

SITUACION DE LA SALUD MATERNA Y PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION PERINATAL

Dr. HERNAN MOSCOSO y Dr. LENIN GUZMAN

Convenio Ministerio de Salud — UNICEF, Quito-Ecuador

SITUACION DE LA SALUD MATERNA EN EL ECUADOR.

Para 1986 la población del Ecuador es de 9'647.000 habitantes, de los cuales, aproximadamente el 50o/o son mujeres.

El grupo de mujeres en edad fértil (15—49 años) totalizan 2'141.600, lo que representa el 22.2o/o de la población total. La tasa de natalidad (número de nacidos vivos por 1000 habitantes) para 1985 se calculó en 22.6.

Las provincias con las tasas más altas de natalidad se encuentran detalladas en la tabla 1.

Tabla 1.— *Provincias con las más altas tasas de natalidad. Ecuador 1986.*

PROVINCIA	TASA
Chimborazo	31.7
Bolívar	30.5
Napo	29.6
Cotopaxi	29.0
Zamora	28.3

FUENTE: INEC

En total para 1986 se esperan 369.688 embarazos, en todo el país.

De acuerdo a los datos disponibles, para 1984 las tasas de fecundidad por grupos de

edad. (número de nacidos vivos por 1000 mujeres de cada grupo) nos indican que las más altas tasas se encuentran entre los 20 a 35 años de edad. Sin embargo los datos son significativos en mujeres adolescentes y adultos de 35 y más años (tabla 2).

Tabla 2.— *Tasas específicas de fecundidad por edad*. Ecuador 1984.*

EDAD	TASA
15 — 19	53.4
20 — 24	139.9
25 — 29	144.4
30 — 34	119.3
35 — 39	86.9
40 — 44	46.4
45 — 49	9.2

* *Por cada 1000 mujeres. FUENTE: INEC.*

Para 1980 el promedio de hijos nacidos durante toda la vida de una mujer, era de 5.4 (tasa global de fecundidad). El Ecuador es considerado, dentro de América Latina como uno de los países con más alta tasa de fecundidad y crecimiento acelerado de la población.

La elevada fecundidad incide en forma directa sobre la morbilidad y mortalidad materna e infantil. De acuerdo a la investigación realiza-

da en Quito por Vásconez Fabián y colegas, existe una importante correlación entre bajo peso al nacer y multiparidad concluyendo que a menor espacio intergenésico los valores antropométricos son más bajos. En lo relacionado a la edad materna el mismo estudio concluye que las cifras de peso al nacer de neonatos hijos de madres jóvenes (19 años o menos) están por debajo de los hijos cuyas madres tuvieron 20 años o más.

De acuerdo a los datos del INEC la mortalidad infantil más alta se da en el grupo de adolescentes (95 x 1000 nacidos vivos) y madres de 40 y más años (100 x 1000 nacidos vivos).

En relación a la mortalidad materna, podemos afirmar que esta no ha sufrido cambios significativos en los últimos diez años. En 1975 llegó a 2.1 x 1000 nacidos vivos y para 1984 esta tasa correspondió a 1.6 x 1000 nacidos vivos.

De acuerdo al siguiente cuadro, las toxemias constituyen la primera causa de mortalidad materna (tabla 3).

Tabla 3.— Principales causas de mortalidad materna. Ecuador 1984.

CAUSA	NUMERO	TASA
1. Toxemias del embarazo	107	5.2
2. Hemorragias del embarazo y del parto	82	4.0
3. Abortos	34	1.6
4. Complicaciones del puerperio	33	1.6
5. Las demás	128	6.2

* Tasa por 1000 nacidos vivos. FUENTE: INEC.

Las provincias con tasas más altas de mortalidad materna, para el año 1984 se encuentran enumeradas en la tabla 4.

De acuerdo a las estadísticas hospitalarias, en 1984, fueron atendidos 2.882 casos de toxemia, correspondiendo las cifras más altas a Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay; este fenómeno obedece a que estas provincias concentran el

mayor número de población del país; así como los servicios de salud.

En relación a las mujeres en edad fértil, las tasas más altas de toxemia se dan en: Guayas, Pichincha, El Oro, Esmeraldas, Los Ríos, Azuay (tabla 5).

Tabla 4.— Tasas de mortalidad materna por provincias. Ecuador 1984.

PROVINCIA	TASA
Zamora	4.6
Chimborazo	3.2
Los Ríos	2.8
Bolívar	2.6
El Oro	2.5
Napo	2.3
Cañar	2.1

FUENTE: INEC.

Tabla 5.— Tasas más elevadas de morbilidad por toxemia. Ecuador 1984.

PROVINCIA	TASA*
Guayas	2.01
Pichincha	1.89
El Oro	1.74
Esmeraldas	1.22
Los Ríos	1.16
Azuay	1.10

* Por 1000 mujeres en edad fértil.
FUENTE: INEC.

Analizando la mortalidad materna, de acuerdo a la distribución urbano-rural, vemos que para el área urbana llega a 1.6 x 1000 nacidos vivos y en el área rural a 2.0. Esta situación probablemente está relacionada con el porcentaje de atención del parto con asistencia médica, el mismo que para el área urbana llega al 60% y el área rural al 15%.

En relación a actividades que el sector oficial despliega en atención a madres y al re-

cién nacido figuran entre otras las que se señalan en el siguiente cuadro (tabla 6).

Tabla 6.—*Cobertura y concentración de actividades de Salud Materna, por componente. Ecuador 1985.*

COMPONENTE	COBERTURA	CONCENT.
Atención prenatal	40.0	2.4
Atención del parto	29.9	—
Atención del posparto	9.0	1.1
Regulación de la fecundidad	3.6	—
D.O.C.	2.6	—

FUENTE: Programa Materno Infantil. Ministerio de Salud Pública.

Las prestaciones correspondientes a los componentes mencionados se desarrollan en todos los niveles de la pirámide de servicios del Ministerio de Salud.

Hay que resaltar que a las bajas coberturas alcanzadas se añade una captación posterior para control realmente pobre, lo que permite afirmar que, a pesar de que hay un 40o/o de usuarios controlados, están catalogados como de "riesgo" por falta de control sistemático y permanente y que además ponen en riesgo la vida del neonato, en concordancia con los hallazgos de la investigación de Vásquez y colegas que concluye que "... los neonatos cuyas madres no tuvieron ningún control, mostraron un peso medio, 150 gramos más bajo en comparación con los neonatos cuyas madres tuvieron adecuado control ..."

Por otro lado el Ministerio de Salud mantiene un programa de asistencia alimentaria para madres y niños. La cobertura en relación a embarazadas alcanzó en 1985 el 18.3o/o.

En lo relacionado a cobertura de vacunación con toxoide tetánico, biológico que se aplica a las embarazadas entre el quinto y séptimo mes para prevenir el tétanos neonatal, en 1985 apenas el 23o/o de embarazadas recibió la primera dosis y el 11o/o la segunda. Analizada la situación a nivel provincial se puede ver que el

problema es más crítico ya que las provincias donde el tétanos neonatal es endémico como Esmeraldas, Manabí, Guayas, El Oro y Los Ríos tienen coberturas de vacunación que van entre los rangos del 4 al 39o/o lo que resulta en un peligro potencial para los neonatos ya que las modalidades de atención del parto y cuidados del recién nacido y cordón umbilical, en su mayor parte obedecen a patrones culturales y prácticas folclóricas bastante arraigadas en la población y que están lejos de ser adecuadas.

Al revisar las principales causas de mortalidad infantil, podemos ver que, al momento, las causas perinatales ocupan el cuarto y sexto lugar dentro de las 10 primeras causas.

Si se analiza con detalle, vemos que el grupo de las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar como causa de mortalidad infantil, la infección intestinal aguda el segundo y las causas perinatales como grupo el tercero (tabla 7).

Tabla 7.—*Principales causas de mortalidad infantil. Ecuador 1980.*

CAUSA	TASA POR 1000 NACIDOS VIVOS
Infección intestinal mal definida	13.0
Bronquitis, enfisema y asma	5.9
Otras neumonías	5.1
*Hipoxia, asfixia y otras enfermedades respiratorias del feto/recién nacido	5.1
Desnutrición proteíco-calórica	2.2
*Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal	2.1
Bronquitis aguda	1.9
Tosferina	1.0
Sarampión	0.8

* Causas Perinatales. FUENTE: INEC.

PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN PRENATAL

Desde hace varios años atrás el Programa de Salud Materno-Infantil del Ministerio de

Salud Pública, viene desarrollando importantes acciones de atención a la madre a través de los componentes de control pre-natal, atención del parto, control del post-parto, regulación de la fecundidad y detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y mamario, así mismo ha enfatizado la atención del niño con acciones como atención del menor de un año, del pre-escolar (1 a 5 años) y del escolar.

El objetivo fundamental de estas acciones ha sido el contribuir a la disminución de las altas tasas de morbilidad en estos dos grupos poblacionales importantes.

Hasta el momento y pese a los notables esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud, apenas el 50o/o de la población susceptible de ser atendida ha concurrido a los servicios de salud, por lo tanto este portafolio está buscando una serie de alternativas de acción que permitan por un lado mejorar la cobertura de sus servicios y por otro elevar la calidad de los mismos.

JUSTIFICACION

Como quedó demostrado en el diagnóstico las tasas de mortalidad materna casi no han sufrido variación en la última década y siguen siendo altas, lo que nos indica la necesidad de introducir a nivel de los servicios una serie de acciones tendientes a lograr impacto en la salud y bienestar de las madres. Dichas acciones deben tener como características, el ser de fácil aplicación, eficacia comprobada, relativo bajo costo económico, que puedan adaptarse con facilidad a las condiciones en las que se desempeñan los servicios, que no requieran tecnologías sofisticadas que puedan ser expandidas a nivel comunitario y que garanticen el impacto en la salud de la madre. Por otro lado si bien es cierto que la tendencia de la mortalidad infantil ha tenido, en los últimos años, un descenso sistemático y progresivo, este no ha sido con la intensidad suficiente, que permita garantizar la supervivencia de un importante sector de la población infantil. En efecto Ecuador figura dentro de los países clasificados como de "alta mortali-

dad infantil". La tercera causa de mortalidad en este grupo de edad obedece a problemas en el área perinatal.

Por lo mencionado se hace imprescindible el desarrollar un componente de atención a la salud perinatal con miras a lograr que el embarazo se produzca y evolucione en las mejores condiciones biofísicas y psicológicas, y que el producto de la concepción crezca y se desarrolle intraútero en condiciones favorables, que el nacimiento ocurra a su tiempo, en forma natural y sea asistido en condiciones que garanticen y salvaguarden la adaptación del nuevo ser al ambiente externo.

OBJETIVOS

A. General.— Contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil en el período perinatal.

B. Específicos.—

1. Incluir la atención perinatal dentro del programa de salud materno-infantil.

2. Lograr que todos los niveles de atención brinden acciones de salud perinatal.

3. Transferir conocimientos al núcleo familiar y a la comunidad para auto-cuidado, así como para demandar servicios.

4. Desarrollar e implementar el carné de salud perinatal.

5. Capacitar al personal del Ministerio de Salud Pública y de otras instituciones en el manejo de las acciones de atención perinatal.

6. Operacionalizar la suplementación de calcio a embarazadas de una área del país, como proyecto piloto y posteriormente determinar regiones programáticas de expansión.

7. Proveer de antianémicos a las embarazadas durante, por lo menos, el tercer trimestre.

8. Evaluar la operación e impacto del programa.

ESTRATEGIAS

1. Normatización de criterios sencillos que permita el manejo de los casos a nivel comunitario.

2. Capacitación de personal de todo nivel incluídas auxiliares de enfermería, promotores de salud y parteras adiestradas (C.V.R.), en el manejo de los casos.

3. Provisión en forma gratuita de calcio y sulfato ferroso en el área piloto.

4. Información y educación a la comunidad a través de diferentes redes sociales y de los medios de comunicación.

5. Implantación de tecnologías sencillas, de bajo costo y probada eficacia, en el manejo del embarazo, parto y recién nacido.

6. Utilización de las investigaciones nacionales clínica, epidemiológica y operacional para mejorar la calidad de los servicios y efectos en la salud de los usuarios.

METAS

1. Incluir dentro de las normas de atención de salud materno infantil el área de cuidados perinatales, publicarlo y difundirlo en 1987.

2. Diseñar el carné de salud materna, imprimirlo y difundirlo a partir de diciembre de 1986.

3. Diseñar una campaña de educación y promoción y ponerla en práctica en 1987.

4. Capacitar al personal de servicios ambulatorios y de las áreas de gineco-obstetricia y pediatría en estos contenidos.

5. Proveer de antianémicos y calcio al 80o/o de embarazadas que acudan a control, a partir de la vigésima quinta semana de embarazo.

6. Capacitar a personal que atiende a recién nacidos en tecnologías simples de cuidado intensivo como la "madre canguro".

7. Capacitar a personal de nivel comunitario incluídas parteras empíricas.

8. Vacunar al 80o/o de mujeres embarazadas de áreas de riesgo, con toxoide tetánico.

ACTIVIDADES

Como se puede deducir por lo anteriormente descrito, se trata de implementar una serie de actividades tendientes a reducir al míni-

mo el alto riesgo de enfermedad y muerte que tiene el grupo materno infantil, especialmente el que pertenece a estratos socio-económicos marginados, localizados en las áreas rurales y en la periferia de las grandes urbes, y que se constituye en el principal usuario de los servicios oficiales, y que inclusive en un buen porcentaje del mismo no tiene acceso ni siquiera a ellos.

La respuesta es brindar un "paquete de servicios integrales" que permitan mejorar la cantidad y calidad de los controles prenatal, del parto, del post-parto y del recién nacido, y de esta forma incidir en la salud de la madre y el niño y disminuir las altas tasas de morbimortalidad.

1. Se propone diseñar un carné de salud materna, que se constituya en un instrumento para la madre que le permita "objetivamente valorar" el curso de su embarazo, esto es, conocer como está la ganancia de peso frente a parámetros estandarizados, altura de fondo uterino, registro mensual de su tensión arterial, signos de alarma de la patología más común, calendario de vacunación anti-tetánica, registro de la administración de anti-anémicos y calcio, información sobre la alimentación materna, la preparación de la madre para el parto, la lactancia, datos del parto y del recién nacido. Este carné tendría un nexo importante con el carné de salud infantil ya implementado en el país.

2. En lo relacionado a capacitación se plantea la ejecución de una serie de eventos que tienen diferentes propósitos.

2.1. Reunión de expertos para desarrollar normas y criterios de atención.

2.2. Reunión de gineco-obstetras, pediatras y funcionarios de materno-infantil para definir los contenidos del carné.

2.3. Taller de capacitación para personal de las direcciones de salud a fin de realizar ajustes y programación.

2.4. Taller para personal operativo, que incluyan los contenidos ya enunciados.

2.5. Cursos de capacitación para parteras empíricas, para mejorar la atención del parto.

2.6. Reuniones de capacitación al personal de determinados hospitales para cuidados

de neonatos de bajo peso, con tecnologías sencillas como la de la "madre-canguro".

3. Se propone implantar una campaña de promoción y educación hacia la comunidad a través de la inclusión de contenidos en los planes y programas de la educación formal, de la alfabetización de adultos, de la educación para la salud y reforzar a través de la utilización de los medios de comunicación de masas y medios alternativos.

4. La dotación de anti-anémicos y calcio es otra actividad propuesta para lo cual se seleccionará una área inicial de trabajo, con ámbito provincial. Los criterios para escoger esta área deben ser entre otros las altas tasas de mortalidad materna, alta morbilidad por toxemia gravídica, altas tasas de mortalidad infantil. Por otro lado que la provincia disponga de una red mínima de servicios que permita actuar desde el nivel primario hasta un nivel de referencia más o menos complejo y que existan mínimas facilidades para la evaluación, el seguimiento y el control.

Esta actividad requiere el diseño de un simple sistema de aprovisionamiento, logístico

e información. También requiere el seguimiento clínico de los usuarios.

5. Se plantea también la inclusión de la vacunación antitetánica a embarazadas dentro de las actividades regulares así como en las fases intensivas.

BIBLIOGRAFIA

1. Programa de Salud Materno-Infantil, Ministerio de Salud Pública.
2. Estadísticas Vitales, INEC, 1984.
3. Estadísticas Hospitalarias, INEC, 1984.
4. Proyecto de Asistencia Técnica. Ministerio de Salud Pública, UNICEF, 1985.
5. Plan de Reducción de la Morbimortalidad Infantil PREMI, 1985.
6. Ecuador: Población y Desarrollo. Estimaciones y Proyecciones CEPAR, 1985.
7. Boletines Socio-Demográfico de varias provincias Ecuador. CEPAR, 1986.