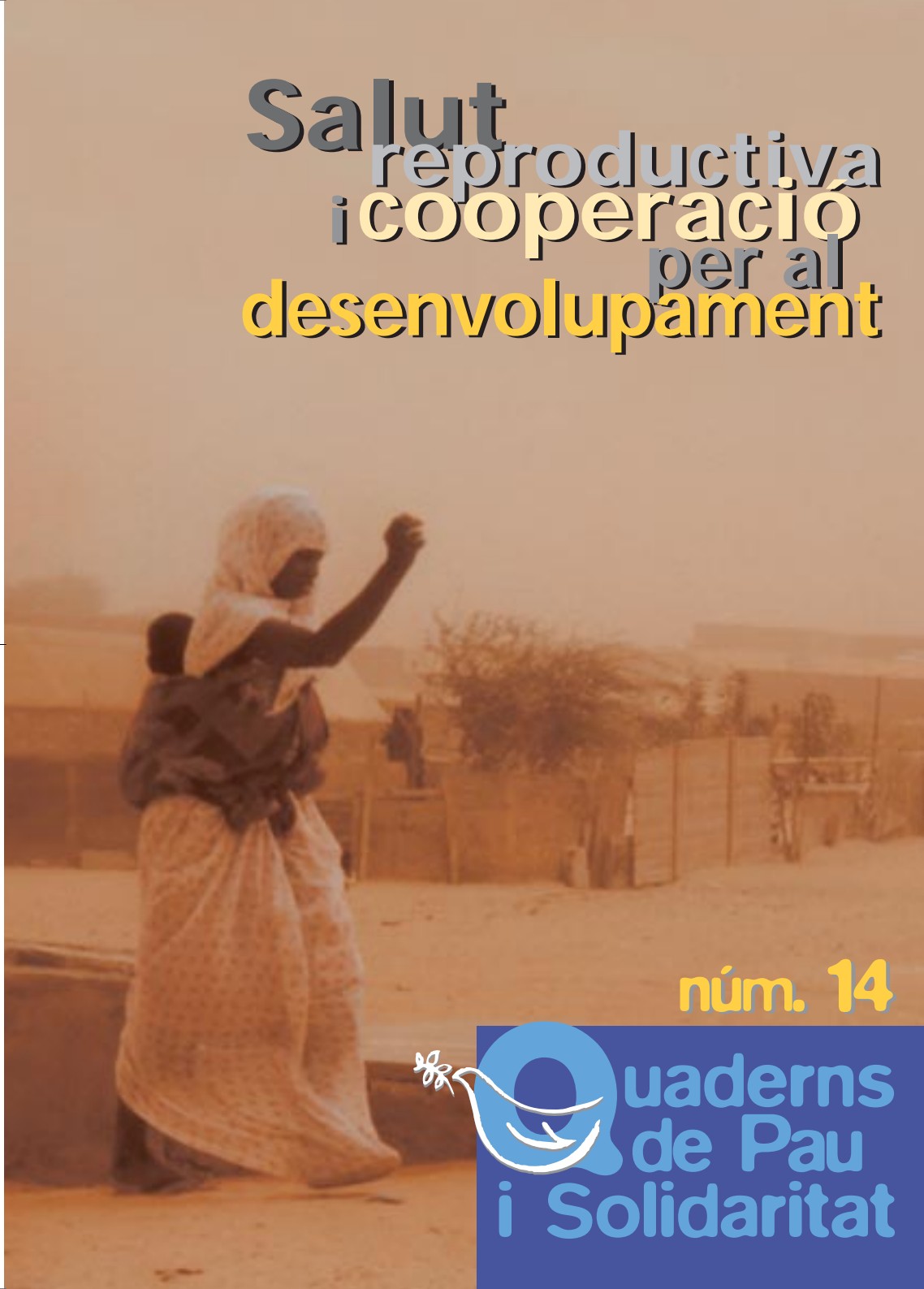


Salut
reproductiva
i cooperació
per al
desenvolupament



núm. 14

 Quaderns
de Pau
i Solidaritat



ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	4
SALUT MENTAL	4
<ul style="list-style-type: none">• FACTORS DE RISC PREVIS A L'EMBARÀS• MALALTIES D'INCIDÈNCIA DIFERENT AL NORD I AL SUD• SERVEIS PRENATALS BÀSICS• ATENCIÓ EN EL PART• POSICIÓ MATERNA I TIPUS DE PART• EL PERCENTATGE IDEAL DE CESÀRIES• LLEVADORES TRADICIONALS	
PLANIFICACIÓ FAMILIAR	29
<ul style="list-style-type: none">• PLANIFICACIÓ FAMILIAR I SALUT REPRODUCTIVA• FASES HISTÒRIQUES EN EL DESENVOLUPAMENT DELS PROGRAMES DE PLANIFICACIÓ FAMILIAR	
SALUT REPRODUCTIVA EN SITUACIONS D'EMERGÈNCIA	35
DONA I SIDA	36
BIBLIOGRAFIA	41

Autor: Luis Gijón García,
coordinador sanitari de
Mallorca Solidària.
Adreça electrònica:
lgijon@airtel.net
Mallorcasolidaria@sunclub.es
Edita: *Direcció General de
Cooperació*. Conselleria de
Benestar Social. Govern de les
Illes Balears.
Disseny i maquetació: *ESMENT*
Imprimeix: *Impremta ESMEN*T,
Centre Especial de Treball
d'AMADIP
Dip. legal



INTRODUCCIÓ

Qualsevol aproximació a la salut de la dona s'ha de fer des de la perspectiva d'una anàlisi de gènere. El concepte de salut reproductiva, que ampliarem a continuació, pretén enfocar els problemes de salut de la dona des d'un punt de vista eminentment biològic, però sense perdre de vista els rols que aquesta assumeix en la societat, els quals li són imposats en la majoria de casos, i també els altres determinants culturals i socials, els quals condicionaran fortament la salut femenina.

No es pot canviar la biologia, però la major part de determinants de la salut de la dona són de gènere i per tant són susceptibles de ser modificats. L'altre enfocament amb què pretenem orientar aques-

ta aproximació a la salut de la dona és el desenvolupament humà. La dona als països en via de desenvolupament pateix particularment la desigualtat i la pobresa. A la República Centre-africana, per exemple, la probabilitat d'una dona de morir en el part és 200 vegades superior que a Espanya, però alhora la salut de les dones és un element clau en el desenvolupament humà dels pobles, com veurem més endavant.

SALUT MENTAL

Les dones i els infants són els dos grans grups de risc que trobarem en qualsevol situació. Els problemes de salut relacionats amb la reproducció suposen un impacte enorme en la salut de les dones. L'Organització Mundial de la Salut estima que 500.000 dones moren cada any per causes directament relacionades amb l'embaràs i el part; d'aquestes, el 99% ocorren en països en via de desenvolupament (d'ara endavant PVD). En la taula 1 s'hi expressa la probabilitat d'una dona embarassada de morir per aquest motiu en els diferents països del món. Es pot observar que ni tan sols als països més rics i industrialitzats els avenços científics i tecnolò-

gics permeten aconseguir que aquesta mortalitat sigui zero, tot i que l'objectiu de tots els centres de maternitat és que cap dona mori per aquesta causa davant el convenciment que és tècnicament i científicament possible. La gran diferència que s'observa als altres grups de països, en particular als africans, només és imputable a la falta de desenvolupament i a les desigualtats en la distribució de la riquesa. Es poden consultar les taules d'indicadors del Fons de les Nacions Unides per a la Població (FNUAP) per documentar de manera més àmplia aquesta realitat.

Si volguéssim establir un perfil de la dona amb més possibilitats de morir a causa de l'embaràs i del part, el descriuríem com una dona

jove, en el seu primer embaràs, pobre, que pertany a una minoria racial marginada en el seu entorn, desnodrida, anèmica i que viu en un medi rural.

Els problemes de salut milloren amb el desenvolupament. La mortalitat provocada per moltes malalties (diarrees, infeccions...) pot disminuir sense intervencions directes de tipus sanitari. Aquest no és el cas de la mortalitat maternal, ja que únicament realitzant inversions en programes de cures prenatales i garantint una atenció adequada en el part es pot disminuir la probabilitat de mort d'una embarassada. Dos fets avalen aquesta afirmació: a Anglaterra, el desenvolupament econòmic de principi del segle XX va provocar una im-

TAULA 1 - PROBABILITAT DE MORT D'UNA DONA RELACIONADA AMB LA MATERNITAT A LES DIFERENTS REGIONS DEL MÓN

PAÍS	RISC 1 CADA
ÀFRICA SUBSAHARIANA	20
SUD D'ÀSIA	40
ORIENT MITJÀ I NORD D'ÀFRICA	80
AMÈRICA DEL SUD	130
AMÈRICA CENTRAL I CARIB	150
PACÍFIC I EST D'ÀSIA	200
PAÏSOS INDUSTRIALITZATS	3.600





portant millora en els indicadors de mortalitat infantil; tanmateix, els indicadors de mortalitat maternal no es varen modificar fins el 1930, en què va millorar sensiblement l'atenció en el part, sobretot per mitjà de l'atenció en hospitals. Un altre fet que avala la importància de l'atenció sanitària en l'embaràs i en el part es troba en determinades comunitats religioses dels EUA que rebutgen els mètodes moderns d'atenció sanitària i neguen a les dones l'oportunitat de parir en hospitals i en què les xifres de mortalitat maternal són fins a 100 vegades superiors a les de la població del seu entorn.

En el camp més específic de la salut reproductiva els problemes prioritaris que han de ser abordats es resumeixen en la taula 2. La mortalitat maternal es pot modificar per dos tipus d'intervencions: millorar l'atenció en l'embaràs i en el part, i estendre els programes de planificació familiar. La mortalitat perina-

tal només es pot disminuir mitjançant una millor atenció tant de la mare com del nounat durant l'embaràs, el part i en els primers dies de després del part. L'elevada fertilitat contribueix al deteriorament de la salut de la dona i dels seus fills, i a l'augment de les probabilitat que mori a causa de l'embaràs i del part, amb l'agreujant que la majoria de les vegades no és desig de la dona sinó una manifestació de la seva impotència per controlar el seu propi cos a causa de les restriccions i les imposicions que sofreix. El baix pes del infants en néixer reflecteix, d'una banda, les insuficients atencions que han tingut les mares durant l'embaràs i, d'altra banda, suposa un important risc de mort d'aquest nounat, en particular en les primeres setmanes de vida. Aquests problemes seran objecte de les reflexions que farem al llarg d'aquest document sobre la seva importància i les possibles formes de solucionar-los.

TAULA 2 - PROBLEMES PRIORITARIS AMB RELACIÓ A LA SALUT MATERNAL

MORTALITAT MATERNAL

MORTALITAT PERINATAL

ELEVADA FERTILITAT

BAIX PES EN NÉIXER



La salut de les dones té importants repercussions en tres aspectes: en primer lloc, sobre l'economia familiar, sobretot en el medi rural als PVD. La dona és qui treballa i garanteix la supervivència de la família; el marit pot estar absent o desentendre's del treball rural: entenedr's l'obtenció de llenya per cuinar, etc. En les imatges podem observar dones treballant en la construcció a Rwanda (imatge núm. 1). En aquests casos es tractava de construir els seus propis habitatges en el marc d'uns projectes de cooperació en què vàrem participar. La presència de dones en aquests treballs era massiva. Les imatges 2 i 3 corresponen a un altre ti-

pus de projectes: la concessió de microcrèdits per dur endavant petits negocis que permetin la subsistència de les famílies. Aquest tipus de microcrèdits es concedeixen majoritàriament a dones, sobretot a l'Àfrica, perquè són les que demostren més responsabilitat a l'hora d'aprofitar els crèdits i de mantenir els negocis. Les imatges corresponen a una botiga i a un forn de Rwanda oberts en el marc d'un projecte d'aquestes característiques amb resultats satisfactoris.

El segon aspecte en què la salut de les dones té gran importància és en la salut dels infants, particularment dels més petits. La mort de la mare sol suposar la mort del lac-



1. Construcció d'habitatges a Rwanda.





2 i 3. Rwanda, concessió de microcrèdits.

tant, la qual cosa pot passar igualment si la dona està molt debilitada i no pot alimentar-lo. En la imatge 4 observem dones en un centre nutricional infantil a Rwanda. El tercer efecte incideix sobre la salut dels ancians que són atesos per les dones, ja que, igual que en el cas dels infants, si aquestes estan debilitades o es moren perden la font principal d'atenció a la seva salut.

Per tot el que hem dit anteriorment, es comprèn que els programes de coordinació per al desenvolupament han d'incloure actuacions específiques que contribueixin directament o indirectament a millorar la salut de les dones.

En el camp de la prevenció i l'assistència sanitària, s'ha de promoure i facilitar l'accés de les dones als serveis de salut i diagnosticar i trac-

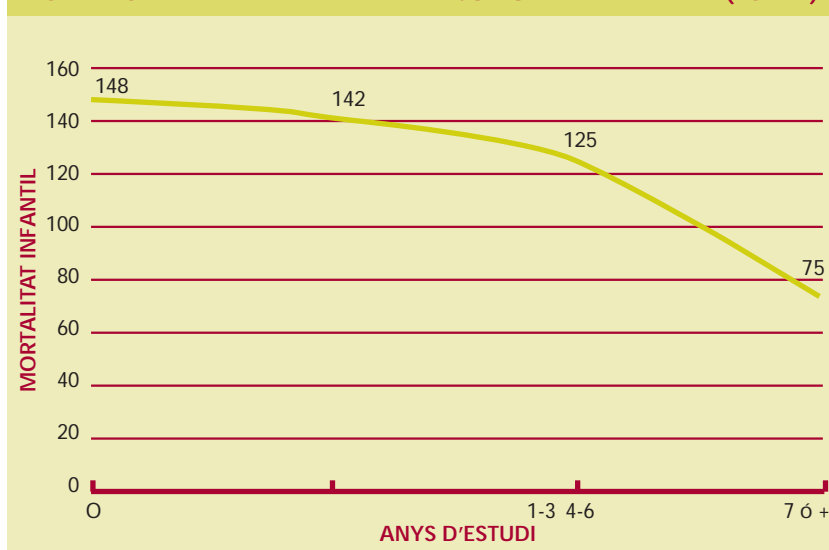
tar les malalties de transmissió sexual. Entre les intervencions indirectes que es consideren de gran importància hi ha les polítiques de desenvolupament que suposin tre-



4. Centre nutricional a Rwanda.



FIG. 1. MORTALITAT INFANTIL I NIVELL CULTURAL DE LA MARE (EGIPTE)



balls menys pesats per a les dones, proporcionar una alimentació adequada a les nines i promoure'n una educació. El nivell cultural de la mare es manifesta com un dels factors més fermament relacionat amb la mortalitat infantil. En la figura 1 es representa un estudi realitzat a Egipte en què es correlacionen totes dues variables. En estudis semblants a altres llocs del món es recull el nivell d'estudis de la mare com a element clau si es pretén reduir la mortalitat infantil.

Un altre element que influeix sobre la mortalitat infantil és el baix pes dels nadons. En la figura 2 es representa la mortalitat infantil desdoblada en els seus dos compo-

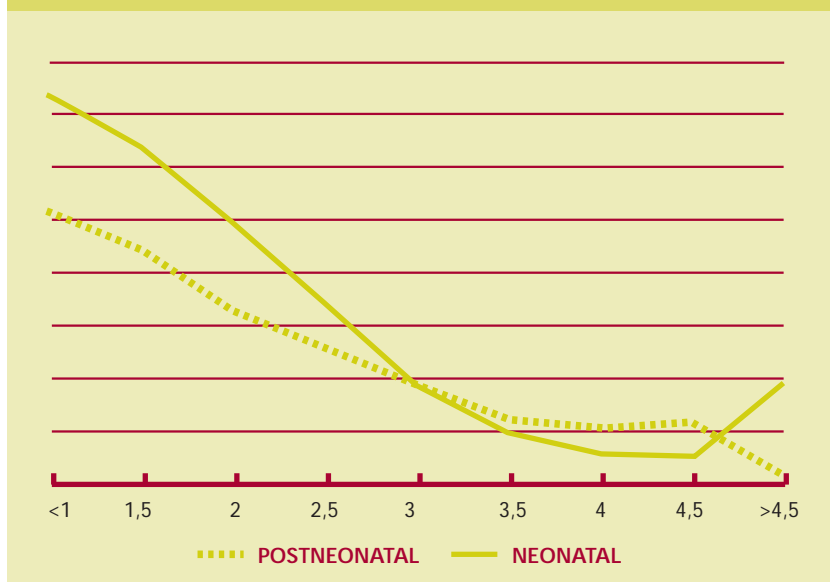
nents: la mortalitat neonatal, que inclou els nascuts vius que moren durant les primeres 4 setmanes, i la mortalitat postneonatal, que inclou els infants morts a partir de les 4 primeres setmanes i fins al primer any de vida. S'hi pot observar que la mortalitat dels infants menors d'un any és major quant menor és el pes en néixer i torna a augmentar en els fetus de pes molt alt en néixer. El baix pes en néixer està molt relacionat amb les atencions que rep la dona durant l'embaràs.

Factors de risc previs a l'embaràs

En la taula 3 es recullen els factors de risc previs a la gestació que poden condicionar tant augments en



FIG. 2. MORTALITAT INFANTIL AMB RELACIÓ AL PES EN NÉIXER



els casos de malaltia (morbilitat) i mort maternal com baix pes dels nounats i morts perinatals. Es tracta de factors que no podem modificar encara que millorem l'atenció en l'embaràs i en el part, per això requereixen un altre tipus d'intervencions si volem millorar la salut de les dones i dels infants.

En el grup de factors demogràfics destaca, en primer lloc, l'edat. En la figura 3 s'hi representa un estudi de mortalitat en dones dut a terme a Tailàndia en què s'observen dos pics de mortalitat: en dones molt joves (menors de 20 anys) i en dones de 45 a 49 anys, és a dir, al final

de la vida reproductiva. Aquests pics només es poden explicar si atribuïm l'increment de morts a causes relacionades amb l'embaràs i el part. Malgrat tot, l'edat no té per què ser un condicionant tan desastrosos per a l'embarassada si aquesta rep atencions adequades. Això no obstant, els mètodes de planificació familiar haurien d'haver impedit aquests embarassos que han provocat la mort de la dona, ja que freqüentment es tracta de gestacions no desitjades.

Quant al factor racial, s'ha d'entendre que és un factor de risc relacionat amb la marginació o la



TAULA 3 - FACTORS DE RISC PEL QUE FA A LA MORBILITAT I MORTALITAT MATERNAL, BAIX PES EN NÉIXER I MORTALITAT PERINATAL (PREVIS A LA GESTACIÓ)

A) DEMOGRÀFICS

EDAT (MENOR DE 20 ANYS O MAJOR DE 35)

RAÇA

NIVELL SOCIOECONÒMIC BAIX

NO CASADA

NIVELL EDUCATIU BAIX

B) MÈDICS

4 O MÉS PARTS ANTERIORS

PES MATERN BAIX PER A LA TALLA

HIPERTENSIÓ, DIABETIS

ANTECEDENTS OBSTÈTRICS DESFAVORABLES

ANOMALIES GINECOLÒGIQUES

BAIX PES PROPÍ EN NÉIXER

C) CONCEPCIÓ: FETUS MASCLE

D) FACTORS AMBIENTALS

EMBARÀS NO DESITJAT

TABAC

ALCOHOL

ALTRES DROGUES

EXPOSICIÓ AL DIETILESTILBESTROL

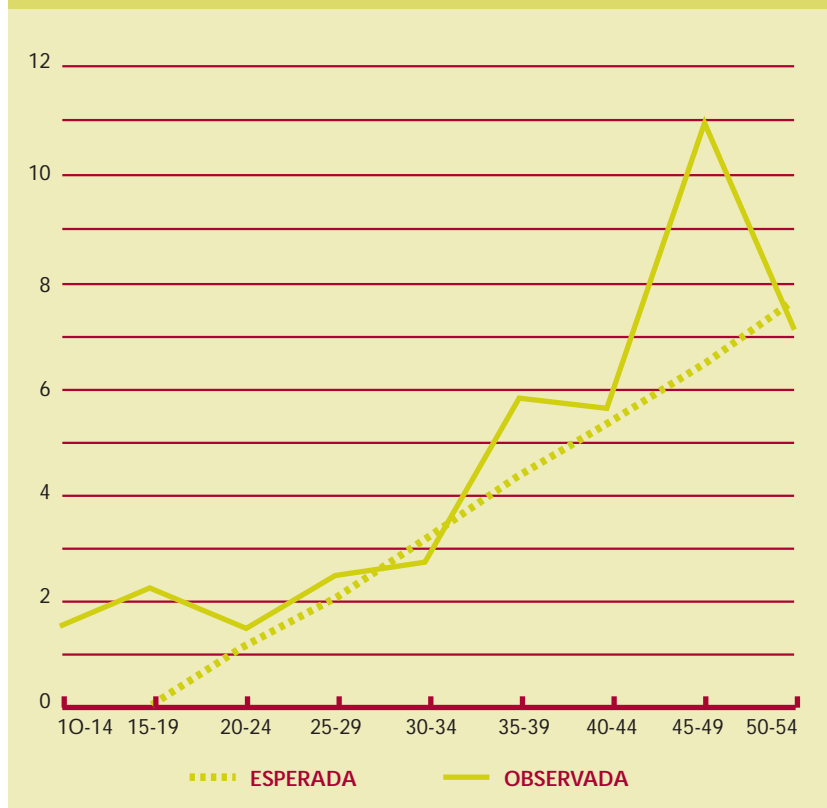
ALTITUD

ATENCIÓ PRENATAL ABSENT O INADEQUADA





FIG. 3. MORTALITAT FEMENINA PER GRUPS D'EDAT
TAXES PER MIL HABITANTS TAILÀNDIA 1974-75



falta de desenvolupament humà. Òbviament, cap raça està més o menys predisposada biològicament davant l'embaràs o el part, tot i que els prejudicis racials fins i tot poden condicionar actituds mèdiques. Personalment, em vaig trobar amb una situació il·lustrativa sobre aquest aspecte: al centre de maternitat de Bata

(Guinea Equatorial) vaig conèixer la història d'un pelvímetre (com un compàs amb què s'amida el diàmetre de la pelvis femenina per la part exterior, la qual cosa teòricament orienta sobre les mides dels diàmetres interiors i sobre la possibilitat que, per un estrenyiment de la pelvis, el part sigui impossible) que va dur un

ginecòleg espanyol en l'època de la colònia. Al cap d'un quants setmanes d'usar-lo i en trobar aquest ginecòleg mides que li indicaven estrenyiment pèlvic, va manar i realitzar un gran nombre de cesàries fins que al bon home se li va ocórrer preguntar què passava abans que ell arribàs. Devia esperar una resposta del tipus que moltes dones morien durant el part a causa de l'estretor de les pelvis, les quals ningú no havia tingut la prudència d'amidar, i es va trobar que la resposta va ser quelcom semblant a: «Res doctor, la majoria de les dones parien sense cap problema.» Humilment, va abandonar el pelvímetre i va comprovar que les dones de raça negra, malgrat que tenen les mides de la pelvis un poc diferents que les de les dones europees, parien perfectament infants de raça negra.

Quelcom semblant s'ha de dir davant el fet que una dona embarassada no estigui casada. En les societats en què això suposa marginació de la dona, el risc de malaltia i mort atribuïble a l'embaràs augmentarà perquè la dona l'ocultarà tant com pugui i es privarà de les atencions prenatales o perquè aquestes atencions li seran restringides.

En societats d'alt nivell de desenvolupament humà en què les famílies monoparentals són freqüents, per exemple el Canadà, no es considera que el fet de no tenir marit pugui ser un factor de risc per a la dona embarassada. En alguns països de l'Àfrica subsahariana, de cultura animista i en què la fertilitat està molt valorada, el fet que una adolescent quedi embarassada demostra la seva fertilitat i per tant n'augmenta el prestigi, el valor social, i millora les seves perspectives de matrimoni.

En el grup B de la taula 3 trobam els factors mèdics. Uns quants són purament biològics, per exemple, una anomalia uterina congènita; però aquests factors continuen essent els menys freqüents. La majoria d'aquests problemes poden ser obviats o bé tractant la malaltia abans o durant l'embaràs o bé evitant l'embaràs si efectivament els riscos que suposa per a la dona no poden ser controlats. Mesures de planificació familiar poden evitar un nombre excessiu d'embarassos que, en la majoria de les dones, no són desitjats, com es demostra en els informes que periòdicament publica el FNUAP. El mateix es podria dir respecte de les dones en qui l'embaràs pot suposar un risc per a la seva salut i la seva vida.





En el grup D de la taula 3 hi tornam a trobar factors que poden ser evitats amb mesures de promoció d'hàbits de vida saludables i garantint serveis d'atenció prenatal accessibles a totes les dones en la seva edat fèrtil. Tot i que en la majoria de les taules de risc se sol incloure encara l'exposició al dietilbestrol, aquest fàrmac ja no s'utilitza en dones en edat fèrtil des que es va demostrar que podia produir càncer de vagina en dones les mares de les quals l'havien consumit durant l'embaràs. Es continua posant en les taules de risc per mantenir l'alerta sobre el possible efecte pernicios per al fetus. Per finalitzar l'anàlisi dels grups de risc previs a l'embaràs, hem de mencionar la importància de la planificació familiar, sobre la qual tornarem més endavant.

Malalties d'incidència diferent al Nord i al Sud

Als PVD l'embaràs i el part es veuen complicats per malalties que són molt poc freqüents als països desenvolupats. Les embarassades sovint presenten anèmia produïda per malalties tropicals, com ara el paludisme (malària), l'ancilostomiasi (causada per un paràsit de l'intestí) o la carència de ferro i d'àcid fòlic en la seva dieta, el qual se subministra com a suplement a to-

tes les embarassades als països rics. A més de l'ancilostomiasi, altres parasitosis intestinals poden debilitar l'embarassada i per això han de ser considerades. A pesar de la seva relativa contraindicació en la gestió, fàrmacs com el mebendazol haurien de ser accessibles a totes les embarassades als països tropicals ja que actuen davant un gran nombre de paràsits.

Un altre problema important és el raquitisme. Aquesta malaltia pot produir deformacions a la pelvis que alhora poden impedir el part vaginal. En aquest cas, la mort de l'embarassada en el part es produiria si no fos possible fer-li una cesària, situació freqüent en el medi rural. Una causa important de raquitisme és la falta d'exposició al sol provocada pel confinament de les dones a les cases o el fet que s'ocultin amb robes.

La toxèmia de l'embaràs pot ser gravíssima. La forma més senzilla per detectar-la és mitjançant el control de la tensió arterial de l'embarassada: si augmenta en la segona meitat de l'embaràs, hem de pensar en aquesta malaltia. Tanmateix, aquest control exigeix d'un equip per mesurar-la (l'esfigmomanòmetre o, més popularment, el tensiòmetre) i una preparació per manejar-lo, per això pot

no ser tan senzill en alguns medis detectar la tensió arterial.

Les malalties de transmissió sexual (MTS) són un grup important. Tot i que també existeixen als països rics, les dones dels països en via de desenvolupament tenen menys possibilitats de defensar-se'n. Trobam aquí una situació que l'anàlisi de gènere pretén exposar i solucionar. Les dones pateixen imposicions sexuals perilloses per a la salut davant les quals poca cosa poden fer a causa de la seva dependència de l'home, el seu propi marit, o bé a causa de la violència sexual que pateixen més sovint als PVD, agreujada per l'existència de conflictes i pel paper submís que s'imposa a la dona. Difícilment aconseguirem que s'usi el preservatiu si l'home no l'accepta en les relacions sexuals, ni en el si de la família ni en el seu cercle d'amics. Però és en situacions de prostitució, més sovint lligades a la pobresa, o de violència sexual en què el risc de transmissió de malalties venèries és més elevat.

Entre les MTS en trobam unes quantes que poden afectar l'embaràs o el nounat i que poden ser evitades: la gonocòccia pot produir una infecció greu dels ulls del nounat, la qual es pot solucionar amb un tractament ocular senzill i barat

en el moment del naixement; la gonocòccia també pot produir esterilitat en la dona o, en cas que es produeixi la gestació, una major freqüència d'embarassos ectòpics (a les trompes en lloc de a l'interior de l'úter), procés que pot ser mortal si no s'intervé quirúrgicament. La sífilis produeix una infecció congènita en el nounat que si és detectada durant l'embaràs també pot ser tractada amb antibiòtics molt barats. El fet de detectar-la també és fàcil i barat. El cas de la sida, sobre el qual tornarem a parlar més endavant, és més greu i complex, però l'esmentam aquí perquè la principal via de transmissió a les dones és el contagi en relacions heterosexuals, per això s'ha de considerar una malaltia de transmissió sexual.

Una malaltia gravíssima i sovint mortal és el tètanus en el nounat; tanmateix, evitar-lo és senzill i barat. Es tracta de vacunar totes les embarassades contra el tètanus, ja que les defenses passen al fetus; d'aquesta manera, durant un temps i fins que està en condicions de ser vacunat, el defensen d'aquesta terrible malaltia. La vacuna contra el tètanus és barata, no necessita cadena de fred (tot i que no s'ha de deixar exposada a temperatures superiors a 30°C), rarament





produeix efectes secundaris i no afecta el fetus. A més, és fàcil ensenyar al personal sanitari o als agents primaris de salut com s'ha d'administrar. En resum, no s'hauria de privar cap embarassada d'aquesta vacuna.

Per acabar, cal esmentar la tuberculosi, en preocupant augment a tot el món i el tractament de la qual durant l'embaràs és possible. Hi ha pautes no excessivament costoses i no gaire difícils de seguir. A la majoria de PVD hi ha programes específics de lluita contra aquesta malaltia, però atesa la freqüència en què es produeix s'hauria d'incloure en els programes d'atenció primària de salut i no en xarxes d'assistència pròpia. Els sanatoris antituberculosi pertanyen a la història de la humanitat i no tenen sentit en aquest segle. Una malaltia produïda per una bacil semblant a la tuberculosi és la lepra. Igual que haurien de desaparèixer els sanatoris antituberculosi, també haurien de desaparèixer les leproseries, encara que en aquest cas l'actitud ha de ser més bel·ligerant. En l'excel·lent obra de Gentilini sobre medicina tropical s'hi pot llegir literalment: «En realitat, l'internament en leproseries és una mesura absurda, inhumana, ineficaç i onerosa per a la col·lectivitat.» Les

campanyes publicitàries agressives que pretenen recaptar fons per lluitar contra la lepra contribueixen a incrementar l'horror de la població contra aquesta malaltia maleïda i no aclareixen si amb els doblers recaptats es contribueix a aïllar aquests malalts o a curar-los en el si de la seva família i de la seva comunitat.

Serveis prenatals bàsics

En tot allò que hem exposat anteriorment hem destacat unes quantes vegades la importància que hi hagi serveis per atendre l'embaràs i el part si volem que disminueixin les xifres de mort i malaltia de les dones gestants. En la taula número 4 resumim els serveis prenatals que han de ser accessibles a totes les embarassades, amb particular insistència en el medi rural, on la distància o el mal estat dels camins crea problemes d'accés a aquests serveis.

Les primeres 6 mesures s'han justificat més amunt. En els apartats següents tractarem l'atenció en el part i la coordinació amb les llevadores tradicionals. El sistema de referència en el nivell superior d'assistència és bàsic en qualsevol plantejament d'atenció primària de salut.

El control de l'embaràs pot ser realitzat per personal amb una formació elemental, com ara agents pri-



TAULA 4 - SERVEIS BÀSICS PER ATENDRE L'EMBARASSADA

1. CRIBATGE D'ALT RISC
2. VACUNACIÓ CONTRA EL TÈTANUS
3. SUPLEMENTS DE FE I FOLATS
4. PROFILAXI DE PALUDISME A ZONES ENDÈMIQUES
5. EDUCACIÓ NUTRICIONAL I SUPLEMENTS PER A LES MARES DESNODRIDES
6. DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DE LES MALALTIES DE TRANSMISSIÓ SEXUAL
7. SISTEMES DE REFERÈNCIA EN EL NIVELL SUPERIOR D'ASSISTÈNCIA
8. CAPTACIÓ DE GESTANTS PER AL PART HOSPITALARI
9. COORDINACIÓ AMB LES LLEVADORES TRADICIONALS

maris de salut i llevadores tradicionals. Pot ser de gran ajuda per a aquest personal disposar de fitxes o documents semblants que els serveixin de guia per als controls que han de dur a terme i que els permetin detectar fàcilment els casos que han de derivar al nivell superior o per als quals necessiten orientació dels personal sanitari amb més formació. En la figura 4 es representa un d'aquests models, en el disseny i l'execució dels quals vaig participar, per ser usat a Guinea Equatorial. Aquest model estava adaptat a la situació real en què

era possible que el control de l'embaràs fos fet a tots els districtes per personal auxiliar que pertanyés al sistema sanitari públic amb un nivell de formació sanitària molt elemental. La inclusió dels controls de tensió en aquesta fitxa és




FIG. 4. FITXA DE CONTROL DE L'EMBARÀS

CURES PRENATALS (2)

COOPERACIÓ SANITÀRIA ESPANYOLA
AMB GUINEA EQUATORIAL

NOM: _____ POBLAT _____
1ª LLINATGE _____ DISTRICTE _____
2ª LLINATGE _____

CONTROL DE GESTACIÓ I DEL PART

EDAT: _____ TALLA: _____ DATA DE LA DARRERA REGLA: _____
NOMBRE DE FILLS VIUS: _____ MORTS: _____ AVORTAMENTS: _____
CESÀRIES ANTERIORS: _____ ALTRES OPERACIONS: _____
ALTRES MALALTIES: _____

DATA	SETMANES DE GESTACIÓ	PES	TENSIÓ ARTERIAL	EDEMES	ALTURA UTERINA	BATEC FETAL	POSICIÓ PRESENTACIÓ DE LA SITUACIÓ FETAL	VACUNA TÈTANUS	PROFILAXIS PALÚDICA	OBSERVACIONS

discutible; els equips necessaris estaven disponibles, però la formació de bona part del personal que havia de fer els controls d'embaràs no era fàcil. D'altra banda, els problemes de toxèmia i d'hipertensió en l'embaràs a Guinea Equatorial no són gaire freqüents, al contrari del que pot passar a altres zones del món, com el sud-est d'Àsia.

Altres serveis que s'han d'establir pel que fa a l'atenció maternal són relativament poc costosos i fàcils d'organitzar. S'estima que el 80% de les dones en edat reproductiva als PVD estan anèmiques quan en realitat és raonable i barat proporcionar-los medicaments per a la profilaxi del paludisme, per al trac-

tament de les parasitosis intestinals, o vacunar contra el tètanus totes les embarassades i crear consultes prenatales amb personal format que pugui fer un cribatge de les gestants d'alt risc i aplicar-los les mesures anteriors. En general, es pot dir que els indicadors que mesuren les morts i les malalties de dones relacionades amb la maternitat milloren sensiblement amb l'increment de les atencions prenatales i del part, per la qual cosa aquest tipus de serveis s'han de considerar d'alta eficiència.

Una reflexió sobre el cribatge (*screening*) de les embarassades d'alt risc: en la taula 3 hi incloem els factors de risc previs a la gesta-

ció. També hi ha altres taules que relacionen factors de risc que poden aparèixer durant l'embaràs i el part, però que ultrapassen l'objectiu d'aquest quadern. Entre aquests factors se n'inclouen alguns de tan importants com, per exemple, la situació transversa del fetus al final del part, la qual obliga a derivar la gestant a un hospital preparat per realitzar una cesària. Aquest tipus de tècniques de selecció té una aplicació molt baixa: la meitat de les dones que tindran problemes greus en el part no hauran estat prèviament seleccionades com a de risc. D'altra banda, també l'especificitat és molt baixa, per la qual cosa l'esforç que es farà per derivar moltes de les dones seleccionades serà finalment innecessari. Això no vol dir que no es formin llevadores i personal auxiliar d'infermeria perquè identifiquin gestants de risc i les derivin, ja que no tindrem altres opcions en llocs amb baixa accessibilitat. El que es pretén amb aquesta afirmació és no perdre de vista l'objectiu que hi hagi una xarxa que permeti que totes les dones siguin ateses en el moment del part en un medi hospitalari amb capacitat per dur a terme una cesària d'urgència.

Per actuar sobre la salut maternal, no hem de limitar-nos al moment

en què la dona està embarassada. L'actuació sobre els factors de risc abans de la concepció, dels quals hem parlat anteriorment, pot suposar una millora en els indicadors de mortalitat materna superior a l'obtinguda amb projectes assistencials. Entre aquests factors de risc prenatal, l'educació de les nines n'és un dels més importants. Les dones reben a la majoria de països una educació molt inferior a la dels homes.

Els programes de suplementació d'aliments són molt discutibles. La necessitat d'una nutrició adequada de les nines i les dones no justifica necessàriament els esforços que es fan per mitjà de determinats programes, que poden ser molt poc eficients. Un cas particular són les llars maternes, molt esteses a Cuba i en alguns altres països. Al nostre parer, no hi ha una evidència clara que els bons resultats de salut maternal i neonatal de Cuba siguin a causa d'aquest programa, al contrari, són instal·lacions costoses tant pel que fa a l'equipament com pel que fa al manteniment, probablement de molt baixa eficiència. Però com passa amb molts de programes, el prestigi que tenen entre els responsables sanitaris i la població cubana mateixa faria molt problemàtic que desapareguessin.





Almenys la nostra actitud és no incloure-les en els nostres projectes de cooperació i invertir els doblers obtinguts per la solidaritat de la població en altres projectes de clara eficiència.

Atenció en el part

En l'obstetrícia clàssica s'afirma que el part és un recorregut de tan sols 11 centímetres, però és el viatge més perillós que fa un ésser humà en la seva vida. Molts de fetus moren en aquest trajecte o queden amb greus lesions per a la resta de la seva vida. Igual pot passar amb les seves mares. Hi ha dos indicadors molt sensibles i fàcils d'establir per mesurar l'atenció en l'embaràs i en el part. En primer lloc, l'índex de mortalitat maternal, que expressa el nombre de dones que moren a causa de l'embaràs o del part cada any per cada mil nascuts vius. Aquest indicador pot mesurar l'eficàcia dels mètodes de planificació familiar, és a dir, podem aconseguir que disminueixi la taxa de mortalitat maternal sense realitzar intervencions de cures prenatales i d'atenció al part, sinó únicament amb intervencions de planificació familiar, que són molt més barates i que amb més rapidesa ens poden permetre disminuir el nombre total de dones que moren a causa de l'embaràs o del part a

llocs on aquesta mortalitat és molt alta. Cal alertar a tots els lectors sobre la importància de saber de quin indicador parlem amb relació a la mortalitat maternal, ja que les conclusions poden ser totalment oposades a l'hora d'avaluar l'èxit d'un programa. Lamentablement, no sempre que es publiquen resultats s'explica gaire bé a quin indicador ens referim i com s'ha calculat. Un exemple sobre la forma correcta de publicar indicadors el tenim en el FNUAP, l'adreça electrònica del qual s'inclou en la bibliografia.

Un segon indicador molt sensible per mesurar l'esforç que es realitza pel que fa a les atencions prenatales, l'assistència al part i les atencions al nou-nat és la taxa de mortalitat perinatal, que ja s'ha esmentat en diverses ocasions. Aquesta taxa registra el nombre de fetus morts amb més de 28 setmanes de gestació i de nou-nats morts amb menys de 7 dies de vida per cada mil naixements.

Entre les causes de mort materna en el part s'inclouen totes aquelles que poden suposar una obstrucció o un prolongament de l'expulsió del fetus. Algunes d'aquestes causes són socials, com la nutrició inadequada, la falta d'exposició al sol, el matrimoni precoç, part múl-

tiple o l'ablació del clítoris. Aquesta mutilació constitueix una pràctica molt estesa, sorprenentment difícil d'eradicar i responsable també d'altres problemes greus de salut de les dones: alteracions psicològiques, hemorràgies que poden ser mortals, infeccions greus (sèpsia, sida, hepatitis B...), dolor en les relacions sexuals, etc.; a més d'aquestes causes, evitables i representatives de vulnerabilitat de la dona per causa de gènere, hi ha altres factors biològics que també es poden tenir en compte en el control de l'embaràs i del part. El part obstruït o prolongat pot produir la mort de l'embarassada per hemorràgia (trencament uterí, trastorns de la coagulació...), infecció greu (septicèmia...), que pot esdevenir en el transcurs del part o dies després (com en el cas de la febre puerperal clàssica). En cas que la dona sobrevisqui, li poden quedar seqüeles durant molt de temps o tota la vida: esquinçaments i fístules vaginals o de l'èmfinter de l'anus que poden produir incontinència d'orina o de femta, amb les conseqüències lògiques d'infeccions i mal olor, la qual cosa la portaria a la marginació social o al repudi familiar.

Tota aquesta panoràmica de mort i lesions, exposada breument, és en

bona manera evitable amb atenció adequada durant l'embaràs i el part, però també amb intervencions polítiques, socials i culturals que acabin amb la discriminació de la dona per causa de gènere.

Posició materna i tipus de part

A Europa i Nord-amèrica la posició habitual de la dona en el període expulsiu del part és en decúbit supí, és a dir, la dona tombada d'esquena en una taula d'exploració ginecològica. Tanmateix aquesta no és la posició que han triat les dones al llarg de la història de la humanitat. La primera descripció d'aquesta posició correspon a Mauriceau, metge de la cort francesa de Lluís XIV, en el segle XVII, i la justifica perquè permet l'exploració durant el part i l'aplicació de fòrceps. Per tant es tracta d'una posició adequada per a qui assisteix el part, però no necessàriament adient per a la dona que pareix. En la majoria dels pobles, la posició del part pot presentar algunes modificacions, però totes tenen en comú la verticalitat, és a dir, posicions que permeten que la dona empenyi aprofitant la força de la gravetat i no formant un angle de 90° com en el cas de la posició de decúbit supí. En la imatge 6 s'hi observa una representació d'Ixchel, divinitat maia protectora





de les dones parteres, que dona a llum de genolls aprofitant la força de la gravetat; ella mateixa provoca pressió damunt el fons de l'úter empenyent el fetus verticalment amb l'ajuda d'una corda. Altres variants de la verticalitat inclouen a Occident les cadires per a parts, que encara s'utilitzaven en la primera meitat del segle XX. Una primera aproximació intuïtiva permet conjecturar que el part vertical gràcies a la força de la gravetat deu ser més fàcil i ràpid que el part de decúbit supí. Això efectivament s'ha comprovat en molts d'estudis. En la posició occidental, de decúbit supí, la durada del part és major, l'episiotomia s'utilitza amb més freqüència i el fetus pateix més. Aquest darrer aspecte és de particular importància i tindria la seva explicació en la major durada del període expulsiu i en l'efecte de compressió de la vena cava inferior per l'úter gràvid, ja que la dona està tombada damunt l'esquena. Per què, doncs, s'ha de mantenir aquesta posició a Occident? Les ra-



ons són les mateixes que les que va exposar Mauriceau fa més de tres segles: la comoditat per a l'assistent en el part, metge o llevadora. L'arquitectura de les maternitats, el disseny de les taules de part i la resistència dels professionals manté la dona que pareix en posició de decúbit supí. En els darrers anys des dels mitjans de comunicació i des d'alguns col·lectius es denuncien algunes pràctiques relacionades amb el part, com la posició de decúbit supí o l'excessiva freqüència de pràctica d'episiotomies o cesàries. Com a fruit d'aquestes campanyes es poden observar canvis d'actitud dels professionals -tot i que no sempre vagin acompanyats de canvis en les seves pràctiques- o canvis arquitectònics en el disseny dels nous hospitals que permeten a la dona elegir la posició en què vol parir.

La posició de decúbit supí no tan sols no desapareix a Occident sinó que s'està imposant als països del Sud en substitució de les diferents posicions verticals. Sembla com si

allò científic fos el que ve del Nord, sense més reflexions. En un treball en què vaig tenir l'oportunitat de participar es va dur a terme una enquesta entre llevadores tradicionals de Nicaragua per conèixer-ne els hàbits i les actituds amb vista a integrar-les en la xarxa assistencial nacional per mitjà de la realització de cursos als centres de salut. Les llevadores que havien assistit a aquests cursos assenyalaven que se'ls havia inculcat que no permetessin a les dones parir a la gatzoneta, forma més habitual en el medi rural de Nicaragua. Independentment de l'error que suposa aquesta plantejament dels professors dels cursos, s'ha de considerar l'esforç que es fa per suprimir costums i pràctiques correctes, amb el desconcert subsegüent en la població i en les llevadores tradicionals en

contra de la seva lògica, del seu costum i de la seva experiència. Lamentablement, això també passa en altres aspectes de la cultura tradicional que són menyspreats sense més ni més en nom d'una modernitat que tampoc no serveix per treure aquests pobles de la seva falta de desenvolupament.

El percentatge ideal de cesàries

Un tema polèmic és la freqüència de pràctiques de cesàries com a mètode per acabar el part. En moltes circumstàncies la cesària serà l'única manera de salvar la vida de la mare i per això és una intervenció que ha de ser accessible a totes les dones embarassades independentment del lloc on visquin. Tanmateix l'augment important de la freqüència de cesàries no s'està produint tan sols als països desenvolupats.





pats sinó també als països en via de desenvolupament, en què aquest recurs és cada vegada més accessible a la població. L'Organització Mundial de la Salut estableix com a percentatge de pràctiques de cesària que no s'hauria de superar el d'un 15% del total dels parts. Als EUA, el 1970, el percentatge de cesàries era d'un 5%; el 1998 ja era d'un 25% del total dels parts. El projecte Helthy People 2000 pretenia reduir aquest percentatge a un 15%. En el decurs d'un projecte de cooperació desenvolupat a l'Havana vàrem tenir l'oportunitat de contrastar els resultats relacionats amb aquesta tècnica als hospitals de l'Havana (un 29%) i a l'Hospital Son Dureta de Palma (un 14%). La justificació dels ginecòlegs cubans que l'increment del nombre de cesàries es feia en benefici del fetus no se sostenia, ja que la mortalitat perinatal a l'Havana no era millor que la de l'Hospital Son Dureta. L'any 1999, en què es va fer l'estudi, si els hospitals de l'Havana haguessin utilitzat els mateixos criteris que els de l'Hospital Son Dureta s'hauria pogut evitar aquesta intervenció a 3.780 dones, amb la consegüent repercussió no tan sols sobre la salut d'aquestes dones sinó també sobre els costos econòmics d'un sistema sanitari que està, d'altra ban-

da, necessitat de recursos. Per tant no estam parlant d'una qüestió secundària. Aquesta mateixa tendència s'observa en altres països llatinoamericans, en què la millor oferta a les dones per parir en un hospital va acompanyada d'un risc d'intervenció quirúrgica innecessària molt important.

En el cas de l'Havana, analitzam les circumstàncies en un cas i en l'altre per intentar entendre les diferències i cercar-hi solucions. La primera causa que explica l'increment en la taxa de cesàries és la repetició de la cesària en una pacient que ja n'ha patida una en un part anterior. Aquesta mesura no es justifica en un medi hospitalari dotat d'una mínima capacitat per controlar el part. Aquest era també un dels mecanismes que es proposaven en el Helthy People 2000, ja que suposa aproximadament el 35% de les indicacions del total de cesàries realitzades. Una altra causa important és el registre cardiotocogràfic insatisfactori. Aquest tipus de registre permet sospitar, però tan sols sospitar, el patiment del fetus durant el part. Si es confirmàs, justificaria que es duqués a terme una cesària urgent per salvar la vida del fetus i per evitar lesions importants en el nounat. El problema rau en el fet que no es confirma el patiment fetal malgrat

que la tecnologia per fer-ho (la determinació de l'acidesa de la sang fetal) està disponible. Ens trobam amb un problema d'instal·lació d'un procediment diagnòstic, el del patiment fetal intrapart, d'una forma incompleta, ja que s'equipen les sales de parts amb monitors cardiotocogràfics però no amb analitzadors d'acidesa. La conseqüència és un sobrediagnòstic que provoca un increment innecessari del nombre de cesàries.

Caldria cercar altres causes de l'increment del nombre de cesàries en la por dels obstetres a les denúncies, en la comoditat d'acabar un part a una hora determinada, en l'augment de l'anestèsia epidural o fins i tot en un desig exprés de la dona o en la pressió de la família.

En qualsevol cas, la tendència no ha disminuït en els darrers anys. En el cas de l'Havana, en els 3 anys transcorreguts no s'ha fet res per invertir el procés, ni per iniciativa dels responsables sanitaris ni per iniciativa dels professionals mateixos.

Llevadores tradicionals

A grans regions del món el part no és atès per personal amb formació i això es relaciona clarament amb altes taxes de mortalitat i morbiditat maternal i perinatal. En la taula número 5 s'hi expressa el percentatge de parts atesos per personal capacitats, incloent-hi com a personal capacitats les llevadores tradicionals amb formació.

Ja s'ha insistit que s'ha d'establir com a prioritari garantir serveis

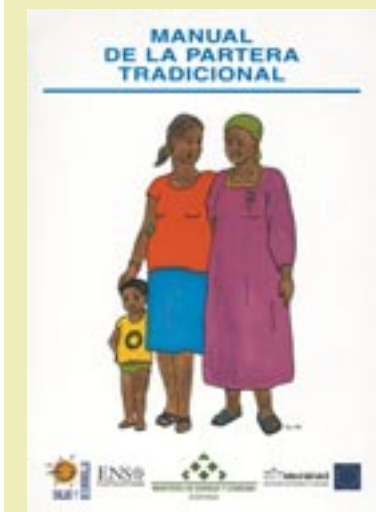
TAULA 5 - PERCENTATGE DE PARTS ATESES PER PERSONAL CAPACITAT A LES DISTINTES REGIONS DEL MÓN. S'INCLOU COM A PERSONAL CAPACITAT LES LLEVADORES TRADICIONALS FORMADES

	%
ÀFRICA	42
ÀSIA	54
EUROPA	99
AMÈRICA LLATINA I CARIB	80
AMÈRICA DEL NORD	99
OCEANIA	65
PAÏSOS DE L'ANTIGA URSS AMB ECONOMIES DE TRANSICIÓ	97





FIG. 5. MANUAL DE LA LLEVADORA TRADICIONAL. GUINEA EQUATORIAL



prenatals a prop de l'embarassada: els millors resultats s'aconsegueixen si aquests no disten d'elles més de 3 quilòmetres. Això no sempre serà possible, per la qual cosa s'han de considerar altres intervencions per millorar l'accés de les dones als serveis de salut. Una d'aquestes és comptar amb la col·laboració de les llevadores tradicionals. L'arrogància de molt de personal sanitari format en la medicina científica ha portat amb freqüència a menysprear la tasca que la medicina tradicional pot dur a terme en el medi rural de bona part dels PVD. Amb les seves evidents li-

mitacions, els curanderos i les llevadores tradicionals durant tota la història de la humanitat han aportat els seus coneixements empírics per alleugerir patiments. En les darreres dècades, cada vegada més s'està tornant la mirada cap a aquestes persones i s'estan fent esforços per integrar-les en els sistemes d'atenció primària de salut.

En definitiva, es tracta de persones integrades i respectades per la comunitat que amb petits esforços es poden formar en tècniques senzilles que millorin els resultats o a les quals es poden donar indicacions

FIG. 6. PORTADA DE LA GUÍA PARA FACILITADORES DE COMADRONAS. GUATEMALA



clares de derivació als centres de salut. Si una embarassada al final de la gestació té el fetus en situació transversa, molt probablement res que faci la llevadora tradicional no podrà salvar la vida d'aquesta dona, excepte que la derivi a un hospital. Si la llevadora tradicional coneix l'hospital on se la derivarà o el centre de salut des d'on se la derivarà a l'hospital, coneix els professionals que hi treballen i sap que els seus criteris seran respectats, procedirà al més aviat possible per cercar un mitjà de transport per a aquesta dona. La ubicació d'aquestes dones en els sistemes sanitaris dels PVD s'ha de fer en la xarxa d'atenció primària de salut.

L'atenció primària de salut (APS) es considera prioritària en projectes de cooperació. Pretén ser la forma més eficient d'estendre els programes de prevenció i de garantir un mínim d'atenció sanitària als problemes més freqüents de la majoria de la població. Els PVD presenten dos problemes relacionats amb la salut: l'alta prevalença de malalties transmissibles i nutricionals, i l'escassa capacitat econòmica per atendre-les. Per mitjà de l'APS es volen afrontar els dos problemes d'una forma realista. D'altra banda, aquests problemes són més greus en el medi rural, on les

distàncies constitueixen un problema seriós d'accés a la salut. La llevadora tradicional integrada ha rebut un curs preferentment al centre de salut o a l'establiment al qual en primer lloc ha de derivar l'embarassada i del qual rebrà suport i subministrament dels materials i dels medicaments per a l'ús dels quals ha estat formada (antipalúdics, sals d'hidratació, ferro, àcid fòlic...). La llevadora tradicional és coneguda i respectada al seu poblat i aquest és un requisit indispensable per seleccionar-la. Experiències d'aquest tipus estan generalitzades a molts de països. Les figures 5 i 6 mostren les portades de dos manuals de gran interès: l'elaborat per la Cooperació Espanyola per a Guinea Equatorial (5) i l'elaborat pel Ministeri de Salut de Guatemala (6).

Comptar amb la medicina tradicional, tant si es tracta de curanderos com de llevadores tradicionals, no s'ha de considerar com un mera utilització de recursos humans sinó com una forma de respecte a les cultures dels pobles i com un mecanisme de dinamització social que permeti identificar líders entre les poblacions que alhora impulsin transformacions socialment sostenibles. No tenir això en compte pot portar al fracàs dels programes de formació i d'integra-





ció de llevadores tradicionals i d'altres agents. Hi ha en alguns països estructures institucionals pròpies, per exemple en forma de direccions nacionals de medicina tradicional, als ministeris de salut.

L'esforç necessari per formar les llevadores tradicionals i integrar-les en els serveis sanitaris és important, per això s'ha de tenir una cura particular de no intentar corregir pràctiques adequades (com el part a la gatzoneta que comentàvem més amunt) o fins i tot irrellevants des del punt de vista sanitari però amb arrelament en els costums dels seus poblats. En qualsevol cas, suposar que tots els tabús són supersticions que s'han de superar és propi de ments arrogants i insensibles al món que tenen davant. Un exemple d'això el vaig poder viure en un curs de formació d'auxiliars sanitàries realitzat a Guinea Equatorial: hi ha entre els fang, ètnia majoritària a l'Àfrica equatorial occidental, la creença que si una dona que alleta un infant té relacions sexuals aquest infant mor perquè en el semen hi ha un cuc que puja per la vagina fins a la mama, s'introdueix a la llet i mata el lactant. Les auxiliars procedents de la capital del país amb més contacte amb europeus menyspreaven el tabú i afirmaven

que no s'havia de reforçar; tanmateix les procedents de l'interior del país, amb menys nivell cultural, el defensaven amb vehemència. Lògicament, es va haver de donar la raó a les que defensaven el tabú, ja que la lactància no prevé contra l'embaràs durant molt de temps i la dona que té relacions sexuals pot quedar gestant, amb la qual cosa en aquest cas l'infant alletat deixaria de lactar i moriria per malnutrició. Una expressió millor d'això és el fet que en els llibres de medicina es denomina kwashiorkor una de les formes de malnutrició infantil greu. Aquesta paraula, en una de les llengües parlades a Ghana, es refereix a l'infant retirat prematurament del pit de sa mare pel naixement d'un germà.

Tampoc no s'ha de magnificar el paper de les llevadores tradicionals esperant que facin el que no poden fer. El manteniment de la integració d'aquestes dones en el sistema sanitari suposa que periòdicament tinguin suport, reforcin els coneixements adquirits i mantinguin mecanismes eficaços de derivació. D'altra banda, s'ha de tenir en compte que moltes d'aquestes dones obtenen beneficis econòmics d'aquesta activitat i és bo que així sigui perquè continuïn fent-ho. Fins i tot s'ha de deixar clar a la comu-

nitat que el sistema sanitari no els paga amb l'objectiu que no deixin de compensar-la econòmicament.

PLANIFICACIÓ FAMILIAR

Podríem definir la planificació familiar com la capacitat d'una parella per decidir el nombre de fills que ha de tenir la seva família. Però el que podria semblar que està reservat a l'àmbit familiar constitueix, de fet, un conjunt d'intervencions sanitàries, disposicions legals i econòmiques, etc. que s'ha convertit en una eina fonamental en mans dels governs i les organitzacions sanitàries per millorar la salut de les dones i controlar la quantitat de població.

La planificació familiar té tres grans fonaments:

1. Salut de la dona. L'embaràs i el part suposen un risc per a la dona en determinades circumstàncies, com les edats extremes de la vida reproductiva (per sota dels 20 anys i per sobre dels 35), l'existència d'uns quants parts anteriors, la presència d'altres malalties que poden agreujar-se amb l'embaràs, etc. L'espaiament dels

embarassos (almenys dos anys) és una mesura important tant per permetre la recuperació biològica de la dona com per a la salut mateixa dels seus fills.

2. Drets humans. El Pla d'acció mundial de les Nacions Unides en la Conferència Mundial de Població, duta a terme a Bucarest el 1974, va establir que:

«Totes les parelles i persones tenen el dret bàsic de decidir lliurement i responsablement el nombre de fills que desitja, l'espaiament entre cada embaràs i també la possibilitat d'accedir a la informació, l'educació i els mitjans necessaris per exercir aquests drets; la responsabilitat de les parelles i persones en l'exercici d'aquest dret ha de tenir en compte les necessitats tant dels seus fills nascuts com dels futurs i també les seves responsabilitats envers la comunitat.»

3. Demografia. Les intervencions en planificació familiar permeten actuar sobre els factors demogràfics amb l'objectiu de reduir el creixement de la població i de permetre una salut general millor. Les formes més freqüents d'intervenció són:

- Endarrerir l'edat en què es contreu matrimoni.





- Endarrerir l'edat en què es té el primer fill.
- Millorar les condicions de vida generals i especialment les de les dones.
- Millorar el nivell educatiu de la població i especialment el de les dones.

Les dues primeres mesures poden ser imposades per alguns governs per mitjà de la coacció i no del convenciment, la qual cosa suposa de fet una vulneració dels drets reconeguts en la declaració de Bucarest.

Planificació familiar i reproductiva

La planificació familiar permet millorar els índexs de mortalitat maternal i infantil per diversos mecanismes. En primer lloc, l'espaiament entre els embarassos, la qual cosa ja s'ha exposat més amunt; en la taula 7 s'hi expressa la reducció de la mortalitat infantil en alguns països si s'aconseguís espaiar els embarassos almenys dos anys. En segon lloc, l'extensió dels mètodes de planificació familiar entre la població farà disminuir el nombre d'avortaments il·legals, els quals suposen un risc greu per a la salut i la vida de les do-

TAULA 6 - PERCENTATGE DE POBLACIÓ QUE TÉ ACCÉS ALS DIFERENTS MÈTODES ANTICONCEPTIUS

	LT	VAS.	DIU	CO	CONDÓ
ÀFRICA	17	9	33	54	51
ÀFRICA SEPTENTRIONAL	11	5	47	80	45
LA RESTA D'ÀFRICA	18	10	28	46	53
ÀSIA	69	57	68	64	69
ÀSIA MERIDIONAL	88	71	89	72	71
ÀSIA CENTREMERIDIONAL	34	34	59	61	61
ÀSIA SUD-ORIENTAL	66	55	51	55	71
ÀSIA OCCIDENTAL	28	8	59	74	63
AMÈRICA LLATINA I CARIB	64	35	52	78	65

Font: FNUAP 97. VAS: Vasectomia. LT: Lligadura de trompes. DIU: Dispositiu Intrauterí. CO: Contraceptius orals



TAULA 7 - DISMINUCIÓ DE LA MORTALITAT INFANTIL EN ALGUNS PAÏSOS SI S'ACONSEGUÍS ESPAIAR ELS EMBARASSOS DE TOTES LES DONES ALMENYS DOS ANYS

	PERCENTATGE
GHANA	17
KENYA	20
HAITÍ	16
MÈXIC	19
BANGLA DESH	26
JORDÀNIA	40

nes. En tercer lloc, permet disminuir els embarassos de risc i per tant les possibilitats que moltes dones morin per l'embaràs o pel part.

Com s'ha apuntat anteriorment, en una situació en què hi hagi una mortalitat maternal elevada i no es disposi de recursos per atendre adequadament l'embaràs i el part, la planificació familiar és la forma més eficient d'intervenció. Tot i que no s'aconsegueixi disminuir la probabilitat que una embarassada mori, el resultat global en aquesta població és que menys dones en edat fèrtil moren perquè menys dones es queden embarassades.

La importància de la planificació justifica que es faci un esforç important per facilitar-la a la població. En la taula 6 s'hi expressa el percentatge

de la població que té accés als diferents mètodes anticonceptius. Un altre cop es pot comprovar la situació a l'Àfrica, molt pitjor que a la resta de regions. Les principals barreres d'accés són el cost econòmic i la distància, però aquests dos problemes poden resoldre's, per exemple, facilitant mètodes anticonceptius als agents primaris de salut; però també ens trobam amb les barreres culturals, que desorienten sovint els membres de les organitzacions i les agències de cooperació de cultura occidental. L'enquesta a les llevadores tradicionals a què fèiem referència abans mostrava també la resistència dels homes al fet que les dones portin DIU (dispositiu intrauterí), cosa que els duia moltes vegades a llevar-los-el si sabien que duïen un d'aquests dispositius. Per





aquest motiu, l'aplicació del DIU s'havia de fer en condicions de quasi clandestinitat. Un altre cas és el preservatiu masculí (condó), que es pot repartir gratuïtament per molts de poblats però que no s'utilitza perquè els homes no l'accepten. Tanmateix, aquests barreres culturals poden arribar a no ser exclusives de països en via de desenvolupament: moltes adolescents poden negar-se a sol·licitar la píndola de l'endemà al centre de salut ja que s'hi poden trobar son pare, una veïna, algun familiar, etc., o pitjor encara, molts professionals que es neguin a facilitar aquesta píndola de l'endemà perquè, contra tota evidència científica, pensen que és abortiva i hi al·leguen objecció de consciència.

Com en altres aspectes de la salut reproductiva, les mesures sanitàries poden no ser suficients per millorar la situació de les dones i es necessiten intervencions d'educació sanitària i de formació cultural general de la població per aconseguir que allò que és tècnicament i econòmicament possible sigui també factible.

Fases històriques en el desenvolupament dels programes de planificació familiar

A causa de la manca de programes i polítiques de planificació familiar, la població adopta pràctiques es-

pontànies per restringir el nombre de fills. Entre aquestes pràctiques, la prolongació de la lactància és una de les més freqüents. Tanmateix, necessiten el suport d'altres mesures, ja que a partir dels sis mesos l'eficàcia anticonceptiva de la lactància disminueix considerablement. Els tabús, com el que s'ha explicat més amunt sobre el semen i la mort del lactant, serien una d'aquestes mesures. Una altra seria la permanència temporal de la mare a casa dels seus pares; en les societats poligàmiques és més fàcil que el mascle accepti aquest tipus de pràctiques. Un mètode de planificació molt estès i d'aplicació espontània és el coit interromput, fins al punt que moltes dones que el practiquen, en ser preguntades sobre si utilitzen mètodes anticonceptius, contesten que no.

Històricament, una segona fase seria l'obertura de clíniques d'iniciativa privada. Aquest tipus d'assistència en planificació familiar té l'avantatge de la confidencialitat i el tracte personalitzat; però té el greu inconvenient de l'alt cost econòmic per a les usuàries, tot i que es faci sota la forma d'assegurances mèdiques lliures.

La forma de garantir l'accés als mètodes de planificació familiar a les parelles de renda més baixa és per

mitjà de la intervenció governamental; els governs poden passar per actituds d'oposició, amb legislacions que penin l'ús d'alguns mètodes anticonceptius, a una actitud de tolerància que permeti l'actuació d'organitzacions d'usuàries o de solidaritat, i finalment a actituds clarament intervencionistes per mitjà del finançament o del suport a programes de planificació familiar.

Les modalitats en què aquests programes s'executin tenen avantatges i inconvenients. Les clíniques lliures de planificació familiar promogudes per organitzacions sense afany de lucre i amb cost baix o mínim per a les usuàries tenen l'inconvenient que són forçosament escasses i es troben allunyades de la població, per això han de fer llargs desplaçaments per accedir-hi. D'altra banda, només ofereixen serveis de planificació familiar, la qual cosa planteja seriosos dubtes quant a la seva eficàcia.

Els centres de salut urbans o rurals tenen una major eficàcia, ja que ofereixen altres serveis a més de la planificació familiar. La salut reproductiva exigeix una sèrie d'actuacions sanitàries que van adreçades a una mateixa dona al llarg de la seva vida, la qual pot necessitar planificació familiar a l'inici de la seva vida reproductiva, després,

atencions durant l'embaràs i el part, i un altre cop, planificació familiar per espaiar els embarassos o quan hagi cobert les seves expectatives reproductives. Però també ha de ser inclosa en programes de promoció de la salut i prevenció de malalties (malalties de transmissió sexual, càncer ginecològic i de mama, cardiopaties i osteoporosi...). Per tant el lloc més adequat per garantir una atenció integral a la dona sembla que és el centre de salut. El seu principal inconvenient és que poden estar saturats i que la confidencialitat sigui menor, cosa que pot suposar una barrera d'accés, sobretot per a les adolescents.

Els hospitals poden oferir serveis de planificació familiar; tanmateix, no són la solució ideal: el temps d'espera pot ser llarg; la confidencialitat, limitada; poden estar allunyats de la majoria de població amb els problemes de transport que això ocasiona; etc.

Per acabar, cal esmentar que la millor manera de garantir l'accés a la planificació familiar de tota la població, sobretot de la rural, és integrar-la en els programes d'atenció primària de salut. En la taula 8 s'hi recullen els elements essencials d'aquest tipus d'atenció de la Conferència d'Alma Ata (1978), en què s'inclou la planificació familiar.





TAULA 8 - ELEMENTS ESSENCIALS DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT. ALMA ATA (1978), OMS/UNICEF

- EDUCACIÓ SANITÀRIA
- PROMOCIÓ DE L'ABASTAMENT ALIMENTARI I DE LA NUTRICIÓ ADEQUADA
- HIGIENE SANITÀRIA BÀSICA, AIGUA POTABLE INCLOSA
- CURES MATERNOFILIALS, PLANIFICACIÓ FAMILIAR INCLOSA
- IMMUNITZACIÓ CONTRA LES MALALTIES INFECCIOSES MÉS IMPORTANTS
- PREVENCIÓ I CONTROL DE LES MALALTIES ENDÈMIQUES
- TRACTAMENT DE LES MALALTIES I DE LES LESIONS COMUNES
- PROVISIÓ DE FÀRMACS ESSENCIALS

Els agents primaris de salut, igual que les llevadores tradicionals, procedeixen dels poblats, als quals tornen després d'haver rebut una formació elemental. L'èxit d'aquests programes rau en el suport que l'agent primari rebi des del seu nivell immediat de referència, que sol ser un centre de salut. Entre aquest suport s'hi compta el subministrament regular dels medicaments i dels materials per a l'ús dels quals ha rebut formació. A pesar de la complexitat amb què es pretén envoltar l'administració d'anticonceptius orals, la píndola pot ser subministrada per un agent primari de salut al seu poblats. Restriccions culturals i religioses han atribuït als anticonceptius

orals uns perills i unes necessitats de control molt exagerats, fins i tot en aquells casos en què el risc de la píndola pot ser real. Un exemple del que hem dit pot ser el risc de trombosi en algunes dones que prenen píndoles contraceptives: el risc de trombosi d'aquestes dones és molt més elevat si, per deixar la píndola, es queden embarassades. Per tant s'han d'incloure algunes mètodes anticonceptius com el condó o la píndola entre l'arsenal de medicaments i materials que els agents primaris utilitzin als seus poblats com a mètode més eficient per millorar la salut de les dones i disminuir la quantitat de dones que moren a causa de l'embaràs o del part.



SALUT REPRODUCTIVA EN SITUACIONS D'EMERGÈNCIA

En les situacions d'emergència en particular, la salut reproductiva també ha de considerar tot allò relacionat amb la sexualitat. Als camps de refugiats de Goma, després de la guerra de Rwanda, va

quedar palès aquest problema: no es tracta tan sols de donar menjar, aigua i recer als refugiats sinó que també cal dur a terme actuacions en matèria de salut reproductiva i sexual des del principi. La violència sexual, molt més freqüent en conflictes bèl·lics, obliga a atendre sanitàriament i psicològicament les dones que l'han patida, i també a la contracepció d'emergència. Ha de ser possible tractar i prevenir les ma-

FIG. 7. MORTALITAT INFANTIL EN CAMPS DE REFUGIATS DEL SÀHARA OCCIDENTAL I EN ALGUNS PAÏSOS DEL SEU ENTORN





lalties de transmissió sexual, i molt en particular la sida, facilitant gratuïtament preservatius. Igualment gratuïts han de ser els contraceptius orals, els quals ha d'estar disponibles. L'assistència sanitària s'ha d'organitzar per atendre el part d'una forma neta i segura, i també per poder tractar les complicacions de l'avortament il·legal. De fet, aquest tipus de mesures es varen prendre a Goma fins al punt que la mortalitat maternal de les dones en aquest camp de refugiats era sensiblement inferior a la de les dones no refugiades de la regió en què s'assentava el camp.

Pot semblar paradoxal que els indicadors sanitaris siguin millors en un camp de refugiats que no en la població del seu entorn. Un exemple d'això el vaig poder comprovar als camps de refugiats del Front Polisari, a Tinduf. A la figura 7 s'hi representa la mortalitat infantil als diferents països de la regió l'any 1987 i criden l'atenció els bons resultats obtinguts als camps de refugiats. La mortalitat infantil no és indicador exclusiu d'atenció sanitària sinó que és molt sensible a l'esforç que es fa en una població per millorar la cultura, l'alimentació i en general el desenvolupament humà. En

aquests camps de refugiats vàrem poder comprovar una organització social en què es prioritzava el repartiment d'aliments a les embarassades i als infants, sobretot aliments frescs (hortalisses, ous...), els quals eren molt més escassos, i en la qual es feia un gran esforç per escolaritzar els infants de tots dos sexes. També hi vaig poder observar l'existència de centres de maternitat organitzats i raonablement equipats, amb sistemes de transport des dels diferents camps cap a aquests, amb la qual cosa resultava fàcil suposar, tot i que no en vaig recollir dades, que la mortalitat maternal devia ser baixa.

DONA I SIDA

Aquesta malaltia presenta uns quants aspectes pel que fa a la dona que han de ser destacats:

1. La transmissió vertical, és a dir, el contagi del fetus a partir de la gestant infectada pel virus.
2. La importància de la transmissió heterosexual de la sida a la dona. En un contacte heterosexual la dona té més probabilitats de contagi que no l'home. Aquest fenomen biològic

s'agreuja a causa d'altres circumstàncies com la prostitució, la violència sexual i la dependència sexual del mascle, que dificulta l'adopció de mesures protectores, com l'ús de preservatiu.

3. A igual càrrega viral —és a dir, quantitat de virus per centímetre cúbic de sang— la probabilitat que la dona desenvolupi la malaltia és major.
4. S'està produint un canvi en el patró epidemiològic de la malaltia que es manifesta en una major freqüència de sida en les dones.

La sida ha produït ja la mort de 21 milions de persones a tot el món des que es va declarar l'epidèmia. El problema d'aquesta malaltia és particularment greu a l'Àfrica. S'estima que dels 36 milions de malalts que hi ha actualment al món, 25 milions viuen a l'Àfrica subsahariana, i s'estima que només l'any 1999 en varen morir més de dos milions i mig.

A l'Àfrica el problema rau en els alts costos del tractament de la malaltia, per la qual cosa els resultats esperançadors que els nous tractaments porten als països rics no es poden extrapolar als PVD i menys, als països africans. La coo-

peració en aquests països en la lluita contra la sida se centra actualment en tres línies d'actuació: actuacions comunitàries, la prevenció i el tractament de les malalties de transmissió sexual i la disminució de la transmissió vertical (de mare a fill). Dues d'aquestes mesures afecten directament la salut de les dones.

És freqüent trobar als PVD programes de lluita contra la sida, generalment amb finançament extern, per la qual cosa les noves intervencions han de conèixer el que s'hi fa i els esforços que s'han de reunir. Com en les altres grans endèmies, la lluita contra la sida s'ha d'integrar en l'atenció primària de salut.

Un obstacle important en la lluita contra aquesta malaltia és la dificultat d'aconseguir canvis en els comportaments de les persones, sobretot a l'hora de prevenir les malalties de transmissió sexual. Pot cridar l'atenció del viatger que es desplaça a països subsaharians trobar tot d'una en sortir de l'aeroport tanques publicitàries en què s'alerta sobre la sida i es recomana l'ús del preservatiu, la qual cosa reflecteix la preocupació i l'esforç dels governs per alertar la població i orientar-la, però la mera informació no és suficient





per controlar l'epidèmia. Sobretot a l'Àfrica ens trobam amb una resistència de la població a l'ús del preservatiu. D'altra banda, la poligàmia està arrelada en la tradició d'aquests pobles i recomanar fidelitat a una parella és una mesura condemnada al fracàs. Davant aquesta situació el plantejament pot ser transmetre missatges que puguin ser més fàcils d'acceptar. És a dir, no s'ha d'insistir en l'ús del preservatiu en el cercle habitual, però sí quan se surt d'aquest cercle per mantenir relacions sexuals, cosa que a l'hora de transmetre el missatge s'ha de dir «has de pasturar al teu propi prat».

Un aspecte vulnerable d'aquesta malaltia és la transmissió vertical. Aquesta es produeix des de la gestant al fetus durant l'embaràs i el part, o al nounat durant la lactància. La transmissió durant l'embaràs pot disminuir considerablement amb un tractament relativament poc costós. Una investigació sobre el tractament amb AZT (un medicament antiretroviral) a embarassades HIV+ va demostrar que es podia disminuir el risc de transmissió de la mare al nounat d'un 25% sense tractament, a un 8% si es tractava l'embarassada amb AZT. Altres investi-

gacions han demostrat que aquest risc encara es pot disminuir més utilitzant uns quants fàrmacs en lloc de només un i realitzant una cesària en el moment del part. Un altre aspecte que cal considerar és el de la transmissió del virus al nounat durant la lactància. Als països desenvolupats es recomana suspendre la lactància materna si la mare és HIV+; tanmateix a l'Àfrica aquesta mesura suposa un major risc de mort per al lactant per biberonitis, per això es recomana la lactància materna, tot i que suposi un major nombre d'infants que desenvoluparan la malaltia.

En resum, les intervencions més factibles en la lluita contra la sida són:

1. Intervencions comunitàries amb vista a conèixer la forma en què es transmet el VIH a cada comunitat identificant líders comunitaris que ajudin a explicar a la població com es transmet la malaltia i el que poden fer per evitar-la. És fonamental evitar que la sida es converteixi en una nova lepra, és a dir, en una malaltia vergonyosa per la qual s'aparti els malalts i aquests tendeixin a ocultar-se. Personalment vàrem conèixer la història de la

companya sexual d'un dels primers homes morts per la sida a Guinea Equatorial, la qual va ser empresonada en conèixer-se la malaltia del seu company. No va ser fàcil convèncer les autoritats polítiques que si se l'havia d'ingressar en algun lloc, almenys fora, en un hospital, cosa que va permetre finalment que aquesta dona sortís de la presó.

2. Actuacions quant a atenció primària de salut per tractar immediatament totes les malalties de transmissió sexual per fer disminuir d'aquesta manera la transmissió del VIH. Un altre cop en aquesta qüestió l'actuació dels agents primaris de salut pot ser fonamental per educar sanitàriament la població i aconseguir popularitzar l'ús de preservatius.
3. S'ha d'estudiar el VIH en totes les embarassades i el tractament de les portadores amb AZT, o millor encara, amb tres antiretrovirals si és possible, per disminuir la transmissió de la malaltia al nounat. L'estudi de totes les embarassades no és tan costós com podria semblar en un primer cop d'ull. S'hauria d'incloure juntament



amb l'estudi d'altres infeccions de transmissió sexual, com ara la sífilis. El tractament de les embarassades amb anti-retrovirals és completament inaccessible a la població i requereix una intervenció dels governs. A pesar dels alts costos d'aquests medicaments a Occident, hi ha països, com el Brasil i l'Índia, que tenen una important indústria de genèrics i els fabriquen a un preu molt més raonable. Els països amb alta incidència de sida i baix nivell de renda poden adquirir aquests medicaments a baix cost i els poden subministrar a la població, o fins i tot se'n pot fomentar la producció com a genèrics als països mateixos que els han de consumir. Aquest tipus de mesures són les que han aplicat països com Sud-àfrica i Kenya. Tanmateix, la reacció de les multinacionals farmacèutiques, amb el suport dels EUA, va ser ferotge, ja que varen fer una manifestació d'avarícia i de crueltat que va aconseguir repugnar les consciències de tot el món. Les reaccions de solidaritat de molts de països i d'organitzacions que recollien la indignació de bona part de la població han aconseguit





frenar aquesta reacció i que es retirassin les demandes internacionals i la pressió per mitjà d'amenaques de sancions econòmiques contra aquests països. Això ha obert un porta a l'esperança de milions de persones que als països pobres pateixen l'assot d'aquesta malaltia i ha mostrat el camí que la solidaritat dels pobles ha de seguir per assolir un món en què la pobresa deixi de ser causa de mort i dolor.



BIBLIOGRAFIA

- BROWN, P. «El costo del conflicto». *ORGYN, Revista Organon sobre la mujer y la salud*, 2, 1999, pàg. 16.

- FATHALLA, M.F.; ROSENFILED, A.; INDRISO, C. *Planificación Familiar. Manual sobre reproducción humana*. Barcelona: Edika-Med, S.A., 1991, vol. 2.

- FONS DE POBLACIÓ DE LES NACIONS UNIDES. *Estado de la Población Mundial 2000*. New York, 2000.
[<http://www.unfpa.org/swp/2000/espanol/indicators/indicators2.html>]

- GALLO VALLEJO, M. «Posición materna y parto (I). Introducción, clasificación y evolución histórica». *Clin. Invest. Gin. Obst.*, 10, 5, 211, 1983.

- GARCÍA, M.; GIJÓN, L. «Cooperació internacional: La formació de comares a Nicaragua». 16/65. *Revista especialitzada en formació i treball*, 3, 1999, pàg. 34-38.

- GENTILLINI, M. *Médecine Tropicale*. 5a ed. París: Flammarion, 1993.





- GUPTAS, J. K.; NIKODEM, V. C. «La posición de la mujer durante la segunda fase del trabajo de parto». A: *La Cochrane Library Plus*, número 2, 2002. [<http://www.updateoftware.com>]

- JAMISON, D. T. et al. *Diseases control priorities in developing countries*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1993.

- MANGAY-MAGLACAS, A.; PIZURKI, H. «Les accoucheuses traditionnelles dans sept pays». *Cahiers de Santé Publique*, 75. Ginebra: Organització Mundial de la Salut, 1983.

- METGES DEL MÓN. «El problema actual del SIDA en África Subsahariana». *Noticias de Médicos del Mundo*, 7, pàg. 66, 2001.

- ROHLFS, I.; BORRELL, C.; FONSECA, M. DO C. «Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos». *Gaceta Sanitaria*, 14 (supl. 3), 2000, pàg. 60-71.

- SALES ENCINAS, R.; SÁNCHEZ ZARZOSA, I. *Manual de la partera tradicional*. 2a ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

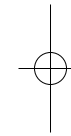
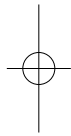


- SÁNCHEZ ZARZOSA, I.; SALES ENCINAS, R.; SIMA MBA, J. M. et al. *Manual del agente primario de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.

- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA; SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. «Recomendaciones sobre el uso de zidovudina (ZDV) en la prevención de la transmisión vertical del VIH». *Anales Españoles de Pediatría*, 42, 1, 1995.

- THE INTERNATIONAL PERINATAL HIV GROUP. «The Mode of Delivery and the Risk of Vertical Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 - A Meta-Analysis of 15 Prospective Cohort Studies». *N Engl J Med*, 1999.





GOVERN DE LES ILLES BALEARS
Conselleria de Benestar Social
Direcció General de Cooperació