Mario Tavera

RESUMEN

OBJETIVO: Examinar los resultados de una estrategia de mejoramiento de calidad de los servicios en la reducción de la mortalidad materna y perinatal. **DISEÑO:** Investigación operativa que tiene como línea de base un grupo de indicadores tomados en establecimientos de salud seleccionados durante el año 1996 y luego de un conjunto de intervenciones fueron nuevamente medidos en 1999. Los establecimientos seleccionados fueron 13 hospitales y 24 cabeceras de red de servicios en las regiones de Lima-Callao, Cajamarca, Loreto y Apurímac. En cada uno de ellos se introdujo la Iniciativa Diez Pasos para un Parto Seguro con el propósito de contribuir a mejorar la calidad y calidez del parto institucional y de esta manera ayudar a la reducción de la mortalidad materna y perinatal. **RESULTADOS:** Hasta setiembre de 1999 la iniciativa fue desarrollada convenientemente en 12 hospitales y 16 cabeceras de red. El 100% de los establecimientos adoptó una política explícita para una maternidad segura, lo que permitió capacitar 4,497 trabajadores de salud. Todos los establecimientos han logrado conformar grupos comunitarios de apoyo. Se incorporó tecnologías apropiadas: sistema informático perinatal, partografía con curvas de alerta, anticoncepción postparto y postaborto, mamá canguro, atención ambulatoria del aborto incompleto y casa de espera. El número de gestantes para el control prenatal se incrementó en 14%, siendo más notorio en el interior del país, en donde alcanzó un aumento promedio de 33%. La concentración de 4 ó más consultas prenatales aumentó igualmente en 41% y los partos institucionales aumentaron en 9,24%, habiendo alcanzado una cifra de 27% en el interior. El funcionamiento del

banco de sangre aumentó de 42% a 92% y la vigilancia epidemiológica se estableció en el 100% de los establecimientos. La satisfacción de las usuarias alcanzó al 89,5%. La tasa de mortalidad materna cayó 70 puntos en promedio, siendo mayor en el interior en tanto que la tasa de mortalidad perinatal se redujo 5 puntos. **CONCLUSIÓN:** La Iniciativa Diez Pasos para un Parto Seguro constituye una buena estrategia para contribuir a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Palabras clave: Mortalidad materna y perinatal. Estrategias para reducir la mortalidad materna y perinatal. Tasas de mortalidad materna y perinatal.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (2): 124-134

SUMMARY

OBJECTIVE: To examine strategy results to improve obstetrical services quality care in order to reduce maternal and perinatal mortalities. **DESIGN:** Operative investigation on selected health establishments indicators basis during 1996 and new interventions during 1999. Selected establishments were 13 hospitals and 24 net service heads in Lima-Callao, Cajamarca, Loreto, and Apurímac regions. Ten Steps for Safe Delivery initiative was introduced as a contribution to improve quality and warmth in institutional delivery and to reduce maternal and perinatal mortalities. **RESULTS:** Up to September 1999, the initiative was conveniently developed in 12 hospitals and 16 net heads. Particular politics for safe maternity was adopted by all premises and 4497 health workers were capacitated. All premises established support community groups. Appropriate technologies were incorporated including perinatal informatic system, alert curves partograph, postpartum and postabortion contraception, kangaroo mother, ambulatory management of incomplete abortion and delivery

* Consultor Nacional en Maternidad Segura



resting house. Prenatal control increased 14%, and up to 33% in the country regions. Four or more prenatal controls increased 41% and institutional deliveries reached 9.24%, 27% of them outside of Lima. Active blood banks increased from 42 to 92% and epidemiological surveillance was done in all establishments. Patient's satisfaction reached 89.5%. Maternal mortality decreased 70 points average mainly in the far regions and perinatal mortality decreased 5 points. **CONCLUSION:** Ten Steps for Safe Delivery initiative is good strategy for maternal and perinatal mortalities reduction.

Keywords: Maternal mortality, perinatal mortality, strategies to reduce maternal and perinatal mortalities, maternal mortality rate, perinatal mortality rate.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (2): 124-134

INTRODUCCIÓN

La tasa de mortalidad materna en el Perú no ha variado significativamente en las últimas 4 décadas¹. La estimación hecha por ENDES 1996² utilizando el método de las hermanas encontró una tasa nacional de 265 por 100,000 nacidos vivos (NV). Se sabe que esta cifra varía desde casi 100 para Lima hasta más de 500 para Puno³.

Una investigación publicada en 1988 ha precisado que la mortalidad materna hospitalaria presenta una tasa de 165 por 100,000 NV y que el 85% de las muertes son de causa directa, en tanto que 15% tienen causa indirecta. La hemorragia obstétrica causa el 23% de las muertes maternas, 22% el aborto, 18% las infecciones, 17% la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) y 5% de las causas directas corresponde a otras entidades. Entre las causas indirectas destaca la tuberculosis como principal problema⁴. Un estudio hecho por nosotros en 1996 reveló que la tasa de muerte materna hospitalaria en los tres años previos fue 224, de las cuales 85% fueron de causa directa y 15% de causa indirecta. El estudio en mención encuentra nuevamente que la causa más importante de muerte materna es la hemorragia, seguida de hipertensión inducida por el embarazo, infecciones puerperales y aborto⁵. Estas muertes ocurren especialmente entre las mujeres más pobres, con bajos niveles educativos, altas tasas de fecundidad, frecuentemente en los extremos de la vida reproductiva y con intervalos intergenésicos cortos. La deficiente salud y

nutrición de las mujeres contribuye también a la mortalidad materna y perinatal⁶. La mortalidad infantil ha descendido progresivamente en las últimas cuatro décadas. ENDES 1996 la encontró en 43 por mil NV y dentro de la estructura de causas los problemas perinatales constituyen la primera causa². El 70% de las muertes neonatales se asocia al bajo peso al nacer, y las principales causas de estas muertes son: asfixia, dificultad respiratoria e infecciones¹.

El control prenatal por personal profesional se lleva a cabo en el 67% de las gestantes, con una concentración de 4 consultas en el 54%, en tanto la atención institucional del parto llega apenas al 50%, siendo la otra mitad atendida a nivel domiciliario por las parteras tradicionales y los familiares².

Oficialmente el aborto registra una frecuencia de 140 por 1000 NV en los establecimientos de salud^{7,8}; sin embargo se tiene evidencias que en el Perú ocurren 350,000 abortos anualmente, lo que pone de manifiesto un fuerte componente de aborto inducido⁹.

El 20% de los partos que se atiende en los establecimientos del MINSA corresponde a adolescentes, teniendo estos mismos una frecuencia de 25% en las zonas rurales². El 15% de las muertes maternas ocurre en mujeres adolescentes, y como aspecto importante debemos subrayar que el 20% de las muertes causadas por aborto se da en el grupo etáreo de 10 a 19 años⁴.

En un análisis efectuado a nivel de los servicios de salud antes de aplicar esta iniciativa, los aspectos críticos que se identificaron en la atención de la salud materna y perinatal fueron: falta de calidad y calidez, poca capacidad resolutoria frente a los problemas y emergencias obstétricos, deficiente gerencia, dificultades en la referencia y contrarreferencia y en la aplicación de la estrategia del enfoque de riesgo. Igualmente constituyen problemas importantes: los costos de la atención, las dificultades en el acceso geográfico y las concepciones antropológicas y culturales de la población¹⁰.

Dentro del plan de emergencia para reducir la mortalidad materna, la Dirección de Salud Maternoperinatal del MINSA ha introducido una serie de intervenciones, una de las cuales es la estrategia Diez Pasos para un Parto Seguro, pa-



trocinada por UNICEF. Motiva por ello en la presente publicación, examinar los resultados obtenidos al aplicar una estrategia que tiene como propósito mejorar la calidad de los servicios de atención materna y perinatal.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo tiene un modelo de investigación operativa, cuya línea de base es un conjunto de indicadores tomados en los establecimientos de salud seleccionados durante el año 1996 y luego de un paquete de intervenciones se volvieron a medir a setiembre de 1999.

Con este fin fueron seleccionados establecimientos de salud localizados en 4 regiones del país. En Lima-Callao se seleccionó 7 hospitales: San Bartolomé, María Auxiliadora, Cayetano Heredia, Santa Rosa, San José, DA Carrión e Instituto Materno Perinatal (Maternidad de Lima). En la región de Cajamarca se seleccionó al Hospital Regional de Cajamarca y al Hospital de Apoyo de Cajabamba y además se involucró 7 cabeceras de Red: Cajamarca provincia, Cajabamba provincia, Celendín, San Marcos, Chilite, San Miguel y San Pablo. En la Región de Loreto se seleccionó al Hospital Regional de Loreto, Hospital de Apoyo Iquitos y Hospital de Apoyo de Yurimaguas; además se involucró 9 cabeceras de Red: Iquitos norte, Iquitos sur, Yurimaguas provincia, San Lorenzo, Lagunas, Saramirisa, Caballococha, Nauta y Requena. En la Región de Apurímac se seleccionó al Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Abancay y se involucró además 8 cabeceras de Red: Pueblo Joven, Curahuasi, Lambrama, Chuquibambilla, Chalhuanka, Antabamba, Tambobamba y Huancarama. Adicionalmente debemos considerar que cada una de las redes de servicios tiene un número variable de puestos y centros de salud asignados a su jurisdicción.

En cada uno de los establecimientos de salud involucrados se incorporó la Iniciativa Diez Pasos para un Parto Seguro¹⁰ con el objetivo genérico de contribuir a mejorar la calidad y calidez del parto institucional a través de cambios en la actitud de las personas y adecuación de los servicios, y de esta manera ayudar a la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Esta iniciativa tuvo además como objetivos específicos: a) Mejorar la

gerencia de los servicios, b) Mejorar el acceso y la calidez de la prestación de los servicios, c) Mejorar la capacidad resolutoria de los servicios, d) Desarrollar o reforzar los sistemas de referencia y contrarreferencia, y e) Vigilar la mortalidad materna y perinatal.

Los Diez Pasos para un Parto Seguro consisten en:

1. Tener una política institucional escrita sobre parto seguro.
2. Capacitar a todo el personal.
3. Brindar atención adecuada a la embarazada y recién nacido con calidad y calidez.
4. Dar atención prioritaria a las emergencias obstétricas, complicaciones del aborto, shock hemorrágico, shock séptico y eclampsia.
5. Tener funcionando un banco de sangre.
6. Disponer de facilidades quirúrgicas.
7. Tener equipo necesario para la reanimación del recién nacido y para el cuidado del prematuro y recién nacido de bajo peso, incluyendo «madre canguro».
8. Disponer de teléfono o radio y transporte.
9. Organizar y tener operativo un comité de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal.
10. Establecer grupos comunitarios de apoyo para identificar el alto riesgo y contribuir a la vigilancia de la mortalidad materna.

La implementación de la iniciativa en cada uno de los establecimientos se ejecutó conformando un equipo facilitador nacional constituido por dos ginecoobstetras, un pediatra y una obstetrix. El equipo fue coordinado por un ginecoobstetra. Cumplida esta etapa, se ejecutó un trabajo de base en 31 hospitales del Perú⁵, se realizó *advocacy* entre las autoridades del Ministerio de Salud y de nivel regional y local, se conformó un comité de 30 expertos nacionales para la elaboración de contenidos de los Módulos de sensibilización y capacitación, y en cada institución seleccionada se cumplió además con las siguientes etapas:

1. Conformación de un equipo técnico local e incorporación de la iniciativa a través de un seminario-taller, el cual se culminó con la elaboración de un plan operativo.
2. Sensibilización y capacitación de todo el personal a través de réplicas del evento inicial.

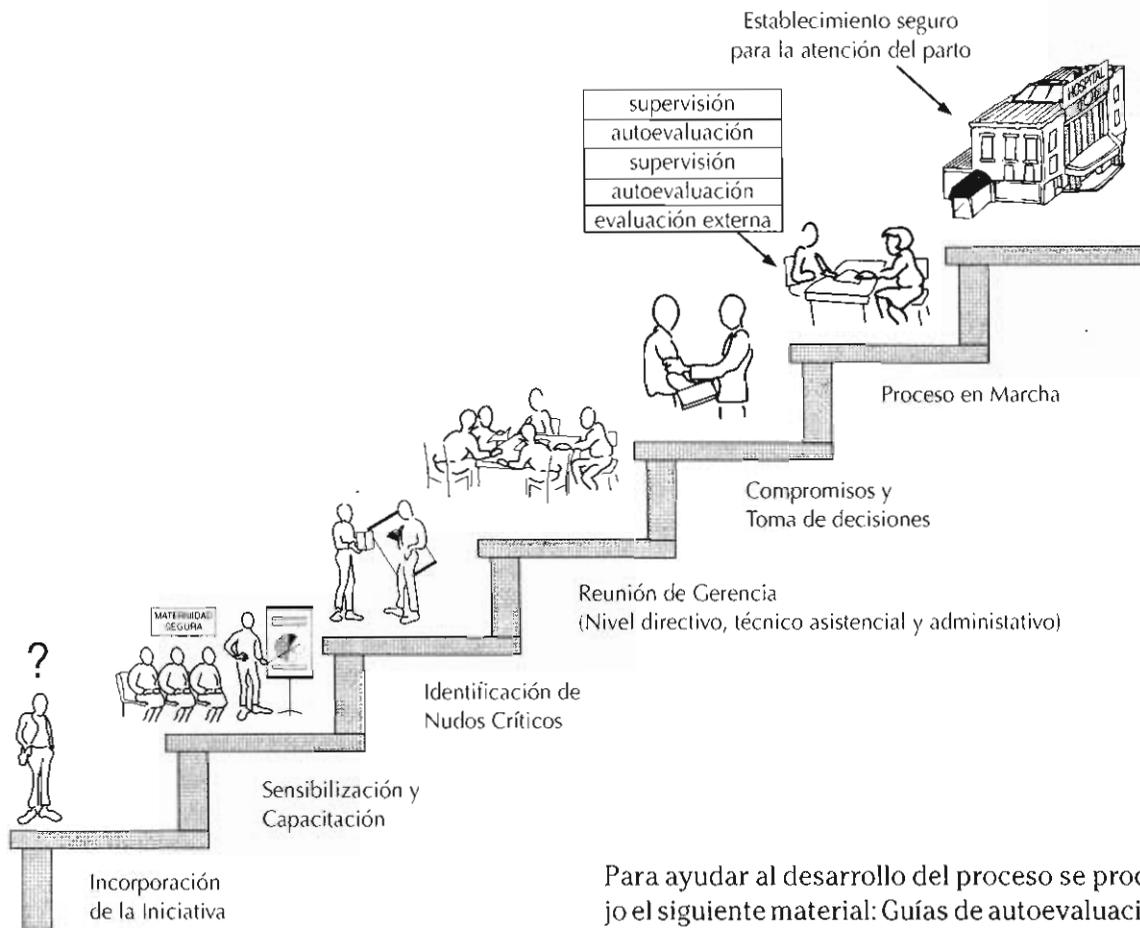


Figura 1. Desarrollo del proceso

3. Identificación de nudos críticos a nivel local, con la participación de los capacitandos.
4. Reunión de gerencia para discutir el grado de avance del proceso y los nudos críticos encontrados.
5. Adopción de compromisos y toma de decisiones para la acción.
6. Una vez puesto en marcha el proceso a nivel local se procedió a realizar procedimientos de autoevaluación, monitoreo y supervisión y en cuanto el establecimiento lo consideró conveniente se ejecutó la evaluación externa.
7. Cumplida la evaluación externa, si el establecimiento satisfacía más del 80% de los indicadores, fue considerado para la certificación.

Este proceso puede resumirse en la Figura 1.

Para ayudar al desarrollo del proceso se produjo el siguiente material: Guías de autoevaluación para hospitales y para puestos y centros de salud, Módulos de sensibilización y capacitación, Guías de monitoreo y supervisión para hospitales y para puestos y centros de salud, Manual de evaluación externa para hospitales y para puestos y centros de salud, posters, folletos para usuarias y para los trabajadores de salud. Asimismo los diferentes establecimientos produjeron material de uso local y regional.

La evaluación se efectuó llevando a cabo entrevistas con informantes clave (usuarias y trabajadores de los servicios), visitas de observación en los diferentes ambientes de trabajo y realizando revisión de documentos (reportes, registros, historias clínicas, manuales, resoluciones, programas de trabajo asistencial y docente, libros de actas y certificados de defunción).

La certificación del establecimiento se hizo después de haberse completado con un proceso de mejoramiento de la calidad de la atención del embarazo, parto puerperio y recién nacido. Para



Tabla 1. Establecimientos de salud involucrados

Región	Hospitales	Cabeceras de red	Total
• Lima y Callao	7 ¹	—	7
• Cajamarca	2	7 ²	9
• Loreto	3	9 ³	12
• Apurímac	1	8 ⁴	9
Total	13	24	37

Para efecto de resultados

1 No se consideró 1 Hospital (M.L.)

2 No se consideró 2 Redes (San Pablo y San Miguel)

3 No se consideró 3 Redes (Caballococha, Nauta y Requena)

4 No se consideró 3 Redes (Tambobamba, Huancarama y Antabambel)

ello se construyó indicadores de proceso, de resultado y de impacto que van a ser expuestos en la siguiente sección en tablas y gráficos. Cada tabla o gráfico tiene una situación de inicio que corresponde al año 1996 y una situación actual que corresponde al año 1999 hasta setiembre, puesto que la iniciativa empezó en junio de 1996, su operativización fue hecha a partir de 1997 y la evaluación final se hizo en 1999.

Como el objetivo final que se buscó fue el mejoramiento de la calidad y calidez en la atención de los servicios y a través de ello, la reducción de la mortalidad materna y perinatal, se puso especial atención a la evaluación de estos indicadores. El mejoramiento de la calidad y calidez se valoró a través de la satisfacción de las propias usuarias, pidiéndoles su apreciación sobre el trato recibido, los tiempos de espera, los costos de la atención y el respeto a su privacidad y costumbres.

Para medir la tasa de mortalidad materna se tuvo en cuenta en el numerador las defunciones ocurridas en cada establecimiento hospitalario y en el denominador se colocó el número de nacidos vivos; sin embargo en la redes se tuvo en cuenta en el numerador las defunciones ocurridas en los establecimientos y en la propia comunidad asignada y para efectos del denominador se consideró el número de nacidos vivos estimado en la jurisdicción. En el caso de la mortalidad perinatal sólo se consideró el número de muertes fetales tardías y neonatales precoces, así como el número de nacimientos ocurridos en los hospitales.

Tabla 2. Indicadores de proceso

Indicador	Establecimientos									
	Lima		Cajamarca		Loreto		Apurímac		Total	
	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual
• Política institucional	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	0%	100%
• Capacitación de personal	—	2187	—	624	00	1198	00	488	—	4497
• Manual de NYP*	5/6	6/6	0/2	2/2	0/3	3/3	0/1	1/1	42%	100%
• Uso del SIP	6/6	6/6	4/7	7/7	5/9	9/9	4/6	6/6	68%	100%
• Manejo computarizado de HC*	4	6	0	2	0	3	0	1	33%	100%
• Programa de psicoprofilaxis*	6	6	1	2	1	3	0	1	67%	100%
• Atención difere. de adoies*	5	5	0	1	2	1	3	1	50%	83%
• Atención difere. de Aro*	6	6	0	1	2	3	1	1	75%	92%
• Participación del esposo*	0	4	0	1	0	3	0	1	0%	75%
• T de espera por cesárea de emer*	—	32,5'	—	30'	—	35'	—	32'	—	32,38'
• Funciona. de recuper postoper*	5	6	0	2	1	3	0	1	50%	100%
• Teléfono o radio las 24 horas	6	6	3	7	5	7	4	6	64%	92%
• Transporte las 24 horas	6	6	4	7	6	7	4	6	71%	92%
• Relación con grupos comunitarios	1	6	5	7	6	9	5	6	61%	100%

(*): Corresponde sólo a los 12 hospitales

**Tabla 3.** Desarrollo de tecnologías apropiadas

Tecnología	Establecimientos									
	Lima		Cajamarca		Loreto		Apurímac		Total	
	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual
• Partograma con curva de alerta	4	6	2	7	3	9	1	6	36%	100%
• Madre canguro	3	6	0	7	1	6	1	6	42%	89%
• Atención ambulatoria del aborto incompleto*	4	5	0	2	1	3	0	0	33%	83%
Casa de espera	0	0	0	0	0	1	0	0	0%	8%

* Corresponde sólo a los 12 hospitales

RESULTADOS

Hasta setiembre de 1999 la Iniciativa Diez Pasos para un Parto Seguro ha sido aplicada en 4 regiones del país: Lima-Callao, Cajamarca, Loreto y Apurímac. En la Tabla 1 observaremos que de 13 hospitales involucrados, uno (ML) tiene aún pendiente la evaluación final, por ello en las tablas y gráficos siguientes nos referiremos sólo a 12 de ellos. De las 24 redes de servicios involucradas sólo serán consideradas 16 por cuanto en las 8 restantes (2 en Cajamarca, 3 en Loreto y 3 en Apurímac) la implementación del proceso no ha sido completada, previendo su desarrollo en los próximos meses.

Los indicadores de proceso pueden observarse en la Tabla 2. La política institucional explícita para una maternidad segura no existía en ninguno de los establecimientos a 1996, habiéndose logrado implementar en el 100% de los mismos. En cumplimiento de ella, se capacitó a un total de 4,497 trabajadores de salud. Del mismo modo se logró el uso del Sistema Informático Perinatal en el 100% de los establecimientos involucrados, así como el manejo computarizado de las historias clínicas, el programa de psicoprofilaxis y el funcionamiento de ambientes de recuperación postoperatoria en los 12 hospitales. El tiempo de espera para la realización de una cesárea de emergencia es en promedio 32 minutos. Asimismo, todos los establecimientos de salud lograron conformar grupos de apoyo para la maternidad segura con organizaciones de la comunidad, sean clubes de madres, partes tradicionales, damas voluntarias, cesantes y jubiladas, promotores, beneficiarias de programas alimentarios.

Como parte del proceso se introdujo algunas tecnologías apropiadas: la partografía con curvas de alerta, la anticoncepción postparto y postaborto se logró desarrollar en el 100% de los establecimientos, y en más del 80% de los mismos se introdujo las tecnologías de madre canguro y atención ambulatoria del aborto incompleto. En yurimaguas se logró poner en marcha una casa de espera para gestantes de alto riesgo (Tabla 3).

Los indicadores de resultado los observamos en la Tabla 4 y Figura 2. El número de gestantes atendidas a 1999 aumentó en 13,99 respecto del año 1996. Sin embargo al desagregarlo es visible que el control prenatal disminuyó en los hospitales de Lima, en cambio en las tres regiones del interior del país se incrementó en 32,99% respecto al año de base (Figura 3).

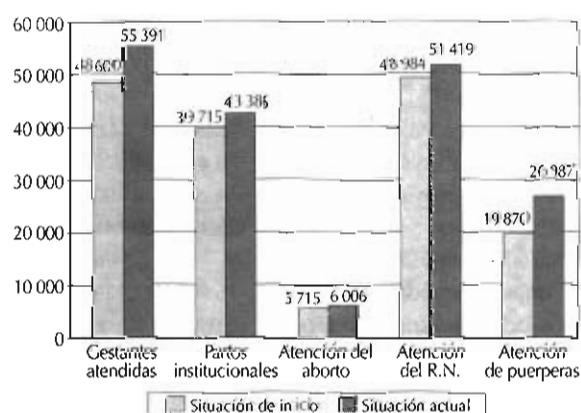


Figura 1. Acceso a los servicios

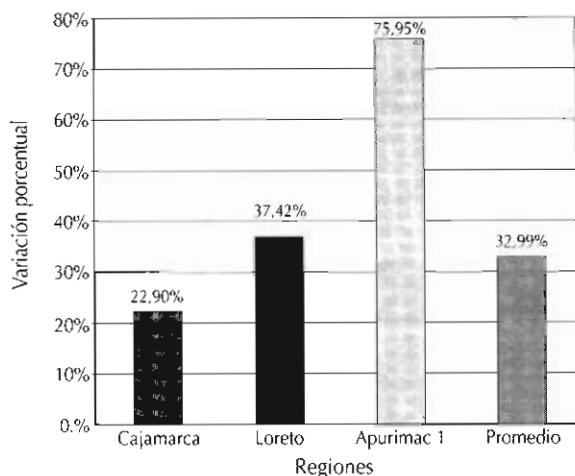


Figura 3. Incremento porcentual del control prenatal en las regiones del interior del país

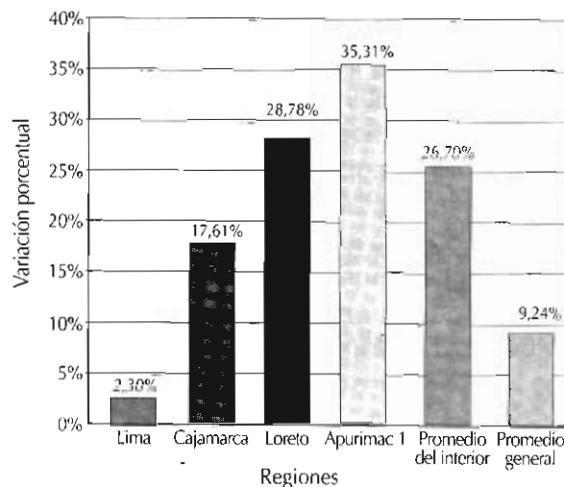


Figura 4. Incremento porcentual del control prenatal según regiones

En la Tabla 4, además, se comprueba el aumento observado en la concentración de la consulta prenatal a nivel de todos los hospitales siendo más significativo en las regiones del interior. En general la existencia de cuatro controles o más entre las gestantes atendidas aumentó al final en 41% respecto a 1996. El número de partos institucionales (y como consecuencia el número de recién nacidos) aumentó

en 9,24% respecto a la situación de inicio (Tabla 4 y Figura 2). Sin embargo, como en el caso del control prenatal, si consideramos sólo los establecimientos de Lima el aumento es 2,3%, en tanto en los establecimientos del interior el parto institucional levantó un 26,7% (Figura 4). El número de recién nacidos y de púerperas del mismo modo aumentó, y fue más notorio en las regiones del interior.

Tabla 4. Indicadores de resultado

Indicador	Establecimientos									
	Lima		Cajamarca		Loreto		Apurímac		Total	
	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual
• Gestantes atendidas	23,473	21,975	13,970	17,175	8,799	12,092	2,358	4,149	48,600	55,391
• Gestantes Aro (%)	25,86	27,87	24,1	30,2	26,58	23,47	39,6	34,4	29,03	29,0
• Gestantes con 4 ó + CPN* (%)	49,5	54,8	28,5	55,0	36,2	56,5	?	48,7	38,1	53,75
• Partos institucionales	28,416	29,070	3,384	3,980	5,944	7,669	1,971	2,667	39,715	43,386
• Atenc.de abortos incompletos•	4,247	4,400	299	296	1,000	1,194	169	116	5,715	6,006
• R.N. atendidos	28,421	28,741	9,472	9,990	6,686	9,469	2,405	3,219	46,984	51,419
• Mejoramiento de atención de RN*•		4/6		1/2		N.D.		1/1		6/9
• Puerperas atendidas	6,705	11,129	5,778	6,345	3,987	6,496	3,400	3,017	19,870	26,987
• Función de Bancos de Sangre•	4	6	0	1	1	3	0	1	42%	92%
• Func. de sist refer. y contrarrej•	2	5	0	2	0	3	0	1	17%	92%
• Vigilancia epidemiológica de mm y mp	3	6	0	7	1	9	0	6	14%	100%

* Diferencia entre proporción de R.N. con APGR < 7 al 1' y a los 5'

• Corresponde sólo a los 12 hospitales

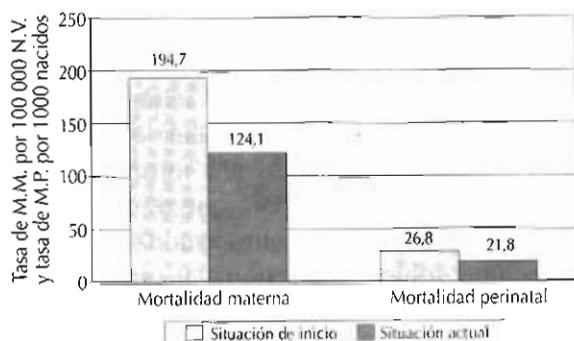


Figura 5. Variación de las tasas de mortalidad materna y mortalidad perinatal

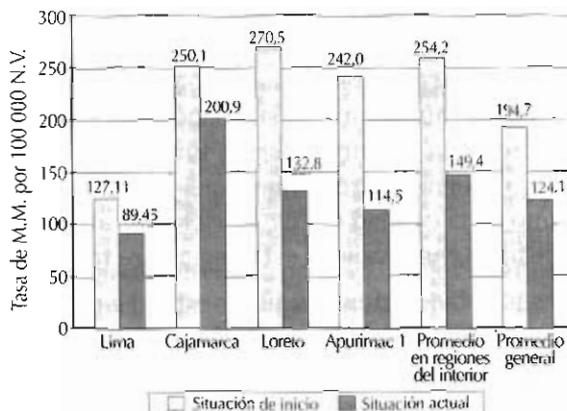


Figura 6. Variación de las tasas de mortalidad materna según regiones

La mejoría de la atención del recién nacido, medida por la diferencia entre el puntaje de Apgar menor de 7 al 1' y a los 5', se ha dado en 6 de los 9 hospitales examinados.

Antes de la implementación de la iniciativa sólo existía banco de sangre en 5 de los 12 hospitales (42%), la situación final cambió porque 11 de los 12 hospitales (92%) han logrado su funcionamiento.

El sistema de referencias y contrarreferencia funciona en un 92% del total nacional; sin embargo, es notorio que en el interior del país funciona al 100%. La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se ha establecido ya en el 100% de los establecimientos involucrados.

Los indicadores de impacto vistos en la Tabla 5 muestran que la satisfacción de las usuarias se encontró en promedio en el 8,5% de ellas.

Además, la Tabla 5, así como la Figura 5 nos revelan la caída en la tasa de mortalidad materna en 70,6 puntos (poco más de un tercio de la cifra de inicio), siendo esto más evidente en la región de Apurímac, conforme puede ser observado en la Figura 6.

La tasa de mortalidad perinatal medida a nivel de los 12 hospitales ha cedido más discretamente, pero a predominio de Lima y Cajamarca; en cambio en las otras dos regiones se observa una subida (Tabla 5 y Figura 5).

Tabla 5. Indicadores de impacto

Indicador	Establecimientos									
	Lima		Cajamarca		Loreto		Apurímac		Total	
	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual	Inicio	Actual
• Satisfacción de usuarias		88%		90%		100%		80%		89,5%
• Tasa de M.M. por 100,000 N.V. (N° de M.M.)	127,11 (36)	89,45 (20)	250,1 (40)	200,9 (18)	270,5 (29)	132,8 (18)	242 (11)	114,5 (4)	194,7 (116)	124,1 (60)
• Tasa de M.P. por 1,000 nacidos (N° de M.P.)*	26,2 (742)	17,2 (385)	25,7 (52)	16,4 (28)	30,03 (152)	41,92 (215)	29,22 (31)	31,1 (25)	26,8 (977)	21,8 (653)

* Corresponde sólo a los 12 hospitales



DISCUSIÓN

Dado que la mortalidad materna y perinatal son de causa multifactorial, su reducción puede ser emprendida de muy diversas formas¹¹; sin embargo podemos afirmar que el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de atención constituye una valiosa estrategia para tal fin¹².

Resulta obvio entender que los establecimientos involucrados, al inicio no tenían reconocimiento de la Iniciativa Diez Pasos para un Parto Seguro, pero pudo conseguirse la adopción de una política explícita para una maternidad segura. Esta decisión de carácter gerencial facilitó el desarrollo del proceso, a partir de la cual se logró capacitar a un total de 4,497 trabajadores, los cuales constituyen una masa crítica importante para lograr el cambio a nivel de los servicios.

Todos los establecimientos de salud involucrados consiguieron incorporar el Sistema Informático Perinatal, en tanto los 12 hospitales desarrollaron el manejo computarizado de las historias clínicas. Este hecho es importante por cuanto simplifica la información y ayuda a los profesionales a tomar decisiones oportunas¹³. Así mismo resulta muy interesante observar que el tiempo de espera para la realización de una cesárea de emergencia es actualmente en promedio 32 minutos, lo que asegura la solución quirúrgica de muchos problemas obstétricos. Adicionalmente, la conformación de grupos de apoyo comunitarios en el 100% de los establecimientos reforzó las diferentes actividades llevadas a cabo, que concuerda con reportes consultados¹⁴⁻¹⁶.

Como parte del proceso se hizo un esfuerzo por introducir algunas tecnologías apropiadas. La partografía con curvas de alerta, la anticoncepción postparto y postaborto, la mamá canguro y la atención ambulatoria del aborto incompleto no complicado se desarrollaron en más del 80% de los establecimientos, lo que probablemente mejora la atención materna y perinatal^{16,21}. Es más, se logró instalar una casa de espera en la Amazonía, que permite acercar las gestantes de alto riesgo a un establecimiento con capacidad resolutoria¹⁶⁻²².

El acceso de las gestantes al cuidado prenatal se incrementó 14% a nivel general, no obstante que en los hospitales de Lima-Callao esta cifra fue

menor que en 1996, explicable por la mayor cobertura a nivel de puestos y centros de salud periféricos. El aumento en la captación de gestantes para el cuidado prenatal ocurrió en el interior del país (33%), siendo más notorio en la Región de Apurímac (76%), lo que representa un importante logro por cuanto ayuda en la identificación y solución de problemas que de por sí reducirán la mortalidad materna y perinatal⁶.

El número de partos institucionales se elevó en todos los establecimientos, siendo más evidente en las regiones del interior, en donde registró un aumento promedio de 26,7% y particularmente Apurímac reporta un incremento de 35%. Esta modificación permite que las anomalías del parto puedan ser detectadas con oportunidad y de este modo enfrentar más exitosamente la morbilidad, para igualmente reducir las defunciones⁶.

El número de recién nacidos y de puerperas se incrementó. Este hecho fue más notorio en las regiones del interior por cuanto las parturientas atendidas fuera de los establecimientos concurren con frecuencia dentro de la primera semana de ocurrido el parto para solicitar el certificado de nacimiento, y es el momento que se aprovecha para hacer el control.

El funcionamiento de los bancos de sangre se logró en 11 de los 12 hospitales (92%) lo que representa un apoyo gravitante que permite atender con mayor eficacia las emergencias hemorrágicas^{23,24}.

Para 1999 los sistemas de referencia y contrarreferencia funcionan al 100% en el interior del país, lo que también contribuye a la eficacia de la atención de las emergencias originadas en los centros periféricos²⁵.

La vigilancia epidemiológica con el concurso de los comités de muerte materna y perinatal, establecida en el 100% de los establecimientos involucrados está permitiendo un mejor reporte de las ocurrencias, aún a nivel comunitario, y la auditoría y análisis de cada caso en forma más oportuna que facilitan una toma de decisiones más eficaz²⁶.

En concordancia con el objetivo general de esta iniciativa el impacto que se buscó fue el mejoramiento de la calidad y calidez en la atención de los servicios y a través de ello alcanzar la reduc-



ción de la mortalidad materna y perinatal. Las propias usuarias manifestaron su satisfacción con el servicio en un promedio de 89,5%, lo cual revela un alto nivel de aceptación por parte de la comunidad beneficiaria.

El descenso de la muerte materna ha sido significativo en el interior del país, más notoriamente en Apurímac. Este indicador de impacto evidencia que dentro de las múltiples intervenciones posibles para enfrentar la mortalidad materna¹¹, se confirma que el mejoramiento de la calidad y calidez en los servicios es una estrategia prometedora para abordar este problema, de allí que nos satisfaga advertir en un documento de reciente publicación que se recomienda su aplicación¹⁴.

No obstante las significativas bondades de la Iniciativa Diez Pasos para un Parto Seguro, queda entre nosotros un conjunto de lecciones aprendidas:

- Este proceso es más complejo que el de acreditación de hospitales amigos de los niños por una lactancia materna exitosa, especialmente en los hospitales de referencia.
 - Existe la necesidad de una adaptación local.
 - Existe la necesidad de participación de las usuarias no sólo a nivel individual, sino también basada en comunidad.
 - Es necesario reducir las barreras económicas mediante la implementación del Seguro Materno-infantil o de otras fuentes de financiación.
 - Para que funcione la iniciativa debe implementarse no sólo en los hospitales, sino que es necesario introducirla en el Primer Nivel de Atención (Puestos y Centros de Salud), debido a que la cobertura del parto hospitalario es baja, y con frecuencia el primer contacto de la madre que muere es con el Centro o Puesto de Salud.
 - El proceso no acaba con la certificación. La complejidad de variables que concurren requieren de un proceso continuo de mejoramiento del servicio.
 - Es imprescindible incluir desde un inicio la adecuación cultural, especialmente en las áreas más pobres.
 - Se debe incorporar un fuerte componente nutricional durante el embarazo.
- Para el sostenimiento del proceso desarrollado se hace necesario la puesta en marcha de un sistema de monitoreo, supervisión y evaluación a permanencia.
 - La mortalidad perinatal es aún más dura que la mortalidad materna para conseguir resultados favorables, por ello resulta necesario y enfatizar acciones en el área perinatal, mejorando los recursos humanos y materiales.
 - Se hace necesario aplicar periódicamente un sistema de estímulos, no necesariamente económicos, al personal de los establecimientos de salud.

A manera de COMENTARIO FINAL queremos expresar que el trabajo desarrollado en estos 3 años y medio ha sido gratificante por cuanto los resultados están a la vista. Por un lado la demanda de los servicios ha crecido, fundamentalmente en las provincias y de otro lado las tasas de mortalidad materna y perinatal acusan una tendencia descendente, lo que significa haber cumplido en gran medida los objetivos generales y específicos. Estos resultados no sólo constituyen un mérito del equipo humano del nivel central, sino que ese éxito revela la identificación, el esfuerzo y la dedicación puestos en marcha por los trabajadores de los establecimientos de salud quienes centraron su objetivo en el cambio de actitudes y en el mejoramiento de la calidad y calidez; por eso a todos ellos nuestro reconocimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Távara L. Mortalidad materna en el Perú, responsabilidad de todos. *Ginecología y Obstetricia (Lima-Perú)* 1996;42(3):17-22.
2. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar 1996, Informe Principal. Lima-Perú: INEI, junio 1997.
3. Ministerio de Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000. Lima-Perú. Dirección de Programas Sociales 1996:57.
4. Cervantes R, Denegri J, Watanabe T. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Lima-Perú: Ministerio de Salud-Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología-OPS/OMS 1988, 218p.
5. Távara L, Sacsá D, Frisancho O, Urquiza R, Carrasco N, Tavera M. Estado actual de la mortalidad materna en los hospitales del Perú. *Ginecología y Obstetricia (Lima-Perú)* 1999; 45(1):38-42.
6. OPS/OMS. Estrategias para la prevención de la mortalidad materna en Las Américas. Washington DC. Programa de salud materno-infantil OPS/OMS. 1989:73p.
7. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Materno-infantil y Población. El aborto en los establecimientos de salud del Perú. Lima-Perú. Ed Graf 1981, 121p.
8. Tang L y col. El aborto en el Perú. *Ginecología y Obstetricia (Lima-Perú)* 1992; 38(13): 78-81.



9. The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. New York: The Alan Guttmacher Institute 1994, 32p.
10. Ministerio de Salud. Proyecto Maternidad Segura: Iniciativa Diez Pasos para un Parto Seguro. Lima-Perú 1996.
11. Maine D. Programas de reducción de la mortalidad materna: opciones y planteamientos. New York. Columbia University 1992, 61 p.
12. Oblitas H. Estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud. Seminario "Fortaleciendo las coordinaciones entre Estado y Sociedad Civil en la implementación de los acuerdos de El Cairo y Beijing". Lima-Perú. OPS/OMS-UNFPA-Mesa Tripartita diciembre 1998, 91p.
13. Díaz AG y col. Sistema informático perinatal. En: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano OPS/OMS. Tecnologías perinatales, Publicación científica CIAP N° 1255. Montevideo: Rosgal SA 1992, pags 89-111.
14. OPS/OMS. Informe de la cuarta reunión del Grupo asesor científico-técnico del Plan regional de reducción de la mortalidad materna en Las Américas. Washington DC: OPS/OMS 1999, 9p.
15. Family Care International. The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. New York: Secretariat, Interagency Group for safe motherhood 1997, 95 p.
16. CARE. Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido. USA: CARE 1998.
17. Schwartz R, Díaz AG, Nieto F. Guía para la vigilancia del parto: partograma con curvas de alerta. En: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano OPS/OMS. Tecnologías perinatales, publicación científica CLAP N° 1255. Montevideo: Rosgal SA 1992:1991-8.
18. Pinello A, Távara L. Anticoncepción post-parto. Ginecología y Obstetricia (Lima-Perú) 1996; 42(1):22-7.
19. Távara L y col. Planificación familiar post-aborto. En: Távara L, Ramírez Y. Atención del aborto incompleto no complicado. Lima-Perú: INPPARES-IPPF-Bergstrom Foundation 1996;67-84.
20. IPAS. Postabortion care: factores in individual choice of contraceptive methods. Advances in abortion care. Carreboro: IPAS 1994; 4(2):1-4.
21. Li XF et al. The postpartum period: the key to maternal mortality. Int J Obstet Gynecol 1996;54:1-10.
22. WHO. Maternal waiting homes: a review of experience. Geneva: WHO 1996.
23. Oitong JG et al. Community mobilization for blood donation. Int J Obstet Gynecol 1997; 59(2): 181-90.
24. Sengch P et al. Improving blood availability in a District Hospital. Int J Obstet Gynecol 1997; 59(2):127-35.
25. Oyesotla R et al. Improving emergency obstetric care at a state referral hospital. Int J Obstet Gynecol 1997; 59(2):75-82.
26. Berg C, Danel I, Mora G. Guía para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Washington DC. OPS/OMS 1996, 54p.