

El Hogar Materno

Descripción y Propuesta para su instalación

2ª edición



EL HOGAR MATERNO

Descripción y Propuesta Para su Instalación

Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva
CLAP/SMR

Salud de la Familia y de la Comunidad

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

<http://new.paho.org/clap>
postmaster@clap.ops-oms.org
2ª edición



Descripción en la fuente:

Fescina RH, De Mucio B, Durán P, Martínez G. El hogar materno: descripción y propuesta para su instalación. 2 a ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1585)

ISBN: 978-92-75-33218-4

1. Embarazo de Alto Riesgo
2. Complicaciones del Embarazo
3. Mortalidad Materna/prevención
4. Servicios de Salud Materna
5. Hogares Maternos

I. CLAP/SMR

Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS

Casilla de correo 627, 11000 Montevideo, Uruguay
Teléfono: +598 2 487 2929, Fax: +598 2 487 2593

postmaster@clap.ops-oms.org

<http://new.paho.org/clap>
<http://perinatal.bvsalud.org/>

EL HOGAR MATERNO:
Descripción y propuesta para su instalación
2ª edición
Publicación Científica CLAP/SMR 1585
Composición gráfica: Roberto Porro

Í N D I C E

1. Introducción	4
2. Definición	5
3. Características que debe tener un Hogar Materno	6
4. Participación de la comunidad	7
5. Pasos en la Instauración de un Hogar Materno	7
6. Funcionamiento del Hogar Materno	8
7. Costo efectividad de los Hogares Maternos	10
8. Referencias bibliográficas	12

EL HOGAR MATERNO

Descripción y propuesta para su instalación

La siguiente propuesta intenta dar viabilidad a una de las estrategias del Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, aprobado en setiembre de 1990 por la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana y XLII Reunión del Comité Regional, el cual entre otros conceptos expresa “Desarrollar una red de hogares para Gestantes de Alto Riesgo con cobertura Nacional”.

La situación de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en la región y las características poblacionales en diferentes áreas, implican que esta estrategia continúa vigente. Por esta razón el equipo técnico del CLAP pública esta 2° Edición, producto de la revisión y actualización del Documento original (CLAP N° 1263, 1992).

En la revisión y redacción de este documento participaron: Fescina RH, De Mucio B, Durán P, Martínez G.

1. Introducción.

En algunos de los países en desarrollo, una parte importante de la población vive en áreas con dificultades de acceso a los servicios de maternidad constituyendo un factor que contribuye con muchas de las muertes maternas y perinatales que ocurren. Este hecho sucede tanto en áreas rurales como en áreas marginales que rodean a la mayoría de las ciudades de estos países, donde la población encuentra dificultades que limitan el acceso a los servicios de salud. De hecho, se ha encontrado que entre los factores que influyen en la poca utilización de los servicios de salud en los países en desarrollo, unos de los más frecuentes son los problemas económicos, la distancia de los servicios de salud y las dificultades del transporte.

Estudios llevados a cabo en varios países señalan que la mortalidad materna es especialmente elevada cuando los problemas en el transporte hacen difícil el llegar rápidamente al hospital al ocurrir una complicación grave del embarazo, el parto o el puerperio. Frente a la eventualidad de un episodio de eclampsia, un parto obstruido, una hemorragia del alumbramiento, o del puerperio, la demora en llegar al servicio de salud donde se cuenta con los recursos para la atención resulta determinante, cuando se considera la mortalidad materna. Por otra parte debe considerarse qué costumbres locales o familiares arraigadas en la población, conllevan a largas esperas en el hogar antes de decidirse al traslado hacia el hospital, aún cuando el parto se haya demorado o no se esté evolucionando normalmente.

Durante los últimos años se han hecho esfuerzos para enfrentar los problemas mediante el establecimiento de hogares, refugios, albergues, o casas de espera cercanos a los hospitales o centros de salud para gestantes con riesgo que viven en áreas rurales o áreas marginales periurbanas de difícil acceso o con grandes dificultades de transporte. Se considera que la presencia de una institución como ésta es vital cuando las mujeres tienen que viajar largas distancias, el transporte es inadecuado y las complicaciones observadas son frecuentes. Además si se añade a esto que las condiciones socioeconómicas y educacionales de las áreas rurales, así como además condiciones de insalubridad ambiental en áreas urbano marginales, lleva a que una parte importante de las gestante sean consideradas de riesgo.

El antecedente más antiguo registrado sobre Hogares Maternos se remonta a 1891, momento en el cual el Profesor Pinard, en un discurso en la Sorbonne, anunció la creación de una casa para albergue de mujeres embarazadas de bajos recursos, para ingresarlas en las últimas semanas de su gestación y posteriormente asistir su parto en la Clínica de Baudelocque. Durante su estadía en el hogar, a las mujeres que habitualmente realizaban tareas agrícolas, además del reposo

que significaba interrumpir estas pesadas tareas, se les brindaban lecciones de puericultura y crianza de los niños. Para asombro de los médicos franceses, los recién nacidos de las madres que permanecían en el albergue eran saludables y eutróficos, como los de las madres de condiciones socioeconómicas altas que tenían sus partos en establecimientos privados. Los pesos al nacer de los recién nacidos de madres que eran ingresadas al hogar eran en promedio 500 gramos más pesados que los de aquellas madres que continuaban con sus tareas agrícolas hasta que se desencadenaba su parto.

Algunos de los países de la región de las Américas tienen larga experiencia en la utilización de estos tipos de Hogares a nivel comunitario, como en el caso de Cuba. en donde el primer Hogar Materno se inauguró en Guantánamo en 1962, y ya en 1984 había 85 de estas instituciones en el país. También Colombia tiene establecida una Casa Hogar en Jamundí, cerca de Cali; Ocotal y Esteff en Nicaragua; Santa Rosa de Copan y La Paz en Honduras; San Pablo y Ceará en Brasil; y Puerto Mont en Chile; entre otros.

2. Definición.

El Hogar Materno para embarazadas de riesgo es una instalación de baja complejidad en donde las mujeres permanecen bajo control calificado desde antes de la fecha de su parto, garantizando la atención prenatal especializada desde el Hospital y su rápido traslado al mismo al inicio del parto o a otro nivel de complejidad según el caso. Por ello el Hogar Materno debe estar situado muy cerca de un Hospital base que cuente con facilidades para la atención del embarazo y del parto. El Hogar Materno es una institución que debe ser de bajo costo en su operación y mantenimiento.

Otra función del Hogar Materno es la de prestar servicios para albergar a mujeres embarazadas sin patología conocida pero con limitaciones en términos de acceder adecuada y oportunamente a servicios de salud, por lo que días previos antes del término de su embarazo se trasladan al Hogar para esperar el comienzo del parto. También podría albergar a madres de recién nacidos cuyas altas del Hospital han sido diferidas en espera de resultados o de la realización de exámenes especiales, o cuyos niños se encuentran internados en Unidades Neonatales.

Estos hogares tienen por tanto dos objetivos centrales: brindar asistencia específica a mujeres gestantes con condiciones de riesgo, y albergue a embarazadas y puérperas que residan en zonas alejadas y con dificultades en el acceso.

3. Características que debe tener un Hogar Materno.

3.1 Ubicación Geográfica.

El hogar materno, para que contribuya exitosamente a mejorar la salud de las mujeres y del recién nacido, debe estar situado al lado de un Hospital que cubra una importante población rural o peri urbana marginal y donde los problemas del transporte y largas distancias hagan que casos con complicaciones lleguen tardíamente al Hospital.

3.2 Tipo de atención que se brinda.

El Hogar Materno debe estar Integrado al primer nivel de atención, formando parte de una red integrada de servicios de salud.

El equipo de salud (médicos, obstétrica, enfermeras, auxiliares, agentes de salud) y los fuerzas vivas de la comunidad que intervienen tradicionalmente en la atención de la población tienen que ser incorporados al funcionamiento de la institución y estar entusiasmados con la idea del Hogar y con la ventaja que éste representa para la población local.

3.3 Planta físico.

La construcción debe ser sencilla, barata y parecida a los hogares habituales de la población local, y no debe representar una carga onerosa para el Sistema Local de Salud en su operación y mantenimiento. En la mayoría de los países que cuentan con esta institución, los Hogares disponen de dormitorios y de un ambiente común para desarrollar actividades de educación para la salud, de participación comunitaria y manualidades, con la posibilidad de desarrollar talleres, seminarios o encuentros.

En algunos casos se debería considerar la disponibilidad de algún espacio adicional para alojar a familiares. También se dispondrá de una cocina, baños y facilidades para el lavado y secado de la ropa. Este Hogar deberá contar con un espacio especial destinado a exámenes clínicos, consultas y toma de muestras de laboratorio.

3.4 Funcionamiento y responsabilidades.

El Hogar Materno debe estar vinculado al Hospital, el cual se responsabilizará en parte de su funcionamiento y supervisión. Los familiares de las gestantes deben hacer su aporte, siempre que sea posible, para el mantenimiento y funcionamiento del hogar. Las gestantes en el Hogar deben ser visitados diariamente por el personal de salud del Hospital, quien completará los registros correspondientes a las intervenciones realizadas en la Historia Clínica Perinatal.

4. Participación de la comunidad.

La Integración exitosa del concepto de Hogar Materno exige el compromiso de la comunidad a lo largo de la planificación, la implementación y la evaluación del proyecto. Este compromiso de la comunidad es un proceso continuo que consiste en varias fases, más que un evento o una actividad aislada. La comunidad debe tener una participación activa desde los primeros momentos en que se planea el Hogar Materno. Es habitualmente la ayuda y el entusiasmo de las organizaciones sociales locales quienes garantizan el éxito del proyecto al cumplir con diferentes responsabilidades en la mismo.

Un elemento clave en la instrumentación exitosa de este concepto de participación de la comunidad es el logro de una relación de respeto mutuo y de cooperación entre ésta y el personal del servicio de salud vinculado al Hogar Materno y al Hospital.

Las comunidades potencialmente usuarias del Hogar Materno, al integrar con sus representantes el Comité de Apoyo, deberán iniciar un proceso de difusión y apoyo a la propuesta en sus poblaciones, de acuerdo a un plan general de trabajo.

5. Pasos en la instauración de un Hogar Materno.

Los países que han tenido alguna experiencia similar, refieren que el punto de partida ha sido algún personal de salud u organizaciones sociales o religiosas que comprenden la necesidad del Hogar Materno, convirtiéndose en líder de la idea con la que motiva a las organizaciones comunales y a los Sistemas Locales de Salud a organizarse en un Comité de Apoyo al Hogar Materno.

A partir de esta movilización comienza la etapa de adaptación o construcción de un Hogar. La Casa, el terreno que deberá estar lo más cercano posible al Hospital puede ser brindado por el propio hospital, la municipalidad, prefectura o alcaldía o bien donado o adquirido por el Comité de Apoyo. La comunidad podrá organizar tómbolas, ferias y festivales para recaudar dinero con este fin. Los materiales y la fuerza laboral debe ser aportada con la ayuda de la comunidad.

Durante este tiempo se trabajará paralelamente con el personal del Sistema Local de Salud que interactuará con la población rural o urbano marginal, informándoles sobre las funciones y características del Hogar Materno.

Un aspecto determinante de un Hogar Materno es además, establecer un vínculo con el Hospital vecino. En definitiva el Hospital va a ser el

responsable de una parte importante del funcionamiento del Hogar, y por lo tanto su dirección, el personal del departamento de Obstetricia, Neonatología y del Servicio Social deben ser motivados sobre la importancia preventiva, educativa y humana que tiene un establecimiento de este tipo en la comunidad.

La inauguración del Hogar es un acto de trascendencia social y política, por lo tanto se aprovechará esta oportunidad para hacer una movilización de la comunidad, sobre todo de los sectores claves que van a colaborar en su funcionamiento y a permitir el mantenimiento de la institución.

6. Funcionamiento del Hogar Materno.

6.1 Criterios de admisión.

Los criterios que a continuación se enumeran, a título de ejemplo, deberán tenerse en cuenta para facilitar el cálculo de la demanda potencial del Hogar Materno y planificar las necesidades locativas del mismo.

Habitualmente las gestantes ingresadas a un Hogar Materno residentes en un área rural o peri urbana marginal presentan determinados factores de riesgo tales como el nivel socio económico bajo, limitada accesibilidad geográfica, u otros que hacen sospechar la necesidad de cirugía, o de sangre o hemoderivados en el momento del parto, o que presentan complicaciones graves de la gestación que pueden requerir tratamiento especial.

Como ejemplo se mencionan algunos factores que pueden ser motivo del ingreso de una gestante al Hogar Materno.

- *Antecedentes de:*

- Cesárea previa
- Ruptura uterina
- Muertes fetales o neonatales
- Parto prolongado o difícil
- Parto Prematuro
- Bajo Peso al nacer
- Atonía uterina

- *Embarazo actual:*

- Gran multiparidad
- Embarazo gemelar
- Embarazo en adolescentes
- Primigestas añosas
- Sospecha de desproporción céfalo pélvica.
- Lugar de residencia que dificulta el acceso a los servicios de salud.
- Largas distancias o falta de transporte

Estos criterios de ingreso son válidos tanto para las gestantes que viven en áreas rurales como para las que viven en áreas urbanas marginales.

Estos criterios de ingreso son válidos tanto para las gestantes que viven en áreas rurales como para las que viven en áreas urbanas marginales.

6.2 Atención a la gestante.

Una enfermera u otro personal del Hospital visita diariamente a las mujeres, controla la salud de las que lo requieran, se ocupa de alguna labor administrativa, y orienta labores manuales, actividades recreativas y educativas. Esta persona u otra que designe la comunidad funcionará como Jefe Administrativo del Hogar.

Durante la noche una persona, no necesariamente del sector salud, debe quedar vigilante en el Hogar para atender la necesidad de traslado de las gestantes o alguna otra eventualidad. Esta persona puede ser un sereno, una auxiliar de enfermería, u otra persona de la comunidad. El traslado al Hospital debe estar bien organizado puesto que puede ser necesario en cualquier hora del día o de la noche.

6.3 Alimentación en el Hogar.

En algunos Hogares la alimentación puede estar a cargo de la propia familia que aporta la comida y otros elementos. En otros, ésta puede provenir de un fondo recaudado por el Comité de Apoyo, el que puede incrementarse con donaciones, venta de artículos fabricados en el Hogar, aportes de la familia, etc. El Hogar Materno puede contar con un huerto para ser cultivado por los familiares o por la comunidad. Otra posibilidad es que la alimentación pueda ser aportada por el Hospital. Es habitual que las mujeres hospedadas preparen sus alimentos, laven su ropa y atiendan la limpieza según sus posibilidades, o apoyadas por alguna persona de la comunidad.

6.4 Actividades recreativas y educativas.

Las actividades de educación en salud, la selección y capacitación del personal destinado a este fin, así como la atención de las gestantes es responsabilidad del Hospital. También debe ocuparse del traslado y la atención adecuada en el momento necesario.

La permanencia de las mujeres hospedadas debe ser aprovechada para actividades educativas, las que deberán ser llevadas a cabo por el personal local.

Se hace énfasis en las actividades de educación para la salud para lo cual se deberá entrenar al personal disponible. Frecuentemente se brindan actividades educativas referentes a la higiene personal, ambiental, alimentación, cuidado de la salud, cuidado del recién nacido y métodos anticonceptivos.

El Hogar, visitado por maestras y educadores que han sido movilizados por las organizaciones que apoyan la institución, podrán programar diferentes actividades colectivas, recreativas y educativas, que tratarán de promover el desarrollo de diferentes habilidades.

6.5 Actividades preventivas.

La oportunidad de controlar a las gestantes de riesgo durante el embarazo o post parto, permite prevenir, detectar y tratar complicaciones y prevenir daños. Además, durante su estancia, la gestante, podrá adquirir una serie de nociones y habilidades que le permitan prevenir enfermedades y mejorar su salud y la de su hijo.

Durante su estancia, se le ofrecerá a la mujer consejería en anticoncepción, oferta de métodos anticonceptivos y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual.

7. Costo efectividad de los Hogares Maternos.

El presupuesto para el funcionamiento y mantenimiento del Hogar Materno tiene varias fuentes. Una puede corresponder a donaciones, venta de productos o recaudaciones periódicas, mientras que otras porciones podrán provenir del presupuesto del sector salud.

En algunos de los países donde se han desarrollado experiencias similares se ha observado que los días de hospitalización y los gastos hospitalarios son sensiblemente menores en aquellas gestantes de alto riesgo obstétrico y social que han utilizado el Hogar Materno.

No puede medirse en términos de dinero el daño social que representa una muerte materna o perinatal y los trastornos y sufrimientos que acarrearán muchas formas de morbilidad de la madre y del niño y que pueden evitarse mediante la utilización de Hogar Materno.

La importancia de esta Institución, como una vía más para la reducción de la mortalidad materna, la morbilidad materna extremadamente grave y perinatal ha sido enfatizada en varias reuniones internacionales y publicaciones.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Cabezas R. Hogares maternos: experiencia cubana: informe preparado para la OPS Washington; 1990.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Manual de salud perinatal para promotores de salud. Montevideo: CLAP; 1991. (CLAP. Publicación Científica; 1254). URL disponible: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201254.pdf

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Universidad de Calgary. División Internacional de Desarrollo. El hogar materno: descripción y propuesta para su instalación. Montevideo: CLAP; 1992. (CLAP. Publicación Científica; 1263) URL disponible: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201263.pdf

Farnot Cardoso U. Giving birth is safer now. World Health Forum 1986; 7(4):374-8.

Farnot Cardoso U. Mora G. Hogares comunitarios para embarazos de alto riesgo. Washington: OPS; 1991. (Documento Interno HPM/OPS).

Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. [en línea]. 3a ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011 (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1577). URL disponible: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP1577.pdf

Knwies J K. A shelter that saves mothers's lives. World Health Forum 1988;9(3):392-3.

Maine D et al. Prevention of maternal death in developing countries; programs options and practical considerations: background paper prepared for the international " Safe Motherhood Conference". Nairobi, 1987.

Maine D, Kamamra A. The risk approach to maternal mortality: can it work?: paper presented at the Annual Meeting of the National Council for international Health. Washington: s.n; Jun 1989.

Okafor CB. Availability and use of services of maternal and child health care in rural Nigeria. Int J Gynaecol Obstet 1991; 34 (4):331-46.