

Programa AMDD (Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas)

Bangkok, 19 a 21 de febrero de 2002

Informe sobre el Taller

Ejecución

1. Introducción	2
2. Ejecución: Sesiones de trabajo	3
3. Cuestiones clave de políticas y temas incipientes: Sesiones plenarias y en panel	8
4. AMDD: Un creciente movimiento mundial	11
Anexo 1 Lista seleccionada de gobiernos y organizaciones representados en el Taller de Bangkok	12
Anexo 2 Instrumentos y documentos de AMDD distribuidos en Bangkok	13

1. Introducción

La segunda reunión anual de asociados al Programa AMDD (Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas) congregó a más de 200 personas en Bangkok (Tailandia), para intercambiar experiencias y métodos a fin de reducir el número de defunciones y casos de discapacidad debidos a complicaciones del embarazo.

El tema del Taller, realizado en el tercer año del Programa quinquenal, fue “Ejecución”. En las sesiones de trabajo se abordaron cuestiones médicas, de gestión y de derechos humanos, relacionadas con la ejecución. En las sesiones plenarias y en panel se trataron cuestiones clave de políticas y otras que están surgiendo. Además, varios equipos que trabajan en proyectos apoyados por el Programa AMDD realizaron reuniones separadas en que pasaron revista a los adelantos y consideraron medios para superar los obstáculos.

Los participantes comparten la convicción de que es posible salvar las vidas y mejorar la salud de las mujeres si éstas tienen acceso a buenos servicios de atención obstétrica para atender las complicaciones tan pronto como ocurran. Los participantes, en su mayoría, están involucrados en proyectos para aumentar la disponibilidad, la utilización y la calidad de la atención obstétrica de emergencia (AOE).

Asistió a la reunión de Bangkok un número de participantes igual al doble de los presentes en el Taller realizado en Marrakech (Marruecos) en febrero de 2001. Este año, los participantes provenían de 21 países de África, 12 de Asia, 3 de América Latina, 2 de la región de los Estados árabes y 3 de Europa, así como de los Estados Unidos. Dado que el mayor número de participantes provenía de Asia, se escogió Bangkok para celebrar la conferencia, aun cuando no se ejecutan en Tailandia proyectos apoyados por el Programa AMDD.

En palabras del Dr. Allan Rosenfield, Decano de la Escuela Mailman de Salud Pública, Universidad de Columbia, en la sesión plenaria inaugural, “Con la ayuda de nuestros aliados, estamos consagrados a reducir el número de mujeres que mueren innecesariamente debido a complicaciones del embarazo. Hace mucho que se necesitaban acciones de ese tipo”.

Las alianzas fueron tema del discurso en sesión plenaria del Dr. Gordon Perkin, Director Ejecutivo del Programa Mundial de Salud, Fundación Bill & Melinda Gates, quien señaló que “para que las alianzas sean eficaces, deben tener una meta clara e inequívoca”. Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales (ONG) están tratando de alcanzar una meta ideal compartida: “Que cada mujer tenga un parto sin riesgo y una vida saludable y productiva con su familia”.

El compromiso en pro de evitar la muerte y discapacidad maternas fue evidente en los intercambios de ideas, durante las sesiones y oficiosamente, en los corredores. Entre los participantes figuraron un ministro y varios jefes de departamentos en ministerios

nacionales de salud; decanos y profesores de colegios universitarios; presidentes de asociaciones profesionales, entre ellas la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO); encargados de prestar servicios; y personal de proyectos. Se distribuyó en el Taller una lista de participantes para facilitar el continuo establecimiento de redes (pueden solicitarse copias por e-mail a amdd@columbia.edu).

2. **Ejecución: Sesiones de trabajo**

“La ejecución abarca más que impartir capacitación y adquirir equipo: comprende la prestación de servicios de buena calidad, de manera fiable y respetuosa”

Prof. Deborah Maine
Directora del Programa AMDD

Las sesiones de trabajo abarcaron 14 temas: prestación de servicios; auditorías para mejorar la atención médica; prevención de infecciones; mejora de la calidad; recopilación y utilización de datos; gestión de los establecimientos; suministros y equipo; renovación; capacitación en AOE; documentación y comunicación; y derechos humanos a nivel de los establecimientos, de las políticas gubernamentales y de la comunidad.

Si bien todos esos temas son importantes para la eficaz ejecución de los proyectos, se determinó que en esta etapa del Programa AMDD las dos cuestiones “medulares” son **prestación de servicios y recopilación de datos**. Todos los equipos de proyectos apoyados por el Programa AMDD estaban preinscritos para esas dos sesiones. Las demás sesiones eran facultativas y los participantes las escogieron en función de sus necesidades e intereses. Las sesiones se celebraron varias veces, de modo que los participantes tuvieran la oportunidad de abarcar tantos temas como fuera posible. Durante el Taller se realizaron en total 41 sesiones de trabajo. Para la mayoría de los temas hubo interpretación simultánea al español y el francés.

Prestación de servicios Se celebraron cinco sesiones para equipos de proyectos apoyados por el Programa AMDD. El líder de las sesiones, Dr. Zafarullah Gill, Investigador Asociado del Programa AMDD, dijo que las sesiones trataban de las dos etapas en la ejecución:

- La etapa preparatoria, que abarca cuestiones como la renovación, la conservación, la provisión de suministros y equipo, la organización de los locales, la recopilación de datos y la ubicación del personal; y
- La prestación de los servicios, lo que comprende el funcionamiento del hospital, la disponibilidad permanente de servicios durante 24 horas diarias y 7 días a la semana, la mejora de la calidad, la supervisión, la utilización de los servicios y el análisis de los datos.

Los equipos apreciaron el enfoque estructurado que se adoptó en las sesiones y consideraron a fondo algunos temas concretos. Llenaron cuestionarios sobre la situación actual de los establecimientos en sus proyectos y plantearon concretamente las medidas a adoptar, en relación con los problemas con que tropezaban.

Jason Smith, Científico Superior de *Family Health International*, señaló los útiles intercambios de ideas entre el personal de proyectos y los funcionarios gubernamentales homólogos del correspondiente país, en que el Taller ofreció el tipo de atmósfera neutral para el libre intercambio de ideas que a veces es difícil encontrar en el propio lugar de trabajo. Por ejemplo, cuando se planteó que uno de los principales obstáculos para mejorar los servicios de AOE era la falta de personal o la rotación del personal, varios funcionarios ministeriales prometieron ocuparse de la cuestión al regresar a su país.

Recopilación y utilización de datos Todos los proyectos apoyados por el Programa AMDD utilizan los indicadores de procesos dados a conocer en 1997 por el UNICEF, la OMS y el FNUAP, para el diseño y la ejecución de programas a fin de evitar la muerte y discapacidad maternas. Aun cuando se cuenta con manuales, la aplicación de esos instrumentos sobre el terreno en tan gran escala no tiene precedentes. Además, muchos aliados gubernamentales y de los proyectos tienen poca experiencia en la recopilación e interpretación de datos sobre este tema.

Se realizaron cinco sesiones sobre recopilación de datos, en beneficio de los equipos de proyectos. Anne Paxton, Oficial Superior de Proyectos para Monitoreo y Evaluación en el Programa AMDD, dijo: “Las preguntas fueron sustanciales y a menudo estimularon el debate. En algunas sesiones, cuando un participante formulaba una pregunta, otro, de otro país, respondía. Hubo intenso intercambio de ejemplos tomados de sus respectivos proyectos entre los equipos procedentes del Perú y Mozambique, y los equipos de la India y Sri Lanka formularon preguntas y observaciones particularmente penetrantes”.

Durante las sesiones, los equipos trabajaron con facilitadores experimentados en los datos de proyectos, que a menudo permanecieron después de finalizar la sesión. Durante estas sesiones, se utilizó como documento de consulta el manual práctico del Programa AMDD “*(Almost) Everything You Want to Know About Using the UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services: Questions and Answers*” (Todo (o casi todo) lo que usted querría saber sobre la utilización de los indicadores de procesos para servicios obstétricos de emergencia: preguntas y respuestas). Muchas preguntas acerca de los indicadores de procesos fueron aclaradas durante las sesiones; por ejemplo, la manera de determinar el denominador apropiado. Los participantes regresaron a sus países dotados de mejor comprensión sobre cómo utilizar los indicadores de procesos para mantener la buena marcha de sus proyectos.

En las dos sesiones “facultativas” sobre utilización de los datos, los participantes pudieron trabajar en grupos sobre el estudio de un caso, con la ayuda de un facilitador.

Derechos humanos Se celebraron en total seis sesiones, dos sobre políticas de derechos humanos, dos sobre derechos humanos en el establecimiento de salud y dos sobre derechos humanos en la comunidad. Las sesiones fueron interactivas y a menudo muy animadas.

En las sesiones sobre políticas, los participantes debatieron temas como los intereses de los grupos afectados, la determinación de quién poseía facultades para cambiar las políticas y los tipos de coaliciones que podían influir sobre las políticas. También consideraron las razones por las que algunas políticas se habían establecido aunque no hubiera una real justificación. Muchas políticas simplemente habían sido transplantadas de otros países. Seguidamente, se formaron pequeños grupos en que los participantes trabajaron sobre cómo proporcionar servicios de AOE en “Marte”, país ficticio y populoso donde hay pocos anestesistas profesionales, pero hay varias parteras capacitadas para prestar eficazmente los mismos servicios.

Lynn Freedman, Profesora Adjunta de la Universidad de Columbia, que lideró las sesiones, exhortó a los participantes a enfocar el debate sobre derechos humanos en cómo ofrecer la mayor cantidad de servicios a la mayor cantidad de personas. Dentro de esa perspectiva, si los profesionales de la salud no pueden capacitarse para proporcionar servicios de buena calidad y si los pacientes no pueden recibir esos servicios, hay una conculcación de los derechos humanos.

Algunas de las cuestiones de que trataron los participantes no habían sido consideradas anteriormente cuestiones de derechos humanos. Por ejemplo, en la sesión sobre derechos humanos en los establecimientos de salud, los participantes consideraron el tema de la responsabilidad. Si se despide a una enfermera a causa del fallecimiento de una mujer, ¿fue ése un problema de responsabilidad? En esas sesiones se utilizaron juegos dramáticos: los participantes debían representar dos situaciones - dos de ellas, ideales y dos, no ideales - en que había una embarazada y una partera (en un grupo, hubo permutación de género y un hombre representó a una embarazada).

Capacitación en AOE Fue motivo de gran interés el proyecto de currículo para la formación en AOE distribuido en Bangkok, cuyo propósito es la capacitación en grupo de obstetras, anestesistas y parteras. Ese currículo de capacitación fue preparado por el Programa de Salud Materna y Neonatal de JHPIEGO, sobre la base de textos preliminares propuestos por la Dra. Sadiqua Jaffrey, la Sra. Imtiaz Kamal y el Profesor Tipu Sultan. El Dr. Gill facilitó el proceso. Los participantes consideraron la manera en que podían utilizar ese currículo en sus países.

Gestión de los establecimientos de salud Se celebraron tres sesiones sobre la gestión de los establecimientos. Los participantes consideraron la manera de transformar los insumos (equipamiento, renovación, suministros, capacitación, etc.) en servicios. Muchos directores de hospital, jefas de enfermería y funcionarios médicos carecían de capacitación en técnicas de administración. El líder de las sesiones, Dileep Mavalankar, Profesor en el *Indian Institute of Management*, señaló que varios

equipos habían previsto en sus proyectos seminarios para perfeccionar la gestión. Las sesiones fueron muy concurridas.

Mejora de la calidad Se celebraron dos sesiones al respecto, en que se presentaron a los participantes algunos contenidos y procesos que figuran en el manual producido conjuntamente por *EngenderHealth* y el Programa AMDD, *Emergency Obstetric Care: Leadership Manual for Improving the Quality of Services* y el manual similar *Toolbook for Improving the Quality of Services*. Además, los participantes tuvieron oportunidad de realizar un ejercicio de preparación para un caso de emergencia.

Auditoría Hubo gran demanda de las dos sesiones sobre auditoría para mejorar la atención médica, puesta de manifiesto cuando varios participantes agregaron sus nombres en la lista de inscripción después de que todos los espacios disponibles estuvieron ocupados. Después de una breve presentación, los participantes pudieron trabajar en pequeños grupos, con ayuda de facilitadores sobre temas concretos a ser objeto de auditorías. La líder de las sesiones, Judith Fortney, de *Family Health International*, y los demás facilitadores exhortaron a los participantes a “escoger para la auditoría temas de pequeña magnitud” y no las defunciones, puesto que para éstas se requieren análisis más a fondo. Se puso en conocimiento de los participantes la versión preliminar del AMDD *Audit Chartbook* (Coordinadora, Judith Fortney; colaboradoras, Patricia Bailey, Elizabeth Goodburn, Barbara Kwast y Bridget Money Penny).

Documentación y comunicación Sobre este tema, las consultoras del Programa AMDD Nadia Hijab y Czikus Carriere ofrecieron siete sesiones. Después de una breve presentación en *PowerPoint*, los participantes escogieron uno entre tres posibles objetivos: duplicar un proyecto, comunicar las lecciones aprendidas o influir sobre las políticas. Intercambiaron ideas sobre las razones por las que habían escogido uno de los objetivos, y al hacerlo aclararon sus propósitos. Seguidamente, enumeraron los tipos de documentación necesaria para alcanzar ese objetivo y determinaron si esa documentación ya se estaba produciendo como parte de su labor cotidiana o si se necesitaba documentación adicional. A continuación, los participantes determinaron cuáles serían los destinatarios más apropiados, dado su objetivo, y los mejores medios a utilizar para comunicarse con esos destinatarios. En muchos casos, la parte más difícil de las sesiones fue llegar a una clara definición de los objetivos y hubo numerosas iteraciones entre el objetivo, el tipo de documentación necesaria y los destinatarios a alcanzar.

Suministros y equipo Se celebraron dos sesiones para considerar un problema común en la ejecución de proyectos: las dificultades en la adquisición oportuna de suministros y equipo. En algunos casos, los encargados de prestar servicios habían recibido capacitación en determinados procedimientos, pero el equipo había llegado meses después y, en consecuencia, los conocimientos prácticos impartidos se habían olvidado. Con la líder de las sesiones, Lucille Pilling de Lucena, los participantes consideraron estudios de casos de proyectos realizados con el apoyo del Programa

AMDD para encontrar maneras de abordar las frustraciones de la gestión logística y las adquisiciones.

Renovación de los edificios Esas dos sesiones también fueron interactivas y tuvieron el propósito de lograr una más amplia comprensión del concepto de renovación, no limitándolo a aplicación de yeso y pintura, sino incluyendo el diseño apropiado de los locales, las corrientes de tráfico y el acabado correcto de las superficies, entre otras consideraciones. Los líderes de las sesiones, David Potter (Oficina de Arquitectura de Proyectos en Nepal) y Edith Abreu (Gerenta Institucional del Programa AMDD) invitaron a los participantes a analizar y criticar el diseño de un establecimiento de AOE que estaba considerando la realización de renovaciones. Seguidamente, se presentó el mismo diseño con pequeños cambios estructurales para demostrar el aprovechamiento eficaz del espacio y la maneras de mejorar los servicios.

Prevención de infecciones En dos sesiones, se presentó a los participantes el manual de prevención de infecciones preparado por *EngenderHealth*, además de un CD-ROM y un suplemento sobre prácticas de prevención de infecciones en la atención obstétrica de emergencia. Se invitó a los participantes a señalar las discrepancias entre las prácticas existentes y las recomendadas.

Como parte del impulso encaminado a facilitar la ejecución, los equipos de proyectos pudieron reunirse e intercambiar ideas sobre los problemas junto con el monitor del respectivo proyecto, proporcionado por el Programa AMDD. Además, se reunieron representantes de grupos de mujeres y laureados con Premios AMDD a los Pioneros. En total, se celebraron 22 reuniones de este tipo durante el desayuno y el almuerzo.

Asimismo, al igual que lo sucedido en Marrakech, los equipos tuvieron la oportunidad de presentar sus adelantos en sesiones junto a los paneles en exposición; se ofrecieron 27 presentaciones junto a los paneles, que dieron oportunidad a animados intercambios de ideas y experiencias. Los aliados del Programa AMDD que presentaron su trabajo fueron los equipos de: Bangladesh, Bhután, Etiopía, Malí, Marruecos, Mozambique, Nepal, Nicaragua, Pakistán, Perú, *Reproductive Health for Refugees Consortium* (RHR), Red Regional de Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM), Rwanda, Sri Lanka, Tayikistán, Tanzania, Viet Nam y *Women's Group*, así como la Oficina del UNICEF en la India, la Oficina del FNUAP en la India y la Oficina del FNUAP en África occidental. También efectuaron presentaciones junto a los paneles varios laureados con Premios a los Pioneros: Hospital Asha Kiran (Pakistán); Proyecto Integral de Salud Rural (India); Hospital Emmanuel (India); Hospital EPC de Metet (Camerún); Hospital Cristiano de Kumi (Pakistán); Shimantik (Bangladesh); y Hospital de Solu (Nepal).

3. **Cuestiones clave de políticas y temas incipientes: Sesiones plenarias y en panel**

“El embarazo y la salud son derechos humanos fundamentales y en las presentes condiciones, las mujeres seguirán muriendo a menos que apliquemos estrategias y soluciones alternativas que sean prácticas y realistas”

Prof. Tipu Sultan
Decano, Facultad de Anestesiología

En dos sesiones plenarias se trataron cuestiones clave de políticas relativas a la AOE: la cuestión de “quién puede hacer qué” al prestar servicios, y la de aumento de escala. En dos sesiones en panel se consideró el incipiente compromiso internacional de ofrecer tratamiento para la fístula y de proporcionar servicios de AOE en beneficio de los refugiados.

Servicios de AOE: Quién puede hacer qué En la sesión plenaria presidida por el Dr. Rosenfield, cuatro panelistas intercambiaron ideas sobre la espinosa cuestión de los procedimientos médicos realizados por personal capacitado pero que no es ni obstetra ni anestesista.

El Ministro de Salud de Mozambique, Dr. Francisco Songane, obstetra y ginecólogo, pasó revista a la exitosa experiencia de su país en el uso de agentes de salud auxiliares como técnicos en cirugía para subsanar la escasez de médicos cirujanos y obstetras en el país. A partir de 1984, Mozambique pudo enviar sobre el terreno a 41 técnicos en cirugía, en comparación con 17 médicos obstetras a partir de 1975. Un estudio comparativo de operaciones cesáreas practicadas por técnicos en cirugía y por obstetras indicó que las tasas de complicaciones después de una operación obstétrica de cirugía mayor eran similares para ambos grupos.

El Dr. Tipu Sultan, Decano de la Facultad de Anestesiología en el Colegio de Médicos y Cirujanos, Pakistán, analizó la delegación de funciones de anestesia para AOE en médicos, parteras y enfermeras capacitados y proporcionó una sólida fundamentación: la capacitación de especialistas en anestesia insume entre dos y cuatro años; los países de bajos ingresos, en su mayoría, no tienen suficientes anestesistas; la anestesia para AOE puede ser administrada por agentes de salud que no son anestesistas especializados”. En el Pakistán, por ejemplo, había un anestesista calificado por cada 160.000 personas.

La repercusión sobre los derechos humanos de la carencia de AOE fue tema considerado por Lynn Freedman, quien dijo: “Es preciso apartar nuestra visión de la perspectiva clínica que pregunta ¿cuál es el mejor conjunto posible de especialistas que puedo reunir para tener seguridad de que esta persona sobreviva? y pasar a enfocar la realidad de un sistema de salud al servicio de toda la población, de quienes están internados en un hospital y de quienes no están allí”.

Angela Kamara, Directora de la Red Regional de Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM) habló de la función de la partera en el tratamiento de hemorragias de postparto, parto obstruido, sepsis, eclampsia y aborto. Se refirió al debate sobre “quién hace qué cosa” y la “preservación del territorio” por los médicos para evitar la inclusión de las parteras. No obstante, cuando ocurren situaciones de emergencia en África, raramente hay médicos presentes, en particular en ámbitos rurales. El debate se focaliza concretamente en el retiro manual de la placenta y las extracciones mediante dispositivos de vacío. Los médicos hacen caso omiso de que suelen ser las parteras quienes les enseñan esos procedimientos cuando ellos son practicantes. En palabras de Angela Kamara, la cuestión era simple: “Una partera puede realizar lo que ha sido capacitada para hacer”.

Aumento de escala El Dr. Adetokunbo Lucas, que desde hace tiempo apoya las acciones para prevenir las defunciones maternas y es miembro del Consejo Asesor Estratégico en el Programa de Vacunación Infantil de Bill y Melinda Gates, y Asesor Superior del Programa AMDD, presidió la sesión plenaria sobre las experiencias de los países en materia de aumento de escala de las actividades.

El Dr. Georges Georgi, representante del FNUAP en Mozambique, se refirió a las acciones encaminadas a ofrecer atención obstétrica en la provincia de Zambezia en 1995 y al proyecto apoyado por el Programa AMDD e iniciado en la provincia de Sofala en 2000. La fortaleza del compromiso nacional se pone de manifiesto en la estrategia nacional sobre mortalidad materna, que se centrará en la AOE, y en las amplias investigaciones sobre el terreno en curso. Los planes para ampliar la cobertura a otras tres provincias contarán con la colaboración del UNICEF, el DFID y otros donantes.

El Dr. Edmund Browne, Coordinador de Programas en la RPMM, consideró los efectos en cascada de las actividades de la RPMM, que en un principio tenía equipos en tres países de África occidental y ahora los ha ampliado hasta 20 países de África al sur del Sahara. La RPMM también se estaba difundiendo dentro de cada uno de los países. En Guinea, por ejemplo, la iniciativa se había ampliado de un distrito a cinco y había planes para agregar otros cinco. Las experiencias recogidas sobre consolidación y sustentabilidad abarcaban “la necesidad de contar con núcleos de personas y expertos comprometidos y dedicados a mantener encendida en todo su país la antorcha de la prevención de la mortalidad materna; la necesidad de un monitoreo continuo, sin el cual “van disminuyendo a lo largo del tiempo la calidad y los efectos de las acciones” y la necesidad de mantener la focalización. En síntesis: “Pensar en gran escala, comenzar en pequeña escala y actuar de inmediato para ir creciendo”.

Susan Otchere, de *Save the Children*, enumeró los requisitos para una duplicación: “Buen diagnóstico y documentación de los efectos; determinación de los costos y los recursos necesarios para establecer servicios de calidad de AOE; difusión ante órganos encargados de formular orientaciones de políticas y programas; e intercambio de experiencias”. La oradora señaló que inicialmente, las actividades programáticas se habían centrado en la comunidad y que en ese momento había una demanda real de mejorar los servicios: “Nuestra experiencia con los colegas sobre el terreno y del

Programa AMDD sugiere que debemos prestar atención a la calidad [de los servicios] y no sólo a la demanda; estamos en buenas condiciones de analizar y asegurar los vínculos entre la comunidad y el establecimiento de salud”.

Agatha Pratt, Jefa de la Sección de Salud en la Oficina del UNICEF en Nepal, señaló que el aumento de escala en el país requiere que se preste atención a la tecnología (inclusive sistemas de presentación de informes y operaciones de auditoría), la gestión y los derechos. Un aumento de escala que abarque varios países requiere inversiones para entablar alianzas e intercambiar conocimientos y experiencias.

Personas desplazadas y AOE Susan Purdin, funcionaria de la Universidad de Columbia y Asesora Técnica en Monitoreo y Evaluación en el Consorcio RHR, cumplió funciones de moderadora del panel de seis personas de RHR, que trató de los desgarradores problemas y dificultades en el acceso a la AOE en situaciones de conflicto. Sandra Krause, Directora del Programa de Salud Reproductiva en RHR proporcionó un panorama general de la ubicación actual de refugiados y personas desplazadas, el centro de atención de RHR y el Conjunto Mínimo de Servicios Iniciales formulado para apoyar las labores sobre el terreno, inclusive el hincapié en prevenir la muerte y discapacidad maternas.

Henia Dakkak, Asesora Técnica en Atención Obstétrica de Emergencia, se refirió a la ausencia de coordinación y cooperación entre los principales protagonistas, especialmente en lo concerniente a la AOE, y a la falta de integración de la salud reproductiva en los servicios provistos en zonas de conflicto. Además, pasó revista a cuestiones de seguridad, dotación de personal, infraestructura y barreras al acceso.

*“Yo estaba sola. No tenía familia y siendo mujer...
me veía obligada a vivir en la periferia del campamento, un lugar peligroso
y alejado de las clínicas y de los centros de distribución. Nadie
me defendía*

Cita de un funcionario encargado de refugiados, *International Rescue Committee*

Yvonne Harding, de *Marie Stopes Society* en Sierra Leona, la Dra. Cynthia Maung de la Clínica Me Tao, en la frontera entre Tailandia y Myanmar y Mary Odhiambo, del *American Refugee Committee* en Liberia, aportaron más puntos de vista desde las labores sobre el terreno. Seguidamente, Susan Rae Ross habló de la experiencia de CARE al respecto y destacó algunos aspectos similares y diferentes entre tareas de socorro y de desarrollo.

El problema de reparar la fístula vesicovaginal Un papel especial consideró la cuestión de la fístula obstétrica, orificio anormal entre la vagina y la vejiga (o la vejiga y el recto), que por lo general es causada por un parto obstruido y prolongado que no recibe tratamiento. El panel fue presidido por la Dra. France Donnay, Jefa interina de la Subdivisión de Salud Reproductiva, División de Apoyo Técnico del FNUAP. Ruth Kennedy, Coordinadora de Enlace en el Hospital para Fístulas de Addis Abeba, se refirió a la ampliación de los servicios y los programas de capacitación en su hospital.

El Dr. Festus Ilako, Director del Programa de Servicios de Especialistas sobre el Terreno en la Fundación Africana de Investigaciones Médicas, describió la asistencia técnica prestada a hospitales rurales en varios países africanos. El Programa AMDD está colaborando con esos tres organismos en la realización de programas para la reparación de la fístula.

4. AMDD: Un creciente movimiento mundial

Además de los asociados técnicos y de proyectos del Programa AMDD, participaron en el Taller representantes de una amplia gama de instituciones y organizaciones; y se puso de manifiesto el creciente movimiento mundial para evitar la muerte y discapacidad maternas mediante la AOE. Entre esas instituciones figuraban gobiernos, organizaciones de desarrollo, universidades, hospitales y organizaciones no gubernamentales. En el anexo 1 figura una lista seleccionada de gobiernos y organizaciones que participaron en el Taller.

Los asociados consideraron maneras de ampliar el futuro programa de AOE, entre ellas:

- Avanzar desde nuestra ubicación actual (ejecución) hacia lo que aspiramos para el futuro (cambios en las políticas y difusión de las innovaciones).
- Aprovechar esta alianza como factor de influencia política y de apoyo a la acción estratégica, particularmente dado que una de las Metas de Desarrollo del Milenio es la reducción de la mortalidad materna.
- Ampliar el uso de los indicadores de procesos para medir el adelanto en la disponibilidad, la utilización y la calidad de los servicios de AOE.
- Analizar la experiencia de otras organizaciones en cuanto a entablar y mantener alianzas, por ejemplo, abordando cuestiones de representación, atribución equitativa del mérito por los éxitos, y fijación de metas comunes.
- Fortalecer las acciones conjuntas y hablar con una sola voz.

Finalmente, se planteó que es preciso asegurar la sostenibilidad de los programas para evitar la muerte y discapacidad maternas; de otro modo, “no lograremos cambiar la situación”.

Anexo 1**Lista seleccionada de gobiernos y organizaciones representados en el Taller de Bangkok***Representantes de Ministerios y Departamentos de Salud Gubernamentales*

Afganistán, Bangladesh, Camerún, Etiopía, India, Malí, Marruecos, Mozambique, Nepal, Nicaragua, Níger, Pakistán, Rwanda, Sri Lanka, Tanzania, Zimbabwe

Directores o funcionarios de hospitales

Bangladesh, Bhután, Chad, Etiopía, India, Malí, Nepal, Pakistán, Perú

Organizaciones de Desarrollo y Fundaciones

Bill and Melinda Gates Foundation, CARE, DFID, EngenderHealth, Family Health International, Hesperian Foundation, John Snow International, Red Regional de Prevención de la Mortalidad Materna, Reproductive Health for Refugees Consortium (RHR), PATH, Save the Children, FNUAP, UNICEF

Universidades, Facultades de Medicina

Universidad Aga Khan, Afganistán; Colegio de Médicos y Cirujanos, Pakistán; Hospital del Colegio Médico de Dhaka, Bangladesh; Colegio Médico Dow, Pakistán; Universidad de Hue, Viet Nam; *Johns Hopkins University; London School of Hygiene and Tropical Medicine; Colegio Médico N.R.S., Bangladesh; Faculté de sciences médicales de Cocody, Côte d'Ivoire; University of Aberdeen, Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment, Reino Unido; Columbia University, Estados Unidos de América.*

Asociaciones Profesionales, Institutos, Organizaciones no Gubernamentales

African Medical and Research Foundation, Kenya; Asha Kiran Hospital Association, India; Centre for Women's Health & Information (CEWHIN), Nigeria; Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Perú; Emmanuel Hospital Association, India; FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia); FOGSI, India; Indian Institute of Management, Jamkhed Maharashtra, India; Hospital Cristiano de Kunril, Pakistán; Likhaan, Filipinas; Comité Nacional de Salud Materna, Pakistán; Sociedad Nepalesa de Obstetricia y Ginecología; Redes de ONG para la Salud; Hospital Presbiteriano, Camerún; Proyecto de Atención Primaria de la Salud Urbana Shimantik, Bangladesh; SENDAS, Ecuador; Shirkat Gah, Pakistán; Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Bangladesh.

Anexo 2

Instrumentos y documentos de AMDD distribuidos en Bangkok

Documentación y Comunicación presentación en *PowerPoint* creada por Czikus Carriere y Nadia Hijab. Disponible en español, francés e inglés.

Manual y CD-ROM sobre prevención de la infección, producido por *EngenderHealth*; y suplemento sobre prácticas de prevención de la infección en la atención obstétrica de emergencia (texto preliminar) producido conjuntamente por *EngenderHealth* y el Programa AMDD.

FNUAP y Programa AMDD, *Reducing Maternal Deaths: Selecting Priorities, Tracking Progress; Distance Learning Courses on Population Issues, Turín*, Escuela Superior del Personal de las Naciones Unidas, 2002.

Materiales distribuidos en texto preliminar

(Almost) Everything You Want to Know about Using the UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services: Questions and Answers, Anne Paxton, Oficial Superior de Programas, Monitoreo y Evaluación, Programa AMDD; Deborah Maine, Directora del Programa AMDD, Nadia Hijab, Consultora; 2002.

Audit Chartbook: Judith Fortney, Coordinadora; Patricia Bailey, Elizabeth Goodburn, Barbara Kwast, Bridget Money Penny, colaboradoras.

Emergency Obstetric Care: Leadership Manual for Improving the Quality of Services, y el manual correlativo *Toolbook for Improving the Quality of Services*, producidos conjuntamente por el Programa AMDD y *EngenderHealth*.

EmOC Curriculum: JHPIEGO, Programa de Salud Materna y Neonatal, preparó este conjunto de capacitación sobre la base de textos preliminares aportados por la Dra. Sadiqua Jaffrey, la Sra. Intiaz Kamal y el Profesor Tipu Sultan. El Dr. Gill facilitó el proceso.

AMDD Program Orientation: A Tool for Self-Learning: presentación en *PowerPoint* creada por Nadia Hijab y Czikus Carriere (texto inglés disponible en Bangkok; traducciones al español y el francés en curso).

Pueden obtenerse copias de los materiales indicados si se solicitan a amdd@columbia.edu

Los ejemplares de las presentaciones efectuadas en sesiones plenarias y en panel están disponibles en el sitio Web del Programa AMDD <http://www.amdd.hs.columbia.edu/>