

Cómo Será, Pues?

**La Contribución de las ONG's
a la Salud Neonatal en Bolivia**

Daniel Perlman, Consultor del Grupo CORE

**Bertha Pooley, Salvando la Vida de los Recién Nacidos/
Save the Children, Bolivia**

Alejandra Villafuerte, Project Concern International, Bolivia

Abril 2006



El **Grupo CORE**, una asociación de miembros de organizaciones no gubernamentales internacionales 501 (c) 3 con sede en Washington, D.C., promueve y mejora la salud y el bienestar de niños y mujeres en países en desarrollo a través de acciones y aprendizajes colaborativos entre ONG. De manera colectiva, sus miembros trabajan en más de 168 países, apoyando la salud y el desarrollo de programas.

La Iniciativa “Salvando la Vida de los Recién Nacidos”, dirigida por Save the Children, busca llamar la atención y destinar recursos a necesidades críticas para la mejora del cuidado neonatal. SVRN promueve la adopción de intervenciones sostenibles y asequibles en comunidades y países donde las tasas de mortalidad son altas y las personas tienen acceso limitado a intervenciones comprobadas que salvan vidas. Además, SVRN apoya investigaciones operativas para definir nuevos y mejores caminos para mejorar la salud y sobrevivencia de los recién nacidos, cambio de políticas y fortalecimientos de programas.
Página Web: www.savethechildren.org/health/newborns

Los autores principales de esta historia de campo son: Daniel Perlman, PhD, Consultor del Grupo CORE, Bertha Pooley, Consultora Neonatal, Save the Children/Bolivia; y Alejandra Villafuerte, MD, Directora de Salud, Project Concern International/Bolivia. Los autores quisieran agradecer a Crispín Acosta H., Ruth Bolaños, Lizzet Camacho de Cochabamba, Rubén Chiri, Alicia Colque, René Molina, Bernice Pelea, Tania Revollo, Lilian Tirao, y Elmer Vega.

La historia fue editada por Daniel Perlman y Julia Ross, del Grupo CORE.

Para más información:

Grupo CORE
300 I Street NE
Washington, DC 20002
Tel: 202.572.6330
Fax: 202.572.6481
Correo electrónico: contact@coregroup.org
Página Web: www.coregroup.org

Esta publicación fue posible, en parte, por el apoyo de la Oficina de Salud Global, de la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID), bajo el acuerdo de cooperación GHS-A-00-05-00006-00. Esta publicación no representa necesariamente los puntos de vista u opiniones de USAID.



Fotos Cortesía de: Project Concern International

Diseño por: Nancy Bratton Design · www.nancybrattondesign.com

Contenidos

Salud Neonatal

Introducción	5
El Cuidado Del Recién Nacido en Áreas Sin Servicios en Bolivia	8
Doña Marisol y el director médico	12
Alcanzando acuerdos y oportunidades perdidas	18
Apéndice 1: Estrategias de movilización comunitaria para los CERN de las ONG's de Bolivia	25

Acrónimos

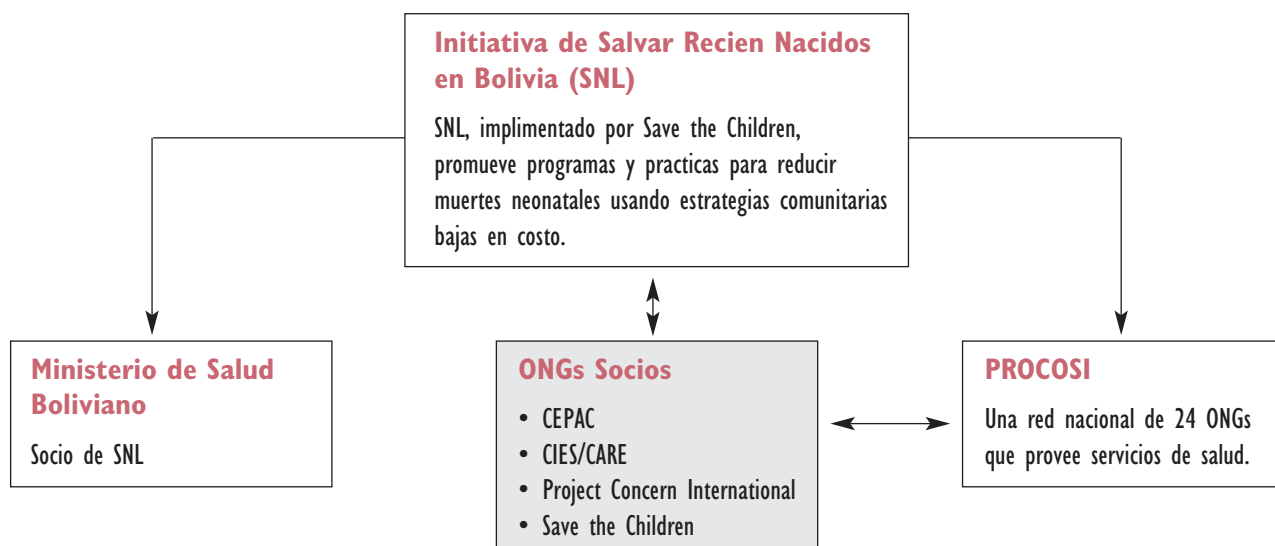
ACS	Agentes Comunitarios de Salud
AIEPI	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CAI	Comité de Análisis de la Información
CARE	Cooperativa para la Asistencia y Alivio en todas partes, Inc.
CEPAC	Centro para la Promoción Agropecuaria Campesina
CDC	Calidad definida por el cliente
CERN	Cuidados Esenciales del Recién Nacido
CIES	Centro de Investigación, Educación y Servicios
DILOS	Directorios Locales de Salud
EME	Eventos de Madres Educadoras
ONG	Organización no gubernamental
ORPA	Observación, Reflexión, Personalización, Adopción
PCI	Project Concern International
PROCOSI	Programa de Coordinación de Salud Integral
SAVE	Save the Children
SECI	Sistema de Evaluación Comunitaria Integral
SVRN	Salvando la Vida de los Recién Nacidos
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población

Introducción

El mayor riesgo de mortalidad puede venir en el mismo principio de la vida. Un millón de recién nacidos mueren cada año en el día de su nacimiento, y 2 millones más, mueren durante su primera semana. Casi todas las muertes neonatales ocurren en países en desarrollo, la mayoría de las cuales pueden ser prevenidas con intervenciones probadas, de bajo costo como ser: inmunizaciones de tétanos durante el embarazo, lactancia inmediata y exclusiva, parto limpio, cuidado del cordón umbilical, manteniendo al recién nacido abrigado, una referencia rápida a un proveedor de salud cuando sea apropiado, reanimación neonatal, y antibióticos para tratar enfermedades. “Es posible evitar con éxito tempranamente la mortalidad neonatal en escenarios con alta mortalidad y sistemas de salud débiles a través programas de extensión comunitaria y familiar, incluyendo la educación de salud para mejorar las prácticas del cuidado en el hogar, para crear una demanda para un cuidado con personal calificado, y mejorar la búsqueda de los cuidados,” escrito por Gary L. Darmstadt, coautor de una reciente serie de artículos sobre salud del recién nacido publicados en *The Lancet*.

En Bolivia, desde el 2003 al 2005, cuatro organizaciones no gubernamentales (ONGs) trabajaron conjuntamente bajo la iniciativa Salvando la Vida de los Recién Nacidos (SVRN) para introducir un paquete de cuidados esenciales del recién nacido (CERN) (ver Cuadro 1) en comunidades en riesgo, que cubre cuidados durante el embarazo, cuidados durante el parto, y cuidados inmediatos para los recién nacidos, y visitas continuas y rutinarias con personal capacitado de salud. Los socios del programa incluyen al Ministerio

SOCIOS DE SNL BOLIVIA



de Salud y a una red nacional de ONGs conocida como Programa de Coordinación de Salud Integral (PROCOSI). Como parte de este consorcio, las cuatro ONGs—El Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES) y CARE en El Alto; Project Concern International (PCI) en la región de Cochabamba; y el Centro para la Promoción Agropecuaria Campesina (CEPAC) en Potosí; y Save the Children/Estados Unidos en Oruro¹—desarrollaron e implementaron movilizaciones comunitarias y estrategias de vigilancia para mejorar el cuidado del recién nacido.

Esta historia de campo examina cómo las ONGs socias de SVRN comenzaron un diálogo entre comunidades rurales y pobres y los servicios de salud, a través de una metodología llamada *Calidad y Calidez*, adaptada del modelo de Save the Children—Calidad definida por el cliente (CDC). SVRN y sus ONGs socias usaron los talleres como una herramienta para romper con un número de barreras comunicacionales, sentando las bases para las actividades claves del programa incluyendo: capacitación a trabajadores de salud comunitarios y a parteras tradicionales no capacitadas (*parteras tradicionales*); educando a grupos de mujeres, grupos de hombres, y a oficiales locales y de distrito sobre la

1. CARE, Save the Children y PCI son también miembros del Grupo CORE, una coalición con base en Washington, DC. de organizaciones no gubernamentales internacionales trabajando conjuntamente para mejorar la salud de los niños y mujeres en países en desarrollo.

CUADRO 1: PAQUETE DE CUIDADOS ESENCIALES PARA EL RECIÉN NACIDO

	Atención pre-natal	Atención del Parto	Atención Postnatal	
CUIDADOS NORMALES	Contactos con Proveedor /Visitas <ul style="list-style-type: none"> • Inmunización deToxoide Tetánico • Dieta adecuada • Sulfato ferroso (& yodo*) • Detección y Tratamiento de Sífilis* • Profilaxis de Malaria * • Orientación en Lactancia ** • Plan de Parto 	Atención Calificada del Parto <ul style="list-style-type: none"> • Parto Limpio • Prevención de hipotermia • Lactancia inmediata** • Profilaxis para el cuidado de los ojos* 	Contactos con Proveedor /Visitas <ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Exclusiva ** • Abrigo • Higiene en el cuidado del cordón • Inmunizaciones • Nutrición materna • Orientación en espaciamiento de los nacimientos 	
	Danger Signs			
CUIDADOS ESPECIALES	Complicaciones Maternas y Fetales <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la transmisión madre-hijo en madres VIH positivas • Manejo o referencia de las complicaciones obstétricas y neonatales 	Asfixia Neonatal <ul style="list-style-type: none"> • Reanimación • Cuidados Post-reanimación • Referencia si necesario 	Bajo Peso al Nacer <ul style="list-style-type: none"> • Abrigo especial • Cuidado de Mamá Canguro • Higiene especial de cordón • Alimentación asistida • Referencia si es necesaria 	Infecciones, malformaciones y otros problemas <ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos para infecciones • Cuidados de terapia de apoyo • Terapia Antiretroviral, si la madre es VIH positiva • Referencia si es necesaria

*Zonas endémicas **Orientación especial para madres VIH positivas

Fuentes: Una mirada a los Cuidados Esenciales del Recién Nacido, *Save the Children*

salud neonatal; y llevando a cabo un mapeo comunitario para identificar a las familias de alto riesgo de una mortalidad neonatal. Adicionalmente, las ONGs ayudaron a desarrollar destrezas en el personal de los centros de salud, sindicatos campesinos, club de madres, y de los Directorios Locales de Salud (DILOS) para enfrentar el tema de mortalidad neonatal en sus comunidades.

Las ONGs desarrollaron diferentes metodologías para identificar a mujeres embarazadas y recién nacidos, para involucrar a la comunidad en reconocer las razones porque las madres y los bebés se enferman o mueren, y para preparar planes de acción que involucren a los agentes comunitarios de salud y autoridades municipales. Un cambio complementario en la estrategia de comunicación incluyó medios educacionales—tales como ferias públicas y socio-dramas—para promover mensajes claves sobre CERN.

Adicionalmente, las ONGs socias, como miembros de la red PROCOSI, trabajaron conjuntamente con el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia para integrar los CERN y un componente de salud materno dentro de su estrategia nacional para la AIEPI. Una Alianza de Salud Neonatal—incluyendo al Ministerio de Salud y Deportes, la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, UNFPA, PROSIN/USAID, PROCOSI, la Sociedad Boliviana de Pediatría, y la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia, Population Council y Save the Children/SVRN, entre otros—fue clave en la construcción de consensos para la expansión de la estrategia AIEPI neonatal y en la supervisión del componente de cambio de comportamientos de la estrategia.

El Cuidado Del Recién Nacido en Áreas Sin Servicios en Bolivia

Nacimiento de Bebés Muñecas

“La cabeza es visible,” dijo la enfermera, “Tranquilízate.” Ella esperó. “Cabeza afuera...el bebé está girando... el hombro izquierdo está libre... ahora el derecho,” ella dijo. “Dale, dale,” ella anunció y sacó un bebe muñeca de plástico de debajo de la manta. Ella tenía su cabeza bajo para dejar imaginariamente que las flemas fluyan fuera de su boca y de su orificio nasal. “Es una niña,” dijo una de las mujeres sentada cerca. Las otras se rieron cuando la enfermera inspeccionó el bebe muñeca cuidadosamente. “Ninguna señal de peligro, buen color, buena respiración, y escúchenlo llorar,” ella dijo limpiando la boca y nariz del bebé. Ella pretendió atar el cordón umbilical con un pedazo de hilo esterilizado, cortarlo con una hoja de afeitar nueva y luego envolver al bebé en una toalla. “Mantengala caliente,” ella dijo. Estaba frío dentro de la pequeña iglesia de adobe. La enfermera le pasó el bebé a la joven “madre” que estaba acostada debajo de una manta al frente de ella. “La Lactancia justo antes que el cordón sea cortado, ayuda a al alumbramiento.” La mujer joven soltó risitas cuando ella puso al bebé a su pecho. La sesión fue simple y relajada y la mujer claramente disfrutó de ella. Después de una rápida revisión, la enfermera terminó con un recordatorio de la importancia de las visitas prenatales y postnatales.

Cuando la mujer terminó la sesión de educación de salud y entró a la plaza frente de la Iglesia alguien le jaló su chal que cubría sus hombros y preguntó, “¿No esperas a la placenta antes de cortar el cordón? ¿Ningún baño o té de hierbas para el recién nacido? ¿Cómo será, pues? ¿Cómo puede ser esto?”

M

ientras que SVRN de Bolivia—conjuntamente con el Ministerio de Salud y Deportes, la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF y otros socios—han trabajado para mejorar la calidad del control prenatal, del parto, post natal, y el cuidado clínico del recién nacido, más del 44 por ciento de los nacimientos en Bolivia todavía ocurren en los hogares. Estas cifras son más altas en las áreas rurales y en los barrios urbanos pobres atendidos por las organizaciones miembro de PROCOSI. Muchas mujeres no pueden acceder al parto por personal calificado o cuidados postnatales debido a los costos de transporte, aislamiento geográfico, y limitaciones significantes de los sistemas de salud. A pesar que algunos han escuchado los mensajes claves del recién nacido en spots radiales, ferias de salud, o reuniones comunitarias y pueden, inclusive recitarlos de memoria, ellos continúan usando una pieza de cerámica para cortar el cordón

umbilical. Ellos bañan a sus bebés inmediatamente, retrasan la lactancia inmediata, e ignoran otras recomendaciones críticas. ¿Por qué?

Mates y Cerámica Quebrada

Filomena estaba paseando lentamente en frente de su casa cuando la partera llegó. Ella estado teniendo fuertes contracciones regulares por varias horas. Su paso era lento— como efecto de su malestar y de las muchas capas de ropa suelta que estaba vistiendo. La *partera tradicional* saludó a las dos hijas menores de Filomena que se sentaron en la sombra, algunos pasos más allá. Ella asistió el parto de ambas niñas. Ella tomó la mano de Filomena, remangó las largas mangas de su camiseta, blusa, y suéter, y tomó su pulso. “No va a durar tanto ahora,” ella dijo. Ellas entraron dentro de la casa de dos cuartos, donde la suegra de Filomena le sirvió un plato de sopa caliente. Filomena bebió lentamente, haciendo una pausa después de cada cucharada. Al otro lado del cuarto, la *partera tradicional* esparció hierbas aromáticas dentro de una olla de agua caliente para calentar y desinfectar el cuarto antes del nacimiento.

Filomena fue hacia la cama y cautelosamente se sentó. La *partera tradicional* se sentó sobre el suelo frente a ella. Ella puso sus manos sobre las caderas de Filomena y llevó sus palmas hacia su área púbica para facilitar el descenso del bebé dentro del canal de nacimiento. El marido de Filomena entró al cuarto, cuidadosamente cierra la puerta detrás de él, y verifica ver que las ventanas estaban bien cerradas para prevenir corrientes de aire. Él se sentó al lado de Filomena y de la *partera tradicional*. Los tres se acurrucaron, tocándose las cabezas, calladamente observando el estómago de Filomena cuando la partera metódicamente lleva sus manos desde las caderas de Filomena a su área púbica. Filomena después se puso de cuclillas sobre el piso, se apoyó sobre la cama, y descansó su cabeza sobre la manta. La *partera tradicional* se quitó su sombrero de lana, se lo entregó al esposo de Filomena, quien se lo puso sobre la cabeza de Filomena. El masajé su espalda a través de su pesado chal, mientras que la *partera tradicional* trajo una tasa de *mate*, té de hierbas, de la cocina. “Esto acelerará el parto,” ella dijo.

Filomena suspiró profundamente y dio a luz con sus músculos estomacales. Había quietud en el cuarto, excepto por sus suspiros. Entre las contracciones ella parecía aturdida y medio dormida. La *partera tradicional* entonces se movió detrás de ella. Después de gran movimiento, la *partera tradicional* sacó a una bebe debajo de la pollera de Filomena. La bebé lloró. La *partera tradicional* la limpió, la envolvió en una pequeña manta, y la puso sobre el pecho de su madre. Exhausta, Filomena permaneció como en el momento del nacimiento, flexionada sobre la cama. La atención de todos estaba fijada sobre ella. La bebé fue casi olvidada mientras esperaban la placenta.

La familia estaba visiblemente relajada después de la expulsión de la placenta. La *partera tradicional* ató el cordón umbilical y tomó una hoja de afeitar nueva que se le dio en el centro de salud. La suegra dijo no, y le entregó una pieza de su cerámica rota, con la cual ella cortó el cordón. Ellos bañaron al bebé en agua caliente y manzanilla, y la envolvieron con varias capas de ropa limpia. La suegra luego añadió otra ropa, que le quedó como una pañoleta sobre la cabeza de la bebé. La pequeña cara que miraba fijamente era adorable, “Ay señorita,” dijo la suegra. Las dos hermanas de la recién nacida, ahora tienen permiso para entrar al cuarto, y se paran al lado de la bebé. Ellas miraron

El porcentaje de madres embarazadas que sabían por lo menos dos signos de peligro durante el embarazo aumentó de 38% a 93%.

—Salvando la Vida de los Recién Nacidos/Evaluación Final del Programa de Bolivia



silenciosamente cuando su abuela todavía envuelve a la bebé con otra ropa, ocultando su cara casi completamente.

Filomena tendió sus brazos para cargar a la bebé. La suegra le pasó a la recién nacida, a la que cargaba calladamente, y alimentaba con un té de hierbas servido en una tasa de plástico. Tres tías llegaron vistiendo pesados chales verdes y amplios sombreros de alas. Ellas se pasaron la bebé de unas a otras.

Los recién nacidos en el área rural de Bolivia

Los nacimientos domiciliarios en el área rural de Bolivia involucran mucho de lo que es apoyado por investigaciones biomédicas. La familia trabaja para mantener a la madre y al niño abrigados. Ellos cubren a la madre con mantas, la alimentan con sopa caliente y hierven hierbas aromáticas para calentar el cuarto. Se le da líquidos y se le fomenta a caminar y cambiar posiciones durante el parto. La *partera tradicional* no jala la cabeza del bebé, o gira su cuello. Sin embargo, hay muchas maneras en las cuales un parto domiciliario no sigue las prácticas biomédicas recomendadas.

La mortalidad materna es alta en Bolivia. La madre es la protagonista del embarazo, parto, y periodo posparto en muchas áreas rurales, y el cuidado del recién nacido puede no ser tomado en cuenta. La familia generalmente espera al “segundo nacimiento,” o la salida de la placenta, antes de cortar el cordón umbilical. Ellos explican que si ellos tuvieran que cortar el cordón antes de su expulsión, la placenta puede ser retenida y puede poner en peligro a la madre.

El cordón umbilical es generalmente cortado con una pieza de cerámica rota de un plato o plato sopero en vez de una hoja de afeitar estéril o tijeras. Esto no necesariamente implica una falta de un entendimiento básico de higiene en la prevención de infecciones. Algunos miembros de la comunidad razonan: “Uno rompe la pieza antes de usarla, de esta manera nunca se ha juntado con el aire hasta ese momento.” A pesar que investigaciones sugieren que es mejor mantener al recién nacido abrigado y seco, muchas familias bañan inmediatamente al bebé en una mezcla de agua caliente y manzanilla. Ellos creen que esta práctica va a purificar al recién nacido y prevenir enfermedades como hongos y otras infecciones a la piel. Muchas familias retrasan la lactancia para alimentar al recién nacidos con un té de hierbas, según dicen, para purificar, limpiar el estómago y prevenir cólicos. Algunas madres esperan hasta tres días para comenzar la lactancia.

A pesar del aislamiento geográfico, pobreza, y las debilidades de los sistemas de salud todavía existe un acceso, aunque limitado, a los servicios de salud. El Ministerio de Salud y Deportes, ha realizado progresos significativos en lograr una mayor accesibilidad para los servicios obstétricos a poblaciones de escasos recursos a través del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que subsidia intervenciones maternas e infantiles con fondos municipales.

A pesar de estos avances, las barreras geográficas y culturales todavía afectan el acceso a los servicios de salud, y hay muchas familias que tienen su parto en su hogar,

por un problema de oportunidad, más que por necesidad. Pocas madres del área rural vienen a todas sus citas recomendadas de controles prenatales, y la mayoría trae a sus recién nacido solamente una vez para el cuidado del bebe. ¿Por qué no aprovechan y utilizan estos servicios que salvan vidas?

Indígenas y no indígenas en la sociedad boliviana

Bolivia es uno de los países más pobres de Sudamérica. También es una de las sociedades más inequitativa económicamente. La gente europea o de descendencia mixta, la minoría de la población, ha dominado Bolivia desde la conquista española. La mayoría indígena, que son dos tercios de la población, habitan el *altiplano*² de Bolivia, valles altos, y barrios periurbanos pobres.

La división entre indígena y no indígena es fundamental y reafirmada a través del lenguaje y la educación. Los bolivianos Quechua hablantes (alrededor del 30 por ciento del total de la población), Aymara hablantes (alrededor del 25 por ciento), y otros grupos indígenas, sufren de un alto desempleo, pobreza, y siglos de exclusión social. Mucha falta de acceso a agua limpia, electricidad, alcantarillado, y cuidados básicos de salud y educación.

Es entendible entonces, que la gente indígena tenga peores condiciones de salud que aquellos de descendencia europea. Recién nacidos de una familia de los quintiles de ingresos más pobres son dos veces más propensos a morir durante el periodo neonatal en comparación a los niños de los quintiles más ricos. Tienen tres veces más posibilidades de ser desnutridos. La brecha de mortalidad infantil entre ricos y pobres se está ampliando; en menores de cinco años, la mortalidad bajó en un 34% en el quintil más rico durante los noventas, pero se redujo sólo en un 8% en el quintil más pobre.

El gobierno de Bolivia ha realizado esfuerzos para eliminar las barreras económicas para acceder a los servicios de salud, principalmente a través del SUMI, el cual ofrece cuidado materno y neonatal sin costo, subvencionado por los municipios, y brigadas móviles de salud para llegar a poblaciones en áreas rurales sin servicios de salud. A pesar de estos esfuerzos, la gente indígena permanece sin querer usar los servicios básicos de salud; mujeres del quintil más rico tienen cinco veces mayor probabilidad de ser atendidas por profesional capacitado durante el parto. Las relaciones deficientes entre proveedor-cliente son una causa clave de la baja utilización del servicio en el área rural de Bolivia.

SVRN/Bolivia y sus ONGs socias activamente fomentan el diálogo entre las comunidades rurales y urbanas y los servicios de salud que los atienden. Esto sienta las bases para las actividades claves del programa que involucra a los agentes comunitarios de salud, *parteras tradicionales*, grupos de mujeres, grupo de hombres, autoridades locales y del distrito para mejorar la salud del recién nacido y reducir la mortalidad. Cada una de las cuatro ONGs involucradas en llevar a cabo el programa SVRN—CARE/CIES en El Alto, el Centro para la Promoción Agropecuaria Campesina (CEPAC) en Potosí, Save the Children en Oruro, y Project Concern International (PCI) en la región de Cochabamba—desarrollaron sus propias estrategias para implementar estas actividades.

2. El altiplano es una región árida y de gran altitud en la región occidental de Bolivia compuesta por planicies de sal y lagos. Es el hogar de la comunidad indígena Aymara.

Doña Marisol y el Director Médico

“Una barriga llena de harapos”

La ONG PCI/Bolivia empezó a tratar el problema de las deficientes relaciones cliente-proveedor como una parte de su programa de cuidado del recién nacido. El personal organizó una serie de talleres llamados *Calidad y Calidez*, o Calidad del Cuidado y Relaciones Humanas, que estuvieron basados en la metodología CDC de Save the Children. Los talleres de tres días reunieron a la comunidad y al personal de los servicios de salud para que conjuntamente mejoren la comunicación, desarrollen una visión compartida de calidad y coadyuven a incrementar la utilización de los servicios de salud. Usualmente, el primer día era con los miembros de la comunidad, incluyendo a los líderes locales y autoridades municipales; el segundo, con los trabajadores de salud, incluyendo cualquier personal que puede tener el contacto con los clientes; y el tercer día, con los dos grupos. A través de estos talleres, los miembros de la comunidad y trabajadores de salud, conjuntamente, identificaron brechas en la calidad del servicio y crearon metas comunes de atención de calidad. Un comité local de mejoramiento de la calidad conformado por los trabajadores de salud y los miembros de la comunidad era elegido y era responsable de la implementación y seguimiento de los planes de acción de común acuerdo para tratar aspectos sobre los cuidados de la salud. Estos talleres se llevaron a cabo en cinco lugares del proyecto en el departamento de Cochabamba durante la iniciativa Salvando la Vida de los Recién Nacidos.

El primer día del taller fue realizado en el auditorio de un colegio. Esta era el día para los miembros de la comunidad—madres, padres, líderes comunitarios, líderes del sindicato de campesinos y autoridades municipales—para discutir su visión de calidad de los servicios de salud. Las mujeres llenaron la primera fila. De su respiración salía un vapor caliente en el aire frío de la mañana.

Dos trabajadores de extensión comunitaria del PCI, Lillian y Ruth, explicaron la agenda del día y facilitaron las introducciones y actividades de apertura. En un determinado momento, tarde en la mañana, Lillian pidió seis voluntarios y los acompañó afuera al patio. “Piensen en un tiempo cuando tú y tu bebé estaban enfermos, y buscaste atención médica, y la atención que recibiste fue pobre. ¿Tienes la experiencia en mente? Ahora vuelca tus experiencias en una representación para el resto del grupo.” El grupo retornó al auditorio unos pocos minutos después y organizó un escenario delante de la entrada. Se produjo un silencio en el cuarto.

Una mujer joven salió frente a la audiencia, con un recién nacido meciéndolo en sus brazos, un hombre se acercó a ella, barriendo indiferentemente alrededor de ella, con una escoba de hospital gastada.

“Discúlpeme,” dijo ella en Quechua. El la ignoró.

Ella miró a una mujer tomando una siesta con su cabeza sobre un escritorio etiquetado “registro del hospital.” “Buenos días,” dijo ella. “Mi nombre es Vanessa Mansilla.” La mujer levantó la mirada y señaló una fila de sillas delante de ella. Vanessa se sentó y espero... y espero. La enfermera finalmente llamó el nombre de Vanessa y la guió a un hombre en una segunda mesa con un cartel que decía “cuarto de consultas.”

“¿Para qué ha venido? Le preguntó bruscamente, en español.

“Para la primera revisión después del parto de mi hijo,” respondió Vanessa.

“¿Ah?” El doctor no hablaba Quechua. Después de mucha confusión ella se dio a entender.

El doctor hecho un vistazo al niño.

“El está bien,” dijo él.

“El estaba teniendo diarrea,” dijo ella. El doctor examinó al bebé. “El tiene una enfermedad llamada *harapitis*,” dijo él.

“¿Qué es eso? preguntó Vanessa.

“Una barriga llena de harapos,” El le respondió autoritariamente. La audiencia se ríe. “La enfermera le dirá lo que tiene que hacer.”

“Mezclar media cucharilla de sal de mesa y ocho cucharillas de azúcar con 1 litro de agua y darle todo el líquido que tomar en los próximos días” la enfermera le dijo apurada, mientras conducía a Vanessa de nuevo a la sala de espera. Vanessa se quedó ahí por un momento, con el bebé en sus brazos, frustrada y confundida.

El grupo aplaudió y los actores tomaron sus asientos. “¿Qué piensan Uds. de la representación?” preguntó Ruth al grupo.

“Te trataron diferente si tú te vistes de la manera que nosotros lo hacemos, con una pollera tradicional, con chal, y un sombrero,” dijo una mujer en la primera fila. Su nombre era Doña Marisol. Ella era un miembro del Comité de Vigilancia. “Los doctores no hablan nuestro lenguaje, no respetan nuestras costumbres, y no explican nada. Yo fui con mi sobrina para su control prenatal. El doctor fue llamado afuera del cuarto durante la revisión. El dejó la puerta abierta. Mi sobrina estaba sobre la camilla de examinación, su blusa estaba desabotonada, y la puerta estaba ampliamente abierta.”

“Ellos te hace esperar y esperar. Tú tardas un día de trabajo. ¿Quién va a cuidar de tus niños y animales?” dijo la mujer joven se interpretó a Vanessa en la representación.

“Yo tuve a mi segundo bebé en el hospital,” dijo una mujer delgada sentada al lado de ella. “Creo que llegamos muy temprano, porque se nos dijo que nos tendríamos que ir y regresar cuando estuviera lista para dar a luz.

¿Pero a dónde podemos ir? No conocemos a nadie en el pueblo. Nosotros esperamos en la calle el frente del hospital. Ahora voy a dar a luz en mi hogar con una *partera tradicional*.”

“Muchas de las auxiliares de enfermería en las postas sanitarias hablan Quechua y atienden conscientemente,” explicó Doña Marisol. “Pero no hay mucho que pueden hacer para ti. Si tú caminas los 5 Km. a la posta sanitaria para tus controles prenatales y postnatales, tú puedes conseguir una vacunación del tétanos y que una revisión de la posición del bebé. Luego una vez que nazca el bebé lo pueden vacunar también. Ellos no pueden hacer pruebas de laboratorio prenatales. Si tú vas ahí a tener a tu bebé y un problema



INNOVACIONES DE LAS ONG'S SOBRE CERN EN BOLIVIA

- **Utilización del personal del centro de salud:** En Potosí, el CEPAC incluyó trabajadoras sociales de centros de salud públicos en sus equipos operativos, solicitándoles que dirijan grupos educacionales, trabajen con mujeres embarazadas y madres nuevas. Este enfoque ayudó a construir confianza en el sistema de salud e iba a permitir potencialmente una mayor sostenibilidad.
- **Metodología de BABIES:** Esta nueva tecnología clasifica la muerte de los recién nacidos por peso y edad para informar intervenciones específicas en futuros programas.
- **Involucramiento del hombre:** En El Alto, CIES/CARE expandieron el éxito que tuvieron con el apoyo a mujeres y grupos educativos (WARMI) a hombres, que participaron en la misma vigilancia, análisis, y actividades de los planes de acción como lo hicieron las mujeres. Cada una de las cuatro ONGs también reportaron que durante las visitas domiciliarias, los hombres jugaron un rol activo en el cuidado de sus esposas y recién nacidos.
- **Planes de apoyo comunitarios:** cada una de las ONGs trabajaron con familias para desarrollar planes de ayuda comunitarios para apoyar a las mujeres durante una emergencia o durante el parto. Los facilitadores dibujaron un mapa de la comunidad, y los participantes identificaron recursos locales tales como teléfonos, transporte, niñeras, y recursos financieros disponibles a las familias para que faciliten a que lleguen al centro de salud para un nacimiento o emergencia.
- **Información mejorada sobre salud neonatal:** Durante el curso del programa, el número de nacimientos documentados y la mortalidad neonatal registrada en las áreas del proyecto se incrementó. La gente entrevistada en todos los niveles del sistema de salud creen que el crecimiento en las muertes neonatales registradas es un resultado de una mejor vigilancia y recojo de información, en vez de una indicación que las muertes neonatales se han incrementado.
- **SECI:** Este instrumentó de Sistema de Vigilancia Comunitario ayuda identificar problemas de salud neonatal y maternos dentro de las comunidades y define posibles soluciones a través de planes de acción.
- **Autopsia verbal:** Este instrumentó permite a los voluntarios de la comunidad identificar causas probables de muerte, particularmente en los partos domiciliarios, de manera de desarrollar soluciones para prevenir futuras muertes neonatales.
- **La participación de mujeres en actividades de capacitación:** Las ONGs aplicaron la metodología ORPA³ con los trabajadores voluntarios de salud, e incluyeron a mujeres como capacitadoras de pares comunitarias.
- **Plan de nacimiento y parto seguro:** Este instrumento para la preparación del nacimiento ayuda a las familias a identificar los servicios de transporte locales, la adquisición o preparación de ropa apropiada para recién nacidos, y preparar materiales para partos domiciliarios. Se enfatiza en una referencia oportuna cuando se presenta cualquier señal de peligro en una madre y/o recién nacido.

3. Una metodología de capacitación de adultos que incluye: la observación, discusión de grupos, el aprendizaje de las experiencias, negociaciones y el compromiso para cambiar.

ocurre, ellos no tienen sangre, no tiene equipo intravenoso y no tienen el equipo de reanimación para tratar un bebé con asfixia.”

“Ahora piensa sobre el buen servicio que has tenido,” Lillian instruyó al grupo. “¿Cómo se sería una atención en salud de alta calidad?” La discusión sucedió. El consenso del grupo era que un personal de salud calificado—que trabaja en una posta de salud bien equipada, atiende a los clientes inmediatamente y con respeto, y explica todo claramente en el propio lenguaje del paciente—provee un servicio de alta calidad.

“Bolivia ha cambiado. Nosotros hemos cambiado.”

La mañana siguiente el equipo PCI se reunió con los doctores, enfermeras y personal de salud, en el cuarto de educación en salud del hospital municipal. Era un cuarto iluminado con mucho sol de la mañana. Ruth y Lillian acomodaron las sillas en un semicírculo. Los doctores mayormente se sentaron en la primera fila. Las enfermeras, vistiendo uniformes blancos y chaquetas de nailon azules, se sentaron detrás de ellos.

Después de las actividades de introducción y apertura, Lillian preguntó al grupo para que cierren sus ojos. “Piensen en un momento que fue clave para su decisión en elegir su profesión. ¿Por qué escogieron trabajar en salud? ¿Cuáles eran sus motivaciones? ¿Cuál era la idea que tenían de cómo sería este trabajo? Un hombre en la segunda fila, el director del hospital, levantó su mano.

“Yo vengo de un pueblo rural minero,” dijo él. “Los doctores eran despectivos y pensaban que hombres estupendos e importantes. La gente estaba asustada de ir a los centros de salud y hospitales. Mi padre se enfermó mucho cuando yo tenía la edad de 8. Mi madre y yo lo alimentábamos, bañábamos, cambiábamos sus sábanas. El personal del hospital nos hacía marcharnos cada día al final de las horas de visita, y yo quería convertirme en un doctor y cambiar todo eso.”

“Gracias, ¿si?” preguntó Lillian, señalando a la mujer de atrás vistiendo la ropa rural de los Andes.

“Yo quería continuar mis estudios,” dijo ella. “Nosotros no teníamos el dinero. Me gusta cocinar para los pacientes y ayudar a que se sientan más confortables”.

“Yo estaba atraída a los uniformes blancos,” dijo una joven enfermera. “Luego con el tiempo, yo aprendí del confort psicológico y físico que un enfermera puede proveer”.

“Ahora cierra tus ojos otra vez,” dijo Lillian. “Piensen sobre tu trabajo actual. ¿Es lo que habían esperado?”

“La gente en los pueblos se trata a sí mismos y a sus bebés con remedios caseros y rituales y sólo vienen para los servicios cuando están seriamente enfermos,” dijo un doctor que vestía una chaqueta de cuero. “La única vez que la gente viene es cuando tienen una emergencia. Pero nosotros hacemos lo que podemos pero...”

“El mundo ha cambiado desde que yo era un niño en ese pueblo minero,” dijo el director del hospital. “Bolivia ha cambiado. Nosotros hemos cambiado. Nosotros estamos comprometidos a proveer a todos los pacientes con atención capacitada y de tratar a todos con respecto sin importar cuán humilde serán sus raíces. La gente necesita darnos la oportunidad de mostrarles quiénes somos.”

“Nosotros le contamos sobre la importancia de una lactancia inmediata y exclusiva,” dijo la enfermera que admitió tempranamente que fue atraída a la profesión por los uniformes. “Pero ellos meten a escondidas termos con mates para que tome el recién nacido justo después del nacimiento y se enojan cuando se los quitamos. Nosotros les hablamos sobre la importancia de no bañar a sus bebés después del nacimiento. Pero la primera cosa que ellos hacen, el momento de llegar a su hogar, es sacar la tinaja lavada, calentar el agua, y bañar al bebé.”

En la tarde, Ruth presentó la visión del personal del hospital sobre la calidad de los servicios. Se logró un consenso, que un trabajador de salud responsable, ético, y bien capacitado—que atiende a los clientes con respeto y humildad, y explica la prevención, diagnóstico, y tratamiento claramente, a través de un enfermera-intérprete si fuera necesario—provee un servicio de calidad. Esta era la misma visión que los miembros de la comunidad habían alcanzado, aunque ambos grupos desconfiaban de los motivos de los otros.

Una oportunidad perdida

Temprano, la siguiente mañana, el director del hospital y el doctor de turno acompañaron a un grupo de la comunidad en una visita por el hospital. El personal del centro de salud y los miembros de la comunidad caminaron luego a un salón de clases del colegio dominical en una iglesia algunas cuadras más allá de la plaza. Se les preguntó que presentaran la lista de los atributos de los servicios de calidad que habían desarrollado durante los dos días previos. Ellos trabajaron luego para encontrar tres aspectos en ambas listas en que ambos acordaron que eran prioridades. Los aspectos fueron los siguientes:

1. Tratar a los pacientes con *respeto*
2. Comunicarse con los pacientes en su propio *lenguaje* (a través de un enfermera intérprete si es necesario)
3. *Informar* al paciente claramente sobre sus enfermedades y tratamiento

“La última cosa que necesitamos hacer es elegir un comité para poner estas prioridades de la calidad de los servicios en práctica,” dijo Ruth.

“No se necesita crear a más burocracia,” dijo el director del hospital. “Nosotros vamos a llevar a cabo esto. Vamos a colocar cárteles en el hospital sobre la importancia del respeto, comunicación, e información.”

“¿Pero que sobre el seguimiento? preguntó Ruth. ¿Cómo puede el grupo monitorear el proceso?”

“Nosotros ya tenemos un director municipal de salud que maneja estas cosas,” dijo el doctor que ayudó antes a conducir la visita al hospital.

“La junta municipal difícilmente se reúne,” dijo una de las enfermeras.

“Entonces nosotros podemos fortalecerla,” dijo el director del hospital. “Cualquier comité que nosotros elijamos aquí no va a ser legal.”

“¿Qué piensas tú? preguntó Ruth, mirando a los representantes de la comunidad. Después de una larga pausa, Doña Marisol levantó su mano para hablar.”

“La junta municipal de salud puede hacer el seguimiento,” dijo ella.

Un miembro del grupo PCI se acercó a Doña Marisol después del taller. “¿Así que no estaban muy interesados en la idea de escoger un comité para implementar lo que estaba decidido?”

“Me gusta la idea. Pudo ser buena para tener a la gente haciendo seguimiento de esto. El problema era que los doctores estaba un poco asustado de que nosotros tengamos mucho control.” Ella sonrió, hizo una pausa, y dijo, “Estas cosas toman tiempo.”

**SVRN DE BOLIVIA:
RESULTADOS DE LA
MOVILIZACIÓN
COMUNITARIA**

- En Cochabamba (PCI), algunos centros de salud han dado a los agentes comunitarios de salud un 50 por ciento de descuento en su propio cuidado médico en reconocimiento de su trabajo en la comunidad.
- En Vinto (PCI), las comunidades han trabajado con los centros de salud de manera que ellos guardan cinco citas, dos días a la semana, para pacientes que vienen de áreas remotas.
- En El Alto (CARE/CIES), un doctor nos informó que ella comenzó a acompañar a los agentes comunitarios de salud en las visitas domiciliarias para ayudarlos a mejorar la confianza en la clínica local de salud.
- En Oruro (SAVE), el personal del centro de salud ha comenzado a permitir que los las parteras tradicionales atiendan y participen en los nacimientos en las clínicas.

La importancia de facilitar el diálogo

"¿Donde aprendemos las destrezas requeridas para el diálogo? ¿Realmente los padres escuchan a sus niños? ¿Los profesores modelan este comportamiento con sus estudiantes? ¿Se engrana regularmente el supervisor en un diálogo sincero con sus empleadores? Un estudiante de medicina nunca llama a su profesor por su nombre. El siempre se dirige a él por su título. Los internos se convierten en chicos de los recados para los residentes, que a su vez atienden a los doctores que tienen a cargo el piso. Es sorprendente que los internos recrean esta jerarquía cuando finalmente obtiene una posición de tiempo completo en el hospital"—Miembro del personal de Save the Children

Un taller de *Calidad y Calidez* debe ser visto como sólo un paso en un largo proceso de construcción de respeto mutuo entre miembros de la comunidad y profesionales de salud. "Éstas cosas toman tiempo," como Doña Marisol dijo. El mejoramiento de las relaciones proveedor-cliente no puede ser alcanzada con sólo la capacitación. Generalmente se requiere cambios profundos en la cultura institucional de los servicios de salud. A pesar de estos obstáculos, los talleres de *Calidad y Calidez* del PCI condujeron a un número de resultados positivos. En muchos casos, ambas partes conocieron que era importante para el otro. Los doctores aprendieron de la comunidad, y los representantes de la comunidad tuvieron la oportunidad de presentar su perspectiva.

El taller descrito anteriormente fue el único donde un comité de calidad no fue creado. En otra municipalidad, el Comité fue capaz de conseguir intérpretes (usualmente un miembro del personal) durante las consultas y actividades de extensión. Abriendo un espacio en los días de mercado para aquellos pacientes que llegan de lejos, redujo el tiempo de espera. En otras comunidades, los comités trabajaron para promover el nuevo seguro nacional de Bolivia para mujeres embarazadas y posparto y niños menores de cinco años. Estas actividades mejoraron la comunicación entre el personal del centro de salud y los pacientes, incrementaron la amabilidad y la calidez de los trabajadores de salud, e incrementó la utilización del servicio.



Alcanzando acuerdos y oportunidades perdidas

Siguiendo con sus esfuerzos para mejorar las comunicaciones entre los proveedores de cuidados de salud y miembros de la comunidad, los socios de las ONGs también fortalecieron organizaciones locales—a través de la red PROCOSI—para fortalecer los servicios y conocimientos de salud neonatal. CARE/CIES, CEPAC, PCI, y Save the Children han colaborado con una gama de grupos locales y organizaciones que incluyen centros de salud, sindicatos de campesinos, club de madres, directorios locales de salud, y equipos de vigilancia comunitarios. Esta estrategia de trabajo con las organizaciones locales y fortalecerlas, ha tenido como resultado un aumento en la interés nacional en darle importancia a la salud neonatal.

A pesar que las ONGs miembros de PROCOSI estaban implementando la AIEPI antes que comenzó el programa SVRN, la AIEPI neonatal clínica y comunitaria está ahora rutinariamente incluida en programas de sobrevivencia infantil. Las ONGs han introducido equipos de parto seguro, planes de parto y nacimiento seguro, técnica canguro, protocolos de visitas domiciliarias y tarjetas educativas, planes de acción comunitarios, y clubes de embarazo dentro de sus programas, y muchos de estos materiales son asumidos como “mejores prácticas” en un nuevo proyecto de salud comunitario apoyado por USAID en Bolivia.

La Ley de Participación Popular

En la última década, Bolivia llevó a cabo un proceso ambicioso de descentralización que no solamente transfirió fondos y nuevas responsabilidades a los gobiernos municipales, sino también reglamentó por mandato la distribución de los presupuestos de la coparticipación y la vigilancia de las organizaciones locales. La Ley de Participación Popular de 1994, reconoce organizaciones originarias de la comunidad y de base—como sindicato de campesinos (*sindicatos*), organizaciones vecinales, grupos de mujeres, organizaciones originarias comunales (*ayllus*) en el altiplano—como representantes de sus comunidades.

Los *Directorios Locales de Salud*—usualmente conformados por el director del hospital, el alcalde, y un representante de una organización local de base—supervisan los servicios de salud en el nivel municipal y advierten sobre la distribución del personal de salud y la ubicación de los recursos locales de salud. El director del hospital representa al Ministro de Salud y Deportes, el alcalde representa al gobierno local, y las organizaciones de base representan el punto de vista de la población que usa los servicios de salud.

“Los Directorios Locales de Salud se ven excelentes en papel,” dijo un trabajador de extensión comunitaria de Save the Children, “pero la realidad es muy diferente. Ellos raramente se reúnen y los miembros no conocen bien sus roles”. Así que la pregunta permanecía: ¿Como ayudar a que los directorios funcionen de una manera más eficiente? “Nosotros encontramos que teniendo solamente tres representantes es insuficiente. Cuando un grupo más grande y diverso participa, los directores trabajan más efectivamente.

Nosotros fomentamos a una gran variedad de gente para que atienda a las reuniones de los directores—cualquiera, desde enfermeras, auxiliares de enfermería, profesores de escuelas, personal de ONGs, y un anfitrión de los representantes comunitarios. Uno de los DILOS pudo arreglar la redistribución de los trabajadores de salud hacia las áreas rurales de la municipalidad, donde varios de los postas de salud habían sido cerrados por la falta de personal. Otro, puso al descubierto un robo en el hospital municipal.”

Los sindicatos de campesinos, o *sindicatos*, fueron importantes colaboradores de los CERN en las áreas rurales alrededor de Cochabamba. Cada *sindicato* tiene una Secretaría de Salud, pero muy a menudo no se le da importancia a este cargo; muchas secretarías sólo tienen una vaga idea de sus responsabilidades. La salud no es siempre una prioridad de los *sindicatos*. Ellos están más preocupados sobre problemas de subsistencia—produciendo lo suficiente para alimentar a la comunidad para el año que viene. El PCI invitó a las secretarías a una serie de reuniones locales en las cuales evaluaron el estado de salud de los recién nacidos y las prácticas en sus comunidades (por ejemplo, ¿Cuántos bebés nacieron ese mes? ¿Cuántos cordones umbilicales fueron cortados con un instrumento limpio?) para decidir sobre pasos prácticos en la corrección de patrones no saludables.

Espera a escuchar los ruidos de fondo

Juntas, las cuatro ONGs participantes en el consorcio SVRN capacitaron cerca de 8000 trabajadores de salud voluntarios en las intervenciones de CERN (ver cuadro, página 2), protocolos de visitas domiciliarias, y mapeos comunitarios. Los agentes comunitarios de salud llevaron a cabo visitas domiciliarias, ayudaron a organizar la educación de mujeres y hombres, de los grupos de vigilancia comunitaria de salud, y proveyeron apoyo a familias con embarazos o recién nacidos. Los ACS trabajaron en coordinación con las *parteras tradicionales* para identificar el hogar donde ocurrió un parto, de manera que el ACS pueda programar una visita dentro de los primeros tres días después del nacimiento y fomentar que la nueva madre visite un centro de salud cercano.

Este programa de agentes comunitarios de salud fue el aspecto más desafiante de esta estrategia para muchas de las ONGs. En muchas áreas, madres fueron informadas de haber recibido a los ACS más por educación, que por un interés en el tema, a pesar otras madres (y padres) si mostraron un interés. Más a menudo, las madres estaban preocupadas con la supervivencia económica del día a día, en vez de temas como salud preventiva. “Todo los ACS son capacitados para realizar su charla,” dijo una madre “ellos no saben cómo curar a nuestros niños y no llevan medicinas.” Las visitas domiciliarias resultaban a menudo cortas, por qué las mujeres estaban ocupadas cuidando a sus niños, ovejas, ganado, y trayendo comida al campo para sus esposos.

La deserción de los agentes comunitarios de salud pronto se convirtió en un problema. En el área del Valle Alto de Cochabamba, por ejemplo, el PCI observó que hasta un 40% de los voluntarios abandonaron el programa—un aspecto que no fue resuelto al final de la iniciativa SVRN. Ellos se quejaron de la falta de reconocimiento al trabajo que estaban realizando. Muchos de los agentes comunitarios de salud voluntarios eran pobres y sujetos a presiones competitivas (por ejemplo, cuidando a los niños y mantener el ritmo del trabajo en la agricultura). Además, las migraciones temporales, en búsqueda de trabajo, también redujo el número de participantes. El PCI tuvo mejores resultados en el área de Quilla-collo, donde la población era más económicamente segura y mejor instruida.

Un problema común en muchas de las áreas piloto de los CERN fue la limitada capacitación y flexibilidad de los agentes comunitarios de salud. “Cuando realizamos nuestras visitas domiciliarias con un conjunto de mensajes en la mente,” dijo uno de los oficiales



del programa de Save the Children, “todo lo demás se convierte en un ruido de fondo que nosotros necesitamos filtrar.” El oficial del programa acompañó a un agente comunitario de salud en una visita domiciliaria al hogar de una pareja de edad mediana. El voluntario comenzó la visita bien introduciendo su persona y claramente explicando que ella había venido a hablar sobre la salud del recién nacido. “Y hablando de la salud del recién nacido,” dijo ella, “su bebé es encantador.” La mamá estaba callada al principio, y luego finalmente admitió que no se estaba sintiendo bien. “Siento escuchar eso,” dijo el trabajador de salud. “¿Mantienes a tu bebé caliente? Es muy importante.” Ella sacó un conjunto de materiales laminados con mensajes de salud y comenzó a examinar las señales de peligro del recién nacido con la mujer. “Mi mujer ha estado sangrando desde que dio a luz,” dijo el marido. “Realmente siento escuchar eso,” el voluntario dijo de nuevo. Había un silencio incómodo. “¿Sabían que su bebé esta tarde para su vacuna de la BCG?” En ese momento el oficial del programa intervinió y dispuso que la madre sea llevada a un centro de salud.

El agente comunitario de salud fue capacitado en los CERN. Ella tenía un conjunto de mensajes que ella pensaba que debería dar. “Ella estaba muy enfocada en los mensajes,” explicó el oficial del programa, “por eso, ella pasó por alto, lo que la pareja le estaba diciendo. Ella tenía una cuota de 40 familias para visitar y estaba asustada por si no pudiera transmitir efectivamente los mensajes de cuidados del recién nacido y que éste pudiera morir. Un problema, que se suscitó alrededor de esto, no tenía nada que ver con su capacitación limitada o con los materiales educativos que estaba llevando. Nosotros necesitamos enseñar a los voluntarios, a manejar un rango más amplio de problemas y ayudarlos a

aprender a escuchar y ser más abiertos a las necesidades de las familias que están visitando. Nosotros asumimos que por qué una mujer está embarazada ella está interesada en aprender los signos de peligro para su persona y para su nuevo niño. Pero quizás, lo que es inmediatamente más importante para ella, es una oportunidad de discutir sus ansiedades sobre que significa estar nuevamente embarazada y tener otra boca que alimentar. Si tú escuchas, casi siempre hay algo que tú puedes aprender de una madre sobre su embarazo, su recién nacido, o de las condiciones subyacentes a la salud de su familia o de las enfermedades de salud.”

Vigilancia basada en la comunidad

Un doctor enérgico del área del valle alto de Cochabamba, el Dr. Condori, tomó a un grupo de agentes comunitarios de salud a la cima de una colina alta de donde se divisaba la capital municipal. El repartió papel y lápices, hizo que el grupo dibuje un mapa detallado del pueblo de abajo. Ellos incluyeron las casas, iglesias, corrales, escuelas, y la casa del sindicato de campesinos. Luego él salió con los voluntarios para enumerar cada casa. Ellos aplastaron latas delgadas y las pintaron de blanco. Cuando la pintura secó le aumentaron números negros delgados. Después de poner un número en cada casa del pueblo, el grupo llevó a cabo un censo casa por casa. Ellos luego tabularon esta información por personas, informando cualquier tipo de problema de salud o riesgo, neonatal o de otra clase.

A cada uno de los grupos de “riesgo” identificado se le dio un color. Un alfiler del mismo color fue puesto sobre el mapa en cualquier lugar donde estaba viviendo una mujer embarazada, un recién nacido, un adolescente, o una persona mayor. El amarillo representaba un recién nacido. El verde significaba que había una mujer embarazada en la casa. El mapa proveyó una visión global de la situación de salud (por la distribución de los alfileres de color) en el pueblo y guió a las agentes comunitarios de salud mientras planificaban las visitas domiciliarias para discutir el control prenatal, cuidado del recién nacido, y vacunaciones. El Dr. Condori repitió esto con los agentes comunitarios de salud en cada una de las nueve comunidades en la municipalidad. El siguiente paso era analizar la información sobre los problemas locales de salud que estaban reuniendo.

El PCI trabajó con el Dr. Condori para organizar comités de vigilancia comunitarios de salud en varias partes de la municipalidad. Estos comités, llamados *Comités de Análisis de Información*, son parte de la red epidemiológica nacional. Fueron concebidos como reuniones participativas en las cuales los problemas locales de salud son analizados por miembros de la comunidad y trabajadores de salud, y planes de acción son desarrollados para tratar problemas identificados. En el tiempo que el PCI comenzó en la región de Cochabamba, los comités de vigilancia comunitarios raramente se reunían. El PCI invitó al personal del centro de salud, líderes comunitarios, miembros comunitarios, y agentes comunitarios de salud a una serie de reuniones del Comité de Vigilancia Comunitario enfocadas en la salud del recién nacido.

“Había una enfermera de salud pública que tenía el talento de facilitar reuniones del Comité de Vigilancia Comunitario,” dijo un miembro del personal de Save the Children. “Yo estaba en una reunión donde ella habló sobre retrasar el primer baño del bebé. Las mamás no estaban de acuerdo. Ellas le dieron una larga lista de enfermedades de la piel que los recién nacidos podrían tener, sino los lavaban. La enfermera escuchó. La conversación cambió al problema, que sólo uno de tres niños nacidos ese mes, nació en el centro de salud. La mujer se quejó sobre el hecho que no había *pallasas*, o almohadas grandes, en los centros de salud que las ayudarían cuando se ponen de cuclillas durante el

parto. (Ellos escribieron a la municipalidad con el pedido. Dos meses después, el alcalde desembolsó fondos para comprar las *pallasas*.) Al final de la reunión la enfermera agregó sus propios pensamientos sobre lo que se había discutido. Hasta ese momento, ella había escuchado mayormente. Ella sabía que a pesar algunas de las personas en esta reunión no sabían leer, ellos habían pasado sus vidas en esta comunidad y tenían un diferente tipo de conocimiento.”

Balanza romana

La estrategia de los CERN de Bolivia integró la salud del recién nacido con la salud de mujeres durante el embarazo, parto, y post parto. Esto ofreció una manera más coherente para el programa de hablar a las comunidades sobre los signos de peligro, prevención, y la importancia de una atención calificada en salud.

El PCI, CARE/CIES y Save the Children fueron especialmente efectivos en su trabajo con *parteras tradicionales*. En el valle alto de Cochabamba, una mujer muy mayor se apareció el primer día de un taller para *parteras tradicionales*. “Yo vine hoy por curiosidad,” dijo la mujer mayor. “Yo fui invitada a estos talleres pero nunca fui. ¿Porque debería venir? Los capacitadores nos quieren dar clases y trataron de obtener información sobre nuestros clientes.” Lillian, la líder del taller de PCI, explicó que la meta era simplemente intercambiar experiencias y ver cómo podría ayudar a las *parteras tradicionales* que trabajan en la municipalidad.

Resultó que la mujer mayor era muy conocida en el área y había dado a luz a más del 80% de los bebés en su comunidad. Ella se convirtió en una participante regular en los talleres. Ellos discutieron signos de peligros en los embarazos y en los recién nacidos, como también prácticas de cuidados esenciales de los recién nacidos. La *partera tradicional* fue donde Lillian después del tercer taller. “Yo usualmente hacía todas las cosas que fueron discutidas. Yo cortaba el cordón umbilical con una pieza de cerámica. Yo creía que si no lo hacía el bebé se convertiría en un ladrón. Yo ayudé a bañar a los bebés justo después del nacimiento, y permitía la madre postergar la lactancia, de manera que la familia podía traer al cura y poner un nombre al niño. Nosotros llamábamos a eso un pequeño diablo, un niño que no tenía un hombre, no tomaba el pecho.” La partera luego explicó en detalle a Lillian como ella se cortaba ahora las uñas de las manos antes de cada nacimiento, se lava sus manos, se seca con una toalla limpia, corta el cordón con hoja de afeitar provistas en los equipos de parto, limpia al bebé, y lo envuelve en una manta caliente y lo pone en el pecho de su madre.

Dentro del año, ella le dijo a Lillian que la mayoría de la gente de su comunidad ha aceptado estas nuevas prácticas. Algunos todavía no estaban convencidos que podría ser bueno esperar hasta el segundo día para bañar a sus recién nacidos. Pocos fueron también reacios de dar lactancia a su bebé inmediatamente antes que el recién nacido se le haya puesto un nombre ritualmente. De acuerdo a la *partera tradicional*, las relaciones con el centro de salud han mejorado dramáticamente desde que comenzaron las actividades de SVRN. La gente ahora va a la enfermera para sus citas prenatales y postnatales y las vacunaciones de sus niños. Cuando Lillian le preguntó porque sentía ella que había detrás de estos cambios, la mujer pensó por un momento, y dijo que la gente estaba mejor informada. “Ellos escuchan los mensajes de cuidado de recién nacidos en la radio y me escuchan una y otra vez sobre las señales de peligro y cómo proteger a sus bebés.”

“Las mujeres dijeron que iban donde las parteras tradicionales porque eran cálidas y empáticas,” explicó Lillian. “La *partera tradicional* prepara tasas de mate y platos de sopa. Ella da masajes a la mujer, y las apoya para dar a luz en la posición que es más comfortable

para ella, y cree en todas las costumbres que la mujer cree. En contraste, cuando una mujer va a un centro de salud ellos generalmente prohíben todo esto. En muchas de estas comunidades, cuando una mujer piensa que está embarazada ella consulta a la *partera tradicional*. La *partera tradicional* le puede decir lo que ella quiere saber simplemente tocando sus muñecas o mirándola. Eso es, ellas toman su pulso para ver si está un poco acelerado o creen en los ojos de las mujeres para ver si brillan. La *partera tradicional* es vista con una persona que puede solucionar todo.”

La demanda de la comunidad para el cuidado prenatal y post natal en Bolivia se ha incrementado debido al incremento de referencias de *parteras tradicionales*, la reciente introducción de un paquete sin costo de servicios de salud neonatal por el gobierno, y spots radiales educando a los oyentes sobre prácticas esenciales de cuidado del recién nacido.

Esta demanda creciente ayudó a las ONGs socias a llevar a cabo vigilancias comunitarias. En el área de Oruro, Save the Children trabajó con una *partera tradicional* de una comunidad aislada. A pesar que ella hablaba quechua, ella parece haber seguido bien las capacitaciones en español. Ella comenzó acudiendo a las reuniones de vigilancia mensual, donde los nacimientos y embarazos eran reportados, así como también, cuantos bebés tuvieron su control posnatal. Save the Children se organizó con las *parteras tradicionales* locales. La mujer vino a cada sesión con plena información sobre cada uno de los bebés que había ayudado a nacer. El personal del programa estaba sorprendido de aprender de otra *partera tradicional*, que no tenía ninguna balanza o cinta métrica. Ella había estado pesando los bebés con una balanza⁴ romana y midiéndolos con una pieza de ropa que una amiga posteriormente la mide con una regla.

La experiencia de las ONGs con los DILOS, comités de vigilancia comunitaria de salud, *sindicatos*, y *parteras tradicionales*, sugiere que la colaboración con organizaciones

4. Una balanza "igual a un brazo" consistente de una barra que tiene una bandeja suspendida a cada lado. Para usar la balanza, objetos de una masa desconocida son puestos en una bandeja, y pesos de una masa conocida son puestos en una segunda bandeja hasta que los dos están balanceados y que la barra está en nivel.

LECCIONES APRENDIDAS: BRINDANDO CUIDADOS ESENCIALES DEL RECIÉN NACIDO EN BOLIVIA

- Una estrategia integrada, tomando en cuenta la salud de las mujeres durante el embarazo, parto, y post parto, crea una manera coherente de hablar a las comunidades sobre las señales de peligro, prevención, y la importancia de la capacitación de cuidados de la salud, e introducir el concepto del continuo del cuidado de la madre y el recién nacido.
- La colaboración con organizaciones comunales o de base, estructuras sociales preexistentes, y gente en roles indígenas aceptados pueden ser más efectivos y más sostenibles que crear tales nuevos roles como ser los “agentes comunitarios de salud”. Además, trabajar solamente con agentes comunitarios de salud puede limitar el impacto del programa. Otros socios y líderes locales—profesores de escuelas, representantes de sindicatos, y autoridades municipales— pueden también ser apoyos valiosos de un programa de CERN.
- En casos donde hay grandes brechas culturales entre los proveedores de salud y las comunidades atendidas, la metodología calidad definida por el cliente (CDC) puede descubrir malas percepciones y malas comunicaciones que puede representar una amenaza a los programas de salud del recién nacido. El diálogo resultante puede plantear un fuerte fundamento para introducir nuevos servicios que abarcan el continuo del hogar-comunidad y servicios de salud.
- Estrategias de comunicación y movilización fueron claves para apoyar un paquete de CERN en la comunidad. El tiempo utilizado negociando consensos con los miembros de la comunidad en lo que se constituye como “mejores prácticas” para recién nacidos fue una determinante vital para el impacto del programa.

comunales o de base, estructuras sociales preexistentes, y gente en roles indígenas aceptados, puede a veces ser más efectivo y más sostenible que crear nuevos roles y entidades tales como los agentes comunitarios de salud.

El porcentaje de madres que recibieron cuidados post parto dentro de los tres días de dar a luz por un proveedor capacitado (partera tradicional o agente comunitario de salud) se elevó de 42% a 79%.-
— Salvando la Vida de los Recién Nacidos/Evaluación Final del Programa de Bolivia

Ruedas Chillonas

En el tiempo que comenzó el PCI su trabajo de CERN en Punata (en el valle alto de Cochabamba), muchas de las postas de salud en las áreas periféricas estaban pobremente equipadas, con sólo una ambulancia para atender al área entera. Dos años después todas las postas recibieron nuevo equipo y medicamentos y el alcalde aprobó el desembolso para una segunda ambulancia.

“Nosotros comenzamos escuchando quejas sobre las postas de salud y la falta de transporte de emergencia,” dijo el alcalde. “Si en las reuniones de los DILOS, informes de los comités de vigilancia comunitarios de salud, o durante las visitas a las comunidades, la gente siguió diciendo la misma cosa. ¿Por qué nuestras esposas deben ir a la posta de salud si no tienen nada que ofrecer ahí, ni siquiera el transporte para ir al hospital?”

Bajo la Ley de Participación Popular de Bolivia, se reservan fondos para que cada comunidad los use para proyectos prioritarios. Cuando la ley fue promulgada hace una década, los miembros de la comunidad priorizaron más personal de salud, mejores equipos, y medicamentos, sobre otros proyectos tales como nuevas carreteras. El alcalde de Punata estaba feliz reubicar los fondos, reflejando los deseos de las comunidades de los alrededores.

Quizás el aspecto más impresionante del trabajo de los socios de SVRN fue la capacidad y fuerte compromiso de las enfermeras públicas de salud de las ONGs y trabajadores de extensión comunitaria, muchos de los cuales pasan 5 a 7 días de la semana trabajando y durmiendo en las comunidades. La mayoría comunicándose con soltura en el lenguaje de las comunidades que ellos atienden. Lisset Camacho fue capacitada como una enfermera pública de salud y trabajó con el programa de sobrevivencia neonatal del PCI en la región de Cochabamba. Ella fue la enfermera descrita en el párrafo de apertura de este caso de estudio.

“Cuando las personas que no son del lugar vienen a hablar sobre salud, la gente escucha respetuosamente y les agradecen por venir,” dijo Lisset. “Pero ellos no ponen las lecciones de los visitantes en práctica. Ello se preguntan cómo una persona de afuera puede saber qué es lo mejor para ellos. Mi padre viene de uno de esos pueblos. Yo hablo su idioma. Cuando yo estoy viviendo con ellos me identifico con ellos. A veces pienso que si vivo ahí voy a pensar lo mismo. Voy a estar más interesada en la supervivencia que en la salud preventiva. Pero luego pienso que con mis estudios tengo algo que ofrecerles, algo bueno que ellos a menudo no reconocen. Con el tiempo, he visto a la gente cambiar. Así que voy a seguir regresando.”

La gente ha cambiado. En las áreas atendidas por SVRN de Bolivia y sus socios, el número de madres cuyos nacimientos fueron atendidos por un proveedor calificado (enfermera, enfermera media esposa o doctor) se incrementó en un 34% sobre el período de dos años del proyecto. El número de madres que dan de la que ansía a sus recién nacidos dentro de la primera hora de nacidos se incrementó en un 23%. El número de madres cuyos recién nacidos recibieron CERN dentro de una semana después del nacimiento, se incrementó en un 30%. Cerca de un 70% de más madres ahora saben por lo menos dos señales de peligro del recién nacido. El programa tuvo impacto, mucho más allá de las comunidades que atendió. Basado en los resultados prometedores de la iniciativa, el Ministerio de Salud y Deportes invitó a SVRN de Bolivia de manera de ayudar a desarrollar estrategias nacionales para reducir la morbilidad y la mortalidad neonatal. Esto, quizás más que cualquier otro aspecto del logro, va a ayudar a asegurar la sostenibilidad.

Apéndice I: Estrategias de movilización comunitaria para los CERN de las ONG's de Bolivia

ONG Implementadora	Participantes	Descripción
CIES/CARE	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes Comunitarios de Salud • Parteras • Trabajadores de los Servicios de Salud • Madres/Padres • Autoridades locales (menos frecuentemente) • Educadores de CIES/CARE 	<ul style="list-style-type: none"> • Los Agentes Comunitarios de Salud y los educadores de CIES/CARE recolectan información a través de visitas domiciliarias, reuniones grupales, festivales y otros medios • La información referida a las muertes neonatales se categoriza en un cuadro de acuerdo a la edad y el peso en el momento de la muerte. También se incluye el número de recién nacidos saludables en el cuadro. • Los miembros de la comunidad se reúnen para analizar las posibles causas de muerte y desarrollar Planes de Acción. Cada casilla indica diferentes tipos de intervenciones necesarias de acuerdo a cuando podría haber ocurrido el problema: antes del embarazo, durante el embarazo, durante el parto o después del parto. • Los Planes de Acción pueden incluir visitas domiciliarias, reuniones con las autoridades de salud, más charlas educativas, desarrollo de planes de emergencia grupales para encarar el problema de los sistemas de transporte, recursos financieros, etc.
Save the Children	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes Comunitarios de Salud • Parteras • Trabajadores de los Servicios de Salud • Madres • Autoridades locales (menos frecuentemente) • Educadores de Save the Children 	<ul style="list-style-type: none"> • Los Agentes Comunitarios de Salud y el personal de salud de los servicios recolectan información a través de las visitas domiciliarias, las reuniones grupales, festivales y otros medios • Se convoca a una reunión para analizar la información del sistema de vigilancia comunitario, la misma que es presentada gráficamente y compartida con la comunidad. La metodología utiliza una bandera de tres colores y muñecas de varios colores (rojo, amarillo y verde) dependiendo de la gravedad de los casos dados. • Las muñecas personifican recién nacidos vivos y recién nacidos que han muerto, aquellos que están lactando exclusivamente, que les han cortado el cordón con instrumento limpio y aquellos que fueron a su control dentro de los 3 primeros días de vida • Participantes desarrollan planes de Acción para encarar los problemas de salud con mayor gravedad. • Los Planes de Acción pueden incluir visitas domiciliarias, reuniones con las autoridades de salud, más charlas educativas, desarrollo de planes de emergencia grupales para encarar el problema de los sistemas de transporte, recursos financieros, etc.

ONG implementadora	Participantes	Descripción
Project Concern International (PCI)	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes Comunitarios de Salud • Personal de Salud de los Servicios • Madres • Adolescentes • Parteras tradicionales • Autoridades locales (menos frecuentemente) 	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes Comunitarios de Salud llevan a cabo sesiones educativas con madres, ferias educativas de salud y visitas domiciliarias, ya sea con el objetivo de enseñar, como recolectar información sobre la salud de los recién nacidos y su muerte. El personal de los servicios de salud participan en estas actividades. • Se consensúa la información con aquella de los Centros de Salud. • Durante las sesiones del CAI Comunitario, los miembros de la comunidad y el personal de salud analiza la información y desarrolla planes de emergencia. • A pesar de que las parteras tradicionales participan en estas actividades, se nota que su rol es poco claro
CEPAC	<ul style="list-style-type: none"> • Community Health Workers • Health Center Social Workers • Mothers • Local Authorities (less frequently) 	<ul style="list-style-type: none"> • Community Health Workers and Clinical Social Workers hold educational sessions with mothers, health fairs, and home visits both for teaching purposes and to gather information about neonatal health and deaths. The aim is also for mothers to continue to educate others in the community regarding these practices (called EMEs, or Mothers Teaching Events). • Information combined with that of Health Centers • During Community CAI sessions, community members and health workers analyze the data and develop community emergency plans • The same information is also analyzed on the level of the “Area CAI,” which has impact on a greater geographical region

Referencias

1. The Lancet, Sobrevivencia Infantil 2005 Neonatal Survival (Edición Especial). The Lancet. Marzo, 2005
2. Beck, Diana, Frances Ganges, Susan Goldman, Phyllis Long. Manual de Referencia de los Cuidados del Recién Nacido. Washington, D.C.: Save the Children. 2004.
3. Gwatkin, D, et al. Información Inicial a nivel de país acerca de las diferencias socioeconómicas en Salud, Nutrición y Población, vols. I and II. Washington, DC: Banco Mundial. 2003.
4. Carr, Dara. La división de salud entre los pobres y ricos. Population Reference Bureau. 2005. Disponible en la página web <http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=10082>
5. Pooley, Bertha et al. Informe final del Programa “Salvando la vida de los Recién Nacidos”, Bolivia. Save the Children/Bolivia. Abril, 2005

Más sobre CDC

Información más detallada sobre la metodología CDC se encuentra en la página Web de Save the Children: http://www.savethechildren.org/technical/health/PDQ_Final_Manual.pdf.

Un artículo de Bernice Pelea sobre la adaptación de la metodología por el PCI está disponible en: <http://www.sph.umich.edu/pfps/pubsresources/documents/>

[Spring%2005%20Fellows%20NewsFINAL.pdf](#).

Materiales de CDC también están disponibles en la página WEB del Grupo CORE: http://www.coregroup.org/diffusion/pdq_save.cfm.