

Acceso y utilización a los  
servicios de salud para las  
mujeres en los periodos prenatales hasta el  
momento de los partos en la zona de  
Monteverde  
Segunda Fase

JoHanna Friend D'Epiro  
Aaron Lampkin  
Loarle Trocio  
Jaime Wilke

Salud y Globalización  
Instituto de Monteverde  
24 de junio a 4 de agosto del 2002

## Resumen II

*Siguiendo al estudio exploratorio inicial titulado "Acceso al servicio de atención prenatal para las mujeres de la zona de Monteverde hasta el momento del parto" esta fase de la investigación se concentro en dos áreas que se habían planteado como objetivos para su seguimiento. Usando entrevistas semi-estructuradas y revalorando los datos, los tópicos normales de la atención durante el embarazo y las historias de nacimientos fueron examinados. Esto incluía una breve revisión histórica de la atención obstétrica y la transportación medica desde el area de Monteverde. Tres miembros del personal medico y otras cuatro mujeres quienes tuvieron hijos en los últimos doce años fueron entrevistadas para un total de 17 entrevistas. Muchas mujeres (50%, n=36) decidieron buscar atención privada. Sin embargo, todas las mujeres en nuestro estudio dieron a luz a sus hijos en los Hospitales provistos por la CAJA: Los resultados del estudio mostraron que al igual que sus predecesoras las mujeres de Monteverde a menudo escogieron esperar cerca del Hospital antes del parto (57%) en lugar de arriesgar hacer un viaje difícil al hospital mas cercano durante la labor de parto. El promedio de espera antes del nacimiento era de 10,86 dias entre siete mujeres para quienes los datos estaban disponibles. La escogencia del Hospital era hecha basada en tres razones primordiales: la cercanía al mismo, familiares o amigos cerca y la reputación que estos tienen. Los partos ocurren con frecuencia en tránsito puesto que el servicio de la ambulancia local reporto que un solo trabajador atendió los mismos por catorce veces en 17 años. A pesar de estas dificultades la mayoría (88%) de los pesos reportados al nacimiento en nuestro estudio eran saludables y la provincia de Puntarenas tiene una tasa de mortalidad infantil consistente con el resto de Costa Rica.*

## Biografía de la investigadora

JoHanna Friend D'Epiro es una estudiante de Maestría en Salud Publica de La Escuela de Medicina y Salud Publica de La Universidad del Estado de Ohio. Ella también ha practicado como Asistente de Médicos desde 1981 y tiene interes en la salud de las Mujeres y los inmigrantes.

## Introducción

### *Precedente Histórico*

Desde el inicio de la comunidad de Monteverde en 1951, las mujeres han tenido que superar las barreras geográficas y económicas para recibir la atención prenatal y dar a luz al bajar la montaña. En Monteverde que es el distrito No. 10 del canton de Puntarenas de la provincia de Puntarenas, durante los primeros 10 años, 19 bebés nacieron de familias de Monteverde (Guindon 2001) Seis de estas mujeres optaron por tener sus hijos en Hospitales de San Jose, lo cual requería algunas veces el esperar dos semanas antes cerca del Hospital. Cincuenta años después, las mujeres todavía debe de esperar cerca del hospital hasta el momento del parto, pues para llegar al mas cercano se requieren de dos horas de viaje como minimo.

### *Estadística histórica*

La mortalidad infantil es uno de los marcadores sobresalientes de la salud nacional. Costa Rica ocupa uno de los primeros lugares con la mejor tasa de la misma. (March of Dimes, 1996) Esta tasa ha bajado dramáticamente en Costa Rica en los últimos años de 19.1/1000 en el año 1980 a 10.21/100 en el año 2000. (Scrimshaw, 1995: Min. De Salud de Costa Rica, 2000) ese mismo año la provincia de Puntarenas tuvo una tasa de mortalidad infantil de 10.3/1000. En comparación, la tasa de Heredia era de 8.08/1000 y en Limón era del 11.76/1000. Por ello de los 8.159 nacimientos habidos en el 2000 en Puntarenas, aproximadamente 83 bebés murieron en el primer año de vida. (Ministerio de Salud, 2000) La UNICEF reporta la tasa de cobertura prenatal en 1999 fue un 69.6%. De acuerdo al Análisis de situación de salud del 2001, de La CAJA, hubo 63 nacimientos a través de la Clínica de Monteverde en ese año. Se registro solo la muerte de un infante. En el mismo periodo, pero del año 2000, hubo 50 nacimientos y no se registro muerte alguna.

En Costa Rica, las muertes de los infantes están aproximadamente distribuidas de la siguiente forma: un 29% en menos de 24 horas, un 22% en menos de una semana, un 17% en menos de un mes y el 30% de mes a un año. El hecho de un tercio de las muertes de los infantes ocurre dentro de las 24

horas luego de su nacimiento tiene importantes implicaciones para una comunidad que esta a dos horas del Hospital mas cercano. Desde 1990 hasta el 2000 más neonatos (7366) murieron que recién nacidos (4001). Las muertes de los infantes relacionadas con problemas respiratorios en el país son las mas altas, en Puntarenas (1.1/1000) y Guanacaste (1.3/1000)

### **Distribución de las muertes de los Niños de menos de un año por lugar de su deceso.**

Memoria anual 2000 del Ministerio de Salud de Costa Rica.

Lugar	2000
Total	704 (7.1%)
Hogares	50 (2.4%)
Durante la transportación	17 (2.4%)
Clínica	8 (1.1%)
Hospital Público	625 (88.8%)
Hospital Privado	2 (0.3%)
Desconocido	2 (0.3%)

La mayoría de las muertes en hospitales públicos ocurrieron en el Hospital Nacional de Niños (41.5%) y en el Hospital Nacional (31.7%) Estos son hospitales nacionales y es probable que estos hospitales provean atención terciaria y por ello hospitalicen algunos de los niños más enfermos del país. (Ministerio de Salud, 2000)

La mortalidad materna también ha declinado dramáticamente en Costa Rica en los últimos diez años, de un riesgo de muerte de una en 420 en el año 1990, a una en el 820 en el año 1995. En comparación en 1995, el riesgo de muerte de una madre durante el parto en Honduras era de 1:80, y en los Estados Unidos de 1:3500. (UNICEF, 1995)

## **Metodos de Investigación**

La segunda fase de este estudio fue un análisis cualitativo y cuantitativo del uso de los servicios de atención a la salud en el último trimestre del embarazo a través del parto en la comunidad de Monteverde. Este tema en particular fue requerido por los foros realizados en la zona. El estudio uso tanto los estudios de casos como los datos de análisis cuantitativos de una herramienta de encuesta usada en la primera parte del estudio. El procedimiento de Valoración Rápida (PVR) que se apoya fuertemente en entrevistas cualitativas, era una metodología apropiada dado el marco de tiempo de la investigación. Proveedores de atención claves fueron entrevistados y su información fue comparada con las percepciones de la comunidad acerca de la atención durante los embarazos. La información recogida entre las mujeres en edad reproductiva fue confinada a aquellas que tuvieron un bebe en los últimos doce años y enfocada en el proceso de transición de atención al paciente externo y el momento del parto. Los contactos personales se limitaron al estrecho círculo de los estudiantes y nos proveyeron la muestra de conveniencia. Los mismos facilitaron la recolección de datos en tema tan delicado. Debido a que la comunidad es tan pequeña, la confidencialidad era difícil de mantener especialmente en aquellos casos de miembros comunitarios prominentes y mujeres con historias de parto únicas.

Los consistentes resultados obtenidos entre las personas entrevistadas y las encuestas demostraron la efectividad del método PVR de conducir la investigación en estudios exploratorios. A las mujeres les gusta hablar acerca de las significativas experiencias de los nacimientos y el calido ambiente de las participantes en este intercambio era gratificante. La paciencia y la apertura de los profesionales de la atención de la salud también fueron refrescantes.

## *Participantes*

La población meta de este estudio para esta fase del estudio se confino a las mujeres de Monteverde que han dado a luz en los últimos doce años y a los profesionales de la salud dentro del área. Debido a las limitaciones del tiempo, se usaron las muestras de conveniencia para obtener candidatos para las entrevistas. Los profesionales de la salud fueron contactados como resultado de las recomendaciones de otros miembros de la comunidad como importantes proveedores de la atención. Las entrevistas fueron arregladas, y la asistencia en el lenguaje fue provista conforme se necesitaba, con el apoyo de una persona que tradujese. En la fase inicial del estudio, el equipo investigador contacto a varias mujeres en el area de Santa Elena, Cerro Plano, y la del Instituto de Monteverde. Catorce mujeres participaron en las entrevistas a profundidad y 22 fueron seleccionadas para participar en la fase de encuesta del estudio.

## **Medidas de instrumentación**

Las variables de interes fueron medidas a traves de entrevistas semi-estructuradas y a profundidad y una encuesta enfocada en la parte inicial del estudio. Los datos de las entrevistas abiertas y las encuestas fueron examinados y la información seleccionada acerca de las opciones entre atención en la clínica y con otros centros privados, los resultados reflejados por el peso al nacimiento, la escogencia del hospital y las razones para estas opciones fue obtenida. Entrevistas a profundidad con los profesionales de la salud que compararan los procedimientos del pasado y los actuales fueron conducidas.

Se recogió más información de entrevistas abiertas. La razón para obtener esta información era la de conseguir una normativa de la atención y las practicas durante las labores de parto y examinar los pesos al nacimiento como un reflejo de los resultados de los mismos.

## **Procedimiento para la recolección de los datos**

Las participantes fueron reclutadas usando una muestra de conveniencia entre las mujeres de la zona de Monteverde. El equipo de investigación recluto 14 mujeres y 3 profesionales de la salud para una entrevista a profundidad semi estructurada y 22 mujeres para las encuestas. Cada encuesta tomo aproximadamente 10 minutos para ser completadas. Las entrevistas variaron en tiempo entre 15 minutos y una hora y media. Las notas fueron tomadas para ser transcritas y analizadas. Las entrevistas fueron arregladas según la conveniencia de la participante y cuando fuera necesario se busco un traductor. El equipo de investigación hizo preguntas de seguimiento para iniciar y probar la información obtenida y relacionada con el tema. La información demográfica sobre: las edades, el numero de niños, la posesión de un vehiculo (que reflejara el estado económico) y el trabajo, fue recogida. A cada participante se le informo que se necesitaba esta información para propósitos estadísticos solamente y que nos era útil para ganar en entendimiento de correlaciones adicionales que pudiesen existir entre los servicios y la satisfacción.

## **Análisis**

Las entrevistas fueron transcritas y revisadas para asegurar su veracidad. Comparaciones entre temas se realizaron y datos cualitativos como la información demográfica, el peso al nacimiento, el sitio del mismo, y de lugar de control prenatal fueron recogidos en las entrevistas. Los mismos datos fueron entresacados en las entrevistas. Los resultados fueron tabulados y cuantificados.

## **Hallazgos**

### *Atención en el pasado*

Como fue aludido al principio de este trabajo, desde los años 1950 en adelante, la atención obstétrica fue brindada por una serie de trabajadores laicos y parteras. (Guindon, 2001) Una de las historias escritas en el "Álbum Familiar del Jubileo de Monteverde" cuenta que los miembros de la comunidad solicitaban se les enviara manuales para asistirles en estas faenas. Sin embargo, durante los años 1970

esta situación se estabilizó, cuando una enfermera de obstetricia quien había obtenido un entrenamiento muy extenso en Puerto Rico, aportó atención prenatal y atención general a la comunidad. La demanda era tan grande que al día siguiente de su llegada las personas estaban esperándola. Rápidamente ella ganó reputación al dar atención bien fundada para una variedad de problemas y muchas mujeres deseaban sus servicios a la hora del parto.

Esta enfermera estimulaba a todos a que fueran al Hospital, pero con seguridad ayudó a muchas que no pudieron o no quisieron salir, tanto en las casas de ellas como en la de ella propia. Su pensamiento era que estas mujeres nunca habían tenido una “mala experiencia para entender que ellas debían de estar en el Hospital”. Las únicas mujeres que ella consideraba buenas candidatas para tener a sus bebés en la casa, eran aquellas que previamente habían tenido un bebé saludable sin complicaciones. Sin embargo, porque muchas de estas mujeres estaban ansiosas porque esta enfermera las atendiera, a menudo se esperaban hasta que entraban en labor de parto para llamarla o se presentaban en su casa. Los materiales necesarios se compraban en los comercios locales o en una farmacia en San José. A pesar de ello, la enfermera debía de limpiar sus propios instrumentos de cirugía y calentar una sabana en su horno para llevar a las casas. Las jeringas plásticas desechables reemplazaron luego a las de vidrio que ocasionalmente se quebraban en los viajes a caballo.

Las condiciones para el momento del parto a menudo eran muy rudimentarias. Las personas no tenían electricidad, ni teléfonos, ni agua potable. Igual como al inicio del siglo, los caballos eran el único modo de transporte disponible para llegar a los hogares, inclusive en esta tardía fecha. Este duro trabajo fue dado sin cargo alguno por espacio de aproximadamente nueve años. Ocasionalmente las familias apreciaban tanto la atención que le daban cosas a cambio de ellos. Hubo un regalo particularmente simpático, que era un cerdo que solo comía comida cocinada y que luego se brinco la cerca que había sido específicamente preparada para él. Con la ayuda de una familia agradecida, esta persona tan especial fue un instrumento para iniciar la primera clínica aquí en Monteverde. A pesar de que el número de nacimientos no fue registrado, ella reportó que en general todos los partos tuvieron buenos resultados.

### *Atención en el presente*

Con la intención de tratar los asuntos importantes traídos por las mujeres en el estudio inicial, se entrevistó a una administradora de La Clínica de Santa Elena. Específicamente, las mujeres expresaron su preocupación acerca de la inexperiencia de los médicos que atendían en la clínica, el tiempo para el trabajo de laboratorio, el hecho de que a las mujeres no se les hace el examen pélvico durante el embarazo, que no se ordenan la realización de ultrasonidos y la falta de médicos especialistas. Como respuesta, la administradora explicó el protocolo de La CAJA que dicta ampliamente como dar la atención de los embarazos normales en el país. Lo que significa que, La CAJA dicta “normas de atención” las cuales guían a los trabajadores de la salud en el planeamiento de cuales son las pruebas que deben de ser ordenadas, que tan a menudo es visto el paciente y que hacer si hay un problema.

En embarazos normales el protocolo de La CAJA puede incluir la confirmación del mismo a través de un trabajador del EBAIS en el hogar. Este mismo empleado llevara una historia médica y animara a la persona para que busque atención en el primer trimestre. La primera visita a la clínica incluye un examen de sangre completo. De acuerdo con la administradora, el tiempo para recibir los resultados del laboratorio es de una semana y se le da seguimiento durante las visitas regulares para asegurarse que esta completo. Ella dijo que los resultados del laboratorio tomaban como una semana y que no tenía conocimiento de que hubiese algún problema con ello. Los exámenes pélvicos no son hechos rutinariamente en los embarazos normales. Tampoco los ultrasonidos, pero si la paciente toma su propia iniciativa y obtiene el estudio, ellos usan la información. Igualmente sucede con la amniocentesis que solo se hace en embarazos de alto riesgo.

La Clínica de Sta. Elena tiene un obstetra/ginecólogo dos veces por mes. Esta persona sigue los embarazos de alto riesgo. A las mujeres se les da sus expedientes y son responsables en traerlo al Hospital. Los planes de nacimiento son discutidos a través del embarazo y la administradora

concuenda que la escogencia del lugar si se hace teniendo en cuenta si tienen familiares o amigos cerca del sitio escogido. Las pacientes son animadas para esperar cerca del hospital a las 37 semanas.

Con respecto al asunto del entrenamiento de los médicos, en Costa Rica los estudiantes entran a la escuela de medicina directamente luego de terminar la secundaria. La Escuela de Medicina toma seis años de estudios seguidos de otros dos años de práctica supervisada en un Hospital como médico interno. Durante sus rotaciones en clínicas, ellos pasan 6 meses en ginecología y se les requiere recibir 50 partos vaginales y asistir en 25 cesáreas. Luego los individuos deben de servir dos años en La CAJA. Esto representa el periodo que ellos estarían sirviendo en la Clínica de Monteverde. Luego de este tiempo el doctor puede completar su programa de residencia.

La clínica esta equipada para partos de emergencia. Ha habido cuatro partos en la clínica en los últimos tres años. Tres de los cuatro no habían planeado tener sus bebés en la clínica. Una mujer había planeado tener a su bebé en la casa y no pudo ser persuadida de hacerlo en el Hospital. El personal de la clínica sintió que era mejor el nacimiento clínico a hacerlo en la casa de la mujer.

Obviamente las facilidades para los nacimientos no son como en el hospital ya que no tienen la capacidad para hacer cirugías de parto, ni unidades de servicios neonatales, guardería de recién nacidos y capacidades muy limitadas para las emergencias. Esto hace imperativo la necesidad de una excelente transportación hacia el Hospital.

### *Transporte Medico*

Para esta comunidad con cerca de 4000 habitantes residentes y 50.000 visitantes, hay dos servicios de ambulancias. Uno de los servicios se da con salida desde la Clínica. La Cruz Roja tiene dos ambulancias y es un importante proveedor de transporte de emergencia para la comunidad. Son llamados frecuentemente cuando la clínica esta cerrada y trabajan en conjunto con la misma. El servicio de la Cruz Roja trabaja en gran parte con ayuda de voluntarios. Su conductor, de un nivel de EMT, como la mayoría de los conductores de ambulancias rurales en Costa Rica, usualmente presta el servicio solo. "No me gusta, pero es rutina en Costa Rica". No hay soporte de vida avanzado a través del servicio de la Cruz Roja. La única circunstancia que permite mas personas en la ambulancia es cuando el paciente esta inestable. En esas circunstancias el conductor puede ayudar al doctor o enfermera que atienda el paciente. El camino de lastre de dos horas de duración, es la única alternativa disponible para llegar al centro hospitalario más cercano, el Monseñor Sanabria en Puntarenas, con el servicio de ambulancias. La Cruz Roja es un servicio importante en la comunidad cuando la clínica esta cerrada durante las noches o los fines de semana.

En 17 años de experiencia manejando la ambulancia este trabajador ha ayudado a nacer a 14 bebés. Tres de ellos eran de embarazos de alto riesgo. El conductor comento que las mujeres de Costa Rica son 'tranquilas' con respecto a sus embarazos y a menudo llaman hasta el inicio de la labor de parto. En contraste, las mujeres de Nicaragua tienen más miedo, y no asisten a la atención prenatal y no llaman cuando están de parto. El trabajador reporto que reciben frecuentes llamadas por problemas con el embarazo y el transporte hacia el Hospital durante el momento del alumbramiento. Una mujer en nuestras entrevistas reporto haber dado a luz a su bebé en la ambulancia.

"(Ella) Fue a la clínica pero le dijeron que no era el tiempo aun. Ella regreso a la clínica pues no se sentía bien aun. La pusieron en la ambulancia hacia Puntarenas donde nació el bebé. Había un médico allí pero ella no tenía ningún tipo de instrumentos o material. Solo una cobija para poner al bebé en ella. El médico no estaba preparado para atender el alumbramiento. Por suerte no hubo complicaciones y el bebé nació muy bien. Pudo haber salido muy mal".

Otra mujer recordo haber llamado a la ambulancia cuando estaba con los dolores de parto y no había ninguna disponible. Tuvo que arreglar su propio transporte hacia el Hospital.

## Experiencias de Mujeres

De las 36 mujeres que respondieron a nuestras entrevistas y encuestas, la edad promedio era de 31.7 en un rango de 21 a 51 años. La edad de los niños iba entre un mes y 11 años.

Varias mujeres reportaron haber tenido buenas experiencias en general en sus embarazos ('excelente' – 'un buen periodo' – 'una feliz sorpresa') De las 20 mujeres que contestaron la pregunta de la atención prenatal, 18 de ellas la recibieron en el primer trimestre. Algunos pocos problemas fueron reportados, nombraron las náuseas y los vómitos, asma y sangrado durante el embarazo.

Total reportado	35
Clínica de Monteverde	29
Privado	18
Ambos	12

Muchas mujeres que fueron entrevistadas (8 de 14) tuvieron un ultrasonido durante su embarazo. Tomaron su propia iniciativa para conseguir el ultrasonido fuera de la comunidad para hacer el estudio y pagar por el de su propia bolsa. Una mujer dijo: "el ultrasonido era caro, le costo mucho conseguir el dinero, pero ella piensa que el gasto era razonable". Otra entrevistada dijo que el costo era como de ₡10.000 colones. Esto algunas veces involucraba dos horas de viaje en el autobús para ir a las citas.

Todas las mujeres de nuestro estudio tuvieron su atención en los Hospitales de la CAJA. A pesar de que el Monseñor Sanabria es el hospital designado para el distrito, muchas mujeres usan otros sitios para sus cuidados, como San Ramón, y hospitales en San José y Heredia. Las mujeres reportaron que escogen el hospital por tres razones principales: la cercanía al hospital, que tienen familiares o amigos cerca de él, y porque el hospital es parte del sistema de la CAJA. Las mujeres a menudo esperaron cerca del hospital de 2270 a 4540 gramos con un promedio de 3197,44 gramos. Solo tres de los 25 pesos registrados al nacimiento registraron menos de 2500 gramos, punto de partida para los pesos bajos al nacimiento. Interesantemente, dos de los tres bebés de estos pesos bajos al nacimiento fueron de mujeres que entraron a la atención prenatal al final de su embarazo.

## Discusión

Las facilidades para el cuidado de la salud de las mujeres durante su embarazo en la comunidad de Monteverde han mejorado. La comunidad en sí misma con la ayuda del Gobierno de Costa Rica ha traído un Ginecólogo/Obstetra dos veces al mes a la clínica de la caja. El comité de la Clínica realizó una encuesta recientemente acerca de algunas de las preocupaciones ya mencionadas en el estudio y planea reportar sobre ello al equipo médico. Las estadísticas reflejan el progreso en que la mortalidad infantil ha bajado en casi un 50% en los últimos diez años en el país y en el distrito la tasa es proporcionada a ese dato. Sin embargo, como se evidencia en el hecho de muchas mujeres buscan la atención privados fuera de la clínica, todavía hay espacio para mejoras. La tasa de mortalidad infantil no cuenta toda la historia. Es sorprendente que en las condiciones más difíciles para los alumbramientos, las memorias contadas sobre estos partos se hacen con calidez y que la mujer que proveyó de este servicio a la comunidad por 30 años todavía es considerada en muy alta estima. ¿Por qué las mujeres estaban 'satisfechas' en lo que parecían condiciones muy rudas?

A pesar de que la Clínica de Monteverde usa las normas de la CAJA para la atención, las expectativas de las mujeres no se están cumpliendo. Las tareas clínicas específicas que reciben de fuentes externas – como los exámenes pélvicos, los ultrasonidos y resultados de laboratorios más rápidos, son algunas de esas expectativas no satisfechas. Como mencionamos en los objetivos de la primera fase del estudio, el aprender más de la comunidad acerca de lo que las mujeres esperan durante la atención,

probablemente ayudaría a la clínica llenar estas expectativas. Explicar lo que va a suceder durante el curso de su atención prenatal podría mejorar la experiencia de las mujeres. La educación durante el embarazo ha mostrado ser uno de los componentes más importantes de la atención.

El asunto de un médico con experiencia es uno muy difícil. Si ginecólogo-obstetra pudiese rotar a través de pacientes normales en unas pocas visitas, y los médicos de la clínica pudiesen co-administrar a los pacientes de alto riesgo, esto podría responder al dilema. También crearía una mejor atmósfera de credibilidad y aprendizaje para los médicos recién graduados. Es importante para las mujeres embarazadas sentir que tienen consejos de expertos a su disposición en cualquier momento.

El transporte médico es crítico en la comunidad de Monteverde. Considerando el aumento de la población relacionada con el comercio en el turismo, es importante valorar si el servicio actual es adecuado para las necesidades de la comunidad. No hay disponible equipo avanzado de apoyo de vida durante la larga travesía hacia el hospital. Esto es especialmente importante para la madre y el hijo dado el gran número (30%) que mueren en las 24 horas después del nacimiento, y los que murieron durante el transporte (2.4%). Aun cuando la práctica de llevar al paciente solo al hospital es común en las zonas rurales de Costa Rica, el sentido común dice que esto debe de mejorarse. Por la naturaleza de conseguir fondos para la Cruz Roja, la comunidad necesita nuevamente apoyar estos esfuerzos para poder implementarlos. (Int'l Fed. Red Cross, 2002)

El hospital más cercano sigue estando a dos horas de viaje por un camino muy desigual. De acuerdo con el reporte del año pasado de Globalización, Nutrición y Salud un centro de alumbramientos en la nueva clínica no es muy factible pues se requiere de un pediatra y de un ginecólogo-obstetra. La CAJA hace sus valoraciones de acuerdo a las necesidades y la población. La sabiduría convencional y aquello que aconseja la clínica, es que las mujeres deberían de esperar cerca del hospital antes de su parto. Esta inconveniente práctica es probablemente la mejor alternativa para las mujeres encintas. Sin embargo, en el evento de un problema de emergencia durante el embarazo, el transporte médico permanece crítico.

## **Recomendaciones**

### *Atención Obstétrica*

- La Clínica de Monteverde podría considerar que el ginecólogo-obstetra que ya viene a la clínica vea a todas las pacientes al menos dos veces durante su embarazo y que los médicos de la clínica co-manegen a las pacientes de alto riesgo.
- Sugerir que el personal clínico explique el plan de atención al inicio de la atención prenatal. Esto podría incluir información acerca de los exámenes de laboratorio a ordenar, discutir los exámenes pélvicos, y explicar que los ultrasonidos no se hacen como rutina durante los embarazos saludables.
- Continuar en forma consistente educando a las mujeres acerca de la importancia de llegar al hospital antes de alumbramiento. Esto podría incluir el mostrar a las pacientes algunas de las estadísticas mencionadas en este informe. En esta discusión debería de incluirse un plan muy claro acerca de la preferencia de transporte al hospital en que la mujer planea tener a su bebe.

### *Atención de emergencia*

- Solicitar a la Cruz Roja que se ofrezca cursos en Monteverde para aumentar las habilidades del personal que esta prestando sus servicios con las ambulancias. Animar a la comunidad a financiar los servicios de la Cruz Roja aquí en Monteverde para proveer todas las opciones disponibles para estabilizar a los pacientes en el campo.



- Requerir a la Cruz Roja a dar apoyo de vida básico a los miembros interesados de la comunidad.
- Hacer más estudios para examinar la capacidad para la atención de emergencia en la comunidad tanto para los embarazos y otros problemas relacionados con la salud.

### *Otros*

- Investigar la posibilidad de las necesidades no cubiertas de los nicaragüenses en la zona.
- Solicitar que la clínica expanda sus horas al ofrecer servicios diurnos, nocturnos y/o sesiones los sábados en la clínica.

## **Referencias**

Análisis de Situación de Salud 2001, EBAIS No. 9, Monteverde, Área de Salud 3, Región Pacífico Central, CAJA Costarricense de Seguro Social.

Análisis de Situación de Salud 2000, EBAIS No. 9, Monteverde, Área de Salud 3, Región Pacífico Central, CAJA Costarricense de Seguro Social.

Guindon L, Moss M. Rockwell, et al, 2001 “Monteverde Jubilee Family Álbum” (Álbum Familiar del Jubileo de Monteverde) Monteverde, Puntarenas, Costa Rica: Asociación de Amigos de Monteverde.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies 2002 (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz roja y el Creciente Rojo 2002). Where we work, Costa Rica. (Donde trabajamos: Costa Rica) [version electrónica] Recogido julio 2002 de <http://www.ifrc.org/where/country/cn6.asp?countryid=51>

March of Dimes. International Comparisons of Infant Mortality Rates (Comparaciones Internacionales de Tasas de Mortalidad Infantil), 1996 [version electrónica] Recogido julio 2002 de [http://www.modimes.org/HealthLibrary344\\_1369.htm](http://www.modimes.org/HealthLibrary344_1369.htm)

Ministerio de Salud, Costa Rica. Memoria Anual 2000 – Comisión Nacional para la Prevención de la Mortalidad Infantil [version electrónica] Recogido julio 2002 de <http://www.netsalud.sa.cr/>

Muñoz M. Scrimshaw N, 1995. “The Nutrition and Health Transition of Democratic Costa Rica” (La Transición de la Nutrición y la Salud de Costa Rica Democrática), Boston, MA USA: International Foundation for Developing Countries (Fundación Internacional para los Países en Desarrollo).

UNICEF Antenatal Care Coverage Maternal Mortality, 1995 (UNICEF Cobertura de Atención Prenatal Mortalidad Maternal, 1995) [version electrónica]. Recogido julio 2002 de <http://www.childinfo.org/eddb/antenatal/database/htm>