



Estrategia de reducción de la morbimortalidad materna, perinatal e infantil

Trébol de Cuatro Hojas
Brasil



Estrategia de reducción de la morbimortalidad materna, perinatal e infantil

Trébol de Cuatro Hojas

Sobral, Ceará, Brasil

Primer Premio
Experiencias en Innovación Social
en América Latina y el Caribe

Foto de portada:
Programa de Trébol/Brasil/2010

El proyecto ha sido diseñado y ejecutado por:
Trébol de Cuatro Hojas
Secretaría de Salud y Acción Social de Sobral,
Ceará, Brasil
Email: trevodequatrofolhas@sobral.org

Derechos reservados, 2011

Renuncia de responsabilidad:
Las afirmaciones hechas en esta publicación
corresponden a las opiniones del autor y no
necesariamente reflejan las políticas o las
opiniones de UNICEF.

Diseño e Impresión:
Diseños e Impresiones Jeicos, S.A.

Producido por:
UNICEF, Oficina Regional para
América Latina y el Caribe
Edificio 102
Avenida Alberto Oriol Tejada, Ciudad del Saber
Apartado 0843-03045
Panamá, República de Panamá
www.unicef.org/lac

Índice

6	1. Introducción – La salud en los ODM
8	2. Brasil en el contexto regional
9	a. Sistema de salud del municipio de Sobral
10	b. Evolución de la mortalidad infantil en Sobral
11	3. El Programa “Trébol de Cuatro Hojas”
12	a. Objetivo
12	b. Origen
12	c. Estrategias
13	d. Población y criterios de atención
14	e. Líneas de acción
19	f. Costos y financiamiento
19	g. Impacto y resultados del programa
21	h. Desafíos y soluciones
22	4. Aspectos innovadores
24	5. Condiciones y recomendaciones para la réplica
26	6. Bibliografía



Programa Trebol/Brasil/2010

1.

La salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Al firmar la Declaración del Milenio, en septiembre de 2000, los Jefes de Estado y de Gobierno de 189 países se comprometieron a avanzar hacia un mundo más equitativo y libre de pobreza en 2015. Para lograrlo, establecieron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), tres de los cuales se relacionan específicamente con la salud. El ODM 3 compromete la reducción, en dos terceras partes, de la mortalidad durante los primeros cinco años de vida. El ODM 4 se refiere a la mejora de la salud materna y se traduce en dos metas orientadas a disminuir la mortalidad materna y dar acceso universal a la salud reproductiva. El ODM 5 define haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, el flagelo del paludismo y otras enfermedades graves que afligen a la humanidad. El conjunto de los ODM subraya el firme reconocimiento de que el crecimiento económico, la distribución del ingreso y la inversión en capital humano tienen un inmenso impacto en la calidad de vida de las personas y en su salud.

América Latina y el Caribe es una de las regiones del mundo que ha logrado mayores avances en los objetivos del milenio relacionados con la salud, en especial de la niñez (UNICEF 2010). En 2009, la tasa de mortalidad infantil de la región fue la más baja del mundo en desarrollo y su reducción fue la más rápida entre todas las regiones¹. Pero este promedio oculta grandes diferencias entre países e incluso al interior de ellos. En un extremo hay cinco países con tasas inferiores a 9 por 1.000 nacidos vivos que los ubica en los niveles de países europeos. A su vez hay 11 países con tasa superiores al promedio de la región y dentro de estos dos² tienen tasas superiores al promedio mundial³ (Gráfico 1). Existen también grandes diferencias al interior de los países entre zonas urbanas y rurales y por origen étnico.

Son muy variados los factores que actúan sobre la mortalidad materno infantil. Entre otros, el nivel de ingreso de las familias y su nivel educativo, el estado nutricional de la mujer, el acceso a servicios básicos tales como agua potable y saneamiento básico o a atención en salud sexual y reproductiva, y la edad de la madre⁴. No hay duda que la legislación de la salud de la mujer que asegure igualdad de derechos es también un factor que la afecta. Asimismo, el mejorar el acceso a los servicios de salud y avanzar en la institucionalización del parto reduciría la tasa de mortalidad, como de hecho se ha logrado en varios países de la región. Ahora bien, el acceso a dichos servicios está condicionado por razones económicas, sociales y geográficas; tales como la falta de independencia financiera y autonomía de la mujer y la lejanía entre su vivienda y el centro o servicio.

Por su parte, la mortalidad perinatal, que es un indicador directo de la atención prenatal, intraparto y neonatal e indirecto de la salud materna, fue de 34.6 por 1000 nacidos vivos en 2003, con rangos que van entre 53 en el Caribe y 21,4 en América del Sur y México (OPS/OMS/CLAP 2003). En relación con la mortalidad materna, aún cuando son conocidos los enormes problemas de subregistro, en especial en las zonas rurales más apartadas, la tasa se ha reducido tanto en el promedio mundial como en la región entre 1997 y 2005⁵ (OPS/UNICEF/UNFPA/Banco Mundial 2008).

1. En el promedio mundial la tasa se ha reducido en 27,2% y en la región en 51,7%.

2. Haití y Estado Plurinacional de Bolivia.

3. 49,9 por cada 1000 nacidos vivos.

4. Hijos de madres menores de 18 años o mujeres mayores de 40 con embarazos muy seguidos tienen mayor posibilidad de morir.

5. En América Latina y el Caribe de 130 a 99 y en el Mundo de 430 a 400 por 100.000 nacidos vivos.



Programa Trebol/Brasil/2010

2.

Brasil en el contexto regional

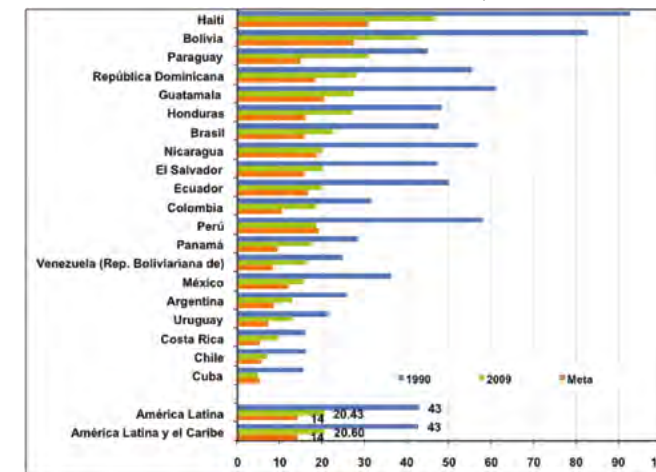
Brasil ha logrado importantes disminuciones en los índices de mortalidad materna infantil, pero no hay duda de que aún tienen mucho camino por recorrer para alcanzar la meta (Gráfico 1). Además, como es de esperarse, existen grandes disparidades entre estratos socioeconómicos y poblaciones de diferente origen étnico. Mientras en el quintil más rico la mortalidad infantil es de 15,8, para el más pobre llega a 34,9 por 1.000 nacidos vivos. Cuando la madre es indígena esta cifra llega a 94 por 1,000, 39 por 1,000 entre las afrodescendientes y para las blancas 22,9 por 1,000 (UNICEF 2007).

(61,4%), entre las que sobresalen la eclampsia y la hemorragia preparto. En las causas indirectas, están presentes las preexistentes agravadas por el embarazo en especial la diabetes, la anemia y los problemas cardiovasculares (OPS 2007).

El VIH/SIDA es un grave problema de salud en Brasil. De acuerdo con el último reporte de ONUSIDA (UNAIDS/WHO 2007) una tercera parte del total de personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se encuentran en Brasil, país que ha logrado mantener estable la epidemia gracias a los servicios de prevención y tratamiento que ha implementado. La prevalencia de la enfermedad entre adultos se ha mantenido alrededor de 0,5% desde 2000, la transmisión maternoinfantil se ha reducido de 16% en 1997 a 4% en 2002. Sin embargo, los avances presentan diferencias por estratos socioeconómicos, siendo casi tres veces más frecuentes entre las personas de menores ingresos.

Gráfico 1

América Latina (20 países): Tasa de Mortalidad infantil (Indicador 4.2), 1990, 2009 y meta para 2015^a. (Por cada 1000 nacidos vivos)



Fuente: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)- División de Población de CEPAL, cálculos realizados a partir de datos obtenidos por interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad, para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (dato de 1990), 2000-2005 y 2005-2010 (dato de 2009). El dato correspondiente a la meta al 2015 corresponde a un tercio de la tasa de mortalidad infantil de 1990.

Por su parte, en 2005, la mortalidad materna de Brasil era 75 por 100.000 nacidos vivos (UNICEF 2010) porcentaje superior al promedio regional. Las principales causas eran obstétricas directas

a. Sistema de Salud del Municipio de Sobral

Desde 1998, el Sistema de Salud del Municipio de Sobral, estado de Ceará, Brasil, está enmarcado en la Gestión Plena del Sistema Único de Salud (SUS). De esta forma, la Alcaldía, a través del Ministerio de Salud y Acción Social, asumió integralmente la responsabilidad de promover la salud de la población, coordinando todas las acciones, tanto asistenciales como preventivas y recibió recursos federales para la atención en salud de la población en todos los niveles.

El modelo de atención está organizado con base en los principios y directrices del SUS y se fundamenta en el Programa de Salud Familiar (PSF), cuyo objetivo es contribuir a la reorientación del modelo de atención en salud, sustituyendo el sistema tradicional de asistencia por uno enfocado en la promoción de la salud a partir del diagnóstico de la situación de la salud, mediante el análisis de los factores determinantes que afectan la salud de la población en un barrio, un distrito o un municipio.

b. Evolución de la mortalidad infantil en Sobral

La mortalidad infantil viene disminuyendo desde 1997, debido a diversas inversiones y programas específicos desarrollados por el gobierno municipal. Inicialmente se logró una reducción significativa de las muertes por diarrea, gracias a la ampliación del sistema de saneamiento básico. La implementación en 1997, del PSF con acceso universal de la población a los servicios de salud y los agentes comunitarios de salud, posibilitó la intervención precoz frente a las enfermedades complejas y la reducción de la mortalidad general en el municipio (Svitone et al. 2000). De acuerdo con las estadísticas del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), la mortalidad infantil en Sobral bajó de 43 por cada 1.000 nacidos vivos en 1996 a menos de 20 en 2005, colocándose por debajo del promedio del Estado y del país.

Para mejorar las tasas de morbilidad materna e infantil se requiere una serie de acciones concretas ampliamente identificadas, entre las que se destacan la calidad y acceso a los servicios de salud, la atención calificada tanto prenatal como en el parto, el nacimiento, el puerperio y el período neonatal así como el acompañamiento del desarrollo de los niños y niñas; las inmunizaciones, la salud sexual y reproductiva, modelos integrados de atención que articulen la salud pública y la comunidad, además del reconocimiento de los factores socioeconómicos que subyacen en la enfermedad y la mortalidad. Esta es precisamente la orientación que dirige las acciones del Trébol de Cuatro Hojas (TCH).



Programa Trebol/Brasil/2010



Programa Trebol/Brasil/2010



Programa Trebol/Brasil/2010

3.

Programa Trébol de Cuatro Hojas

a. Objetivo

Es una estrategia desarrollada por la Secretaría de Salud y Acción Social de Sobral, en el Estado de Ceará, Brasil, que tiene como objetivo reducir la morbilidad materno-infantil mediante la reorganización de la atención en salud a madres y niños durante las etapas prenatal, parto, puerperio y el período neonatal hasta los dos años de edad, las cuales constituyen cada una de las cuatro hojas del trébol.

b. Origen

Las autoridades de salud de Sobral, preocupadas por las altas tasas de mortalidad materna e infantil del municipio, decidieron realizar las llamadas "autopsias verbales"⁶ con las familias que habían padecido recientemente una muerte materna, fetal o infantil. Este procedimiento permitió determinar, en detalle, las fallas del sistema en la asistencia prenatal, en el parto, el puerperio y el período neonatal así como las causas socioeconómicas que subyacen en las mismas. Fue así como se detectaron las siguientes falencias referentes a la mujeres embarazadas:

En la identificación:

- problemas en la capacidad de detectar y atender embarazos de alto riesgo;
- algunas embarazadas no recibieron atención de parte de una Unidad de Salud, mientras otras asistieron a menos de seis consultas prenatales;
- algunas mujeres no se practicaron los exámenes de laboratorio requeridos;
- algunas mujeres no guardaban el reposo aconsejado por falta de apoyo familiar y social;

En la coordinación:

- falta de un vínculo entre el equipo de salud y las gestantes con lo cual no se preparaban ni utilizaban protocolos de seguimiento a las

madres y los hijos y se retardaba la captación de la gestante para iniciar los controles prenatales;

- problemas en la articulación entre los tres niveles de atención;
- dificultades en el acompañamiento a las embarazadas durante las consultas;
- problemas en el sistema de referencia y contrarreferencia entre la atención prenatal y las maternidades así como en la atención al parto y al puerperio.

Por su parte, las muertes infantiles estaban relacionadas con:

- fallas en la atención a madre y su hijo e inadecuada identificación y seguimiento de los recién nacidos en riesgo;
- falta de visitas domiciliarias a las mujeres en el puerperio y a los niños en los primeros días de vida;
- altas tasas de infección neonatal;
- insuficiente orientación a las madres sobre exclusiva o continua lactancia materna, que se suspendía en muchos casos por la sobrecarga de tareas domésticas y/o la necesidad de acompañar a otros hijos cuando éstos son internados en hospitales.

Consecuentemente, muchas mujeres experimentaban complicaciones que ponían en riesgo su vida y la de su(s) hijo(s). Esta situación se presentaba con mayor frecuencia en la población menos favorecida, en la que se acentúa la falta de apoyo familiar y social y donde el acceso a los servicios, por razones tales como la distancia o la autonomía de la mujer, es muy limitado.

c. Estrategias

Las estrategias que sirvieron para dar origen al proyecto municipal TCH, fueron:

- establecer acciones que garantizaran el cuidado necesario en las cuatro fases de atención materno-infantil⁷;
- determinar los criterios para la definición de riesgo clínico y social en el plano de los cuidados a mujeres y niños desde el prenatal hasta la atención pediátrica;
- generar diversas estrategias con la sociedad civil para asegurar la captación de recursos y de movilización social;
- producir un "kit para la gestante"⁸ y desarrollar propuestas temáticas para actividades educativas con grupos de mujeres embarazadas;
- implementar un sistema de monitoreo diario y evaluación permanente de los indicadores del proceso y de los resultados de la asistencia materno-infantil;
- brindar soporte técnico al Comité Municipal de Prevención de la Mortalidad materna, perinatal e infantil.

d. Características de la población y criterios de atención

El proyecto Trébol es una estrategia de atención con enfoque de salud familiar. Atiende a familias con mujeres embarazadas, en período postnatal o que están amamantando y a niños y niñas en sus primeros dos años de vida, especialmente a aquellas que evidencian algún tipo de riesgo social o clínico. Su principal labor se centra en brindar el apoyo del acompañamiento y fomenta el autocuidado.

La mayoría de las familias acompañadas por el Trébol viven en situación de pobreza y exclusión social. Son residentes de áreas rurales o urbanas en riesgo social y/o habitacional, situación que es determinada por los equipos de salud del municipio, de acuerdo con la clasificación de riesgo que puede ser social o clínica, según los criterios establecidos

y validados por el TCH (cuadro 1). La incorporación de una familia al proyecto, así como las acciones específicas de atención son definidas mediante esta clasificación. La mayoría de las mujeres atendidas son madres adolescentes o jóvenes con baja escolaridad y con niños y niñas menores de dos años de vida.

Cuadro I
Criterios de riesgo de TCH:
Sobral, Ceará, Brasil

Criterios

Riesgo SOCIAL	Riesgo CLÍNICO
<ul style="list-style-type: none">AnalfabetismoLugar de residencia (área de riesgo)Pobreza absolutaFamilias en situación de vulnerabilidad con hijos(as) menores de 5 añosFalta de apoyo alimentario y familiarDependencia químicaIncapacidad o dificultad para el autocuidadoEmbarazo no deseadoMadre adolescenteViolencia intrafamiliar	<ul style="list-style-type: none">Gestantes y puérperas con enfermedades preexistentes, enfermedades infecciosas, patologías ginecológicas y obstétricasCaracterísticas personales⁹ e historia reproductiva anterior de las mujeres embarazadas, puérperas y en amamantamientoNiños(as) con interconsultas entregadas al nacer, enfermedades preexistentes, bajo peso, o prematuros.Niños que reúnen los requisitos de recién nacido en riesgo al nacer o de riesgo adquirido posteriormente

Fuente: Responsables del programa, 2010.

Las familias que no cubren sus necesidades básicas reciben los beneficios de emergencia, tales como: la documentación básica¹⁰, que incluye tanto el registro civil de nacimiento para los hijos e hijas como el documento de identidad para la madre; alimentos, ropa, calzado y medicamentos, disponibles gracias a contribuciones de la sociedad

6. La "autopsia verbal" es una metodología en la cual, a través de una entrevista con los familiares del niño o la madre fallecida, se recupera la historia de todos los hechos que precedieron a la muerte.

7. Embarazo, parto, puerperio y el niño hasta los dos años de vida

8. El Kit de la gestante, que se le entrega a la gestante, para incentivar la maternidad responsable. Contiene frazadas, ropa y medias para el recién nacido.

9. Historia médica y familiar (diabetes, hipertensión, etc)

10. El registro de nacimiento para la/el hija/o y los documentos de identidad de la madre.

civil. Esta es precisamente la perspectiva con la que trabajan las Madras y Padrinos Sociales, que como se mencionó contribuyen mensualmente con una cantidad fija de dinero. Igualmente están las “Articuladoras Sociales” que son personas voluntarias, del mismo municipio que participan de manera permanente en la difusión del programa, la organización de eventos sociales y la captación de recursos financieros.

Por otro lado, las familias que cumplen las condiciones para ser beneficiarias de los distintos programas y proyectos sociales del Gobierno Nacional o Estatal, tales como el beneficio de prestación permanente para enfermos y portadores de deficiencias, Bolsa Familia, Huertas Caseras, cursos de capacitación, son apoyadas para que puedan recibir estas contribuciones. Paralelamente, según corresponda, se solicita transporte a guarderías o escuelas, proyectos de empleo e ingresos o mejora de las viviendas.

e. Líneas de acción básicas

Las tres líneas básicas de acción del programa son: gestión del cuidado en las cuatro fases de atención materno-infantil; vigilancia de la morbilidad materna e infantil y provisión del apoyo social.

Línea 1: Gestión del cuidado durante las cuatro fases de atención materno-infantil

FASE I: Gestión de la atención prenatal

La fase I incluye la selección y capacitación de las Madres Sociales¹¹ para el cuidado de las embarazadas en riesgo y la organización de un calendario de actividades de educación permanente en el área de ginecología y obstetricia para los profesionales de los Centros de Salud de la Familia (CSF). Igualmente se lleva a cabo el monitoreo de los indicadores de calidad del control prenatal, a través del ingreso de información al banco de

datos del Trébol y el cruce de ésta con los sistemas oficiales del Ministerio de Salud. Dicha información se presenta en el informe mensual consolidado con los indicadores de prenatal y del área de salud familiar del municipio. A partir de los informes de los CSF se detectan las embarazadas según criterios de riesgo clínico y social, las que reciben visita domiciliar del Equipo de Salud Familiar (ESF), con especial énfasis en las que presentan resistencia al control prenatal, y requieran apoyo alimenticio o la atención de una Madre Social. Este trabajo es permanentemente evaluado, según el perfil clínico y sociofamiliar, y uno de los temas claves de dicho proceso es la valoración del cumplimiento de las recomendaciones médicas.

Como una forma de promover la participación en el programa, el cumplimiento del control prenatal y la participación en las actividades educativas, se hace entrega del Kit a las madres. Por otra parte se realizan visitas a las embarazadas hospitalizadas en maternidad de alto riesgo para registrar las necesidades específicas de acompañamiento y presentar un informe diario, a los CSF, sobre su estado y evolución, al igual que el de las egresadas. Para asegurar un apoyo permanente a las Madres Sociales se evalúan y analizan de manera continua sus necesidades en la labor de acompañamiento domiciliar a los niños y las niñas cuyas madres están hospitalizadas en maternidad de alto riesgo. De gran importancia es también la definición de protocolos para la atención de gestantes portadoras de enfermedades mentales.

FASE II: Gestión de la atención del parto y puerperio

En esta fase se desarrollan acciones complementarias a la anterior. Se destacan la identificación de factores de riesgo para la labor de parto, así como la elaboración de una guía de cuidados y la preparación de un protocolo que

asegure la atención de mujeres embarazadas en las maternidades para el parto y evite su “peregrinación” por los distintos servicios (centros de salud, salas de emergencia). Por otra parte, se realizan visitas y entrevistas a las púerperas en la maternidad para evaluar la atención durante el parto, el uso del Carné de Salud de la Madre y del Niño, especialmente en relación a los registros del control prenatal y la identificación de factores de riesgo en el puerperio a fin de elaborar los planes de atención, así como las necesidades de apoyo de las Madres Sociales para el acompañamiento de mujeres con trastornos mentales sin apoyo familiar durante el parto. Así mismo se asigna una Madre Social para el acompañamiento de los hijos e hijas de embarazadas sin apoyo familiar durante la hospitalización para el parto. Diariamente se reporta a los CSF los nacidos vivos, mortinatos, complicaciones y condiciones de los partos y se elaboran los protocolos para la visita de enfermería y de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) a los CSF durante el puerperio precoz. Con base en los indicadores de proceso y de resultado, se crean los formularios de reporte mensual para los Centros, cuyos datos son consolidados y cruzados con el banco de datos del Programa Trébol y con los sistemas oficiales de información¹², los cuales retroalimentarán las acciones de los Centros y del Trébol. Además, las Madres Sociales efectúan visitas domiciliarias a las mujeres púerperas para evaluar y apoyar sus necesidades.



Carné de Salud de la madre y del niño

Registra datos de la evolución del embarazo hasta el parto; además, en el niño, se anotan datos sobre vacunación, antropometría, hospitalizaciones. También contiene información útil sobre crecimiento y desarrollo normal del niño hasta los cinco años, lactancia materna, entre otros.



11. Más explicación sobre el rol y selección de las Madres Sociales es proveído en la sub-sección “provisión del apoyo social”.

12. Sistema de Información de Atención Primaria-SIAB, Sistema de Información sobre Nacidos Vivos-SINASC, Sistema de Información Prenatal-SIS-PRENATAL y Sistema de Información sobre Mortalidad-SIM)

FASE III: Gestión de la atención del nacimiento y el período neonatal

Las actividades que se realizan en esta fase van desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida del niño o niña. En esta fase se visita diariamente a los recién nacidos hospitalizados en las maternidades, en donde se clasifican de acuerdo a su nivel de riesgo, se evalúa su evolución hasta el egreso hospitalario y se elaboran los planes de atención. Igualmente se realizan visitas domiciliarias para orientar a las madres con dificultades en el amamantamiento. Se mantiene comunicación permanente con el Gerente del CSF y el encargado de pediatría sobre cualquier recién nacido en riesgo para solicitar atención especial necesaria. En el marco del proyecto “Maternidad Responsable” se estimula la realización del Test de Pezinho (Tamizaje Neonatal)¹³, el Registro Civil de Nacimiento y las consultas en puericultura¹⁴ (entrega de foto de recién nacido sobralense).

FASE IV: Gestión de la atención del niño o la niña en sus dos primeros años de vida

Las actividades en esta fase corresponden a la atención al niño y niña desde su nacimiento hasta los dos años de vida. En la misma se identifican los lactantes/niños con algún riesgo, se clasifican según su condición “riesgo adquirido” en los primeros dos años de vida y se elabora el plan de cuidados. Igualmente se definen las rutinas de acompañamiento para el niño sano. Se efectúan visitas domiciliarias para la evaluación de la necesidad de apoyo y acompañamiento domiciliar u hospitalario de una Madre Social y/o apoyo nutricional¹⁵. Para los que se encuentran hospitalizados se visita diariamente las salas de pediatría para su acompañamiento, observando su evolución hasta su alta. Diariamente se reporta a los Centros de Salud de la Familia sobre el

internamiento, evolución y alta de los niños con menos de dos años y se llevan a cabo reuniones interdisciplinarias e intersectoriales para la discusión de los casos de mayor complejidad.

Es importante destacar que cada plan de cuidados, en las cuatro fases, es elaborado en conjunto con la familia beneficiaria, que a su vez se compromete a una serie de acciones específicas, promoviendo así la idea de la co-responsabilidad en donde el sistema de salud no es el único encargado de velar por la salud del individuo o del colectivo. Por ejemplo, las gestantes se comprometen a asistir a las consultas prenatales y a realizarse los exámenes solicitados, así como a participar en grupos con las mujeres embarazadas donde hay educación permanente sobre el autocuidado, tratamiento clínico, detección oportuna de signos y síntomas de complicaciones. Con las familias de niños menores de 6 meses, el acuerdo es llevar al bebé a las consultas de puericultura (acompañamiento de crecimiento y desarrollo), tener las vacunas al día, mantener la lactancia materna exclusiva, realizar el registro de nacimiento, recibir orientación sobre los cuidados básicos, estimulación precoz, vínculo afectivo madre/familia-niño. Finalmente, en familias con niños entre los 6 y 24 meses de edad las recomendaciones se enfocan a cuidados adecuados, cumplimiento de un calendario de puericultura y vacunación, alimentación saludable, dando relevancia al acompañamiento apropiado de controles pediátricos y tratamientos clínicos. El acompañamiento que TCH da a las familias beneficiarias es asegurado hasta que la situación de riesgo identificada sea resuelta.

Línea 2: Monitoreo de la morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil

La atención materno-infantil se desarrolla a partir del monitoreo y evaluación permanentes de

los indicadores de calidad de la atención a las gestantes y los niños y un análisis y clasificación de las muertes maternas, fetales e infantiles, de acuerdo con los procesos descritos en las etapas del programa.

Para el monitoreo de la atención materno-infantil hay un Comité de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, órgano interinstitucional con representación de los tres niveles de atención en salud del municipio y de los consejos de defensa¹⁶, coordinado por el equipo del TCH. Este se reúne una vez al mes para discutir y clasificar todas las muertes maternas, fetales e infantiles ocurridas en el mes anterior en el municipio de Sobral, identificar los factores determinantes en cada muerte y elaborar líneas de acción para atender casos similares en el futuro. Los preceptores de obstetricia y pediatría son los responsables de analizar las muertes utilizando el registro de controles durante el prenatal, los registros de internación de maternidad o del hospital donde el niño o niña estuvo internado. El equipo del TCH realiza una “autopsia verbal” con la familia y con los profesionales de salud para obtener un mayor detalle del caso. Esta fuente de información es la más valiosa porque permite detectar todos los eventos ocurridos desde la aparición del primer signo de enfermedad hasta la muerte.

El Comité tiene carácter educativo y propositivo. A partir del análisis de las muertes, busca identificar si hubo fallas en la atención a la gestante y/o al niño para proponer acciones procurando evitar nuevas muertes. Las muertes son clasificadas de acuerdo a los criterios de “evitabilidad” propuestos por la Fundación SEADE¹⁷ (Cuadro 2).

Cuadro 2

Crterios de “evitabilidad” de las causas de muerte* Fundación SEADE -Sistema Estatal de Análisis de Datos-Sao Paulo
I- Evitables/prevenibles por: 1. Inmuno-prevención 2. Adecuado control prenatal 3. Adecuada atención del parto 4. Acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz 5. Trabajo con otros sectores
II- No evitables Se refiere a enfermedades de alta letalidad, sin posibilidad de intervención. Por ejemplo, anomalías congénitas graves de causa hereditaria.
III- Mal definidas Hace referencia a cuadros no especificados y mal definidos. La presencia de muertes mal definidas indica el grado de acceso de la población a los servicios de salud y a la capacidad de diagnóstico de estos servicios, incluyendo en este contexto, la presencia o no de los servicios de verificación de muertes.

*Para mayor detalle, ver Ortiz 2001.

Además de estas tareas en el ámbito clínico y domiciliar, se realizan proyectos que reorganizan la asistencia materno-infantil, tales como la Gincana Parceiros da Crianças (Juegos de Socios de la niñez); promoción de la alimentación materna y de la maternidad responsable; tratamiento de la diarrea e infecciones respiratorias agudas; Gincana amor à vida prevenir é sempre melhor (Juego de amor a la vida –prevenir es siempre mejor-) para la implementación y organización diferenciada en salud del adolescente y prevención del embarazo precoz.

Línea 3: Provisión de apoyo social

El apoyo social es garantizado por el trabajo entre el sistema público local, estadual y federal, con la sociedad civil, a través de las acciones de las Madres Sociales y de los Padrinos y las Madras Sociales, así como de las donaciones de personas y empresas que colaboran con el proyecto.

13. Test que detecta tres enfermedades metabólicas congénitas en el recién nacido: Fenilcetonuria, Hipotiroidismo e Hiperplasia suprarrenal.

14. Puericultura es el estudio de la salud y cuidados que deben darse a los niños y niñas durante los primeros años de vida.

15. A las familias que requieren apoyo nutricional se les hace entrega, mensualmente, de la canasta básica de alimentos.

16. Consejo Municipal de Salud, Consejo Municipal de los Derechos de los Niños y Adolescentes y el Consejo Municipal de los Derechos de la Mujer.

17. Sistema Estadual de Análisis de Datos-Sao Paulo

- **La Madre Social**

La Madre Social es una persona de la misma comunidad que tiene como objetivo apoyar a la familia en riesgo, ya sea en el hospital o en el hogar. Cuidan a las gestantes y a las puérperas que requieren atención especial para sí mismas o para el hijo. El trabajo de la Madre Social es remunerado. Tienen una jornada de ocho horas diarias y el salario es proporcional al salario mínimo vigente (R\$ 14,75/día y R\$ 20,65/día en fin de semana¹⁸). Su trabajo se determina según las necesidades identificadas para cada una de las mujeres, niños, niñas y familias beneficiarias del programa. Además de la atención domiciliar que brinda, la Madre Social también hace turnos acompañando a las embarazadas, puérperas y niños o niñas cuando están hospitalizados y no cuentan con un apoyo familiar.

Las primeras Madres Sociales fueron seleccionadas en 2001, con la creación del programa TCH. Fueron identificadas por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y seleccionadas por el equipo técnico del Trébol a través de un abordaje grupal, entrevista individual y un análisis de su perfil, especialmente en relación con aspectos tales como la aptitud para trabajar con niños y en quehaceres domésticos, la experiencia personal positiva con la lactancia materna y la participación en trabajo comunitario. Actualmente, hay 74 Madres Sociales registradas en el programa, tanto en áreas urbanas como rurales de Sobral. La mayoría tienen entre 30 y 50 años de edad, son casadas, y en promedio tienen cuatro hijos -siendo éstos, en general, adolescentes o adultos.

La capacitación de las Madres Sociales se fundamenta en el paradigma de la promoción de la salud, con énfasis en la cultura comunitaria con perspectiva de género, haciendo uso del método participativo y constructivista¹⁹. Durante la capacitación se tratan temas de género y familia;

apoyo social y empoderamiento; ética del cuidador; signos y síntomas de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio; ventajas y dificultades de la alimentación materna y; crecimiento y desarrollo infantil. Este conocimiento ayuda a garantizar el éxito de la iniciativa. Además, se fomentan conocimientos prácticos y habilidades en el cuidado del ambiente doméstico; de la gestante, la puérpera y del recién nacido; del niño en riesgo clínico y social; así como en técnicas de apoyo a la alimentación materna. En términos de actitud se trabaja la valorización y defensa de la vida humana; el comportamiento ético junto a la familia acompañada; el respeto a la mujer y al niño como ciudadano y; el compromiso con la mejora de la calidad de vida de las familias.

- **Las Madras y Padrinos Sociales**

Las Madras y Padrinos Sociales son personas naturales o jurídicas de la sociedad civil que se solidarizan con la estrategia comprometiéndose a hacer una contribución mensual, cuyo monto es definido por cada uno. Estas contribuciones son depositadas en el Fondo Municipal de los Derechos de la Infancia y del Adolescente, lo que asegura la transparencia y el control social en la inversión y son deducibles de los impuestos. Además de la contribución monetaria, también se reciben donaciones en especie.

Los Padrinos y Madras Sociales se reúnen trimestralmente con el equipo de Trébol para discutir los avances y desafíos de la estrategia, planear campañas de recaudación de fondos, de divulgación para captación de Madras y Padrinos Sociales y de organización de eventos.

Anualmente se lleva a cabo el Encuentro Solidario entre Madras/Padrinos/Madres Sociales, embarazadas y madres beneficiarias del proyecto. En el marco de estos encuentros se desarrolla el *Desfile* por la vida en donde los profesionales de

la salud, Madres Sociales, Madras y Padrinos Sociales, socios y artistas locales se manifiestan con el propósito de difundir la estrategia, captar nuevos recursos y fortalecer el compromiso de trabajo. Para promover y valorar la lactancia materna anualmente se realiza el *Día de la Princesa*, en donde se hace un homenaje a las madres que se destacan por su perseverancia y adherencia a la lactancia materna, como una forma de incentivar el amamantamiento en la comunidad. Además de eso, se aprovecha el evento para presentar las cuentas, resultados mensuales y reforzar la propuesta del Trébol.

Otras acciones del equipo del Trébol de Cuatro Hojas incluyen la participación en el grupo de monitoreo de sífilis congénita; el Consejo Municipal de los Derechos del Niño y Adolescente; el pacto intersectorial de los Barrios Vila União, Terrenos Novos y Junco; y el Comité de Prevención de Violencia contra Niños y Adolescentes y la producción científica de textos sobre atención maternoinfantil.

f. Costos y financiamiento

El proyecto es ejecutado por la Secretaria Municipal de Salud y hace parte integral de la política pública municipal de salud. Gran parte del financiamiento viene del Fondo Municipal de Salud, recurso establecido constitucionalmente.

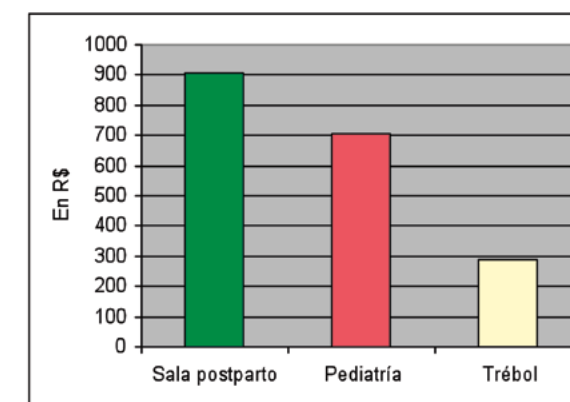
En el año 2009, el costo total de las acciones del Trébol fue R\$ 675.286,35 (USD 338.000 aproximadamente) de los cuales cerca del 85% se utilizó en el mantenimiento de la sede, transporte de los funcionarios a las visitas hospitalarias y los salarios y remuneraciones del personal, incluyendo las Madres Sociales.

En 2004 se realizó un estudio comparativo, sobre el costo mensual de la asistencia a un niño según el sector en el que era atendido y se constató que el de internación de un bebé en la sala de postparto

(alojamiento conjunto) de una maternidad costaba en promedio R\$ 907,95 (aproximadamente USD 388), en una sala de enfermería pediátrica era un poco más bajo, R\$ 704,37 (aproximadamente USD 263) mientras el de un niño en riesgo con acompañamiento domiciliar de una Madre Social del TCH (niño hospitalizado) era de R\$ 288 (aproximadamente USD 107) (Gráfico 2).

Gráfico 2

Costo mensual de asistencia infantil por sector de atención, 2004.
Sobral, Ceará, Brasil
(en R\$)



Fuente: Formulario de visita en terreno. Septiembre, 2007.

g. Impacto y resultados del programa

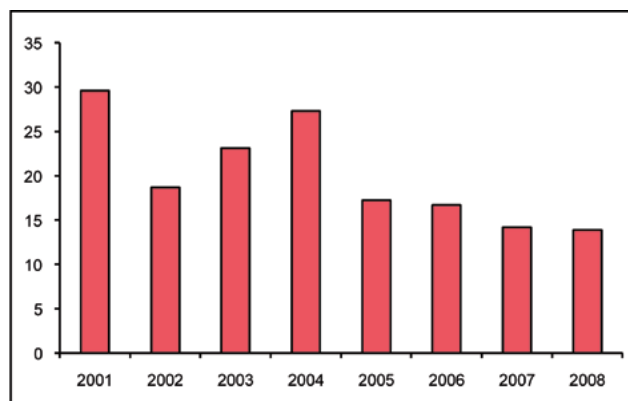
Desde su implementación en 2001, ha logrado reducir significativamente la tasa de mortalidad infantil de 29,6 por 1.000 nacidos vivos en 2001 a 13,8 en 2008 (Gráfico 3); sin embargo, la mortalidad neonatal precoz aún se mantiene en niveles más altos de los esperados y continúa presentado grandes fluctuaciones (Cuadro 3). Estudios que llevó a cabo el Servicio de Salud mostró cómo este indicador se relaciona principalmente con el nacimiento prematuro debido a infecciones del tracto urinario de las embarazadas, por lo que en 2007 se propuso modificar el esquema de tratamiento de estas patologías.

18. Vigente en 2010.

19. Este método valora el saber popular y está enfocado en la formación de sujetos autónomos y críticos.

Gráfico 3

Tasa de mortalidad infantil del municipio de Sobral, 2001-2008. Ceará, Brasil (por 1.000 nacidos vivos)



Fuente: SSAS/Comité de Prevención de la Mortalidad materna, perinatal e infantil de Sobral.

Cuadro 3

Tasa de mortalidad infantil según sus componentes²⁰, Sobral, 2002-2006. Ceará, Brasil (por cada 1.000 nacidos vivos)

Año	Mortalidad Neonatal		Mortalidad Post-neonatal	Mortalidad infantil
	Precoz	Tardía		
2002	68,7	14,1	17,2	18,7
2003	57,3	20,0	22,7	23,1
2004	48,8	25,6	25,6	27,3
2005	62,9	14,8	22,2	17,2
2006	61,5	21,2	17,3	16,7
2007	46,7	24,4	28,9	14,2
2008	65,9	18,2	15,9	13,9

Fuente: SSAS/Comité de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil de Sobral.

20. La TMI se divide según el momento de las muertes infantiles (menores de 1 año) en: Período Neonatal (0 a 27 días), subdividido en Neonatal Precoz (desde el nacimiento hasta el sexto día de vida) y Neonatal Tardía (7 a 27 días de vida); y período Post-neonatal (entre 28 y 365 días de vida).

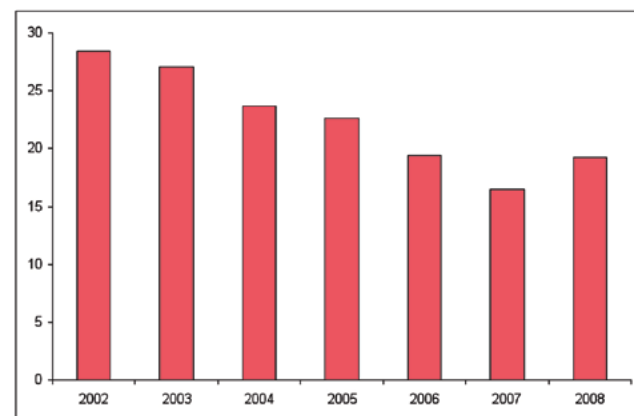
21. La tasa de mortalidad perinatal es calculada con base al número de muertes fetales (con peso mayor o igual a 500 g o mayor o igual a 22 semanas de gestación) y de nacidos vivos con hasta seis días de vida.

22. Número de defunciones maternas por 100 mil mujeres en edad reproductiva definida como 15 a 44, 10 a 44 o 15 a 49 años. Una defunción materna ocurre cuando fallece una mujer embarazada o que haya estado embarazada en las últimas 6 semanas.

La tasa de mortalidad perinatal (TMP), ha tenido un descenso constante desde 2002, pasando de 28,4 a 16,5 por mil nacidos vivos en 2007 (Gráfico 4), presentado un aumento en 2008 lo que demuestra el gran desafío que aún se enfrenta.

Gráfico 4

Tasa de mortalidad perinatal, Sobral, 2002-2008. Ceará, Brasil (por cada 1.000 nacidos vivos)

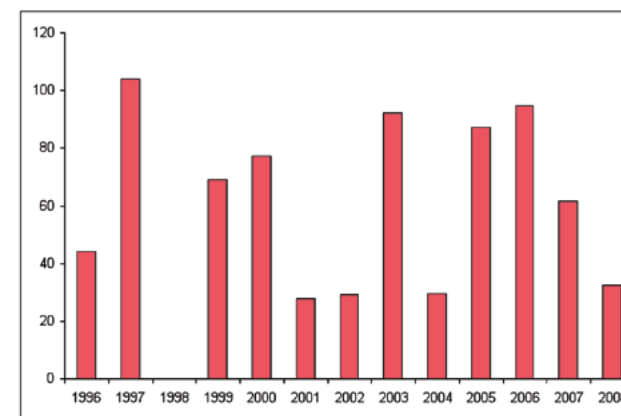


Fuente: SSAS/Comité de Prevención de Mortalidad materna, perinatal e infantil de Sobral.

La tasa de mortalidad materna²², si bien también ha disminuido en cerca de 70 puntos (Gráfico 5), continúa siendo volátil y muy sensible a aspectos que aún no se han logrado controlar del todo, tales como las infecciones o las enfermedades preexistentes; e indudablemente continúa siendo el gran reto de esta estrategia. Estos resultados han llevado al equipo del Trébol a continuar revisando los indicadores de calidad de la atención durante el embarazo.

Gráfico 5

Tasa de mortalidad materna (óbitos/100 mil nacidos vivos), de 1996-2009. Sobral, Ceará, Brasil



Fuente: Responsables del proyecto, abril de 2009.

Otro resultado muy importante de la estrategia ha sido su capacidad de incrementar de manera significativa su cobertura pasando de 250 familias en 2002 a 2.265 en 2010, con costos promedios anuales inferiores a los de los modelos tradicionales.

h. Desafíos y soluciones

El primer reto está vinculado con las restricciones presupuestarias que enfrentan al ser una iniciativa local y por lo tanto poder contar solamente con el presupuesto municipal. Para solucionarlo crearon la figura de las Madras y Padrinos Sociales que como se ha descrito contribuyen mensualmente con una cantidad fija de dinero y las "Articuladoras Sociales" que son personas voluntarias del mismo municipio que participan de manera permanente en la difusión del programa, la organización de eventos Sociales y la captación de recursos financieros.

La conformación de los equipos de Madres Sociales, fue visto como un gran desafío inicial. ¿Era posible conseguir el número de mujeres de

la comunidad necesaria para llevar a cabo esta tarea? ¿Serían aceptadas por la comunidad y al interior de las familias? ¿Tendrían la capacidad de llevar a cabo su labor adecuadamente?. El utilizar a los Agentes Comunitarios en su identificación fue factor clave para enfrentar estos desafíos. Las conocen, saben de su trayectoria familiar y su capacidad, son mujeres reconocidas y respetadas por la comunidad. Además para asegurar su capacidad de acción efectiva, reciben la capacitación necesaria para desempeñar las funciones asignadas. Los Agentes Comunitarios y las propias Madres Sociales juegan también un papel muy importante en la identificación de las familias en riesgo. Al ser parte de la comunidad a la que se atiende, conocen a las amigas, vecinas, comadres, etc. de las mujeres embarazadas, las condiciones en las que viven y por lo tanto los factores positivos o negativos que enfrentan.

La última limitación es la de no contar con una unidad de cuidados intensivos en el municipio, pero el sistema de remisión hacia la capital se ha mejorado cuando se requiere este nivel de atención.



Programa Trebol/Brasil/2010



Programa Trebol/Brasil/2010

4.

Aspectos innovadores

El Trébol de Cuatro Hojas tiene una gran cantidad de fortalezas y aspectos innovadores que han dado lugar a los resultados que se detallan a continuación:

Al nivel del gobierno:

- La estrategia está vinculada con las políticas sociales nacionales y está financiada por una combinación del presupuesto del gobierno municipal y la sociedad civil.
- La coordinación entre los tres niveles de atención en salud en donde funcionan los sistemas de referencia y contrarreferencia.
- El desarrollo de los protocolos de atención para las cuatro fases de la asistencia materno-infantil y los planes de la atención interinstitucional que incorporan elementos clínicos y sociales.
- El plan de cuidados intersectorial elaborado bajo una visión holística que incorpora lo clínico y lo social.
- La base de datos actualizada –diariamente– que proporciona información precisa para la ejecución, acompañamiento y evaluación del proyecto de manera permanente.
- La producción y sistematización de documentos (protocolos clínicos, carné, fichas, etc.) contextualizados a la realidad local.

Al nivel comunitario y de las familias:

- Se reconoce la responsabilidad compartida entre el sistema de salud y las familias beneficiadas, con alto grado de consolidación debido principalmente al compromiso y participación de los múltiples actores –de diversos segmentos de la salud municipal– en el proceso de gestión del proyecto.
- Reconoce y profundiza las causas socio económicas de la mortalidad materno infantil y desarrolla las alternativas creativas para

- atenderlas, tales como las Madres Sociales.
- La estrategia tiene un enfoque familiar –la mujer y/o niño como parte de una familia– y está basada en los principios de promoción de la salud.
- Se asiste a las familias en riesgo pero siempre buscando potenciar el autocuidado y la autonomía.
- La interacción con la Universidad, en especial con las facultades de enfermería, medicina y servicio social.

Un aspecto de este modelo es el cambio conceptual, pasando de la trivialización de la muerte de madres y niños a una visión encaminada a garantizar los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y demás pactos y convenciones relacionadas.



Programa Trebol/Brasil/2010



Programa Trebol/Brasil/2010



Programa Trebol/Brasil/2010

TCH constituye una estrategia efectiva de reducción de la mortalidad materna e infantil. Es perfectamente replicable en cualquier municipio con las debidas adaptaciones a la realidad local. Un elemento que facilita su réplica es la calidad y claridad de la sistematización con la que cuenta. Tiene como principal característica el trabajo conjunto entre el gobierno municipal, la sociedad civil, la comunidad y el sector privado, lo que favorece su consolidación. Como tal, también surgen desafíos permanentes tales como asegurar su continuidad como política pública, garantizar la sustentabilidad financiera para mantener, difundir y ampliar las acciones que actualmente realiza.



Programa Trebol/Brasil/2010

5.

Condiciones y recomendaciones para la réplica



Programa Trebol/Brasil/2010

Bibliografía

- Ortiz, L.P., 2001. Agrupamentos das Causas de Morte das crianças co menos de um ano segundo Critério de Evitabilidade das Doenças, Sao Paulo: Fundação Seade.
- OPS, 2007. Salud en las Américas. Available at: <http://www.paho.org/hia/home.html> [Accessed May 9, 2011].
- OPS/UNICEF/UNFPA/Banco Mundial, 2008. Mortalidad materna en 2005. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf.
- PAHO/WHO/CLAP, 2003. Información en Salud Materno Perinatal (América Latina y Caribe) Situación Actual. Available at: http://new.paho.org/clap/index.php?option=com_content&task=view&id=71&Itemid=220.
- Svitone, E.C. et al., 2000. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(5). Available at: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000500002&lng=em&nrm=iso.%20doi:%2010.1590/S1020-49892000000500002.
- UNAIDS/WHO, 2007. AIDS epidemic update 2007. Available at: < http://data.unaids.org/pub/epislides/2007/2007_epiupdate_en.pdf > .
- UNICEF, 2010. Country Profile. Brazil: Maternal, Newborn and Child Survival. Available at: http://www.childinfo.org/profiles_973.htm.
- UNICEF, 2007. The State of the World's Children 2008. Child Survival. Available at: <http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08.pdf>.
- United Nations, 2010. Achieving the Millennium Development Goals with equality in Latin America and the Caribbean: Progress and challenges. Available at: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/34052/P34052.xml&xsl=/dds/tpl-i/p9f.xsl&base=/MDG/tpl-i/top-bottom.xsl>.

