



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MÁSTER UNIVERSITARIO EN SALUD PÚBLICA

**Programa de reducción de la incidencia de la
Mortalidad Materna en zonas rurales de la región del
Centro-Camerún**

*Trabajo de fin de Máster Universitario en Salud Pública presentado por
Luc ONAMBELE*

Profesor Tutor: Francisco GUILLÉN-GRIMA
Catedrático en Medicina Preventiva y Salud Pública

Año académico 2014- 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

El presente trabajo titulado «*Programa de reducción de la incidencia de la Mortalidad Materna en zonas rurales de la región del Centro-Camerún*» presentado por el alumno Luc ONAMBELE para optar el título de Máster Universitario en Salud Pública, ha sido supervisado y aprobado por el Profesor Tutor Francisco GUILLÉN-GRIMA, Catedrático en Medicina Preventiva y Salud Pública.

.....
Francisco GUILLÉN-GRIMA
Catedrático en Medicina Preventiva y Salud Pública
Pamplona, junio 2015

Indice

I.INTRODUCCIÓN GENERAL.....	5
I.1.Características generales de Camerún.....	5
I.1.1 Situación geográfica.....	5
I.1.2. Sistema de salud en Camerún	6
I.1.2.1. Compendio histórico hasta 2001.....	6
I.1.2.2. Reformas más recientes	7
I.1.2.3. Estrategia sectorial de salud 2001–2015.....	8
I.1. Justificación de la elección del tema	9
I.2. Antecedentes del tema.....	14
I.2.1.La mortalidad materna, caso de los derechos humanos	14
I.2.2. La muerte materna.....	15
I.2.2.1. Causas directas de la muerte materna	16
I.2.2.2. La muerte materna indirecta	18
I.3. Otros factores determinantes de la mortalidad materna.....	19
I.4. Epidemiología descriptiva de la mortalidad materna en Camerún.....	20
II. SALUD REPRODUCTIVA EN CAMERÚN.....	22
II.1.Atención prenatal, parto y puerperio.....	23
II.2. Salud Reproductiva	23
II.3. Composición de la atención prenatal	27
II.4.El parto.....	28
II.3.1. Lugar del parto.....	28
II.4.2.Asistencia sanitaria durante el parto.....	30
II.5. Consideraciones socio antropológicas del embarazo y parto	32
II.5.1. Concepción Beti del embarazo y del parto.....	33
II.5.2.Metodos preventivos tradicionales de la mortalidad materna.....	34
II.5.3. Estudios comparativos entre los sistemas biomédico y tradicional de la atención obstétrica en Camerún	36
IV.PLAN ESTRATÉGICO DE REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA.....	40
IV.1. Población de referencia.....	40
IV.2. Metodología o actividades relacionadas para alcanzar los objetivos	41
IV.2.1. Actividades con el Estado	42
IV.2.2. Efectividad, eficiencia y calidad del programa.....	43

IV. FORMACIÓN DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA NEONATAL CON PARTERAS TRADICIONALES.....	45
V. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA.....	47
VI. ACTIVIDADES PARA ALCANZAR CADA OBJETIVO.....	47
VII. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	50
VII.1. Recursos humanos y sus papeles.....	50
VII.1.1. La matrona.....	50
VII.1.2. Las parteras.....	51
VII.1.3. La nutricionista.....	51
VII.1.4. Los sacerdotes/monjas.....	51
VII.2. Recursos materiales y colabores institucionales.....	52
VII.3. Presupuesto anual para un distrito de salud de la región.....	52
RESUMEN.....	54
ANEXOS.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	58

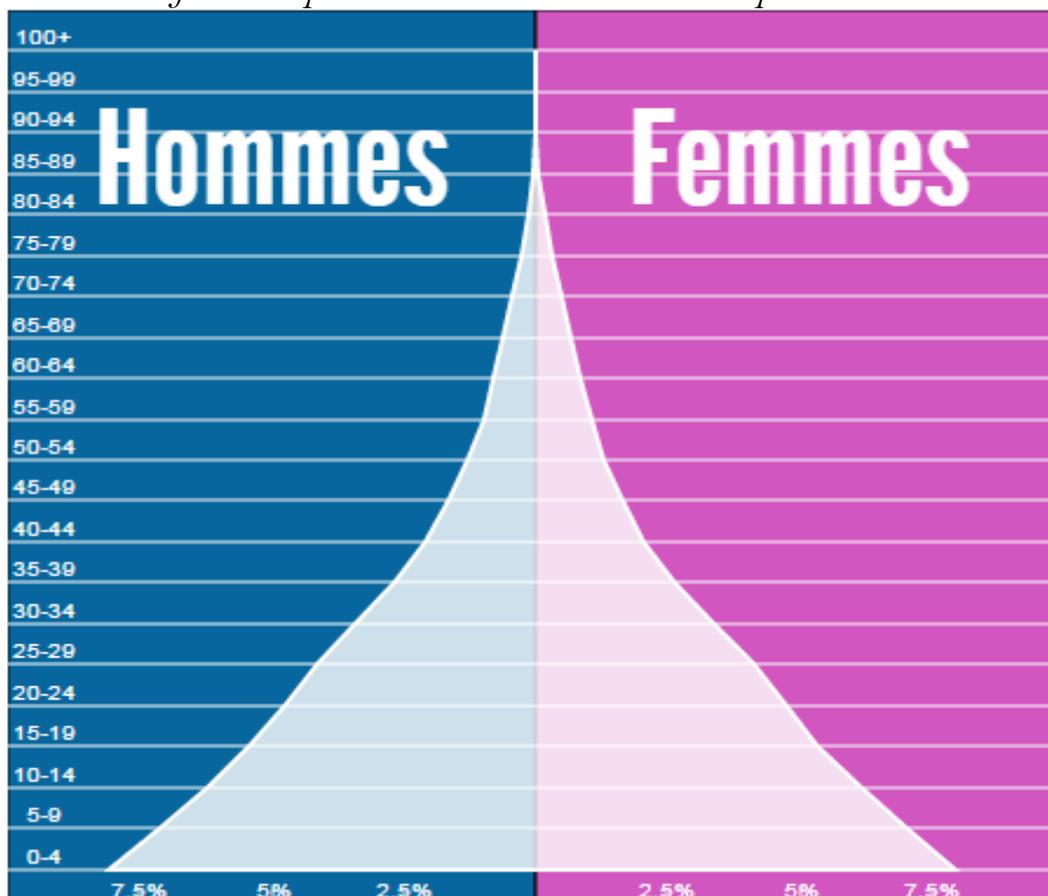
I.INTRODUCCIÓN GENERAL

I.1.Características generales de Camerún

I.1.1 Situación geográfica

Camerún es un país de África Central. Limita con el Océano Atlántico. El país está dominado por una de las montañas más altas de África. El país representa una amplia variedad de áreas biogeografías, por lo que podríamos hablar de una África en miniatura. El país tiene la forma de un triángulo de 475.442 km². La población estimada en julio de 2014 es 23. 130. 708 habitantes. La esperanza de vida para los hombres es de 56,09 años y para las mujeres de 58,65 años siendo la media de 57,35 años (Gráfico 1). Según la Encuesta Demográfica y de Salud a Indicadores Múltiples (EDSIM) de 2011, el país tiene 230 etnias repartidas en seis grandes grupos: los sudaneses, los camitas y semitas que viven en las regiones de Adamawa, Norte y Extremo Norte que son en general, son animistas o islamizadas; en el resto del país, los bantúes, los semis bantús y los pigmeos; en general, son animistas o cristianizados.

Gráfico 1: Esperanza de vida en Camerún en pirámide de edades



Fuente: <http://populationpyramid.net/fr/cameroun/2015>

I.1.2. Sistema de salud en Camerún

I.1.2.1. Compendio histórico hasta 2001

Según las características y la presentación de la *Encuesta Demográfica y de Salud a Indicadores Múltiples* (EDSIM) de 2011 realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas de Camerún, el Ministerio de la Economía y de la Planificación del Territorio, el Ministerio de Salud Pública, cuatro etapas han marcado la evolución de la política sanitaria en Camerún hasta 2001 (*Samuel Kelodjoue et al. 2011*):

1. El periodo colonial, que corresponde al apogeo de la estrategia de Eugenio Jamot, cuyas características fueron: (i) La

- gratuidad de la atención médica a la población, al personal administrativo y a los militares. (ii) La extensión, después de la primera guerra mundial, de cobertura sanitaria en las zonas rurales. (iii) La formación de los profesionales de salud y la puesta en marcha de programas verticales móviles de lucha contra las endemias locales (malaria, dengue, ...).
2. El periodo post independencia, como fase de experimentaciones orientadas sobre la salud comunitaria, para asegurar a las poblaciones una atención sanitaria de calidad en armonía con las realidades locales.
 3. El periodo post-Alma-Ata basado sobre la atención primaria adoptada en 1982 cuyo objetivo era conseguir alcanzar en el año 2000, para todo el pueblo camerunés un estado de salud económicamente productivo.
 4. La política de reforma del sector de la salud a través de la reorientación de la atención primaria que se sitúa en la perspectiva de la región africana de la OMS y que tiene en cuenta las similitudes de los sistemas sanitarios en decadencia. Esta política tiene en cuenta algunas recomendaciones que han salido de encuentros organizados para los Estados africanos con el objetivo de mejorar el estado de salud de sus habitantes: Conferencia de Lusaka (1985), Conferencia Internacional de la OMS en Harare (agosto 1987), Conferencia de Bamako (septiembre 1987).

I.1.2.2. Reformas más recientes

En Camerún, las reformas elaboradas en 1989 han sido adoptadas en 1992 por la Declaración de la Política Sectorial de Salud y en 1993 por la Declaración puesta en práctica en la «Reorientación de la Atención Primaria ». Los elementos básicos de este concepto son:

La participación de la comunidad en su auto gestión de sus problemas de salud.

La puesta en evidencia de un vínculo estrecho en la salud y el desarrollo.

El respeto de los Derechos Humanos respeto a su consentimiento y a su integridad incluso su libre albedrío.

El centro de salud tiene un papel de intermediario entre la comunidad y los servicios de salud. La atención sanitaria se recibe de los centros de salud de forma continua y global.

La financiación de la atención primaria en los centros de salud viene de las contribuciones de la comunidad y extracomunitarias.

El éxito de la puesta en marcha de la atención primaria por una supervisión y el sistema nacional de la información sanitaria.

El desarrollo de la participación comunitaria por la puesta en marcha y funcionamiento de una estructura de gestión.

La implementación de estas políticas ha llevado a una elaboración del documento de Estrategia Sectorial de Salud (ESS) adoptado en octubre de 2001 para el periodo 2001-2010. Este documento fue revisado más tarde en 2010 dando lugar a la estrategia sectorial de salud 2001-2015.

I.1.2.3. Estrategia sectorial de salud 2001-2015

La Estrategia sectorial 2001-2015 ayudó a configurar los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM). Esta Estrategia desarrolla uno de los compromisos mayores del gobierno y de sus socios, que consiste en implementar un nuevo mecanismo de gestión del sector de la salud: el enfoque sectorial conocido bajo el acrónimo inglés SWAP (Sector Wide Approach). Con este enfoque, el gobierno quiere asegurar a los ciudadanos

el acceso completo a la atención sanitaria de calidad. En concreto, se trata de:

Conseguir llevar al 80% de los 178 distritos de salud existentes, al menos la fase de consolidación del proceso de mantenimiento de un centro de salud;

Conseguir que todos los centros de salud desempeñen su papel de apoyo y orientación;

Reducir a 1/3 la carga de la enfermedad en la población más vulnerable y económicamente desfavorecida;

Reducir a 2/3 la mortalidad de los niños menores de cinco años;

Reducir a 2/5 la mortalidad materna.

I.1. Justificación de la elección del tema

Las razones por las que elegimos este tema de investigación son a la vez personales y colectivas. De un lado, el hecho de que formo parte de una familia numerosa, he experimentado algunos traumas causados por la mortalidad materna. En efecto, la muerte de una mujer durante el embarazo o durante los cuarenta y dos días (42) después del parto, es considerada según la cultura Beti(Camerún) a la que pertenezco, como fruto de la posesión un espíritu. Tradicionalmente, una mujer que no consigue llevar a cabo un embarazo está siempre bajo sospechosa. El hecho de morir durante el embarazo o después del parto (awu ewali) supone tener dentro del vientre el espíritu maléfico Ewu (figura 1) que se encarga de comer los fetos antes de que nazcan. Y cuando hay resistencia de la madre que quiere proteger el feto, el Ewu se encarga de ella después del parto. Así, en la familia, varias tías y primas han muerto durante el embarazo o después del parto. Sin negar la existencia de esta fuerza maléfica, desde pequeño me he planteado la existencia de otras posibles causas relacionadas con la mortalidad materna.

Figura 1. Representación de Evu

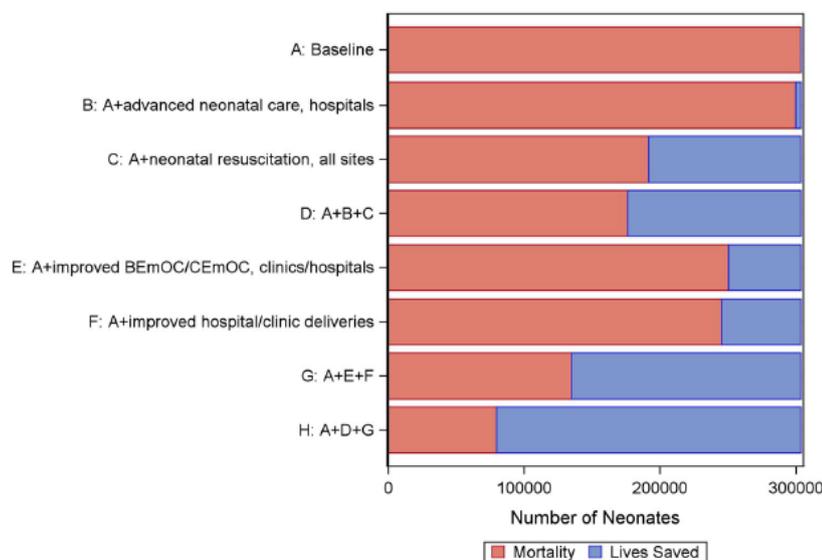


Por otro lado, desde 1999, más de seiscientos mil (600.000) mujeres, con una edad comprendida entre los 15 y 49 años, mueren en el mundo debido a las complicaciones surgidas durante el embarazo y el parto (Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial 1999). A nivel mundial, la tasa de la mortalidad materna (TMM) ha disminuido considerablemente de 1990-2013 (Nicholas J Kassebaum et al. 2014). Quisiera resaltar que lo más trágico de esta situación es que estas mujeres no mueren por enfermedades, sino durante el proceso normal de la procreación. Se podría evitar la mayor parte de estos fallecimientos adoptando medidas preventivas y proporcionando una asistencia sanitaria adecuada. La mortalidad materna es uno de los indicadores de la disparidad y desigualdad que existen entre hombres y mujeres y, extensivamente, un indicio, que pone en tela de juicio, el papel que ocupa la mujer en una sociedad determinada. Resulta difícil medir la mortalidad materna; se estima de modo aproximado mediante la modelización matemática, cada cinco años. Es uno de los indicadores del desarrollo de un país. La mortalidad materna no es simplemente una desventaja sanitaria, es una desventaja social (Cristina López del Burgo et al 2013). Hay que llevar conjuntamente todas las intervenciones sanitarias, sociales y económicas que contribuyan a una acción más eficiente a favor de una

maternidad sin riesgo. Las intervenciones destinadas a reducirla no se pueden realizar como programas verticales. Así, desde los años ochenta, la salud materna y la reducción de la mortalidad materna han sido puntos fundamentales de distintas cumbres y encuentros internacionales (la Cumbre del Milenio). La Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgos (Colombo, 1997) contribuyeron a llamar la atención de la comunidad internacional sobre la necesidad de una acción acelerada para reducir la MM en la mitad. La comunidad internacional se comprometió a reducir la razón de mortalidad materna (RMM) a una meta de reducción del setenta por cien (75%) entre 1990 y 2015. Esta reducción de la RMM fue uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En Camerún, la mortalidad materna es más alta que en los países desarrollados (grafico 1.). Es muy difícil obtener estimaciones comparables y exactas de la mortalidad en los países de África Subsahariana debido a los problemas de registro y de clasificación errónea (Organización Mundial de la Salud, 2010). Esto puede ocurrir por varias razones. Por ejemplo, la muerte relacionada con el embarazo de mujeres no puede registrarse en absoluto, porque los gobiernos no exigen con rigor dichos informes. Aunque se registran estas muertes, no aparece como causa de la MM, aunque así lo sea, el embarazo o el parto (C.COBUEN.M.RESTIVO.J.M.SHANDRA, 2014). Por otra parte, en la mayoría de países del África Subsahariana, donde no existe la certificación médica de la causa de la muerte, la asignación exacta de las muertes de mujeres como la muerte materna es difícil (Organización Mundial de la Salud, 2010). Eso complica una interpretación fiable de las reglas relativas a las causas de la mortalidad. Además, el deseo de evitar el litigio y de suprimir la información, especialmente en lo que se refiere a las muertes relacionadas con el aborto, tampoco favorece la objetividad de los datos (Organización Mundial de la

Salud, 2010). Al mismo tiempo, hay complicaciones con la medición de la mortalidad materna ajustada con el tiempo. Como consecuencia, los diferentes protocolos utilizados a menudo por los diferentes países para estimar la tasa de mortalidad materna en diferentes años, no son apropiados. El gráfico 2 presenta estimaciones en África Subsahariana (Organización Mundial de la Salud, 2010). En el caso de Camerún, utilizamos datos recientemente disponibles de la estimación de la mortalidad materna de la ONU Grupo Interinstitucional (es decir, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, y el Banco Mundial).

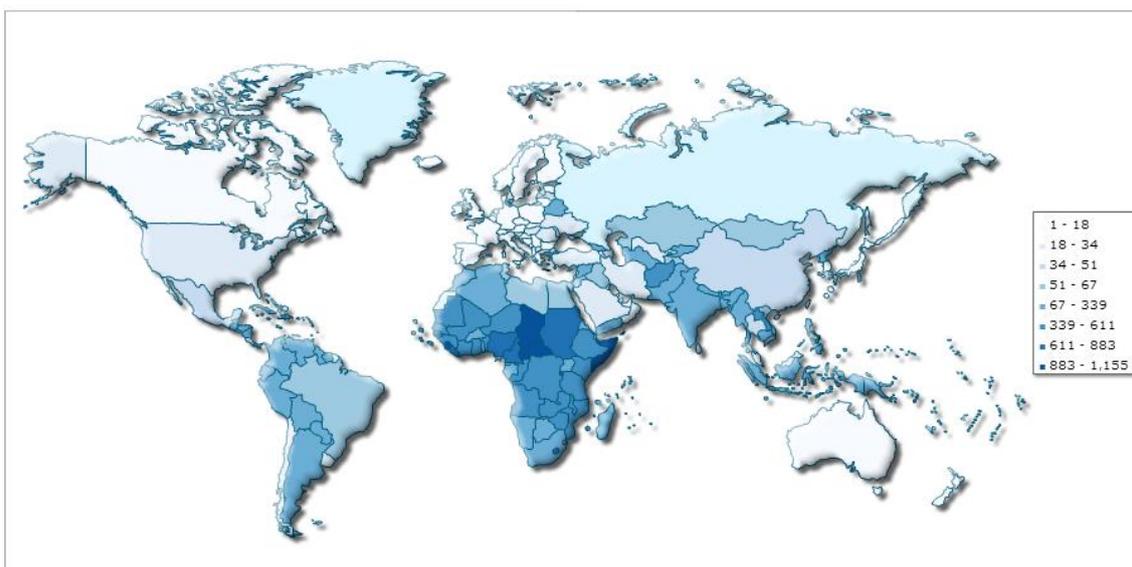
Gráfico 2. Sub-Saharan Africa Scenarios: intrapartum-related mortality and lives saved (relative to baseline)



Fuentes: *Matern Child Health J Springer ScienceBusiness Media New York 2015*

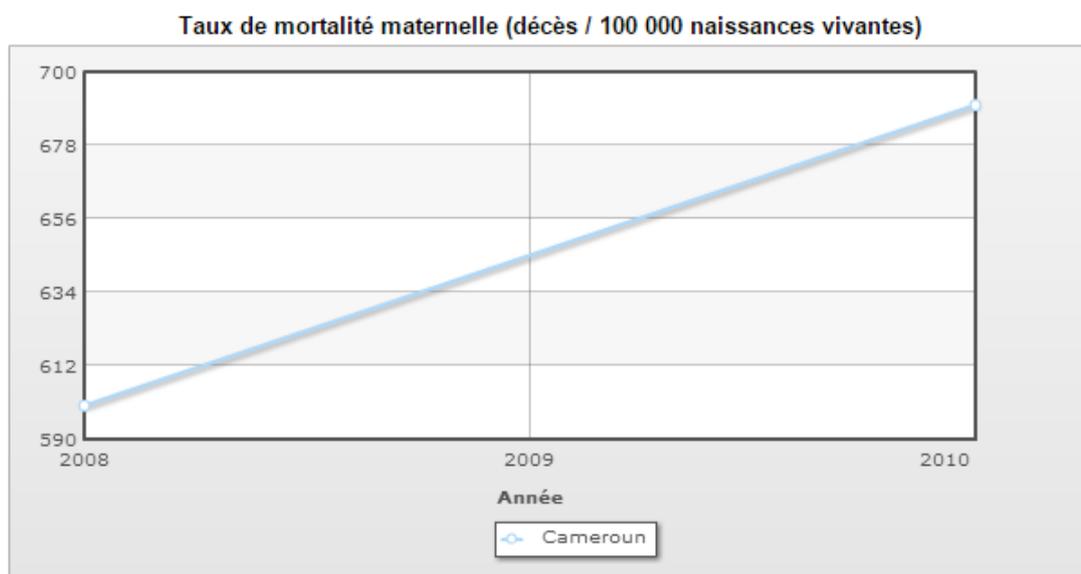
Volveremos a la epidemiología descriptiva y analítica de la mortalidad materna en Camerún para explicitar mejor su incidencia en la población. De momento, nos parece mejor presentar sus antecedentes.

Figura 3: Mapa representativo de la mortalidad materna en el mundo



Fuente: CIA World Factbook-Versión 1 de enero de 2012

Gráfico 3. Tasa de mortalidad materna (muertes / 100.000 niños nacidos vivos) en Camerún



Waiting

Country	2008	2010
Cameroun	600	690

Fuente: CIA World Facbook-enero 2011

I.2. Antecedentes del tema

I.2.1.La mortalidad materna, caso de los derechos humanos

En general, una maternidad sin riesgo es un aspecto de los derechos humanos (Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial, 1999). La muerte de una mujer durante el embarazo no se reduce solamente a un problema de salud, sino que es también una cuestión de injusticia social (Yamin et al.2015). Los derechos humanos reconocidos en los Estados, los tratados regionales e internacionales que se basan en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, guardan una relación con la maternidad sin riesgo. Podemos citar:

Los Derechos relacionados con la vida, la libertad y la seguridad de la persona obligan a los gobiernos a asegurar el acceso a una atención de salud adecuada durante el embarazo y el parto, y a tener en cuenta los derechos de la mujer a decidir si va a tener hijos, cuándo y con qué frecuencia. En consecuencia, los gobiernos deben tomar en consideración los factores de los sistemas económicos, jurídicos, social y de salud que niegan a las mujeres esos derechos fundamentales.

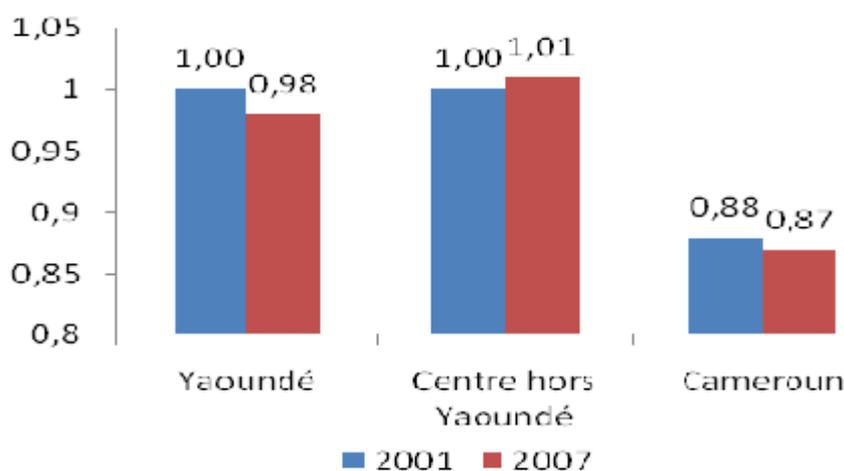
Los derechos relacionados con el fundamento de la familia de la vida familiar obligan a los gobiernos a dar acceso a los servicios de salud y a otros servicios que las mujeres necesitan para fundar una familia y disfrutar de la vida dentro de una familia (Cates et al. 2014).

Les derechos relacionados con la atención de la salud y los beneficios de los progresos científicos, con inclusión de información y educación sobre la salud que obligan a los gobiernos a facilitar el acceso a una atención de salud sexual y reproductiva de calidad. La atención primaria es fundamental para aplicar las medidas requeridas para garantizar una maternidad sin riesgo, independientemente del nivel de desarrollo económico del país. Se trata

por ejemplo de la información respecto al conjunto de cuestiones de salud reproductiva, entre ellas la planificación familiar, el aborto, la educación sexual (Stillman et al.2013).

Los derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación que obligan a los gobiernos a dar acceso a la educación, la atención sanitaria sin discriminación de sexo, de estado civil, de edad y posición socioeconómica. Los gobiernos deben promover las leyes que protegen de manera eficaz los intereses de las mujeres, evitando las medidas discriminatorias como la imposición de la necesidad de que una mujer obtenga el consentimiento de su marido para determinadas intervenciones de atención sanitaria, las exigencias relativas a la autorización parental que tienen una repercusión negativa sobre las niñas, los procedimientos médicos que sólo necesitan mujeres (Shalev, 2000). En Camerún hay una diferencia de alfabetización de las mujeres de 15-24 años respecto de los hombres (grafica 4).

Gráfico 4: Tasa de alfabetización de las mujeres de 15-24 años respecto a los hombres



Fuentes: Informe regional del progreso de los objetivos del milenio para el desarrollo 2010 disponible en www.statistics-cameroon.org

I.2.2. La muerte materna

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la mortalidad materna se define asociada con el embarazo. De acuerdo con

esta clasificación (CIE), la mortalidad es una muerte relacionada con el embarazo, independientemente de las razones; es la muerte de una mujer durante el embarazo o durante los cuarenta y dos (42) días después del embarazo (OMS, 2004). De esta definición surge, sin embargo, una dificultad: la imputación causal del fallecimiento materno. En efecto, todos los fallecimientos que surgen durante este periodo de la concepción hasta los 42 días después el parto, no son automáticamente imputables al embarazo o al parto. Todas las complicaciones del embarazo o parto no desembocan siempre en un fallecimiento en este período (Campbell et Graham 1991). Razón por la cual, nos parece mejor matizar esta definición poniéndola dentro del marco de la muerte de una mujer durante el proceso grávido-puerperal.

I.2.2.1. Causas directas de la muerte materna

La muerte materna es una muerte producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio, intervenciones, omisiones, tratamientos inadecuados... Es decir, un conjunto de eventos vinculados de los hechos anteriormente mencionados. Las causas de las muertes maternas directas pueden agruparse en:

Hemorragia Obstétrica: un sangrado que se produce durante el embarazo. Este sangrado puede ser excesivo en el parto y puerperio incluyendo la hemorragia precoz del embarazo. La hemorragia obstétrica excluye el embarazo que termina en aborto y aun se considera como una amenaza del aborto. Incluye también los trastornos de la placenta, hemorragia ante el parto, hemorragia pre parto con defecto de coagulación, trabajo de parto y parto complicado por hemorragia intra parto.

Trastornos hipertensivos en el embarazo (THE) que son una gama de trastornos médicos que incluyen:

Hipertensión preexistente: una presión arterial alta antes el embarazo o antes de las veinte semanas de embarazo.

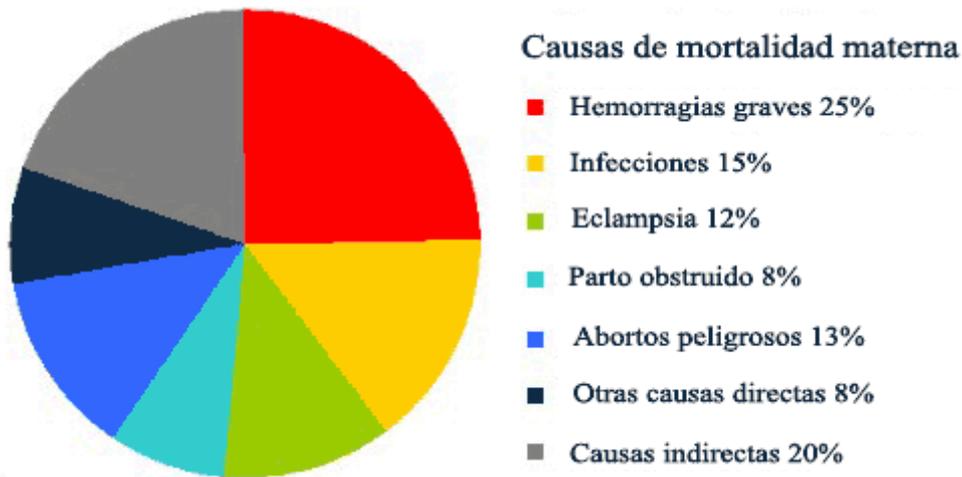
Hipertensión gravídica: presión arterial muy alta que aparece en la segunda mitad del embarazo. Es la forma más común de los trastornos hipertensivos del embarazo. La hipertensión gravídica no causa problema para la madre o el bebé y desaparece por lo general después del nacimiento. Las hipertensiones preexistentes y gravídicas pueden progresar a la pre eclampsia que es una presión arterial alta en la segunda mitad del embarazo con otros problemas como la presencia de proteína en la orina.

Infecciones relacionadas con el embarazo: aquí se incluyen infecciones de las vías genitourinarias en el embarazo, sepsis puerperal y otras de mama asociadas al parto.

Aborto: La interrupción de la gestación con o sin expulsión o extracción total o parcial del fruto de la concepción antes de cumplir 22 semanas de gestación.

Distocia o parto difícil: Una vez el parto iniciado, no progresa de tal forma que el nacimiento no se lleva a cabo normalmente. El problema puede venir de la madre o del feto. El *gráfico 5* representa las distintas causas de la mortalidad materna en el mundo. En África, la causa principal de la muerte materna es la hemorragia (Gráfico 6).

Grafico 5: Causas de defunciones maternas: estimaciones mundiales que varían en diferentes entornos

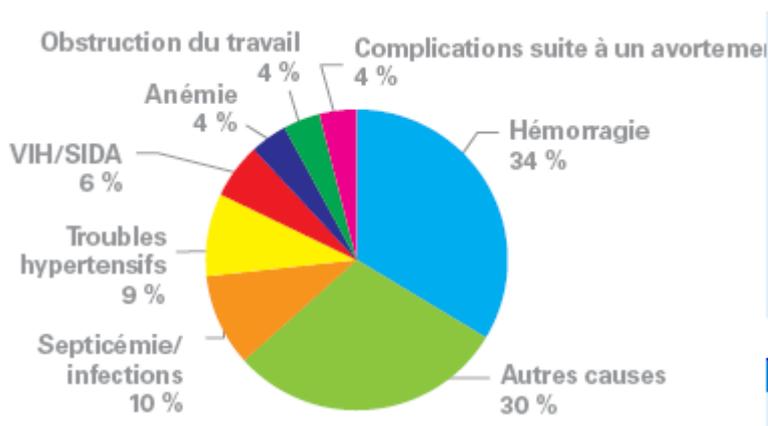


Fuentes: Informe sobre la salud en el mundo 2005-OMS

I.2.2.2. La muerte materna indirecta

Las muertes por causas obstétricas indirectas son resultantes de enfermedades preexistentes o que se desarrollan durante el embarazo. Si bien no tiene causas obstétricas directas, se ven agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Grafico 6. Causas de defunciones maternas:



Fuentes: www.unicef.org

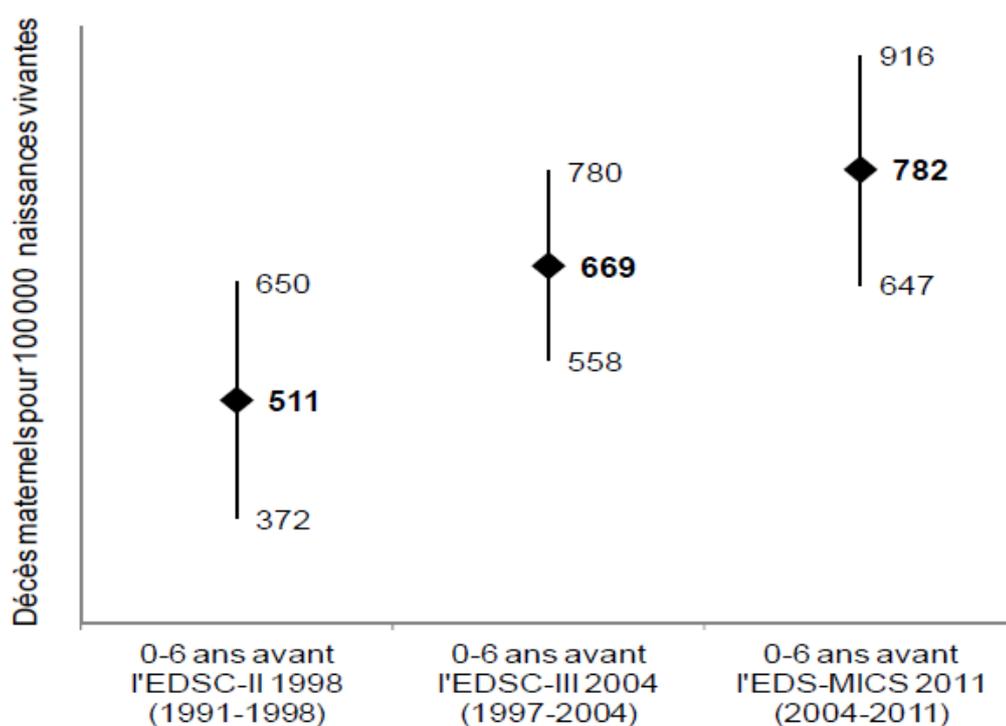
I.3. Otros factores determinantes de la mortalidad materna

Existen factores subyacentes a las causas médicas anteriormente citadas de la mortalidad materna. En muchos países, la posición social y económica de las mujeres es una causa determinante de la MM. Una posición socioeconómica baja de una mujer limita su acceso a la educación, a una nutrición adecuada y no le permite pagar los servicios de atención sanitaria o planificación familiar. Ya desde 1999 se estimaba a nivel mundial que sólo el 53% de las mujeres embarazadas de los países en desarrollo dan a luz con ayuda de una partera calificada. El 40% paren en un hospital o en un centro de salud. Se estima que el 15% de las mujeres embarazadas sufrían complicaciones que amenazaban su vida y que requerían una atención de urgencia, pero casi no se dispone de datos sobre la proporción de mujeres que tienen acceso a esa asistencia (Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial, 1999). En países en desarrollo como Camerún, muchas mujeres son asistidas en el parto por parteras tradicionales, por parientes; muchas dan a luz solas (G. Beninguisse.B.Nikièma.P.Fournier.S. Haddad, 2004). La falta de una educación adecuada limita el nivel de comprensión de las mujeres. La mala nutrición antes y durante el embarazo es un factor determinante sobre el estado de salud de la madre y puede provocar problemas obstétricos y los malos desenlaces del embarazo: el retraso del crecimiento durante la niñez por causa de malnutrición expone a la madre al riesgo de parto obstruido debido a la desproporción cefalopélvica. La deficiencia grave de la vitamina A puede hacer más propensa a la madre a sufrir complicaciones obstétricas (Parul Christian et al. 2009; K.P.West Jr. 2004). La deficiencia del yodo aumenta el riesgo de abortos espontáneos. La carencia de calcio alimentario incrementa el riesgo de pre eclampsia y eclampsia durante el embarazo.

I.4. Epidemiología descriptiva de la mortalidad materna en Camerún

En Camerún, la tasa de MM se estima en 782 muertes por cada 100.000 nacidos vivos durante los seis años (grafico 7) Según la tercera encuesta demográfica de salud en Camerún (EDSC-III), la encuesta demográfica de salud y la encuesta a indicadores múltiples (EDS-MICS) realizadas en 2011, la MM materna en Camerún ha aumentado significativamente en comparación con el periodo 2004-2011. Los niveles de la mortalidad adulta no cambiaron desde 2005 y son idénticos para los hombres y mujeres. Entre quince (15) y cincuenta (50) años el riesgo de fallecimiento es uno sobre cuatro (1/4) para los hombres y una sobre cinco (1/5) para las mujeres. Las mujeres a edad de procreación tienen un riesgo de 25% de fallecimiento.

Grafico 7: Informe de mortalidad materna con intervalos de confianza 95% para un periodo de 0-6 ante EDS 1998, EDSC-III y EDS-MICS 2011.



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud a Indicadores Múltiples 2011 disponible en <https://dhsprogram.com>

Tabla 1: Estimación directa de la mortalidad materna para un periodo de 0-6 años en 2011

Groupe d'âges	Pourcentage de décès de femmes qui sont maternels	Décès maternels	Années d'exposition	Taux de mortalité maternelle ¹
15-19	24,6	28	38 233	0,73
20-24	31,5	64	41 676	1,54
25-29	24,1	56	36 268	1,55
30-34	23,4	53	27 744	1,92
35-39	16,5	29	19 440	1,48
40-44	10,4	13	12 120	1,08
45-49	11,9	9	7 323	1,17
15-49	21,9	252	182 804	1,33 ^a
Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) ²				170 ^a
Rapport de mortalité maternelle (RMM) ³				782
Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) ⁴				0,040

¹ Exprimé pour 1 000 femmes-années d'exposition.

² Exprimé pour 1 000 femmes de 15-49 ans.

³ Exprimé pour 100 000 naissances, calculé comme suit : [Taux de mortalité maternelle 15-49 ans standardisé par âge x 100 / TGFG standardisé par âge].

⁴ Calculé à partir de la formule suivante : $1 - (1 - RMM)^{ISF}$, où l'ISF est l'indice synthétique de fécondité pour la période 0-6 ans avant l'enquête (estimé à 5,2 enfants par femme).

^a Taux standardisés par âge.

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud a Indicadores Múltiples disponible en <https://dhsprogram.com>

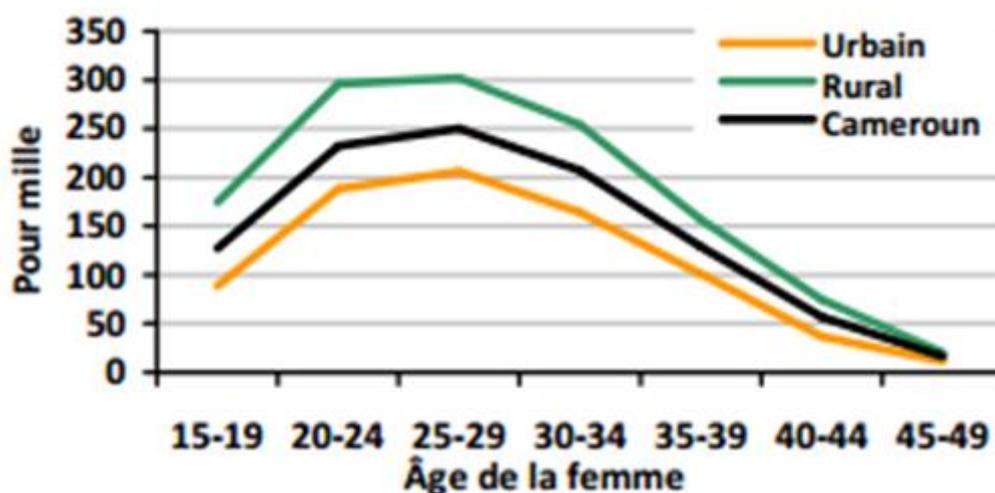
La tabla 1 presenta estimaciones directas de la mortalidad materna para el periodo de siete años. La tasa de la mortalidad materna en las mujeres de 15-49 años es de 1,3 fallecimientos maternos cada 1.000 mujeres en años de exposición. Por grupos de edades en quinquenios, la tasa de mortalidad materna es más alta (1,9%) en las mujeres de treinta y cuatro (30-34) años, y más baja (0,7%) en las mujeres de quince-diecinove (15-19) años. Las variaciones para los otros grupos de edades no son estáticamente significativas (Anexo B.19). Según la encuesta EDS-MICS 2011, los fallecimientos maternos representan 22% de todos los fallecimientos de las mujeres de 15-49 años en comparación a 26 % según EDSC-II de 1998 y EDSC-III de 2004. El porcentaje de fallecimiento de mujeres « procreativas » tiene una variabilidad con la edad. Este porcentaje pasa de 28% en las mujeres de 15-19 años a un máximo de 64 % en las mujeres de 20-24 años. En las mujeres de 25-34 años, el porcentaje

de fallecimiento es superior a 50%, luego disminuye con la edad como disminuye el nivel de fecundidad.

II. SALUD REPRODUCTIVA EN CAMERÚN

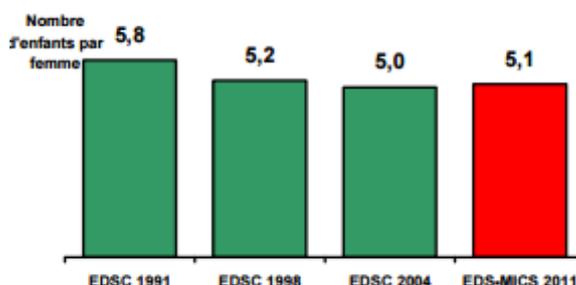
Según los datos del Instituto Nacional de Estadística de Camerún de 2011, hay una diferencia significativa entre la tasa de fecundidad en las zonas rurales y urbanas. La tasa de fecundidad es más alta en las mujeres de 20-30 años de edad en todas las zonas (gráfico 8). La media de la tasa de fecundidad es cinco o seis niños por cada mujer (grafico 9).

Grafico 8. Tasa de fecundidad en general según la edad y sitio de residencia



Fuente: *Instituto Nacional de Estadística de Camerún 2011 disponible en www.statistics-cameroon.org*

Grafico 9: Tendencia de la fecundidad en Camerún



Fuente: *Instituto Nacional de Estadística de Camerún 2011 disponible en www.statistics-cameroon.org*

II.1. Atención prenatal, parto y puerperio

El seguimiento de las mujeres embarazadas durante las consultas prenatales puede prevenir los riesgos y complicaciones durante el parto. Según el informe EDS-MICS 2011, hay una alta proporción de mujeres que recibieron atención prenatal por parte de personal formado (85%). Esta proporción se mantiene relativamente baja en la región Norte Grande (59%). Entre las mujeres que tuvieron un nacimiento vivo en los cinco años anteriores según el informe EDS-MICS, el 62% tuvieron al menos cuatro visitas recomendadas, pero sólo 34% hizo su primera visita a partir del cuarto mes de embarazo. Entre las mujeres que recibieron atención prenatal en su último parto, el 95% habían comprobado su presión arterial, el 89% tenían un análisis de sangre y 88% un examen de orina; 49% fueron informadas de los signos de complicación del embarazo.

En general, el 59% de las mujeres recibieron al menos dos inyecciones de la vacuna del tétanos durante su último embarazo. Sin embargo antes, en el 73% de los casos, el último nacimiento estaba protegido contra el tétanos neonatal. Entre los nacimientos en los últimos cinco años, el 64% de las madres recibió apoyo del personal de la salud, y el 61% de los nacimientos se produjeron en un establecimiento de salud. Más de la mitad (58%) de las mujeres no recibieron una atención postnatal. En esta proporción el 79% procedía del Extremo Norte y el 84% de la región Norte. La proporción de mujeres de 15-49 años que han oído hablar de la fístula obstétrica es sólo el 23%.

II.2. Salud Reproductiva

Los datos de la Tabla 2 muestran la distribución de las mujeres en función de si realizaron o no cuidados clínicos prenatales durante el embarazo de su último hijo nacido vivo. Se observa que en Camerún, una alta proporción de mujeres recibieron atención prenatal de personal

capacitado con un porcentaje del 85%. Cabe señalar que esta proporción no ha cambiado desde 2004, cuando se situó en el 83%, lo que significa que incluso en la actualidad, el 15% de las mujeres no recibieron la atención sanitaria del embarazo. La cobertura de atención prenatal tiene diferencias significativas entre los diferentes grupos sociodemográficos. Las mujeres menores de 35 años han recibido con más frecuencia una atención prenatal con respecto a las mujeres de más edad (85% contra 81%); además, la cobertura de atención prenatal disminuye con el orden de nacimiento del niño, del 92% para nacimientos del primer hijo al 76% de los nacimientos del sexto en adelante. La proporción de mujeres que reciben atención prenatal varía mucho entre las zonas rurales (76%) y urbana (96%). También hay diferencias entre las regiones: en el Oeste, Litoral y Centro, casi todas las mujeres recibieron atención prenatal (97% o más). Por el contrario, el Este (59%) y el Norte (72%) presentan las proporciones más bajas; sin embargo, hay entre 2004 y 2011, un aumento de este porcentaje en siete puntos en la región Norte mientras que permanece estable en el Extremo Norte. En estas diferencias regionales, hay que sumar los factores relacionados con el nivel educativo de la madre y el nivel de vida de la familia. De hecho, la proporción de las mujeres que recibieron atención prenatal aumenta con el nivel de la educación, que van desde un mínimo de 60% entre aquellas sin educación a un máximo de 99% entre las de menos educación (cursos inferiores al segundo ciclo de secundaria). Del mismo modo, desde las mujeres de condición económica más baja hasta las más pudientes, la proporción de mujeres que han recibido atención prenatal es de 57% a 99%.

Tabla 2: Las prestaciones de la atención prenatal en Camerún de las mujeres de edad 15-49 años en 2011

Característica sociodemográfica	Prestatario de soins prénataux						Total	Pourcentage ayant reçu des soins prénataux par un prestataire formé ¹	Effectif de femmes
	Médecin	Infirmière/sage-femme/aide-soignante	Accoucheuse traditionnelle	Agent de santé communautaire/Autre	Personne	Non déterminé			
Age de la mère à la naissance									
<20	17,8	67,1	0,2	0,1	14,7	0,1	100,0	84,9	1 367
20-34	23,7	61,8	0,1	0,4	13,7	0,4	100,0	85,5	5 212
35-49	21,9	58,6	0,3	0,5	18,1	0,7	100,0	80,5	1 069
Rang de naissance									
1	29,1	63,3	0,1	0,3	7,2	0,1	100,0	92,4	1 670
2-3	24,9	61,7	0,2	0,3	12,7	0,2	100,0	86,6	2 586
4-5	20,9	61,8	0,1	0,4	16,4	0,4	100,0	82,7	1 712
6+	13,6	62,6	0,1	0,5	22,5	0,8	100,0	76,1	1 680
Milieu de résidence									
Yaoundé/Douala	51,5	46,8	0,1	0,2	1,2	0,2	100,0	98,4	1 367
Autres villes	25,7	68,1	0,1	0,1	5,4	0,6	100,0	93,8	2 106
Ensemble urbain	35,9	59,7	0,1	0,2	3,7	0,4	100,0	95,6	3 473
Rural	11,2	64,4	0,2	0,5	23,4	0,3	100,0	75,6	4 175
Région									
Adamaoua	13,2	74,6	0,0	0,5	11,4	0,3	100,0	87,8	387
Centre (sans Yaoundé)	26,3	66,5	0,3	0,3	6,4	0,2	100,0	92,8	568
Douala	54,9	44,3	0,2	0,0	0,6	0,0	100,0	99,2	648
Est	16,1	69,3	0,2	0,0	14,2	0,2	100,0	85,4	327
Extrême-Nord	3,5	55,5	0,2	0,2	40,1	0,6	100,0	59,0	1 592
Littoral (sans Douala)	36,7	60,7	0,0	0,8	1,9	0,0	100,0	97,4	283
Nord	5,9	65,8	0,0	1,1	26,8	0,3	100,0	71,7	971
Nord-Ouest	21,8	75,8	0,0	0,1	0,9	1,4	100,0	97,6	649
Ouest	21,3	77,6	0,0	0,2	0,9	0,0	100,0	98,9	820
Sud	39,8	54,4	0,0	0,0	5,6	0,2	100,0	94,2	198
Sud-Ouest	30,1	61,3	0,6	0,5	7,1	0,5	100,0	91,3	485
Yaoundé	48,5	49,1	0,0	0,5	1,7	0,3	100,0	97,6	719
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	4,7	55,5	0,2	0,6	38,6	0,5	100,0	60,2	2 020
Primaire	18,1	71,0	0,2	0,4	9,9	0,4	100,0	89,1	2 910
Secondaire 1 ^{er} cycle	33,4	64,2	0,0	0,1	2,0	0,2	100,0	97,6	1 767
Secondaire 2 nd cycle ou plus	52,9	46,4	0,0	0,3	0,5	0,0	100,0	99,2	951
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	2,4	54,7	0,1	0,9	41,4	0,4	100,0	57,2	1 606
Second	12,8	69,2	0,2	0,2	17,5	0,2	100,0	82,0	1 585
Moyen	18,5	73,7	0,4	0,3	6,6	0,5	100,0	92,2	1 542
Quatrième	30,3	66,0	0,0	0,3	3,0	0,4	100,0	96,3	1 540
Le plus riche	52,4	46,1	0,0	0,1	1,2	0,2	100,0	98,5	1 374
Ensemble	22,4	62,3	0,1	0,4	14,5	0,4	100,0	84,7	7 647

Note: Si plus d'un prestataire de soins prénataux a été déclaré, seul le prestataire le plus qualifié est pris en compte dans ce tableau.
¹ Sont considérés comme des prestataires formés, les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les aides-soignantes

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud a Indicadores Múltiples disponible en <https://dhsprogram.com>

La atención prenatal prestada procedía en un 62% de enfermeras, parteras o auxiliares de enfermería y en un 22% de los casos por partes de los médicos. Las parteras tradicionales y trabajadores comunitarios de salud intervienen muy poco. Sin embargo, entre las mujeres de Yaundé/Douala (52%) entre las mujeres con educación secundaria, segundo ciclo o más (53%), y los que viven en hogares más ricos (52%), la proporción de los que se han beneficiado de atención prenatal proporcionado por un médico, es significativamente más alta que la media nacional (22%). Para ser eficaz, la atención prenatal debe comenzar desde los tres primeros meses del embarazo y por encima de todo, debe continuar con cierta regularidad hasta el nacimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda por lo menos cuatro visitas

prenatales (la primera en el tercer mes de embarazo), a intervalos regulares a lo largo del embarazo.

La *Tabla 8.2* muestra datos relativos al número de visitas prenatales por las mujeres embarazadas y la etapa del embarazo en la primera visita. Entre las mujeres que tenían un nacimiento vivo en los cinco años anteriores a la encuesta, el 62% realizaron al menos las cuatro visitas recomendadas. Esta proporción es mayor en las zonas urbanas (77%) que en el medio rural (50%). En Yaundé/Douala, esta proporción alcanzó el 87% en contra sólo del 70% en las demás ciudades. En el 20% de los casos, las mujeres han realizado sólo 2-3 visitas y una pequeña proporción no ha realizado ninguna (15%). En cuanto a la etapa del embarazo en la primera visita, se encontró que en el 34% de los casos, ésta tuvo lugar a partir del cuarto mes en adelante. Por otra parte, esta proporción varía entre áreas de residencia (47% en el medio urbana contra el 23% en las zonas rurales). La *Tabla 3* también muestra la mediana del número de meses de embarazo en la primera visita prenatal: se estima en el 4,4 para todas las mujeres y es más alta las zonas rurales (4,8) y urbanas (4,0).

Tabla 3: Frecuencia de visitas prenatales respecto al estado del embarazo

Visites prénatales	Milieu de résidence				Ensemble
	Yaoundé/ Douala	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Nombre de consultations prénatales					
Aucune	1,2	5,4	3,7	23,4	14,5
1	0,4	2,2	1,5	2,5	2,1
2-3	10,0	21,1	16,8	23,0	20,2
4+	86,6	70,0	76,6	50,2	62,2
Ne sait pas/manquant	1,8	1,2	1,4	0,8	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de mois de grossesse à la première consultation prénatale					
Aucune consultation prénatale	1,2	5,4	3,7	23,4	14,5
<4	83,8	36,8	47,4	23,3	34,3
4-5	28,7	39,2	35,1	36,1	35,6
6-7	5,4	16,7	12,2	15,6	14,1
8+	0,4	1,4	1,0	1,1	1,1
Ne sait pas/manquant	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 367	2 106	3 473	4 175	7 647
Nombre médian de mois de grossesse à la première consultation (pour les femmes ayant reçu des soins prénatals)					
Effectif de femmes ayant effectué des consultations prénatales	3,6	4,4	4,0	4,8	4,4
	1 349	1 980	3 329	3 184	6 513

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud a Indicadores Múltiples disponible en <https://dhsprogram.com>

II.3. Composición de la atención prenatal

La eficacia de la atención prenatal no sólo depende del tipo de pruebas realizadas durante las consultas, sino también de los consejos que se proporcionan a las mujeres. Según el informe EDS-MICS 2011, la información recogida sobre la atención prenatal recibida por parte de las mujeres se refería a si, durante las visitas prenatales, se les informó de los signos de complicaciones del embarazo y si se hicieron ciertos exámenes médicos. Además, se investigó si las mujeres habían recibido suplementos de nutrientes tales como hierro, y medicamentos contra los parásitos intestinales. Estos resultados se muestran en la *Tabla 8.3* de acuerdo con las características de fondo de las mujeres.

En primer lugar, los resultados muestran que entre las mujeres que dieron a luz durante los cinco años anteriores a la encuesta, el 80% informó de la ingesta de hierro durante el embarazo, tabletas o jarabe, contra el 73% en 2004. Sin embargo, cabe señalar que entre las mujeres de condiciones económicas más desfavorecidas con un nivel educativo muy bajo, la proporción de las mujeres atendidas es baja (respectivamente 49% y 53%). Lo mismo sucede en el Norte (58%) y en el Extremo Norte (54%). Los resultados muestran también que menos de dos de cada cinco mujeres (37%) han tomado medicamentos contra los parásitos intestinales. Respecto a las mujeres más pobres, que no tienen educación y que proceden de las regiones del Norte y alrededores, la proporción de las que han tomado hierro es más baja (menos del 20%). Por otra parte, entre las mujeres que recibieron atención prenatal para el último parto, cerca de uno de cada dos (49%) declararon que habían sido informadas de los signos de complicaciones en el embarazo, en las visitas prenatales. Existen diferencias en las características socio-demográficas: las mujeres de la Región Noroeste (77%), las de las zonas urbanas (52%), las que tienen acceso a la educación (58%) y las que tienen mejores condiciones

económicas (55%) recibieron dicha información con más frecuencia. En exámenes médicos, se observa que se controló la presión arterial en el 95% de las mujeres que recibieron atención Prenatal. Por otra parte, una muestra de orina fue tomada en el 88% de los casos y una muestra de sangre en el 87% de los casos. En general, desde la última encuesta realizada en 2004, ha habido pocas mejoras en el contenido concerniente a los cuidados prenatales.

Tabla 4: Composición de la atención materna en Camerún

Caractéristique sociodémographique	Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage qui, durant la grossesse la plus récente, ont pris :			Parmi les femmes ayant reçu des soins prénatals pour la naissance la plus récente des cinq dernières années, pourcentage qui :				
	Du fer sous forme de comprimés ou de sirop	Des médicaments contre les parasites Intestinaux	Effectif de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années	Ont été Informées des signes de complication de la grossesse	Ont eu leur tension artérielle vérifiée	Ont eu un prélèvement d'urine	Ont eu un prélèvement de sang	Effectif de femmes ayant reçu des soins prénatals pour la naissance la plus récente
Age de la mère à la naissance								
<20	77,6	36,7	1 367	41,7	94,5	87,5	88,7	1 165
20-34	81,4	36,9	5 212	51,1	95,1	88,0	88,9	4 480
35-49	76,4	39,3	1 069	50,4	96,5	86,9	87,3	868
Rang de naissance								
1	87,0	40,3	1 670	49,7	96,1	92,3	93,0	1 549
2-3	82,9	37,0	2 586	50,4	95,9	89,9	90,6	2 252
4-5	78,8	38,1	1 712	48,3	95,1	87,1	88,5	1 424
6+	70,0	33,5	1 680	48,0	92,8	79,2	80,2	1 288
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	97,0	43,1	1 367	51,3	99,7	97,5	97,9	1 349
Autres villes	88,6	43,1	2 106	52,6	97,5	93,5	92,2	1 980
Ensemble urbain	91,9	43,1	3 473	52,1	98,4	95,1	94,5	3 329
Rural	70,2	32,3	4 175	46,3	91,8	80,0	82,5	3 184
Région								
Adamaoua	82,5	63,7	387	39,9	97,9	94,1	94,0	342
Centre (sans Yaoundé)	90,0	47,0	568	40,4	96,8	93,7	95,2	531
Douala	98,0	48,0	648	47,6	99,7	97,7	97,9	644
Est	78,2	40,9	327	50,9	95,2	91,8	92,3	280
Extrême-Nord	54,2	16,4	1 592	50,2	87,9	66,5	67,5	945
Littoral (sans Douala)	95,4	48,9	283	39,0	97,2	96,1	97,3	278
Nord	57,8	18,0	971	31,8	82,3	58,0	61,0	708
Nord-Ouest	95,9	36,5	649	77,1	99,9	99,5	99,5	635
Ouest	96,9	51,1	820	44,9	99,5	96,9	97,8	812
Sud	90,1	64,5	198	38,0	97,2	95,0	94,4	186
Sud-Ouest	86,3	51,3	485	65,2	96,8	93,9	94,6	448
Yaoundé	96,0	38,6	719	54,7	99,6	97,3	98,0	705
Niveau d'instruction de la mère								
Aucun	52,9	19,8	2 020	40,4	85,6	67,4	67,6	1 230
Primaire	84,2	40,5	2 910	49,4	95,9	88,4	89,7	2 610
Secondaire 1 ^{er} cycle	94,5	48,7	1 767	50,9	98,5	95,7	96,7	1 727
Secondaire 2 ^o cycle ou plus	98,1	42,4	951	57,7	99,6	97,7	98,4	946
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	49,2	16,4	1 606	38,5	83,2	58,4	63,5	934
Second	76,7	35,8	1 585	46,6	93,8	83,5	84,9	1 305
Moyen	88,2	44,4	1 542	51,2	96,8	92,4	92,2	1 432
Quatrième	92,3	43,5	1 540	51,5	98,5	96,5	96,0	1 488
Le plus riche	97,0	48,0	1 374	54,8	99,3	97,5	97,7	1 354
Ensemble	80,0	37,2	7 647	49,3	95,2	87,7	88,6	6 513

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud a Indicadores Múltiples disponible en <https://dhsprogram.com>

II.4.El parto

II.3.1. Lugar del parto

Entre los nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta, aproximadamente tres quintas partes tuvo lugar en un centro de salud

(61%), principalmente en el sector público (40% contra 21% para el sector privado). En contraste, en el 37% de los casos de las mujeres que dieron a luz en casa, se observa que la proporción de estas mujeres aumenta con el rango: 25% para el rango 1, aumentó de manera constante hasta el 55% rango 6 o más. ***Los resultados también muestran que las mujeres viven en las zonas rurales (54%) dan a luz con más frecuencia en el hogar que las que viven en las zonas urbanas (14%).*** Existen disparidades significativas según la región de residencia, ya que sólo el 5% de las mujeres del Noroeste dio a luz en su casa mientras esta proporción alcanzó el 76% en el Extremo Norte. El nivel educativo y el nivel de bienestar de la familia también influyen en el lugar del parto. Las que tienen un nivel educativo y económico más alto darán a luz con más frecuencia en un centro de salud, al igual que las que realizaron por lo menos las cuatro visitas prenatales recomendadas. En contraposición, sólo el 8% de las que no realizaron ninguna visita dieron a luz en un centro de salud (Tabla 5).

Tabla 5: Lugares de los partos en Camerún

Característica sociodemográfica	Etablissement de santé					Total	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé	Effectif de naissances
	Secteur public	Secteur privé	Maison	Autre	Non déterminé			
Age de la mère à la naissance								
<20	40,5	17,2	40,8	0,4	1,2	100,0	57,7	2 295
20-34	40,2	22,5	35,9	0,5	0,9	100,0	62,6	8 106
35-49	39,8	18,6	40,0	0,8	0,8	100,0	58,4	1 347
Rang de naissance								
1	47,0	26,7	25,3	0,2	0,8	100,0	73,7	2 655
2-3	42,4	24,2	31,8	0,6	1,0	100,0	66,6	4 072
4-5	37,3	18,9	42,1	0,6	1,1	100,0	56,2	2 597
6+	32,1	11,6	54,7	0,7	0,9	100,0	43,7	2 425
Visites prénatales¹								
Aucune	6,1	2,2	91,3	0,5	0,0	100,0	8,3	1 107
1-3	39,3	16,9	43,0	0,6	0,2	100,0	56,2	1 702
4+	51,4	29,8	18,2	0,6	0,1	100,0	81,2	4 756
Ne sait pas/manquant	23,2	27,3	25,6	1,5	22,4	100,0	50,5	83
Milieu de résidence								
Yaoundé/Douala	49,0	45,2	4,1	0,8	0,9	100,0	94,3	1 854
Autres villes	52,7	26,1	20,0	0,3	0,9	100,0	78,8	3 106
Ensemble urbain	51,3	33,3	14,0	0,5	0,9	100,0	84,6	4 960
Rural	32,0	12,0	54,4	0,6	1,0	100,0	44,1	6 788
Région								
Adamaoua	32,8	12,9	53,7	0,1	0,4	100,0	45,8	596
Centre (sans Yaoundé)	49,1	22,7	27,1	0,3	0,7	100,0	71,8	876
Douala	45,2	52,6	1,4	0,4	0,4	100,0	97,8	906
Est	36,5	9,7	52,4	0,7	0,7	100,0	46,2	500
Extrême-Nord	18,7	4,0	75,6	0,4	1,3	100,0	22,7	2 682
Littoral (sans Douala)	63,2	29,9	6,8	1,1	0,0	100,0	92,1	404
Nord	26,3	3,9	68,5	0,7	0,6	100,0	30,2	1 662
Nord-Ouest	61,5	32,2	4,7	0,1	1,5	100,0	93,7	905
Ouest	59,0	35,0	5,6	0,1	0,4	100,0	93,9	1 314
Sud	58,8	18,4	21,8	0,3	0,6	100,0	77,2	283
Sud-Ouest	46,2	31,9	17,5	1,6	2,8	100,0	78,1	672
Yaoundé	52,7	38,2	6,6	1,2	1,3	100,0	90,9	948
Niveau d'instruction de la mère								
Aucun	17,0	3,8	77,5	0,7	1,1	100,0	20,7	3 359
Primaire	45,2	21,1	32,2	0,5	1,0	100,0	66,3	4 639
Secondaire 1 ^{er} cycle	53,3	35,1	10,4	0,6	0,7	100,0	88,4	2 516
Secondaire 2 ^o cycle ou plus	57,5	39,0	2,5	0,2	0,8	100,0	96,6	1 235
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	14,1	3,0	81,8	0,3	0,9	100,0	17,1	2 779
Second	37,9	14,6	45,6	0,8	1,0	100,0	52,5	2 542
Moyen	49,2	22,7	26,2	0,7	1,2	100,0	71,9	2 349
Quatrième	52,6	34,1	12,1	0,4	0,8	100,0	86,7	2 233
Le plus riche	56,0	39,1	3,7	0,5	0,8	100,0	95,0	1 845
Ensemble	40,2	21,0	37,3	0,5	1,0	100,0	61,2	11 748

¹ Concerne seulement la naissance la plus récente survenue au cours des cinq années ayant précédé l'enquête.

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud a Indicadores Múltiples disponible en <https://dhsprogram.com>

II.4.2. Asistencia sanitaria durante el parto

Los resultados de la *Tabla 6* muestran que el 64% de los nacimientos se produjo con la ayuda de personal de salud capacitado, una proporción relativamente mayor que el de los nacimientos que tuvieron lugar en un centro de salud (61%). Lo que puede indicar que un cierto número de partos son asistidos por personal de salud fuera de las instalaciones de salud. **Por otra parte, el 9% de los partos son atendidos por las parteras tradicionales y casi una cuarta parte (23%) por los padres u otras personas. Por último, el 3% de las mujeres dio a luz sin ningún tipo de ayuda.** Obviamente, casi todos los nacimientos que ocurren en un establecimiento de salud son asistidos por personal capacitado (99%). Aquí

nos encontramos con las variaciones similares a las ya hemos reconocido relativas al lugar del parto. En las zonas urbanas la proporción de la asistencia sanitaria durante el parto es muy alta (87%): en Yaundé/Douala (96%), madres con educación secundaria de segundo ciclo o más (98%) y las que tienen un nivel económico alto (97%). Por otra parte el 9% de los nacimientos fueron asistidos por una partera tradicional, índice que alcanza el 13% en las zonas rurales y el 25% en la Región Oriental. A nivel nacional, las enfermeras han prestado asistencia en el 53% de los casos y el 10% de nacimientos tuvieron lugar con la ayuda de un médico. Sin embargo, en Yaundé/Douala, las proporciones son del 70% y el 26%, respectivamente. Durante la encuesta, se preguntó a las mujeres que tuvieron un parto en los cinco años anteriores a la encuesta, si habían dado a luz por cesárea. El 4% de los nacimientos fue por cesárea. En Yaundé/Douala el porcentaje es del 9%. Hay que señalar que el porcentaje de partos por cesárea es mayor entre las mujeres de segundo ciclo de enseñanza secundaria o más (13%) y entre las que tienen un nivel económico más alto. (11%). También la edad de la mujer influye significativamente en el tipo de parto.

Tabla 6: Asistencia durante el parto

Caractéristique sociodémographique	Personne ayant assisté l'accouchement :						Total	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé	Pourcentage accouché par césarienne	Effectif de naissances
	Médecin	Infirmière/sage-femme/aide-soignante	Accoucheuse traditionnelle	Parents/ Autre	Personne	Ne sait pas/Non déterminé				
Age de la mère à la naissance										
<20	9,5	51,1	10,8	25,0	2,4	1,2	100,0	60,6	3,5	2 295
20-34	10,6	54,1	8,6	22,7	3,1	0,9	100,0	64,7	3,7	8 106
35-49	11,3	50,7	9,7	22,5	4,6	1,2	100,0	61,9	5,1	1 347
Rang de naissance										
1	14,9	60,5	6,5	16,4	0,9	0,7	100,0	75,4	6,5	2 655
2-3	11,5	57,5	8,5	19,8	1,7	1,1	100,0	68,9	4,1	4 072
4-5	8,4	50,6	10,7	26,1	3,2	1,2	100,0	58,9	2,7	2 597
6+	6,0	40,5	11,6	32,9	7,9	1,0	100,0	46,6	1,6	2 425
Lieu d'accouchement										
Établissement de santé	16,7	82,7	0,0	0,5	0,0	0,1	100,0	99,4	6,2	7 187
Alieurs	0,6	6,5	24,1	60,1	8,2	0,4	100,0	7,1	0,0	4 449
Manquant	2,7	4,4	1,5	5,7	0,9	84,8	100,0	7,0	0,0	112
Milieu de résidence										
Yaoundé/Douala	25,5	70,3	0,5	2,4	0,4	0,9	100,0	95,8	9,0	1 854
Autres villes	12,7	68,5	5,6	10,4	1,7	1,1	100,0	81,3	5,8	3 106
Ensemble urbain	17,5	69,2	3,7	7,4	1,2	1,0	100,0	86,7	7,0	4 960
Rural	5,3	41,4	13,2	34,6	4,5	1,0	100,0	46,7	1,5	6 788
Région										
Adamaoua	5,6	41,8	13,3	36,5	2,5	0,3	100,0	47,4	2,2	596
Centre (sans Yaoundé)	10,2	68,3	11,9	7,5	1,2	0,9	100,0	76,5	2,5	876
Douala	23,4	75,4	0,3	0,3	0,3	0,3	100,0	98,8	6,3	906
Est	8,4	40,4	24,7	24,4	1,2	0,9	100,0	48,9	2,6	500
Extrême-Nord	2,0	23,0	18,5	47,4	7,8	1,3	100,0	25,1	0,5	2 682
Littoral (sans Douala)	19,3	74,9	1,7	3,8	0,3	0,0	100,0	94,2	4,0	404
Nord	2,3	30,7	9,8	49,7	6,5	1,1	100,0	32,9	2,5	1 662
Nord-Ouest	8,6	84,9	1,0	3,7	0,3	1,4	100,0	93,6	5,9	905
Ouest	12,9	82,9	1,6	2,2	0,1	0,2	100,0	95,8	4,4	1 314
Sud	35,0	47,3	9,3	7,1	0,6	0,7	100,0	82,2	3,8	283
Sud-Ouest	10,8	69,3	5,8	10,6	0,6	2,9	100,0	80,1	6,0	672
Yaoundé	27,5	65,4	0,7	4,4	0,6	1,5	100,0	92,9	11,5	948
Niveau d'instruction de la mère										
Aucun	1,7	21,1	17,2	51,0	7,5	1,4	100,0	22,9	1,1	3 359
Primaire	8,5	60,7	8,5	19,1	2,3	1,0	100,0	69,2	2,7	4 639
Secondaire 1 ^{er} cycle	17,1	73,8	3,9	4,1	0,4	0,7	100,0	90,9	5,3	2 516
Secondaire 2 nd cycle ou plus	28,0	69,6	0,4	1,1	0,0	0,8	100,0	97,6	12,7	1 235
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	1,1	18,0	16,2	55,6	8,0	1,1	100,0	19,1	0,6	2 779
Second	5,8	48,7	13,3	27,5	3,5	1,1	100,0	54,5	1,4	2 542
Moyen	9,3	66,0	8,7	13,5	1,5	1,0	100,0	75,3	3,4	2 349
Quatrième	15,7	73,8	3,3	5,6	0,6	1,0	100,0	89,5	5,3	2 233
Le plus riche	26,0	70,8	0,5	1,5	0,3	0,9	100,0	96,8	10,8	1 845
Ensemble	10,4	53,1	9,2	23,1	3,1	1,0	100,0	63,6	3,8	11 748

Note: Si l'enquêtée a déclaré que plus d'une personne avait assisté l'accouchement, seule la personne la plus qualifiée est prise en compte dans ce tableau.
 * Sont considérés comme des prestataires formés, les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les aides-soignantes

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud a Indicadores Múltiples disponible en <https://dhsprogram.com>

II.5. Consideraciones socio antropológicas del embarazo y parto

Nos parece que no se puede proponer una planificación y un desarrollo de un Programa de Salud Pública sin saber y tener en cuenta lo que previamente se hace tradicionalmente y científicamente. Así, se trata en esta parte de buscar en la obstetrica tradicional lo que emerge como expectativa y que potencialmente, puede reducir la incidencia de la mortalidad materna. En la literatura socio antropológica, estos elementos constituyen el substrato cultural donde se forma una demanda de los servicios obstétricos. Apoyándonos sobre lo que se hace, propondremos un programa de prevención cuyo objetivo será la reducción de la incidencia de la MM en la región del Centro-Camerún.

II.5.1. Concepción Beti del embarazo y del parto

Según la tradición Beti, la concepción del embarazo es una combinación armoniosa de los recursos naturales y el espiritual, a la vez fisiológica y real. El embarazo es el resultado de una acción de reproductores copuladores favorecida por la acción providencial de fuerzas trascendentales (Beninguise, 2003; Lallemand, 1991; Erny, 1988). Mejor dicho, la esencia natural del embarazo promueve la ideología de la normalidad en la imaginación popular. El embarazo no es una enfermedad o un factor de riesgo de enfermedad, sino más bien un proceso normal de cumplimiento de la función reproductiva de la mujer (WFPHA 1984). Con esta impronta cultural, el advenimiento de un embarazo no activa automáticamente el uso de la atención médica. La esencia espiritual del embarazo promueve la iniciación de la terapia preventiva, que consiste en tomar varias precauciones y rituales: consultas oraculares, prohibiciones y requisitos dietéticos y de conducta. El objetivo de todo ello es la garantía de un resultado favorable del embarazo y el parto de un niño libre de cualquier defecto físico o psicológico (Ewombé-Moundo, 1991).

La gestión médica del embarazo y la atención obstétrica se enfrentan a estos puntos de referencia ideológica. Hay *una discreción absoluta* durante el primer trimestre del embarazo, a pesar de la conciencia que puede tener la mujer de los llamados signos clásicos presuntivos, como ausencia de la regla, aumento de fatiga, una congestión mamaria, náuseas por la mañana, los cólicos, el estreñimiento, dolor en el bajo vientre, aumento significativo de peso, los antojos, aumento de la somnolencia, sudoración (Erny 1993; Ombolo 1990). El primer trimestre del embarazo (1-3 ciclos lunares de la falta de reglas) es un paso crucial en el proceso de parto (Ewombé-Moundo, 1991). La mujer cree en una probabilidad de embarazo en base a los signos clásicos descritos anteriormente. En esta etapa, se cree que el producto del diseño

es una masa de sangre, un molusco que todavía no es un embarazo real. La mujer tiene todo el interés en mantener los signos secretos, en primer lugar, para protegerse contra los malos y celosos espíritus (Laburthe-Tolera, 1985) y en segundo lugar, para no anticipar la voluntad divina o los poderes del más allá (genios, antepasados) y asegurar el embarazo. Esta actitud en el inicio es para que la mujer evite una falsa alarma de embarazo. Ella no habla con sus familiares aún en caso de necesidad. En algunos casos, la mujer no comparte la noticia del embarazo con su marido porque es éste el que a veces traiciona el secreto en sus conversaciones con otros miembros del grupo. El marido también percibe por parte de su mujer, un cambio repentino en su actitud. Ha tenido relaciones sexuales con su esposa sin que ésta le comunique la ausencia de la menstruación; el apetito sexual de la mujer aumenta, al igual que su temperatura. Esta actitud de discreción no favorece el uso y de los servicios de atención prenatal y especialmente la primera consulta recomendada en el primer trimestre del embarazo, según las normas generales de la OMS. Tradicionalmente, no se puede hablar del embarazo antes del primer trimestre. Este requisito puede ser visto como una oportunidad potencial para romper el secreto y por lo tanto como una fuente de peligro para la mujer.

II.5.2. Métodos preventivos tradicionales de la mortalidad materna

El embarazo es una bendición de Dios, que da una vida nueva a la mujer y a toda la familia. La mujer embarazada tiene que respetar algunas actitudes y comportamientos durante el embarazo y después el parto. La mujer embarazada no debe comer algunas especies de pescado ni carnes sangrientas que provocan hemorragias durante el parto. Así se explica, por ejemplo, la interdicción de comer carne de liebre para que el niño no nazca con una boca similar a la de la liebre. O la interdicción para la madre de mirar la cabeza de la pantera; o para el padre de cavar una tumba durante

el embarazo para que el niño no muera al nacer... Cuando una mujer da a luz, tiene que proteger a su bebé durante bastante tiempo para que vaya haciéndose cada vez más fuerte. Lo mejor es que la mujer y el bebé se duchen con agua tibia. La madre come de forma saludable para asegurar su lactancia. La mujer, por lo general, da a luz en la casa de sus padres. Durante su baja de maternidad, se preparan para el rito específico los bordes de la cama que ocupa la mujer. Se la hace aspirar un polvo que protege a la madre (njejae) contra las brujas o de cualquier práctica de brujería, de posibles molestias y ciertos peligros, incluso de la presencia de un espíritu maligno. Después, se coloca al lado del fuego, una olla grande llamada "Minkeñgue", llena de cortezas y hierbas cuyas virtudes, tradicionalmente, son:

Protección de la madre y del niño contra los malos espíritus e incluso la brujería; el cuidado de los senos de la madre y el crecimiento del peso del bebé; la buena fama del niño o su popularidad.

La mujer que acaba de dar a luz no saluda con la mano a todas las personas que entran en casa. Simplemente dice "hola". Ella tiene sus cucharas, sus vasos, sus platos y su cubo en una ubicación específica. La gente no se sienta en su cama. Todo eso es para evitar la contaminación de algunas enfermedades.

Cuando una mujer ha dado a luz "jae yabane", su padre o su hermano ralla la zarza "Bassa", que es un árbol cuya la madera interna es roja. Cuando se ralla este árbol, se derrama un líquido rojo, como la sangre, muy necesario para la mujer que acaba de dar a luz. Se recomienda beber este líquido en caso de anemia o hemorragia posparto. En general, este árbol está en el corazón de la selva. Así que se ralla su corteza y se aplasta con cuidado para obtener el jugo, gota tras gota.

Después, se mezcla en una taza limpia, con aceite de palma. Así que, mientras por un lado, a la nueva mamá se le “golpea” con el agua caliente, por otro lado, ella se recubre con “Bassa”, alternando con el aceite de palma. Cuando vemos que el agua para su masaje se termina, y mientras ella espera de nuevo el agua caliente, se recubre la piel de los productos para evitar que se seque. Todo esto permite que la mujer sea hermosa y mantenga una piel radiante. Se puede llenar de agua varias veces (cuando el agua de la olla se termine). Para hacer el masaje, se utiliza una escoba tradicional pequeña, elaborada para la circunstancia. Con el agua que toque directamente sobre ella o con la que retenga en las manos, ella frota su vientre. El ritmo de esta ritual depende de la persona que hace el masaje. Es un arte que, incluso puede ir acompañado con canciones. Es en contra de estos puntos de referencia ideológicos que se basan las expectativas y preferencias con respecto a los servicios y la atención obstétrica.

II.5.3. Estudios comparativos entre los sistemas biomédico y tradicional de la atención obstétrica en Camerún

Las tablas 7 y 8 presentan las ventajas e inconvenientes de los sistemas biomédica y tradicional en dos regiones de Camerún (Beninguisse 2003). Los resultados de este estudio son casi generales y verificables en todas las zonas rurales de Camerún.

La eficacia del sistema biomédica no está rechazada. Con este sistema, según el estudio, se puede detectar fácilmente el sexo de bebé, el embarazo con gemelos, el embarazo de riesgo, curar la malaria,... Su sistema de prevención a través de las vacunas neonatas es muy eficiente. Respecto al parto, el sistema biomédica maneja seguramente el dolor, la cesárea y el parto « mort-né ».

Respecto al sistema tradicional, éste es económicamente accesible a todos. Valora y preserva la intimidad de la mujer, ofreciéndole una posibilidad de respetar las costumbres de protección y purificación contra los espíritus del mal. Los masajes postparto del sistema tradicional son una marca de convivencia fraterna y de apoyo familiar. Además, no se exige una ropería del recién nacido « layette ».

Cada sistema presenta inconvenientes. El sistema biomédico, según el estudio, tiene los siguientes: es inaccesible económicamente para las mujeres rurales; viola regularmente la intimidad de la mujer con la presencia de hombres parteros; el uso común del material obstétrico no es higiénico; los profesionales de la salud tienen una tendencia represiva en caso de no respeto del calendario de las consultas o de insuficiencia de la ropería del recién nacido « layette »; la ausencia de los masajes postparto no facilita según la opinión la recuperación de la madre; después del parto los profesionales de la salud no devuelven a la pareja el cordón umbilical y la placenta para los rituales tradicionales; la ausencia de información y comunicación por parte de los profesionales de la salud, las largas colas de espera, el encargamiento a favor del planning familiar, la incapacidad de proteger la madre contra los espíritus maléficos... son otros de los inconvenientes relevantes del sistema biomédica (Tabla 7 y 8).

Los límites del sistema tradicional son su incapacidad de detectar con antelación y de atender todas las complicaciones vinculadas al embarazo (muerte fetal, cesárea, malaria,...), su fuerte insistencia sobre las interdicciones alimentarias y la ausencia de reglas de higiene.

Tabla 7: Ventajas e inconvenientes de los sistemas biomédico y tradicional de los servicios obstétricos en la región del Norte-Camerún

	Système biomédical			Système traditionnel		
	Avantages	Inconvénients		Avantages	Inconvénients	
Prise en charge de la grossesse	<ol style="list-style-type: none"> Possibilité de connaître le sexe et la gémellité de la grossesse. Traitement efficace du paludisme. 	<ol style="list-style-type: none"> Cherté des prestations. Longues distances à parcourir. Répréhensions en cas de non-respect du calendrier de consultations. Trop de médicaments à acheter comme dans un cas de maladie. Présence d'hommes faisant le toucher vaginal. Aucune discrétion. Aucune intimité. Longues files d'attente. On propose toujours le planning familial. On n'est pas protégé contre les sorciers. 		<ol style="list-style-type: none"> Les prestations ne coûtent presque rien. Les guérisseurs sont disponibles à tout moment. L'intimité est préservée. On fait les coutumes de protection et de purification. On traite mieux le « vers » des femmes et l'anémie. 	<ol style="list-style-type: none"> Il n'y a pas d'exams efficaces. Les complications sont souvent détectées trop tard. Ne traite pas bien le paludisme et les œdèmes. Trop d'interdits alimentaires. 	
Prise en charge de l'accouchement	<ol style="list-style-type: none"> Possibilité d'accoucher sans douleur. La césarienne est bien pratiquée. 	<ol style="list-style-type: none"> Cherté des prestations. Longues distances à parcourir. Présence d'accoucheur masculin. Violation de l'intimité. Utilisation communautaire du matériel. Absence de massages et de rites de purification. Le cordon ombilical n'est pas restitué au couple. Promiscuité. Contrôle répréhensif de la layette. Présence limitée de l'entourage familial. 		<ol style="list-style-type: none"> Les prestations ne coûtent presque rien. Les accoucheuses sont disponibles à tout moment. La layette n'est pas une exigence. L'intimité est préservée. On fait les massages et les coutumes. Présence réconfortante de l'entourage familial. 	<ol style="list-style-type: none"> L'hygiène n'est pas toujours respectée. On ne pratique pas de césarienne. Les complications sont souvent fatales. 	

Fuente: *African Population Studies/Etude de la Population Africaine*, Vol. 19, No. 2, Sup. B, 2004, pp. 251-264, disponible en www.bioline.org.

Tabla 7 : Ventajas e inconvenientes de los sistemas biomédico y tradicional de los servicios obstétricos en la región del Este-Camerún

	Système biomédical		Système traditionnel	
	Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients
Prise en charge de la grossesse	<ol style="list-style-type: none"> Possibilité de se faire vacciner. On détecte facilement les grossesses à risques. 	<ol style="list-style-type: none"> Les moyens de locomotion font cruellement défaut. Longues distances à parcourir. Absence de communication et d'information de la part du personnel de santé. Difficulté d'acheter les médicaments 	<ol style="list-style-type: none"> Les prestations sont presque gratuites. Les guérisseurs sont nombreux et disponibles à tout moment. On fait les coutumes de protection et de purification. On soigne mieux l'anémie. 	<ol style="list-style-type: none"> Difficulté à détecter les grossesses à risques (mort fœtale, grossesse gémellaire, grossesse ectopique).
Prise en charge de l'accouchement	<ol style="list-style-type: none"> Possibilité d'accoucher sans douleur. La césarienne est bien pratiquée. On pratique bien l'accouchement de mort-né. 	<ol style="list-style-type: none"> Les moyens de locomotion font cruellement défaut. Longues distances à parcourir. Absence de communication et d'information de la part du personnel de santé. Longues files d'attente. Le cordon ombilical n'est pas restitué au couple. Promiscuité. Obligation de préparer la layette. Présence limitée de l'entourage familial. 	<ol style="list-style-type: none"> Les prestations sont presque gratuites. Les accoucheuses sont nombreuses et disponibles à tout moment. Présence réconfortante de l'entourage familial. La layette n'est pas une exigence. On fait les massages et les coutumes. 	<ol style="list-style-type: none"> Difficulté à pratiquer un accouchement de mort-né. On ne pratique pas de césarienne. Les complications sont souvent fatales.

Fuente: *African Population Studies/Etude de la Population Africaine*, Vol. 19, No. 2, Sup. B, 2004, pp. 251-264, disponible en www.bioline.org.

III. OBJETIVOS

Sabiendo las ventajas e inconvenientes de cada sistema, el objetivo del plan que proponemos no es una yuxtaposición o una oposición entre el sistema biomédico y el sistema tradicional, sino una simbiosis entre ambos.

Los objetivos que planteamos con este plan se fundamentan en los tres determinantes de la salud que son: los factores genéticos, el estilo de vida y el medio ambiente, y la asistencia sanitaria (Dever). En Camerún, la asistencia sanitaria para el parto en las zonas rurales se ha reducido. El riesgo de morir de las mujeres, durante el embarazo o el parto, es muy considerable en las zonas rurales de la región del centro, en Camerún (Tabla 7). El objetivo general del plan de prevención que proponemos es reducir la incidencia de la mortalidad materna, mejorando la salud materna de las mujeres procedentes del medio rural. Sin olvidar la importancia de los cambios en la legislación y en la política en general orientados a la reducción de la mortalidad materna (planificación de la familia), el plan estratégico que proponemos valora más las intervenciones de la comunidad, el apoyo de la familia y la capacitación de las parteras tradicionales. Los objetivos específicos son:

1-Asegurar la fase de consolidación del proceso de creación y de mantenimiento de una área de salud materna al 95 % en los 55 distritos de salud rurales existentes;

2-Implementar un plan estratégico de atención integral del embarazo, parto y post parto en las zonas rurales de la región del Centro-Camerún ,en colaboración con los Ministerios de Salud, Educación, Agricultura, Condición Femenina y Seguridad Social y los ayuntamientos de la región del Centro-Camerún.

3-Conseguir una adhesión del 100% de los establecimientos de salud rurales al nivel estratégico, como intermediarios para desempeñar su papel de apoyo y aplicación de guía a las parteras tradicionales;

4-Implementar en las aéreas geográficas « proporcionadas » (agrupación de tres pueblos) un sistema de control del estado nutricional de las mujeres embarazadas.

5-Capacitar a las parteras tradicionales con conocimientos obstétricos básicos, incluyendo la capacidad de iniciar el tratamiento en los casos de complicaciones o situaciones de emergencia.

6-Implementar en colaboración con los ayuntamientos un programa de potabilización del agua en los pueblos

7-Reducir la mortalidad materna en 75%.

Tabla 7. Proporción de los partos asistidos en la región del Centro-Camerún

	2004	2006
Centre	85,3	84,0
Yaoundé	94,2	96,5
Centre hormis Yaoundé	74,2	71,9
Cameroun	61,8	58,9

Fuente: Informe regional del progreso de los objetivos del milenio disponible en www.statistics-cameroon.org

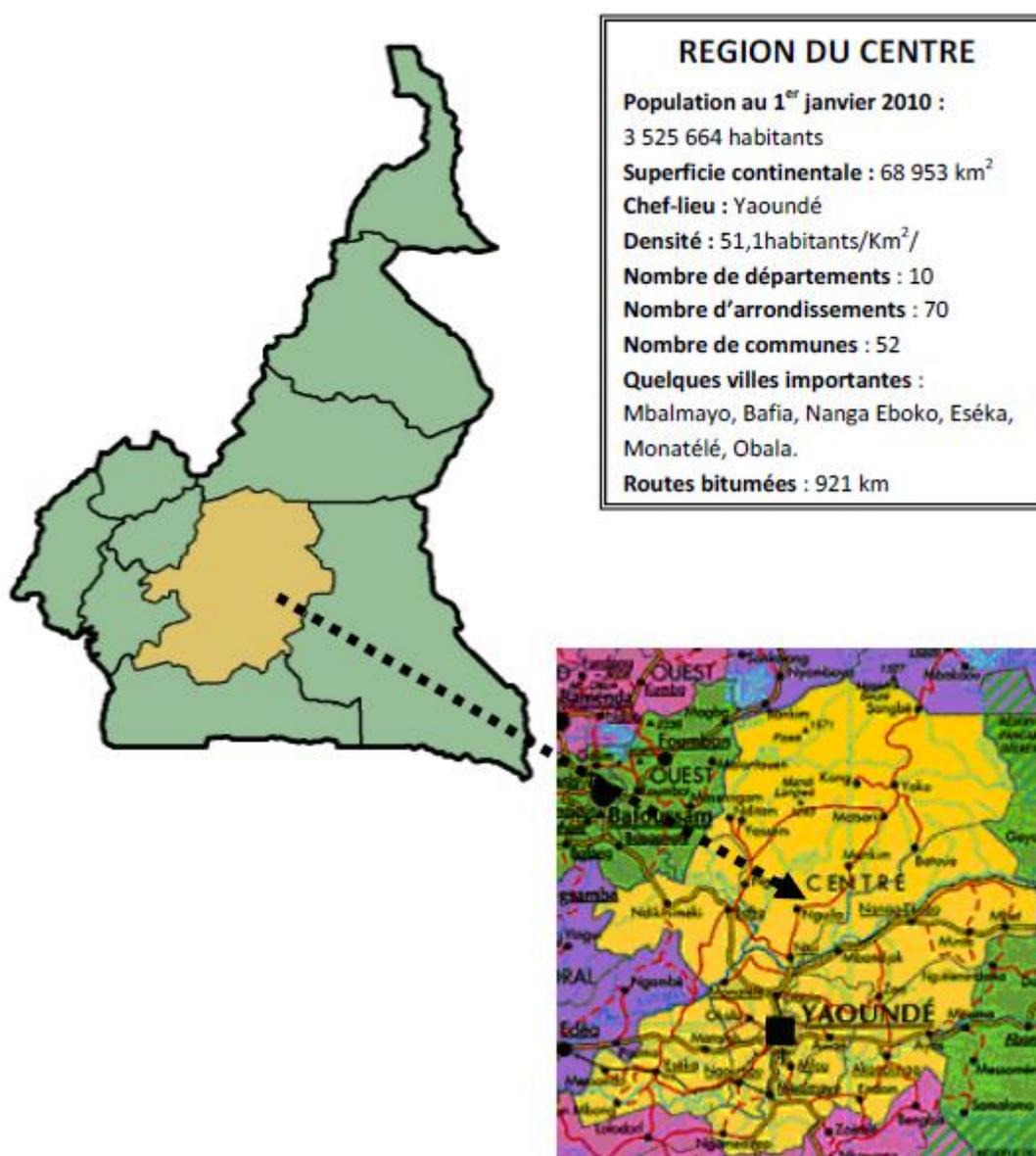


IV.PLAN ESTRATÉGICO DE REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA

IV.1. Población de referencia

La población de referencia es el conjunto de las mujeres rurales en edad fértil, de quince (15) a cuarenta (49) años de edad, de la región del Centro-Camerún. El proyecto se aplicará en coordinación con la Dirección Regional de Salud del Centro y sus Distritos y Establecimientos de Salud, Hospitales y Centros de Salud Integrados respectivos que correspondan.

Este programa puede también servir de referencia a otros sectores de salud, cuyo objetivo es la reducción de la incidencia de la mortalidad materna.



IV.2. Metodología o actividades relacionadas para alcanzar los objetivos

IV.2.1. Actividades con el Estado

Entre los diferentes Ministerios (Salud Pública, Educación, Agricultura, Condición Femenina-Seguridad Social) y los ayuntamientos, se creará una comisión de coordinación encargada de supervisar las actividades relacionadas con la reducción de la MM (figura 10). La misión de esta de comisión de coordinación será:

-La creación y mantenimiento de áreas de salud básica en los 55 distritos de salud existentes.

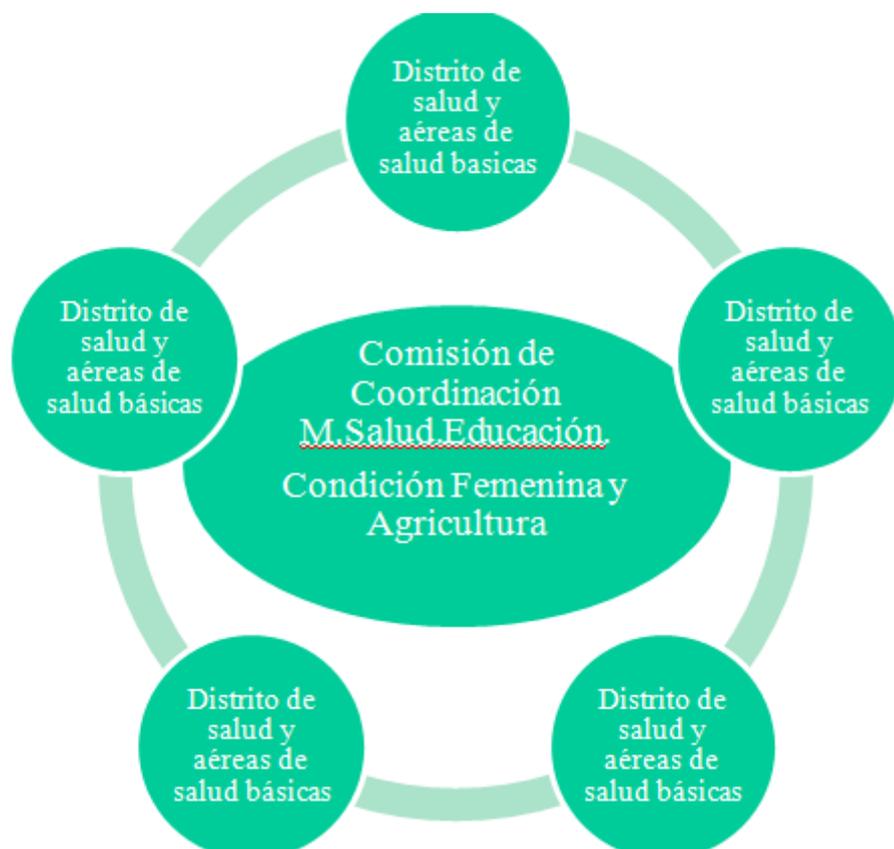
-La implementación en las zonas rurales, de una estrategia de atención integral del embarazo, parto, post parto.

-La formación de todos los protagonistas (parteras tradicionales, familias, comunidad) de la salud materna en las zonas rurales.

-La implementación de un sistema de control del estado nutricional de las mujeres embarazadas, respecto a las áreas geográficas.

Para llevar a cabo con eficacia este programa, el modelo de organización que nos parece adecuado es el **staff**, donde el reconocimiento se otorga más en función de los conocimientos o especialización y se utiliza para servir de apoyo a las decisiones de los profesionales, no tanto para ejercer una autoridad directa sobre ellos. Es flexible en función de circunstancias variables respecto a la salud reproductiva. Con esta organización, el programa estará compuesto por dos tipos de estructuras protagónicas. De un lado, la estructura de Coordinación compuesta con los distintos ministerios, de otro lado, los distritos de salud, las áreas de salud y la comunidad de los pueblos.

Grafico 10: Organigrama del modelo de funcionamiento del programa



IV.2.2. Efectividad, eficiencia y calidad del programa

A pesar del hecho que la cobertura de los servicios de salud en zonas rurales es difícil, la comisión de coordinación con el programa que proponemos ofrecerá las actividades mínimas dedicadas a los centros de salud rurales. Los servicios que se ofrecerán son:

-Actividades de apoyo a mujeres embarazadas con enfermedades crónicas e infecciosas (VIH).

-Actividades de prevención primaria. Los centros de salud llevarían a cabo el seguimiento de las mujeres embarazadas.

-Actividades de promoción de la salud. Se realizarían actividades de higiene de saneamiento ambiental y relacionadas con el agua potable.

Se trata de mejorar el estado de salud de las poblaciones rurales de la Región Centro-Camerún, trayendo un espíritu de servicio y dando prioridad a los más desfavorecidos. Todavía hay comunidades desfavorecidas que no tienen un centro de salud o parteras tradicionales capacitadas. Además, para mejorar la calidad y la eficiencia del programa, sería necesario pensar en la construcción de un segundo nivel de la clínica, en cada departamento de la Región. Es decir, un hospital de referencia para los distintos distritos de salud. El acceso de las personas a los centros de salud no plantea problemas particulares ya que en cada comarca se dispone de uno. Sin embargo, a pesar de los bajos precios propuestos por el centro de salud, la accesibilidad sigue siendo un problema en estos lugares donde el poder adquisitivo de la población es menor. En el plano cultural, las personas tienden a recurrir a la automedicación y a la consulta de los curanderos tradicionales para acceder a la atención sanitaria. Para resolver este problema, necesitaremos ampliar las áreas de subvenciones para completar el nivel económico de las mujeres embarazadas.

Con el Ministerio de Salud Pública, la comisión se encargará:

De la provisión de medicamentos, equipamientos básicos para la atención en el control prenatal y en el parto.

La disposición de las ambulancias para facilitar las emergencias obstétricas perinatales.

De la facilitación de la coordinación entre Hospitales y Centros de Salud de la derivación de las mujeres embarazadas o partos con riesgo.

Organizar las sesiones de formación con parteras formadas y tradicionales sobre la **Emergencia Obstétrica neonatal**.

Con el Ministerio de la Educación y de la Condición Femenina, la comisión se encargará:

De la puesta en marcha de un programa de alfabetización de todas las mujeres que no tengan estudios.

IV. FORMACIÓN DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA NEONATAL CON PARTERAS TRADICIONALES

La comisión de coordinación de la salud con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública intentarán llevar a cabo una capacitación en atención obstétrica de emergencia neonatal, para mejorar los conocimientos y habilidades de los proveedores de salud en la atención obstétrica de emergencia neonatal. Con el objetivo de:

- Organizar la consulta prenatal Conducta reorientada;
- Enseñar los elementos de preparación para el parto y las complicaciones para las mujeres embarazadas y sus familias;
- Llevar a cabo la evaluación inicial de una parturienta;
- Utilizar un parto gramá para la toma de decisiones;
- Detectar de los problemas mediante en el manejo activo de la tercera etapa del parto;
- Aplicar las estrategias para la prevención y tratamiento de la malaria durante el embarazo;

Figura 11a: Sesión de formación de Emergencia Obstétrica neonatal con parteras tradicionales

Emergencia Obstétrica Neonatal		Ciudad: Obala
Lugar: Obala 		Personal profesional suministrado: 1 - Entrenador de partería 1 - Oficial Regional de Salud
Nombre de los entrenados : Responsables de los centros sanitarios		Número de participantes : 17
Lugar: Obala / Camerún		Tiempo de la formación : 30 días/año
Inicio: 02 .2.2016	Fin : 07 .3. 2016	Coste: 8000 euros
Teniendo en cuenta el número reducido del personal, la formación se organizará en turnos, de modo que haya siempre un personal de guardia en cada unidad de salud.		<i>Financiamiento</i> : - Organización Mundial de la Salud - Ministerio de Salud Pública

Figura 11b: Sesión de formación de Emergencia Obstétrica neonatal con parteras tradicionales

Lugar : Obala 		Personal profesional suministrado: 1 - Ginecólogo Obstetra 1 - Enfermera partera
Responsables de los centros sanitarios		Número de personas que representan a los centros de salud: 17
Teniendo en cuenta el número reducido del personal, la formación se organizará en turnos, de modo que haya siempre un personal de guardia en cada unidad de salud.		Tiempo de la formación : 30 días/año
		Coste:9138.46
		<i>Financiación</i> : O M.S; M. de Salud Pública

V. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

Para alcanzar los objetivos 1 y 2 : -Creación y mantenimiento de áreas básicas de salud materna; -Atención integral del embarazo, parto, post parto en las zonas rurales			
Actividades	Meses	Años	Años
Puesta en marcha de la creación de las áreas básicas de salud materna por la Comisión de coordinación con distintos ministerios.	05 al año (teniendo en cuenta la lentitud administrativa)	5	10
Actividades de prevención y tratamiento de la malaria durante el embarazo	9 al año (variabilidad del clima)	5	10
Difusión masiva del programa (iglesias, radio, paneles, agentes)	12 al año	5	10
Comunicación sobre los riesgos del mito del secreto respecto al primer trimestre del embarazo	03 al año	3	5
Para alcanzar los objetivos 3 y 5: -Apoyo y aplicación de guía a las parteras tradicionales; -Capacitar a las parteras tradicionales con conocimientos obstétricos			
Actividades	Meses	Años	Años
Sesión de formación de emergencia obstétrica	02 al año	5	10
Para alcanzar los objetivos 4 y 6: -Mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas en los pueblos. -Programa de potabilización del agua en los pueblos			
Actividades	Meses	Años	Años
Formaciones sobre los sistemas de potabilización de agua	01 al año	5	10
Taller de formación sobre la cocina de los alimentos nutritivos	01 al año	5	10
Poner en marcha un programa de nutrición de abastecimiento de los alimentos básicos.	01 al año	5	10
Coordinación estadística de los partos institucionalizados.	12 al año	5	10
Resultados y evaluación del programa	01 al año	5	10
Valoración de la continuidad	01 al año	5	10

VI. ACTIVIDADES PARA ALCANZAR CADA OBJETIVO

Objetivo1: Asegurar la fase de consolidación del proceso de creación y de
--

mantenimiento de áreas de salud materna a 95 % de los 55 distritos de salud rurales existentes				
Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia Medición	Evaluación
Reunión con los protagonistas del ministerio de la Salud Pública con el objetivo de plantear problemáticas vinculadas a la MM y solicitar acuerdos que faciliten la puesta en marcha del programa.	Autoridades implicadas del ministerio de Salud Pública, Equipo del trabajo	Divulgación y aprobación a 100% del programa.	Desde el inicio del programa	Acuerdo de compromiso de los líderes o protagonistas de comunidades en el apoyo del programa.

Objetivo2: Implementación de un plan estratégico de atención integral del embarazo, parto, post parto en las zonas rurales de la región del Centro-Camerún en colaboración con los Ministerios de Salud, Educación, Agricultura, Condición Femenina y Seguridad Social y los ayuntamientos de la región del Centro-Camerún.

Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia	Evaluación
1.Coordinación de alianzas estratégicas en todos los niveles con ministerios implicados cuyo objetivo es firmar acuerdos y resoluciones respecto al desarrollo del programa. 2.Sensibilización al nivel de los distritos y centros de salud. Inicio de sesiones de comunicación sobre la salud sexual reproductiva.	Autoridades y protagonistas de los distintos ministerios implicados. Responsables de los distritos y centros de salud	Aprobación y ejecución del programa Identificación a 100% de zonas con mayor incidencia Adhesión de la población al programa al 100%	Inicio del programa Inicio del programa	Resolución y aprobación del gobierno con una partida presupuestal para la ejecución del programa Número de los participantes o personas interesadas en el programa. Incremento de los participantes.

Objetivo 3 y 5 : Conseguir una adhesión del 100% de los establecimientos de salud rurales al nivel estratégico como intermediarios para desempeñar su papel de apoyo y aplicación de guía a las parteras tradicionales; Capacitar a las parteras tradicionales con conocimientos obstétricos básicos, incluyendo la capacidad de iniciar el tratamiento en los casos de complicaciones o situaciones de emergencia.

Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia	Evaluación
1.Sesiones de formación sobre la emergencia obstétrica neonatal. 2.Atención domiciliaria del parto 3. Unidad móvil de atención a los partos domiciliarios 4. Campaña sobre los temas como parto limpio y cuidados del hogar	1.Médicos Ginecólogos, Obstétricos, Matronas 2.Parteras tradicionales, personal calificado.	95% de las parteras tradicionales capacitadas Inicio de la atención al parto en el primer trimestre del embarazo Disminución de la MM 70%/año	Inicio del programa	Talleres teórico y práctico Evaluación por profesionales de la salud Encuesta/entrevistas de opinión de la población Datos estadísticos

Objetivo 4: Implementar en las áreas geográficas proporcionadas (agrupación de tres pueblos) un sistema de control del estado nutricional de las mujeres embarazadas.

Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia	Evaluación
Taller de formación sobre la cocina de los alimentos nutritivos Poner en marcha un programa de nutrición de abastecimiento	Programa de nutrición sana del Ministerio de Agricultura	Disminución de las tasas de malnutrición en la población de referencia	Los cuatro primeros meses, luego trimestral	Medidas antropométricas: Índice de masa corporal (IMC); Concursos gastronómicos con productos nutricionales locales

de los alimentos básicos.				
---------------------------	--	--	--	--

Objetivo6: Implementar, en colaboración con los ayuntamientos, un programa de potabilización del agua en los pueblos				
Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia	Evaluación
Talleres sobre los sistemas de potabilización de agua. Provisión de agua potable en los pueblos como primera medida de salud pública: creación de pozos en áreas de pueblos	Gobierno Central de la Región del Centro Personal del Ministerio de Salud Pública; Poblaciones rurales	Cobertura 100% de los pueblos en agua potable	Cada tres meses después de la ejecución del programa.	Disminución de enfermedades causadas por agua no potable Encuestas de opinión y sugerencias

VII. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

VII.1. Recursos humanos y sus papeles

VII.1.1. La matrona

Su papel será capacitar a las parteras tradicionales para realizar un parto limpio y seguro. Formará también a los Agentes de Salud de los Distritos de Salud, en los cuidados integrales de la mujer y del recién nacido. En el ámbito de la atención al parto domiciliario, la matrona se encargará de la supervisión de esta atención. Durante los controles del embarazo, la matrona valorará analíticamente cada caso, para identificar los que necesitan sólo suplementos nutritivos de los casos de embarazo de alto riesgo obstétrico. Para estos últimos, se referirá al ginecólogo u obstétrico.

VII.1.2. Las parteras

Las parteras ejercerán como Agentes de Salud. A los requisitos académicos y técnicos se les añadirá los siguientes: la capacidad de saber comunicar con claridad y de modo sencillo, la paciencia en la escucha y en la observación. Con estos requisitos, las parteras organizarán encuentros con las familias, en los que explicarán aspectos fundamentales relacionados con la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo: las consecuencias del « mito del silencio », la importancia de la primera consulta en el primer trimestre del embarazo, de una adecuada nutrición, de las vacunas del recién nacido, de los cuidados para evitar enfermedades en niños de cinco años de edad. Les comunicarán los cambios que van a tener lugar durante el embarazo.

Después del parto las parteras visitarán a la puérpera en su casa, al menos durante 10 días seguidos, para controlar su evolución y enseñarle aspectos relacionados con la lactancia materna y los cuidados necesarios del recién nacido y advertirle de señales de peligro durante el primer trimestre después del parto.

VII.1.3. La nutricionista

Sabiendo que el régimen alimentario es bastante natural, la nutricionista aprovechará esta oportunidad para organizar talleres sobre la nutrición y la preparación de alimentos con valores nutritivos considerables. Se encargará también de valorar el nivel nutritivo de todas las mujeres embarazadas en un pueblo determinado.

VII.1.4. Los sacerdotes/monjas

Su labor sustituye a la del psicólogo, encargándose de organizar talleres de autoestima y seguridad para las mujeres. Llamarán la atención a los maridos sobre la importancia de: su apoyo, de la fidelidad, del cariño a su esposa durante este momento. Se encargaran también de la divulgación del programa en las parroquias dando un espacio cada

domingo durante la misa al profesional de salud presentar el programa a la población.

VII.2. Recursos materiales y colabores institucionales

Una de las dificultades vinculada a la atención prenatal es su coste financiero que es muy alto (15 euros/consulta) para el nivel económico de las poblaciones rurales. Así que con el apoyo del gobierno, la gratuidad de la atención prenatal será muy determinante en la reducción de la MM (P. Ongolo-Zogo y al. 2012). Los colaboradores institucionales de esta financiación de la gratuidad de la atención materna serán:

El Ministerio de la Salud

El Ministerio de la Economía

El Ministerio de la Mujer y Condición Femenina

VII.3. Presupuesto anual para un distrito de salud de la región

Este presupuesto puede variar de un distrito a otro, sobre todo teniendo en cuenta que las condiciones no son iguales por la distancia que les separa de la capital de Yaundé.

Recursos humanos	Nº	Coste mensual	Coste anual
Ginecólogo Obstetra	02	(307.69)x2x2	14769.2 euros
Matrona	04	(269.23)x4x2	1615.38 euros
Enfermera/partera	06	(184.61)x6x2	13292.30 euros
Nutricionista	04	(123.07)x4	492.30 euros
Sacerdotes/Monjas	Benevolencia		
Recursos materiales			
Folleto			
Comunicaciones Radio/televisión			
Ordenador	Se solicitara al Ministerio de la salud		
Kit's desechables (Guantes,empapadores, compresas, jabón)	Se solicitara al Ministerio de la salud		
Material completo para atención al parto	Se solicitara al Ministerio de la salud		
Balanzas pediátricas	Se solicitara al Ministerio de la salud		
Sesión de formación de Emergencia Obstétrica neonatal con			

parteras tradicionales			
Recursos humanos	Nº	Coste mensual	Coste anual
Matrona Parteras Enfermeras	02	5.000.000 F CFA o (8000 euros)	10.000 F CFA (16 000 euros)
Mini camioneta comprar	02	20000 euros	
Gasolina	Se solicitara al Ministerio de la salud		
Total de los costes anuales		66169,18 euros	

RESUMEN

La mortalidad materna es un tema prioritario de salud pública en Camerún. Más de 7000 mujeres mueren cada año por causa de disfunción materna (Nadège Christelle BOWA, 2014). Con estos indicadores, el país según la UNFPA (United Nations Population Fund) no consiguió alcanzar los cuatro y quinto Objetivos del Milenio para el Desarrollo (OMD) aquellos que lograban reducir al 75% la mortalidad materna y al 75% la mortalidad infantil en 2015. A pesar de los esfuerzos del gobierno y sus socios, la tasa de mortalidad materna en Camerún sigue creciendo (Barbara Sow, 2014). Las zonas rurales son las más afectadas. Es imprescindible asegurar a la mujer embarazada una atención continua que se inicia con los cuidados desde la etapa pre concepción y se prosigue durante el embarazo, el parto, el puerperio incluyendo la atención al recién nacido. El país dispone de instrumentos y estrategias susceptibles de reducir la incidencia de la mortalidad materna. Nos referimos por ejemplo al plan estratégico de la reducción de la mortalidad materna en África (CARMMA) cuya implementación ha fallado por insuficiencia de recursos humanos, materiales y financieros.

Sin embargo, como lo subrayó un informe conjunto de la OMS, UNICEF UNFPA, ONUSIDA y el Banco Mundial, titulado « Las tendencias en mortalidad materna » presentado en 2010, existen posibilidades de cambiar la tendencia. En el caso de Camerún, los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son factores claves que determinan la reducción de la incidencia de la mortalidad materna. Se puede y se debe tomar ciertas medidas nacionales concretas destinadas directamente a su reducción. Entre ellas, un compromiso de la sociedad de garantizar un embarazo y parto sin riesgos y mejorar el acceso a una asistencia sanitaria de calidad.

La creación de un « Programa de reducción de la incidencia de la mortalidad materna en zonas rurales de la Región del Centro-Camerún » no pretende promover la atención de partos no institucionalizados. Pero, es un programa que, apoyándose de un lado, sobre el conocimiento de las diversidades culturales y prácticas comunitarias relativas a la salud materna y, de otro lado, sobre el conocimiento biomédica, propone una estrategia susceptible de reducir la incidencia de la mortalidad materna en zonas de exclusión social. Mejor dicho, el propósito final es la disminución de la mortalidad materna mediante la promoción de una simbiosis adecuada entre prácticas comunitarias culturales y biomédicas para la atención del parto, el cuidado de las mujeres embarazadas y los recién nacidos.

ANEXOS

Anexo I: Divulgación sobre las jornadas formativas

CURSO DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA NEONATAL PARA PARTERAS

“EL MILAGRO DE LA VIDA ESTÁ EN TUS MANOS”



Curso de formación especializada dirigido a parteras

Los objetivos de este curso son aumentar los conocimientos y técnicas relevantes a las emergencias obstétricas así como su prevención y tratamiento.

Información: Centro de Salud de Obala

Este curso se **impartirá** en la ciudad de Obala, por ginecólogos y matronas.

Fecha de inicio: 02/02/2016 **Fecha fin:** 07/03/2016

Organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública



Anexo II: Folleto para combatir el « mito del secreto »

**¿CREES ESTAR
EMBARAZADA?**



*Entonces este folleto te
interesa*

**NO ESTÁS ENFERMA
PERO TU BEBÉ Y TÚ
NECESITÁIS ESTAR
CUIDADOS**



Ministerio de Salud Pública
Centro de Salud de Obala



**Acude a tu centro
de salud.**

*Para asegurar tu salud y
así la de tu bebé:*

- Come bien.
- Descansa
- Mantén una buena higiene
- Asegúrate de que el agua es potable antes de tomarla.

Confía en nosotros para
mantener tu secreto.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

GONZÁLES M.A.M. et al., *Conceptos de Salud Pública y estrategias preventivas*, Elsevier, 2013, 509p. ISBN: 9788480869041

Artículos

AMZAT J., «The Question of Autonomy in Maternal Health in Africa: A Rights-Based Consideration», *Journal of Bioethical Inquiry* Pty Ltd. 2015.

BENINGUISSE G. et al., «L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique», *African Population Studies/Étude de la Population Africaine*, Vol. 19, No. 2, Sup. B, 2004, pp. 251-264.

COBURN C. et al., «The African Development Bank and women's health: A cross-national analysis of structural adjustment and maternal mortality», *Social Science Research* 51 (2015) 307-3021.

KAMATH-RAYNE D. et al., «Resuscitation and Obstetrical Care to Reduce Intrapartum-Related Neonatal Deaths: A MANDATE Study», *Springer Science+Business Media New York*, 2015.

KASSEBAUM N.J. et al., «Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013», Published online 2014 May 2 in Europe PubMed Central.

KYEI-NIMAKOH. M. et al., «Barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa - a systematic review protocol», *Systematic Reviews* (2015).

PARUL C. et al., «Effect of prenatal micronutrient supplementation on complications of labor and delivery and puerperal morbidity in rural Nepal» in *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2009).

WEST K.P., «Vitamin A deficiency as preventable cause of maternal mortality in undernourished societies: plausibility and next steps», in *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 85 Suppl. 1 (2004).

YAMIN A.E. et al., « Tracing shadows: How gendered power relations shape the impacts of maternal death on living children in sub Saharan Africa», in PubMed.

Informes, encuestas

Rapport Régional de Progrès des Objectifs du Millénaire pour le Développement Région du Centre, Instituto Nacional de Estadística de Camerún, 2010 in ***www.statistics-cameroon.org***

Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples 2012, Instituto Nacional de Estadística de Camerún, Ministerio de la Economía y de la Planificación del Territorio, Ministerio de la Salud Pública, disponible in ***www.statistics-cameroon.org***

Reducción de la mortalidad materna, Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial, Ginebra 1999.