



## EXPERIENCIAS EN INNOVACIÓN SOCIAL

---

**Trébol de Cuatro Hojas-Estrategia de reducción de la  
morbimortalidad materna, perinatal e infantil  
Brasil**

---

**Ganador Primer Lugar  
Ciclo 2006-2007**

**Documento de Análisis  
Mayo, 2010**



## Índice<sup>1</sup>

Resumen.....	3
La salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio .....	5
Brasil en el contexto regional.....	6
Sobral, Estado de Ceará.....	10
Sistema de Salud del Municipio de Sobral .....	11
Proyecto “Trébol de Cuatro Hojas” .....	13
Origen y objetivos.....	13
Población y criterios de atención .....	16
Líneas de acción básicas del Trébol de Cuatro Hojas .....	17
Metodología de trabajo .....	27
Sistema de evaluación y monitoreo.....	28
Costo y financiamiento.....	30
Aspectos innovadores.....	39
Información de contacto.....	41
Bibliografía .....	42

---

<sup>1</sup> Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de CEPAL así como de la Fundación W.K. Kellogg. Así mismo, los límites y los nombres que figuran en los mapas de este documento no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

## Resumen

La estrategia “Trevo de Quatro Folhas”, desarrollada por la Secretaria de Salud y Acción Social de Sobral, Ceará, tiene como meta reducir la morbimortalidad materno-infantil mediante la reorganización de la atención en salud a madres y niños durante las etapas pre-natal, parto, puerperio y neonatal. Estas constituyen cada una de las cuatro hojas del trébol.

El equipo del Trébol asume la organización del Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil, que actúa como una red interinstitucional en la cual participan las instituciones de enseñanza y de los Consejos Municipales de Salud, Derechos del Niño y del Adolescente y Derechos de la Mujer. El Comité investiga todas las muertes maternas, fetales e infantiles para identificar y analizar los factores determinantes. Las muertes se clasifican según los factores que podrían haberlas evitado, a fin de proponer medidas de intervención para mejorar la calidad de la atención materno-infantil.

El monitoreo permanente de los indicadores de atención materno-infantil se realiza a partir de la información de la Libreta de Salud de la Madre y del Niño y entrevistas con las púerperas en las maternidades. También se identifican los casos de alto riesgo que necesitan acompañamiento del Trébol. Según lo solicitado por los equipos de salud de familia, el grupo del Trébol de Cuatro Hojas, que incluye a las “madres sociales”, realiza vistas a domicilio para atender a las embarazadas renuentes a asistir al control prenatal y elabora un plan de cuidados para ellas, las púerperas y los niños en situación de riesgo clínico y social. Este plan se hace en colaboración con la familia acompañada, el equipo de salud de la familia del área y otros sectores.

La participación de las “madres sociales” es un eje clave para el éxito de la estrategia. Ellas son mujeres de la propia comunidad cuya función es acompañar a las madres o niños en riesgo que no cuentan con apoyo familiar. Reciben capacitación como cuidadoras en los domicilios o en el hospital, que apunta a: la promoción de la salud, la prevención de complicaciones y partos prematuros, al apoyo del amamantamiento, al fortalecimiento de la autoestima y de los vínculos familiares, así como a la mejora del auto-cuidado, de la maternidad y paternidad.

La participación de la comunidad, a través de una contribución mensual como “padrinos y madrinas sociales” que se solidarizan con las mujeres y niños en riesgo, viabilizan el apoyo social de familias acompañadas. Además, destaca la actuación de las “articuladoras sociales”, voluntarios que participan en las acciones permanentes de difusión, eventos sociales y captación de recursos.

Desde su implementación en 2001, la estrategia de TCH ha logrado reducir significativamente la tasa de mortalidad infantil. Además ha disminuido las

muertes maternas, fetales e infantiles evitables, resultado de la mejora en la calidad de la asistencia materno-infantil en el municipio.

Por otro lado, la población está más conciente de la importancia del Carné de Salud de la madre y el niño, como instrumento necesario para el buen acompañamiento de la gestante en cualquier nivel de atención en salud.

## La salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Al firmar la Declaración del Milenio, en septiembre de 2000, los Jefes de Estado y de Gobierno de 189 países se comprometieron a avanzar hacia un mundo más equitativo y libre de pobreza para 2015. Para lograrlo, establecieron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), tres de los cuales se relacionan específicamente con la salud. El ODM 4 afirma: "Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años". El ODM 5 establece: la reducción en tres cuartas partes, en el mismo periodo, la mortalidad materna y el ODM 6 define haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, el flagelo del paludismo y otras enfermedades graves que afligen a la humanidad. El conjunto de los ODM subraya el firme reconocimiento de que el crecimiento económico, la distribución del ingreso y la inversión en capital humano tienen un inmenso impacto en la calidad de vida de las personas y en su salud.

América Latina y el Caribe es una de las regiones del mundo que ha logrado mayores avances en los objetivos del milenio en salud (Gráfico No. 1). Mientras el promedio mundial ha logrado reducir en 21% la tasa de mortalidad infantil, nuestra región la ha disminuido en 48%. Pero al igual que en todos los indicadores existen enormes diferencias entre países y al interior de los mismos (Gráfico No 2).

**Gráfico No. 1**  
**Evolución de la tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos a escala mundial y continental, 1990-2007<sup>a</sup>**

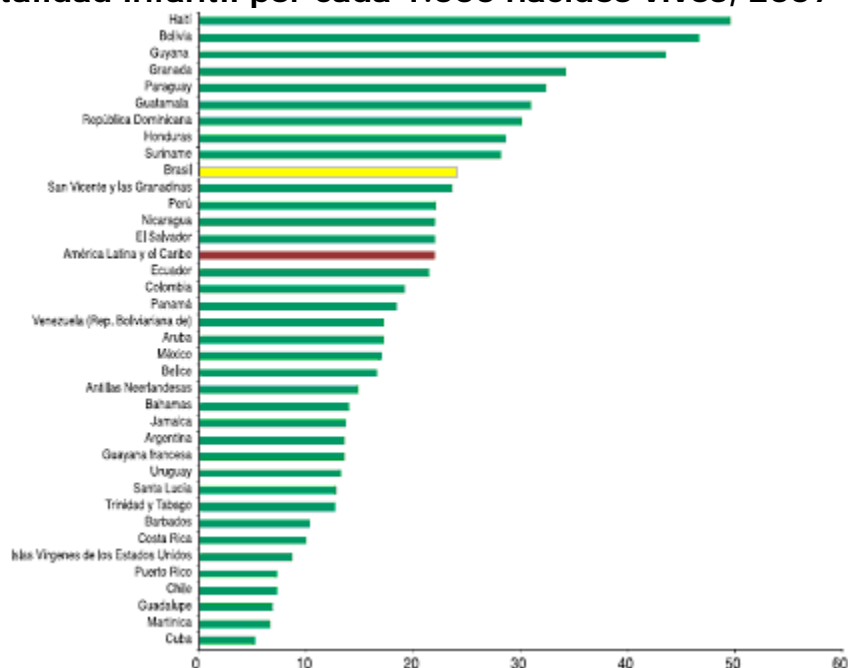
Región geográfica	1990	2007	Evolución entre 1990 y 2007 (en porcentajes)
Mundo	63,4	49,9	-21,31
África	104,9	87,5	-16,56
Asia	61,6	43,7	-29,08
Europa	14,2	8,4	-40,35
América Latina y el Caribe	42,4	22,0	-48,16
América del Norte	8,2	6,3	-23,78
Oceanía	31,1	26,1	-16,01

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population Prospects. Base de datos en línea, <http://esa.un.org/unpp/>.

a/ Corresponde a una interpolación lineal, elaborada por la fuente, de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad, para los quinquenios 1985-1990, 1990-1995, 2000-2005 y 2005-2010 (datos de 2007)

## Gráfico No. 2

## América Latina y el Caribe (35 países y territorios): Mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, 2007<sup>a</sup>/



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population Prospects. Base de datos en línea, <http://esa.un.org/unpp/>.

En gran medida, las diferencias reflejan una distribución dispar de los determinantes sociales de la salud. Además, estas y otras inequidades, como las tasas diferenciales de enfermedades infecciosas o crónicas y acceso a los servicios de salud, afectan más profundamente a las mujeres, a los grupos étnicos y raciales. Según datos de "Nacer Latinoamericano" (2006), más del 20% la mortalidad fetal en la región<sup>2</sup> de debe a muertes intraparto. La mortalidad materna se debe a causas prevenibles con asistencia prenatal efectiva, educación en salud sexual y reproductiva y mejoras en infraestructura y equipamiento básico, entre otros. (Schwarcz y Fescina, 2000).

### Brasil en el contexto regional

En el Informe sobre Desarrollo Humano 2007/2008 del PNUD<sup>3</sup> (PNUD, 2008), Brasil<sup>4</sup> se ubica en el selecto grupo de 70 países con mayor nivel de desarrollo humano, encabezado por Islandia<sup>5</sup>. Sin duda, el país ha logrado avances importantes en relación con la esperanza de vida al nacer, la alfabetización de adultos, la cantidad de niños y niñas matriculadas en escuelas y universidades y Producto Interno Bruto per cápita.

<sup>2</sup> 8 por cada mil nacidos

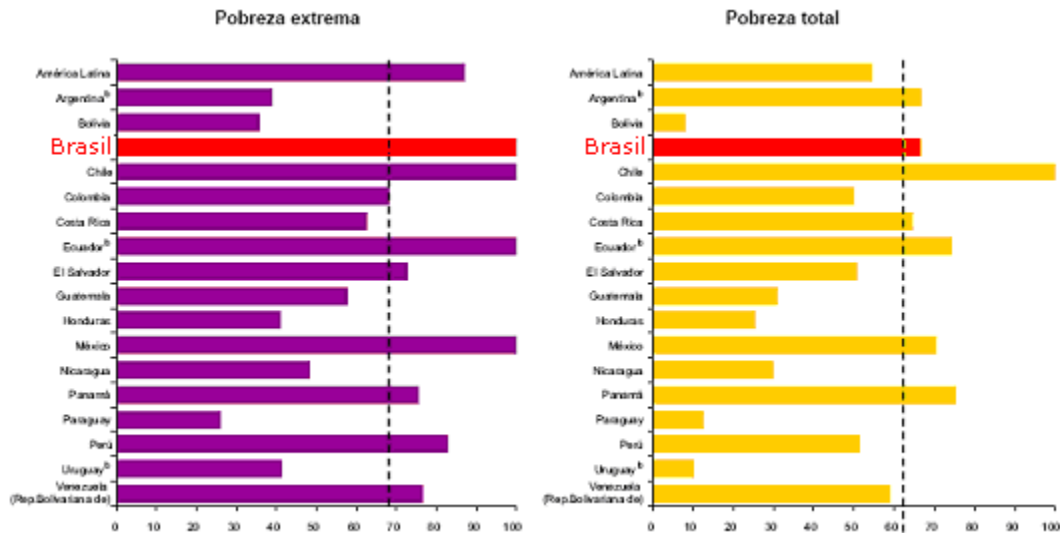
<sup>3</sup> Basado en información de 2005

<sup>4</sup> Índice de Desarrollo Humano de Brasil: 0.800

<sup>5</sup> Índice de Desarrollo Humano de Islandia: 0.968

Con una población de alrededor de 195 millones de habitantes<sup>6</sup>, Brasil es el país más poblado de América Latina y el sexto en el mundo. La tasa de desempleo urbano en 2008 fue de 7.9%, ligeramente superior a la promedio de América Latina (7.4%) (CEPAL Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2008-2009). Los esfuerzos que ha llevado a cabo el gobierno en la lucha contra la pobreza y la indigencia, mediante transferencias condicionadas, tales como los programas Bolsa Familia, Bolsa Escuela o Hambre Cero han dado resultados. Entre 2002 y 2008, la proporción de personas en situación de pobreza disminuyó en 11.7 puntos porcentuales y la indigencia en 5.9 (CEPAL, Panorama Social de América Latina 2009). Como se puede observar en el Gráfico No. 3, Brasil esta muy cerca de cumplir la meta de erradicación de la pobreza y la indigencia. Sin embargo, aún hay cerca de 40 millones de personas en viviendo en pobreza y un poco más de un millón en la indigencia.

**Gráfico No. 3**  
**América Latina (17 países): Porcentajes de avance en la reducción de la pobreza extrema y la pobreza total, 1990-2007<sup>a/</sup>**



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de la encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ El porcentaje de avance se calcula dividiendo la reducción (o aumento) de la indigencia en puntos porcentuales observada en el período por la mitad de la tasa de indigencia de 1990. Las líneas punteadas representan el porcentaje de avance esperado a 2007 (68%).

b/ Áreas urbanas.

En relación con los indicadores de salud, en especial mortalidad materna infantil, objeto del programa analizado, Brasil, ha logrado importantes disminuciones aún cuando tiene camino por recorrer para alcanzar la meta. Como se puede apreciar en el gráfico No. 4 entre 1990 y 2007 ha logrado reducir este indicador en un poco menos de 50%, con lo cual se mantiene cercano a 25 por mil nacidos vivos, cifra levemente superior al promedio de América Latina y el Caribe y ciertamente alta para el nivel de desarrollo del

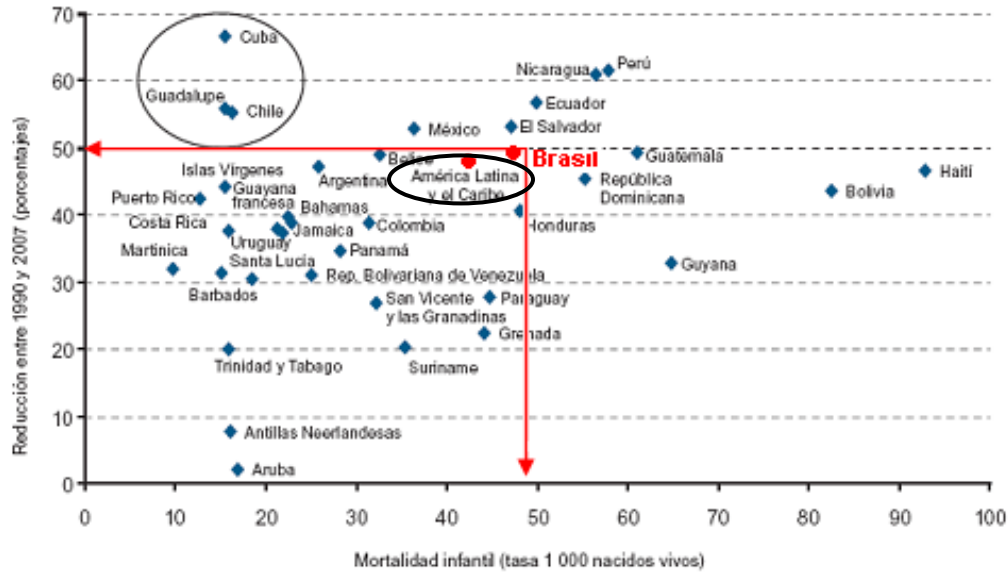
<sup>6</sup> Proyección de población de la CEPAL:  
<http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegradaFlashProc.asp>

país y la tecnología de la que dispone. Además, como es de esperarse, se aprecian grandes disparidades entre estratos socioeconómicos y origen étnico. Mientras el quintil más rico la mortalidad infantil es de 15.8 para el más pobre llega a 34.9 por mil nacidos vivos. Cuando la madre es indígena esta cifra llega a 94, entre los afrodescendientes es 39 y para los blancos 22.9 (UNICEF, 2007). También existen enormes diferencias entre regiones. Según datos del UNICEF 2002, el índice total de muertes de niños y niñas de corta edad en la región nororiental es el doble que el registrado en las provincias del sur, sudeste y centro oriental.

Por otra parte, la mortalidad materna, en 2004 era de 76.1 por 100.000 nacidos, (Gráfico No. 5) porcentaje superior al promedio regional. Las principales causas son obstétricas directas (61.4%) entre las que sobresalen la eclampsia y la hemorragia preparto. En las causas indirectas preexistentes agravadas por el embarazo se destacan la diabetes, la anemia y los problemas cardiovasculares (OPS/OMS, 2007b).

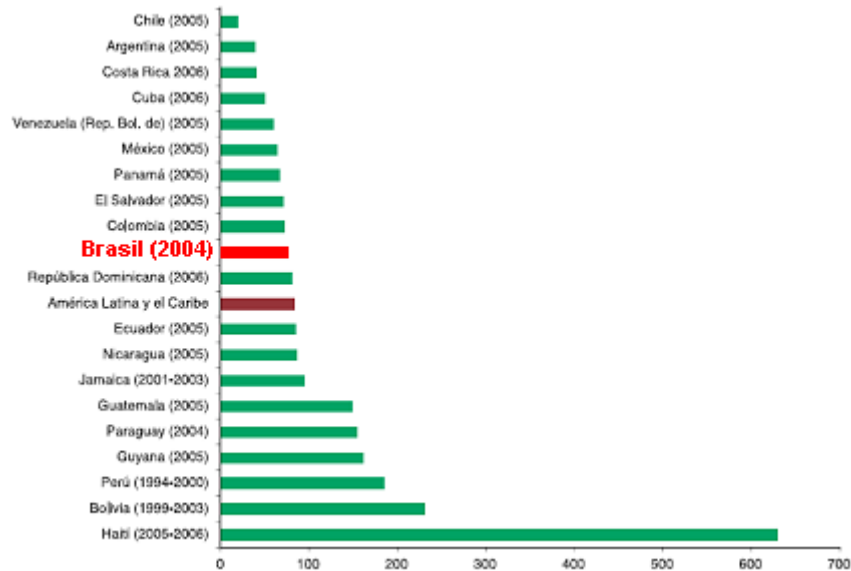
El VIH/SIDA es un grave problema de salud en Brasil. De acuerdo con el último reporte de ONUSIDA (OMS, 2007), una tercera parte del total de personas que viven con el VIH se encuentran en Brasil, país que ha logrado mantener estable la epidemia gracias a los servicios de prevención y tratamiento que ha implementado. La prevalencia de la enfermedad entre adultos se ha mantenido alrededor de 0.5% desde 2000, la transmisión materno infantil se ha reducido de 16% en 1997 a 4% en 2002. Sin embargo los avances presentan diferencias por estratos socioeconómicos. Los casos son casi tres veces más frecuentes entre las personas de menores ingresos.

**Gráfico No. 4**  
**América Latina y el Caribe (35 países y territorios): Correlación entre el nivel de mortalidad infantil en 1990 y su reducción porcentual entre 1990 y 2007**



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2006 Revision (<http://esa.un.org/unpp>)

### Gráfico No. 5 América Latina y el Caribe: Mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2005



Fuente: OPS/OMS (2006), "La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, para cumplir los objetivos de desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas"

En el marco del Plan Nacional de Salud, se inicia en 1987, en Fortaleza, capital de Ceará, el programa de Agentes Comunitarios de Salud (ACS), modelo que actualmente esta siendo replicado en todos los Estados del Noreste, así como en otras regiones del Brasil (Svitone y otros, 2000). El

programa tiene como objetivo promover una integración directa y efectiva entre la comunidad y el servicio de salud local. Los agentes comunitarios de salud son personas de la comunidad, entrenadas en cuidados básicos de la salud, detección de casos que salen de sus capacidades y deben ser remitidos a los puestos de salud, seguimiento de peso y talla, control de las mujeres embarazadas, recolección de información sobre condiciones de vida e impacto sobre la salud, entre otros. Visitan, una vez al mes, cada uno de los domicilios de la comunidad que les han sido asignados para llevar a cabo actividades sanitarias prioritarias para la familia y su salud y, controles básicos sobre sus condiciones. Igualmente son un elemento fundamental para la recolección de información que permite mejorar la detección y atención de familias en riesgo así como los registros de morbimortalidad. (Rolim, 2006). Desde que existen se ha observado una rápida disminución de la mortalidad infantil, un aumento significativo de las inmunizaciones, además de que se ha logrado identificar obstáculos que limitan la utilización de otros recursos médicos y se han generado intervenciones oportunas en momentos de crisis.

El Programa de Agentes Comunitarios de Salud se fortaleció al ser un elemento central del Programa de Salud Familiar (PSF) que se inició en 1993. Cada Equipo de Salud Familiar (ESF) está compuesta por un médico general o especialista en familia, una enfermera y una auxiliar de enfermería, los agentes comunitarios de salud, un odontólogo y un técnico de higiene dental. El ESF es responsable por un área de 800 a 1000 familias, que corresponde aproximadamente a cuatro mil personas.

Otra institución clave en la política de salud en Brasil son los Consejos Municipales de Salud que integran en un esquema tripartito junto con las jurisdicciones estatales y federales.

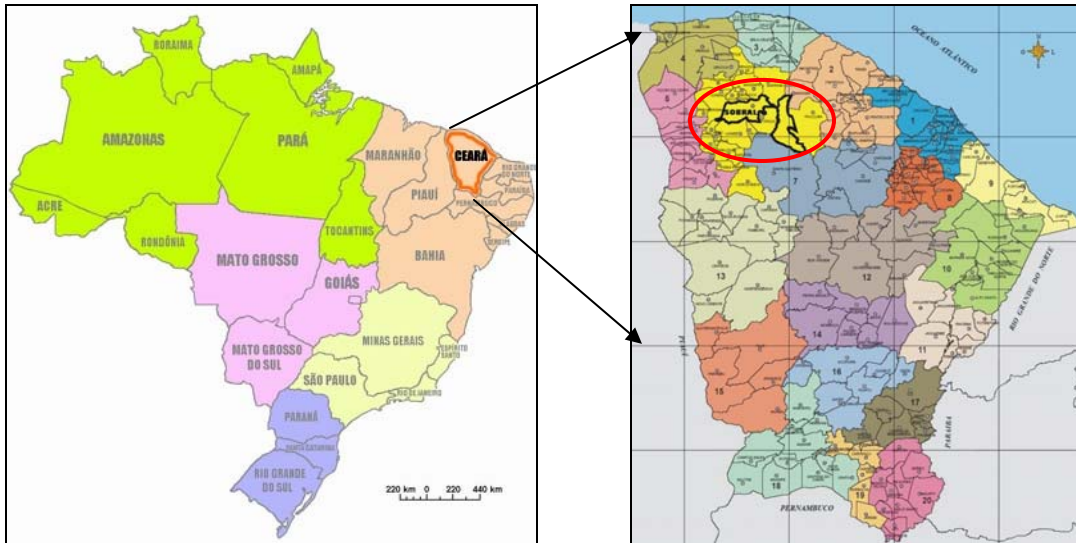
Según estadísticas de Ceará (IPECE, 2008a), en 2005 había 10.925 agentes comunitarios que cubrían un total de 1.669.400 familias. En el municipio de Sobral, lugar en donde se ejecuta el programa objeto de este documento, ese mismo año, estaban contratados 239 ACS, los cuales acompañaban a 45.278 familias, lo que corresponde a casi el 3% del total de población asistida del Estado.

### **Sobral, Estado de Ceará**

El municipio de Sobral pertenece al Estado de Ceará en la región noreste de Brasil, ubicado a 238 km. de Fortaleza, capital estatal. En el año 2009, de acuerdo a datos de población estimados, la población de Sobral es de 182.430 habitantes. Es la segunda más importante del Estado en términos económicos y culturales, y la tercera mayor región metropolitana, solamente superada por Fortaleza y Juazeiro do Norte.

## Mapa 1

### Municipio de Sobral, Estado de Ceará, Brasil



Fuente: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE)

\*Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

Estudios realizados por el “Laboratório de Estudos de Pobreza” (LEP), de la Universidad Federal do Ceará indica que, entre 1995 y 2006, el Estado redujo el Gini<sup>7</sup> en 10,82%, pasando de 0,6271 a 0,5593, la mitad de lo cual se logró entre 2005 y 2006. La “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios” (PNAD/IBGE, 2007), revela que entre los estados del Nordeste, ha logrado el mayor crecimiento del ingreso medio en los estratos menos favorecidos de la población, con una variación de 5.5% entre 2005 y 2006 (IPEA, 2009).

En 2000, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) Municipal de Sobral fue de 0,699. Según la clasificación del PNUD (2004), el municipio está entre las regiones consideradas de desarrollo humano medio (IDH entre 0,5 y 0,8). La pobreza disminuyó en 19,1% para llegar a un 55,6% en 2000

La agricultura y los servicios son las principales actividades económicas del municipio, seguido por la fabricación de calzados y de cementos.

No obstante el aumento en los ingresos per cápita y la disminución porcentual en los niveles de pobreza, hubo un aumento en la desigualdad en la distribución del ingreso en el Estado y en algunos de sus municipios. En Sobral el índice de Gini pasó de 0,59 en 1991 a 0,63 en 2000 y en Ceará de 0,65 a 0,68 en los mismos años.

### Sistema de Salud del Municipio de Sobral

<sup>7</sup> El índice de Gini normalmente se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos y tiene valores que van de cero (igualdad perfecta) a uno (desigualdad máxima).

Desde 1998 el Sistema de Salud del Municipio de Sobral está enmarcado en la Gestión Plena del Sistema Único de Salud (SUS) De esta forma, la Prefeitura, a través de la Secretaría de Salud y Acción Social, asume la responsabilidad de promover la salud, recibiendo recursos federales para esta tarea.

La red de establecimientos de salud de Sobral está compuesta por 118 unidades ambulatorias, 9 laboratorios y 6 hospitales. Del total de unidades, 70 están acreditadas por el SUS, siendo 56 ambulatorias, 9 laboratorios y 5 hospitales. Del total acreditadas, 46 son públicas y 24 privadas. La mayor parte de las unidades municipales son de tipo ambulatorio. En cuanto a los hospitales, uno es público, dos son filantrópicos y dos privados, y cuatro tienen convenio con el SUS. Es a partir de esta red física que la Secretaría de Salud y Acción Social (SSAS) estructura los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria. El modelo de atención está organizado con base a los principios y directrices del SUS y se fundamenta en el Programa de Salud Familiar (PSF). El objetivo del PSF es contribuir en la reorientación del modelo de atención en salud en sustitución al modelo tradicional de asistencia en donde se ejecutan acciones meramente curativas, centradas en la atención individual. Se coloca como una de las estrategias de organización de las prácticas de atención primaria teniendo como enfoque la promoción de la salud y el diagnóstico de la situación por medio del análisis de todos los determinantes que afectan la salud de una población en un barrio, distrito o municipio.

Además cuenta con 31 Unidades Básicas del PSF, distribuidas en 28 áreas descentralizadas de salud. Estas áreas son comprendidas como territorios de acción de los equipos de salud familiar, donde actualmente existen registrados 48 equipos. Cada uno, dependiendo de la ubicación y perfil social y epidemiológico de la población asignada, acompaña entre 600 a 1200 familias.

La mortalidad infantil viene disminuyendo desde 1997, debido a diversas inversiones y programas específicos que ha desarrollado el gobierno municipal. Inicialmente se logró una reducción significativa de las muertes por diarrea, gracias a la ampliación del sistema de saneamiento básico. Por otro lado, la implementación del PSF con acceso universal de la salud a la población y los agentes comunitarios de salud, posibilitó la intervención precoz de las enfermedades complejas y la reducción de la mortalidad general en el municipio (Svitone y otros, 2000). De acuerdo con las estadísticas del IBGE la mortalidad infantil en Sobral bajó de 43 por cada mil nacidos vivos en 1.996 a menos de 20 en 2005, colocándose por debajo de los promedios del Estado y el país.

Otro factor importante en la reducción de la mortalidad fue sin duda la ejecución del proyecto *Trevo de Quatro Folhas*, el cual se complementa con el modelo de "madres sociales", se añade a las acciones de los ACS el trabajo

directo en el interior de los hogares con mujeres embarazadas, madres y niños menores de 5 años en situación de riesgo. .

## **Proyecto “Trébol de Cuatro Hojas”**

### **Origen y objetivos**

Las autoridades de salud de Sobral, preocupadas por la altas tasas de mortalidad materna infantil del municipio, deciden realizar las llamadas “autopsias verbales” con las familias que habían padecido recientemente una muerte materna, fetal o infantil.

La “autopsia verbal” consiste en una entrevista con los familiares del niño o la madre fallecidos para recuperar la historia de todos los hechos que acontecieron desde el inicio hasta la muerte. Este procedimiento permite determinar, en detalle, las fallas del sistema en la asistencia prenatal, en el parto, el puerperio y el período neonatal que estaban en la base de estas muertes.

Fue así como se detectaron mujeres embarazadas que no iban al centro de salud o, en el mejor de los casos, habían tenido menos de 6 consultas; la ausencia de los exámenes de laboratorio requeridos; no hacer el reposo indicado; la incapacidad para identificar los riesgos; la falta de un vínculo entre el equipo de salud y las gestantes; y las dificultades de articulación entre los tres niveles de atención; la ausencia de apoyo social y de cuidados para las madres, así como madres en riesgo clínico sin apoyo familiar.

Se verificó también que las madres no guardaban el reposo indicado durante la gestación por falta de apoyo familiar y social. También se identificaron la falta de protocolos de seguimiento a las madres y los hijos; la demora en la captación de la gestante para iniciar las consultas prenatales; las dificultades en el acompañamiento de las embarazadas durante las consultas; las fallas en la identificación y capacidad de atención de las gestantes en riesgo y en el sistema de referencia y contrarreferencia entre la atención prenatal y las maternidades y en la atención al parto y al puerperio.

Por su parte, las muertes infantiles se relacionaron con fallas en la atención a madre y su hijo, en la identificación y seguimiento de los recién nacidos en riesgo, en la visita domiciliaria a la mujer en el puerperio y del niño en los primeros días de vida, altas tasas de infección neonatal; orientaciones insuficientes a las madres para asegurar la continuidad de la lactancia, que se suspendían debido a la sobrecarga de tareas domésticas y/o la necesidad de acompañar a otros hijos cuando éstos son internados en hospitales.

Consecuentemente, muchas mujeres presentaban complicaciones que ponían en riesgo su vida y la de su(s) hijo(s). Esta situación se presentaba con

mayor frecuencia en la población menos favorecida, en la que se acentúa la falta de apoyo familiar y social.

El equipo de técnicos que llevó a cabo la evaluación, como ya se mencionó, con la activa participación de las familias que habían enfrentado muerte materna, fetal o infantil, concluyó que la situación se debía a la ausencia de una política que integrara los tres niveles de atención interviniendo en la gestión del cuidado integral materno-infantil. Al finalizar, los resultados se presentaron a los grupos de intervención pertinentes -Gerentes de los Centros de Salud familiar, entre otros-, la familia, así como a la comunidad.

Las estrategias que sirvieron para dar origen al proyecto municipal "Trébol de Cuatro Hojas" (TCH), fueron: la necesidad de establecer acciones que aseguraran el cuidado necesario en las cuatro fases de atención materno-infantil (embarazo, parto, puerperio y el niño hasta los dos años de vida); determinar los criterios de definición de riesgo clínico y social en el plano de los cuidados a mujeres y niños desde el prenatal hasta la atención pediátrica; elaborar diversas estrategias con la sociedad civil para asegurar la captación de recursos y de movilización social; elaborar un "kit para la gestante"; propuestas temáticas para actividades educativas con grupos de embarazadas; implementación de un sistema de monitoreo diario y evaluación permanente de los indicadores del proceso y de los resultados de la asistencia materno-infantil; brindar soporte técnico al Comité Municipal de Prevención de la Mortalidad materna, perinatal e infantil.

Hasta 1997, la atención en salud en el municipio de Sobral estaba centrada en el hospital, con una perspectiva curativa y no preventiva o promotora de la salud. Ese año, con la introducción de la estrategia de Programa de Salud Familiar (PSF) a nivel nacional, el municipio organizó la red de atención básica. Un año después, en 1998, la Secretaria de Salud del municipio introdujo las recomendaciones del Ministerio de Salud que establecen los procedimientos básicos para la atención prenatal. Sin embargo, uno de los problemas que enfrentó fue la deficiencia de los sistemas de información y, por ende, de los indicadores de calidad de la asistencia. Además habían registros de la captación de mujeres para la consulta prenatal, indicación de exámenes de laboratorio para el control durante la gestación, identificación de casos especiales de gestantes y niños. Esto hacía prácticamente imposible monitorear debidamente a la población en riesgo, específicamente a las mujeres gestantes, madres y niños. La atención y los registros se basaban en la población que acudía a recibir atención por enfermedad pero no en aquella, que requiriendo servicios de salud, no lo hacía.

Las estrategias utilizadas, unidas a la mejora en las condiciones de saneamiento básico y a la política habitacional, redujo significativamente la tasa de mortalidad materna e infantil. Sin embargo, se mantenían niveles aún considerados altos en la mortalidad neonatal (hasta los 28 días de vida). En muchos casos la conducta clínica era correcta pero hacía falta un soporte social para las familias en situación de mayor vulnerabilidad; realidad que no

sólo se presentaba en Sobral sino en casi todo Ceará. Muchos de esos hechos eran consecuencia de la cultura política de los alcaldes, centrada en lo curativo y en la atención hospitalaria, y que, si bien los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil existían, en la mayoría de los municipios no funcionaban. En Sobral, el Comité fue creado en el año 2000 pero comenzó su funcionamiento, en forma sistemática sólo a partir de la creación del proyecto Trébol de Cuatro Hojas en 2001.

En 2001, la Dra. Ana Cecília Sucupira, consultora de la Secretaría de Salud de Sobral, reunió a los profesores, coordinadores y técnicos de la Secretaría de Salud y de la Fundación de Acción Social del municipio, así como las articuladoras sociales, para analizar los problemas identificados y sistematizar las propuestas de reorganización de la asistencia materno-infantil y de apoyo social para las embarazadas, puérperas y niños y niñas en situación de vulnerabilidad.

Con el objetivo de proveer a las mujeres las condiciones para que ejercieran el derecho a la maternidad y reducir la mortalidad infantil, garantizando el derecho a la vida, la Secretaría de Desarrollo Social y Salud de Sobral implementó, en diciembre de ese mismo año el proyecto Trébol de Cuatro Hojas (TCH). Su denominación se debe a la simbología del trébol de la suerte, en donde las acciones propuestas se agrupan en cuatro momentos simultáneos, que corresponden a la gestión del cuidado durante el embarazo; el parto y el nacimiento –labor de parto y parto-; el puerperio<sup>8</sup>; y el acompañamiento del niño hasta el segundo año de vida. Desde su origen había conciencia de que una conducta clínica apropiada no era suficiente y que era indispensable asegurar un soporte social para las familias con mayor vulnerabilidad.

Desde 2002, el proyecto TCH asumió el soporte técnico-operacional del Comité municipal de prevención de la mortalidad materna, perinatal e infantil y procedió a analizar, de forma sistemática, las muertes fetales, infantiles y maternas. Además quedó a cargo del proceso de evaluación del Carné de salud de la madre y el niño<sup>9</sup>. Posteriormente, el proyecto pasó a ser una estrategia permanente de política pública de salud, conservando el nombre de Trébol de Cuatro Hoja. Esta nueva condición de política pública, permitió que el Trébol interviniera en la reorganización del control prenatal, parto, nacimiento, el puerperio y del crecimiento y desarrollo del niño en sus primeros dos años de vida, garantizando paralelamente el apoyo social para el ejercicio del derecho a la maternidad y a la vida. De ahí su lema, “Apoyando a la madre, incentivando la vida”.

---

<sup>8</sup>El puerperio es el período de tiempo que comprende desde el parto hasta que la anatomía y fisiología del aparato reproductor de la mujer vuelve al estado anterior al embarazo. Su duración es de 6-8 semanas aproximadamente.

<sup>9</sup> El carné contiene todos los datos importantes desde el parto hasta el crecimiento y desarrollo del niño, así como otro tipo de información relevante para las madres.

Esta experiencia se fundamenta en los principios de accesibilidad, integralidad y equidad preconizados por el Sistema Único de Salud (SUS) para garantizar una atención especial a las mujeres, niños y niñas en situación de alta vulnerabilidad. De esta forma, se salvan vidas, pero también se mejora la calidad de los vínculos entre profesionales de la salud y usuarios, y entre familiares y socios de la red social, que potencia la promoción de la salud y de la ciudadanía.

**RECUADRO No. 1**  
**PROYECTO TRÉBOL DE CUATRO HOJAS**

**Misión**

Actuar en la mejora de la calidad de atención materno-infantil para reducir las muertes maternas, fetales e infantiles evitables.

**Objetivo general**

Reducir la morbimortalidad materna, perinatal e infantil por causas evitables en el municipio de Sobral.

**Objetivos específicos**

- Reorganizar la asistencia durante: prenatal, parto y nacimiento, puerperio y período neonatal, y acompañamiento en el crecimiento y desarrollo del niño. Garantizar el apoyo social a las gestantes, parturientas, puérperas, y niños y niñas en situación de riesgo clínico y social.

### **Población y criterios de atención**

El TCH es una estrategia de atención con enfoque de salud familiar. Atiende a familias con mujeres embarazadas, en período postnatal o que están amamantando y a niños y niñas en sus primeros dos años de vida, especialmente a aquellos que evidencian algún tipo de riesgo social o clínico. Su principal labor se centra en brindar acompañamiento, bajo una visión de promoción de la salud y fomento del autocuidado, más que en la dependencia de la persona o la familia con el proyecto.

En general, las familias acompañadas por el Trébol viven en situación de pobreza y exclusión social. Son residentes de áreas rurales o urbanas en riesgo social y/o habitacional, situación que es determinada por las autoridades del municipio, de acuerdo con la clasificación de riesgo que puede ser social o clínica, y que se lleva a cabo de acuerdo con criterios validados y establecidos por el TCH (ver Cuadro 1). La incorporación de una familia al proyecto, así como las acciones específicas de atención son definidas mediante esta clasificación. La mayoría de las mujeres atendidas son madres adolescentes o jóvenes con baja escolaridad y niños y niñas con menos de dos años de vida.

**Cuadro 1**

Criterios de riesgo. Trébol de Cuatro Hojas, 2007.

## Sobral, Ceará, Brasil

<b>Criterios</b>	
<b>Riesgo SOCIAL</b>	<b>Riesgo CLÍNICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Analfabetismo</li><li>• Lugar de residencia (área de riesgo)</li><li>• Pobreza absoluta</li><li>• Familias en situación de vulnerabilidad con 3 hijos(as) menores de 5 años</li><li>• Falta de apoyo alimentario</li><li>• Falta de apoyo familiar</li><li>• Dependencia química</li><li>• Incapacidad o dificultad para el autocuidado</li><li>• Embarazo no deseado</li><li>• Madre adolescente</li><li>• Violencia intrafamiliar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestantes y puérperas con enfermedades preexistentes, enfermedades infecciosas, patologías ginecológicas y obstétricas</li><li>• Características personales e historia reproductiva anterior de las mujeres embarazadas, puérperas y en amamantamiento</li><li>• Niños(as) con interconsultas entregadas durante su nacimiento, enfermedades preexistentes, bajo peso, o prematuros.</li><li>• Niños que reúnen los requisitos de recién nacido en riesgo al nacer o de riesgo adquirido posteriormente</li></ul>

**Fuente: Responsables del proyecto.**

Cuando la familia no tiene sus necesidades básicas atendidas, pasan a tener acceso a los beneficios de emergencia, tales como: documentación básica, donación de alimentos, ropa y calzado, utensilios, medicamentos, muebles, disponibles gracias a contribuciones y donaciones de la sociedad civil, en los que participan las madrinas y padrinos sociales que aportan mensualmente una cantidad fija de dinero para financiar el proyecto y; las "articuladoras sociales" que son personas del mismo municipio, voluntarias que participan en las acciones permanentes de difusión, eventos sociales y captación de recursos financieros.

Por otra parte, las familias que cumplen las condiciones para ser beneficiarias de los distintos programas y proyectos sociales del Gobierno Nacional o Estadual, tales como el Beneficio de prestación continua para enfermos y portadores de deficiencias, Bolsa Familia, Huertas caseras, cursos de capacitación, son apoyados para que puedan recibir estas contribuciones. Paralelamente, según corresponda, se solicita transporte a guarderías o escuelas, proyectos de empleo e ingresos o mejora de las viviendas.

### **Líneas de acción básicas del Trébol de Cuatro Hojas**

Las tres líneas básicas de acción son:

1. Gestión del cuidado en las cuatro fases de atención materno-infantil;
2. Vigilancia de la morbi-mortalidad materna e infantil;
3. Apoyo social a través de Madres, Madrinas y Padrinos sociales y de la articulación de una red intersectorial de apoyo a la vida.

- **Gestión del cuidado durante las cuatro fases de atención materno-infantil**

Esta primera línea esta compuesta por cuatro fases:

**FASE I: Gestión de la atención prenatal**

La fase I incluye las siguientes acciones específicas:

1. Monitoreo de los indicadores de calidad del control prenatal, a través del ingreso permanente de información al banco de datos del Trébol y el cruce de ésta con los sistemas oficiales del Ministerio de Salud;
2. Informe mensual consolidado con los indicadores de prenatal del municipio y mensuales por área de salud familiar;
3. Detección de embarazadas, según criterios de riesgo clínico y social, mediante los informes mensuales de los Centros de Salud Familiar;
4. Organización de un calendario de actividades de educación permanente en el área de gineco-obstetricia para los profesionales de los Centros de Salud Familiar;
5. Visita a domicilio del equipo de salud familiar a las embarazadas en situación de riesgo clínico y/o social, considerando especialmente aquellas que presentan resistencia al control prenatal, y requieran tengan de apoyo alimenticio y la atención de una Madre social;
6. Elaboración y evaluación de los cuidados de la gestante en riesgo, según el perfil clínico y sociofamiliar;
7. Selección y capacitación de Madres sociales para el cuidado de las gestantes en riesgo;
8. Visita domiciliaria, con la Madre social, para valorar el cumplimiento de las recomendaciones médicas de reposo absoluto;
9. Cumplir con las actividades estipuladas en el proyecto de Maternidad Responsable para estimular la captación precoz de mujeres embarazadas al control prenatal y a las actividades educativas (entrega del Kit para embarazadas);
10. Visita a las embarazadas hospitalizadas en maternidad de alto riesgo, para el registro de información del acompañamiento;
11. Evaluación de las necesidades de la Madre social durante su labor de acompañamiento domiciliar a los niños y las niñas cuyas madres están hospitalizadas en maternidad de alto riesgo;
12. Informe diario, a los Centros de Salud de Familia, sobre las mujeres embarazadas de alto riesgo hospitalizadas o ya egresadas;
13. Organización y evaluación del control ambulatorio del prenatal de alto riesgo;
14. Definición de protocolos para la atención de gestantes portadoras de enfermedades mentales;
15. Información para los Centros de Salud Familiar y seguimiento a las mujeres trasladadas a las maternidades de Fortaleza.

## **FASE II: Gestión de la atención del parto y puerperio**

En esta fase se llevan a cabo acciones complementarias a la fase anterior. Estas son:

1. Identificación de factores de riesgo para la labor de parto, así como la elaboración de una guía de cuidados;
2. Preparación de un protocolo que asegure la atención de mujeres embarazadas en las maternidades para el parto y evite su "peregrinación" por los distintos servicios (centros de salud, salas de emergencia);
3. Visita y entrevista con las puérperas en la maternidad para evaluar la atención durante el parto;
4. Evaluación de las necesidades de apoyo de las Madres sociales para el acompañamiento de mujeres portadoras de trastornos mentales sin apoyo familiar durante el parto;
5. Asignación de la Madre social para el acompañamiento de los hijos e hijas de embarazadas sin apoyo familiar durante la hospitalización para el parto;
6. Reporte diario a los Centros de Salud Familiar sobre los nacidos vivos, mortinatos, complicaciones y condiciones de los partos;
7. Visita a maternidades para entrevistar a las mujeres después del parto para evaluar el uso del Carné de salud de la madre y del niño, especialmente en relación a los registros del control prenatal;
8. Identificación de los factores de riesgo en el puerperio y período neonatal y elaboración de planes de atención;
9. Elaboración de protocolos para la visita de Enfermería y de los Agentes comunitarios de salud (ACS) a los Centros de salud familiar durante el puerperio precoz;
10. Visita domiciliar a las mujeres puérperas para evaluar las necesidades de acompañamiento de la Madre social y/o apoyo de alimentación o dieta especial;

## **FASE III: Gestión de la atención del nacimiento y período neonatal**

Las actividades que se realizan en esta fase van desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida del niño o niña

1. Identificación de los factores de riesgo en el período neonatal y elaboración de planes de atención;
2. Visita diaria a los recién nacidos hospitalizados en las maternidades para el acompañamiento de su evolución y hasta su egreso hospitalario;
3. Visita domiciliaria para orientar a madres con dificultades con su amamantamiento;

4. Visita a maternidades para clasificación del recién nacido en cuanto a su condición de alto riesgo;
5. Comunicación oficial para el Gerente del Centro de Salud y para el encargado de Pediatría para solicitar atención especial a cualquier recién nacido en riesgo;
6. Ejecución de actividades del proyecto de Maternidad Responsable para estimular la realización precoz del Tamizaje Neonatal<sup>10</sup>, registro de nacimientos y consultas en puericultura<sup>11</sup> (entrega de foto de recién nacido *sobralense*).

#### **FASE IV: Gestión de la atención del niño en sus dos primeros años de vida**

Las actividades en esta fase corresponden a la atención al niño y niña desde su nacimiento hasta que cumple los dos años.

1. Identificación de lactantes/niños con algún riesgo y elaboración de un plan de cuidados;
2. Definición de rutinas de acompañamiento para el niño sano;
3. Clasificación de los niños en cuanto a su condición "riesgo adquirido" en los primeros dos años de vida;
4. Visita domiciliaria para la evaluación de la necesidad de apoyo y acompañamiento domiciliar u hospitalario de Madre social y/o apoyo nutricional;
5. Visita diaria a las salas de pediatría en los hospitales para el acompañamiento a los niños menores de dos años, observando su evolución hasta su egreso;
6. Reporte diario a los Centros de Salud Familiar sobre el internamiento, evolución y alta de los niños con menos de dos años;
7. Reuniones interdisciplinarias e intersectoriales para la discusión de los casos de mayor complejidad.

#### **Carné de salud de la Madre y su hijo**

El Carné de salud de la Madre y su hijo es un instrumento para el registro de información fundamental para un adecuado control y seguimiento tanto de la mujer como del niño o niña. (Ver modelo de Carné)

#### **Modelo de Carné de Salud**

---

<sup>10</sup> Test que detecta tres enfermedades metabólicas congénitas en el recién nacido: Fenilcetonuria, Hipotiroidismo e Hiperplasia suprarrenal.

<sup>11</sup> Puericultura es el estudio de la salud y cuidados que deben darse a los niños y niñas durante los primeros años de vida.



### **Carné de Salud de la madre y del niño**

Registra datos de la evolución del embarazo hasta el registro del parto; además, en el niño, se anotan datos sobre vacunación, antropometría, hospitalizaciones. También contiene información útil sobre crecimiento y desarrollo normal del niño hasta los cinco años, lactancia materna, entre otros.

- **Monitoreo de indicadores en la atención materno-infantil y vigilancia de la mortalidad materna, perinatal e infantil**

La organización en la atención materno-infantil se desarrolla a partir del monitoreo y evaluación permanente de los indicadores de calidad de la atención a las gestantes y los niños y un análisis y clasificación de las muertes maternas, fetales e infantiles.

Diariamente, las enfermeras del proyecto TCH visitan las maternidades y las Unidades neonatales de hospitales públicos y clínicas particulares para entrevistar a las puérperas sobre la asistencia recibida durante el embarazo y/o parto y la atención del recién nacido. Además, evalúan y anotan los registros del Carné de Salud. También, recolectan datos sobre las mujeres con embarazo de alto riesgo y niños menores de un año internados. Esta información es chequeada por los centros de salud de la familia organizar la visita domiciliaria precoz, definiendo un plan de atención para cada caso con la participación de un profesional en Enfermería y del ACS.

Con base en los indicadores de proceso y de resultado, se crean los formularios de reporte mensual para los Centros de Salud Familiar. Estos datos son consolidados y cruzados con el banco de datos del TCH y con los sistemas oficiales de información del SUS (Sistema de Información de Atención Primaria-SIAB, Sistema de Información sobre Nacidos Vivos-SINASC, Sistema de Información Prenatal-SIS-PRENATAL y Sistema de Información sobre Mortalidad-SIM) para emitir informes y gráficos mensuales que retroalimentarán las acciones de los Centros y del proyecto.

Para el monitoreo de la atención materno infantil hay un Comité de prevención de la mortalidad materna, perinatal e infantil. Este Comité es un órgano de naturaleza interinstitucional con representación de los tres niveles de atención en salud del municipio, de consejos de defensa (Consejo municipal de salud, Consejo municipal de los derechos de los niños y adolescentes y el Consejo municipal de los derechos de la mujer), siendo coordinado por el equipo del TCH.

El Comité se reúne una vez al mes para discutir y clasificar todas las muertes maternas, fetales e infantiles ocurridas en el mes anterior en el municipio de Sobral, identificar los factores determinantes en cada muerte y elaborar líneas de acción para atender casos similares en el futuro. Los preceptores de obstetricia y pediatría analizan las muertes utilizando el registro de controles durante el prenatal, los registros de internación de maternidad o del hospital donde el niño o niña estuvo internado. El equipo del proyecto TCH realiza una "autopsia verbal" (entrevista) con la familia y con los profesionales de salud para obtener un mayor detalle del caso. Esta fuente de información es la más valiosa porque permite detectar todos los eventos ocurridos desde la aparición del primer signo de enfermedad hasta la muerte, siendo la propia familia la fuente de información.

El Comité tiene carácter educativo y propositivo. A partir del análisis de las muertes, se identifica si hubo fallas en la atención a la gestante y/o al niño para proponer acciones procurando evitar nuevas muertes. Las muertes son clasificadas de acuerdo a los criterios de "evitabilidad" propuestos por la Fundación SEADE (Sistema Estadual de Análisis de Datos-Sao Paulo) –ver Cuadro No. 2. Los documentos utilizados son archivados en la sede de TCH para fines estadísticos.

## Cuadro No. 2

<p><b>Criterios de "evitabilidad" de las causas de muerte*</b> <b>Fundación SEADE -Sistema Estatal de Análisis de Datos-Sao Paulo</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\*Para más detalle consultar el artículo de Luis Patricio Ortiz, *Agrupamentos das Causas de Morte dos menores de um ano segundo Critério de Evitabilidade das Doenças*.

### **I - Evitables/prevenibles por:**

1. Inmuno-prevención
2. Adecuado control prenatal
3. Adecuada atención del parto
4. Acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz
5. Trabajo con otros sectores

### **II - No evitables**

Se refiere a enfermedades de alta letalidad, sin posibilidad de intervención. Por ejemplo, anomalías congénitas graves de causa hereditaria.

### **III - Mal definidas**

Hace referencia a cuadros no especificados y mal definidos. La presencia de muertes mal definidas indica el grado de acceso de la población a los servicios de salud y a la capacidad de diagnóstico de estos servicios, incluyendo en este contexto, la presencia o no de los servicios de verificación de muertes.

\*Para mayor detalle revisar el artículo de Luis Patricio Ortiz, *Agrupamentos das Causas de Morte das crianças com menos de um ano segundo o Critério de Evitabilidade das Doenças*.

Además de estas tareas específicas en el ámbito clínico y domiciliar, se realizan otros proyectos que reorganizan la asistencia materno-infantil, tales como la *Gincana Parceiros da Crianças* (Juegos de Socios de la niñez); promoción de la alimentación materna; promoción de la maternidad responsable; acciones permanentes de tratamiento de la diarrea e infecciones respiratorias agudas (IRA); *Gincana amor à vida prevenir é sempre melhor* (Juego de amor a la vida –prevenir es siempre mejor-) que es para la implementación y organización diferenciada en salud del adolescente y prevención del embarazo precoz; Política municipal de salud sexual y reproductiva; y el proyecto de difusión de la estrategia de TCH.

#### **• Apoyo social**

El apoyo social es garantizado por el trabajo entre el sistema público, local, estadual y federal, con la sociedad civil, a través de las acciones de las Madres sociales y los Padrinos y las Madrinhas sociales, así como de las donaciones de personas y empresas que colaboran con el proyecto.

La **Madre social** es una persona de la misma comunidad que tiene como objetivo apoyar a la familia en riesgo, ya sea en el hospital o en el hogar. Estas madres cuidan a las gestantes, a las mujeres que ya han tenido a su hijo pero que tienen indicación médica de reposo absoluto, a las que presentan dificultades para su autocuidado o para la atención del niño. Un aspecto fundamental, y que valida la estrategia de TCH, es que el trabajo de la Madre social es remunerado. Las Madres sociales tienen una jornada de

ocho horas diarias y el salario es proporcional al salario mínimo vigente (R\$ 14,75/día y R\$ 20,65/día en fin de semana<sup>12</sup>).

El trabajo de las Madres sociales se determina según las necesidades identificadas para cada una de las mujeres, niños, niñas y familias beneficiarios del proyecto. Por lo tanto, varía en cuanto a las atribuciones, las orientaciones y la duración. Además de la atención domiciliar que brinda durante ocho horas diarias, la Madre social también hace turnos de 12 horas acompañando a las embarazadas, puérperas y niños o niñas cuando están hospitalizados y no cuentan con un apoyo familiar apropiado.

Las primeras Madres sociales fueron seleccionadas en 2001 durante el proceso de creación del TCH. Son identificadas por los ACS de los equipos de salud familiar y seleccionadas por el equipo técnico del TCH a través de un abordaje grupal, entrevista individual y un análisis de su perfil. En este análisis se evalúan algunos aspectos tales como: aptitud para trabajar con niños y en quehaceres domésticos, experiencia personal positiva con la lactancia materna y participación en trabajo comunitario.



Madre social acompañando a un lactante hospitalizado



Madres sociales apoyando a una mujer a amamantar a su recién nacido

La capacitación de las Madres sociales se fundamenta en el paradigma de la promoción de la salud. Se da énfasis a la cultura comunitaria, con perspectiva de género –ya que también trabajan con los hombres, miembros de la familia beneficiaria- y se utiliza el método participativo y constructivista<sup>13</sup>. Las capacitaciones son desarrolladas en seis módulos en forma de talleres educativos semanales, en donde se realizan distintas dinámicas grupales, se ven videos, se comparten vivencias, se analizan casos y se estudia en detalle el Carné de Salud de la madre y el niño o niña.

Los temas que se tratan, durante las capacitaciones, y que buscan asegurar el éxito en las tareas que realizan las madres sociales son: género y familia;

<sup>12</sup>Vigente en 2010.

<sup>13</sup>Este método valora el saber popular y está enfocado en la formación de sujetos autónomos y críticos.

apoyo social y empoderamiento; ética del cuidador; signos y síntomas de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio; ventajas y dificultades de la alimentación materna; crecimiento y desarrollo infantil. Por otro lado, también se fomentan conocimientos prácticos y habilidades en cuidado del ambiente doméstico; de la gestante, la puérpera y del recién nacido; del niño en riesgo clínico y social; así como en técnicas de apoyo a la alimentación materna. En términos de actitud y postura, se trabaja la valorización y defensa de la vida humana; el comportamiento ético junto a la familia acompañada; el respeto a la mujer y al niño como ciudadano y; el compromiso con la mejora de la calidad de vida de las familias.

Actualmente, hay 74 madres sociales registradas en el proyecto, tanto en áreas urbanas como rurales de Sobral. La mayoría tienen entre 30 y 50 años de edad, son casadas y en promedio tienen cuatro hijos -siendo estos, en general, adolescentes o adultos-.



Otro pilar importante en el equipo de TCH son las **Madrinas y padrinos sociales**. Son personas naturales o jurídicas de la sociedad civil que se solidarizan con la estrategia de apoyo a las gestantes y niños en situación de riesgo clínico y social, asumiendo mensualmente una contribución para el proyecto. El valor de las contribuciones mensuales es definido por la propia madrina o el padrino social, pero en general es un monto inferior a R\$ 10.

Estas contribuciones se depositan en el Fondo Municipal de los Derechos de la Infancia y del Adolescente, lo que asegura la transparencia y el control social en la inversión. Así se genera también un incentivo social para la donación ya que es un monto que puede declararse al fisco y, en el caso de una persona natural, se restituye el 6% de impuesto y para la persona jurídica, se devuelve hasta el 1% sobre el lucro real de la empresa.

En la actualidad hay 147 Madrinas/padrinos sociales (126 contribuyen de manera permanentey hay tres empresas colaboradoras). Cada mes estas personas son contactadas telefónicamente para confirmar la entrega de la

contribución. En el caso de que no puedan aportar, es posible pedir una prórroga sin pago de interés por el atraso. Además de la contribución monetaria, también se reciben donaciones de alimentos, ropa y eventualmente muebles. Entre los colaboradores hay profesionales de la salud, comerciantes, empresarios, operarios, amas de casa.

Algunas Madrinas sociales asumen el papel de **Articuladoras sociales**. Su tarea es divulgar el proyecto TCH y ampliar el número de colaboradores.. Este grupo de voluntarios se fortaleció en 2004 con la adhesión y participación activa de la Primera Dama del Municipio.

En la actualidad 15 Madrinas sociales ejercen como Articuladores. Trimestralmente, ella se reúnen con el equipo de Trébol para discutir los avances y desafíos de la estrategia, contribuyen en la planificación y ejecución de campañas de recaudación de fondos, de visitas y reuniones de divulgación para captación de Madrinas y Padrinos sociales y de organización de eventos. Anualmente se lleva a cabo el Encuentro solidario entre Madrinas/Padrinos/Madres sociales, embarazadas y madres beneficiarias del proyecto. Su objetivo es promover el espíritu solidario que caracteriza al proyecto. Además de eso, se aprovecha el evento para presentar las cuentas, resultados mensuales y reforzar la propuesta del Trébol. En estos encuentros solidarios se realizan varios eventos con la misma finalidad de mejorar las condiciones de salud de los participantes del proyecto. Uno de ellos es el *Desfile por la vida* en donde los profesionales de la salud, Madres sociales, Madrinas y Padrinos sociales, socios y artistas locales se manifiestan con el propósito de difundir la estrategia y así captar más recursos y fortalecer el compromiso de trabajo. El *Día de la Princesa* es otro evento organizado cada noviembre 2009, junto al *Encuentro Solidario*, para homenajear y fortalecer el autoestima de las madres que se destacan por su perseverancia y adherencia a la lactancia materna.

El área de mercadeo y captación de recursos de TCH trabaja bajo la perspectiva de apoya a la vida con cuatro pilares:

- **SOLIDARIDAD:** sentimiento humanitario que genera una acción colaborativa de apoyo a personas o grupos vulnerables;
- **RESPONSABILIDAD SOCIAL:** compromiso de contribuir para enfrentar problemas sociales que afectan a los grupos poblacionales en situación de riesgo social;
- **RED SOCIAL:** conjunto de personas, grupos, entidades o instituciones gubernamentales y no gubernamentales que establecen entre si relaciones de intercambio de apoyo, asistencia y compañerismo para promoción de la inclusión social;
- **PARTICIPACIÓN CIUDADANA:** la participación es un deber; ejercerla aporta a la construcción colectiva de las condiciones necesarias para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

El apoyo social del proyecto Trébol de Cuatro Hojas, incluye entrega de alimentos y objetos necesarios para el niño o niña a la hora de su nacimiento. Para esto existen dos mecanismos. Uno es la *canasta básica de alimentos* que se entrega mensualmente a aquellas familias cuyas mujeres están con algún riesgo o déficit nutricional. La canasta contiene frijoles, arroz, aceite, macarrones, azúcar y harina de maíz. El otro es el *Kit de la gestante*, que se le entrega a la mujer en el hospital cuando va a tener a su bebé. Contiene ropa y medias para el recién nacido.

Otras acciones del equipo del Trébol de Cuatro Hojas son:

- La participación en el grupo de monitoreo de sífilis congénita; Consejo Municipal de los Derechos del Niño y Adolescente; en el pacto intersectorial de los Barrios Vila União, Terrenos Novos y Junco; y en Comité de Prevención de Violencia contra niños y adolescentes.
- La producción científica de textos sobre atención materno-infantil..
- El acompañamiento de médicos durante su residencia en salud familiar y comunitaria.

Es importante destacar que cada plan de cuidados es elaborado en conjunto con las familias beneficiarias, que a su vez se comprometen a una serie de acciones específicas. Así se favorece la idea de la co-responsabilidad en donde el sistema de salud no es el único encargado de velar por la salud del individuo o del colectivo.

Las gestantes se comprometen a asistir a las consultas prenatales y a realizarse los exámenes de laboratorio y otros solicitados, así como a participar en los grupos de mujeres embarazadas donde hay educación permanente sobre el autocuidado, tratamiento clínico, detección oportuna de signos y síntomas de complicaciones. Con las familias de lactantes menores de 6 meses el acuerdo es llevar al bebé a las consultas de puericultura (acompañamiento de crecimiento y desarrollo), tener las vacunas al día, mantener la lactancia materna exclusiva, realizar el registro de nacimiento, recibir orientación sobre los cuidados básicos, estimulación precoz, vínculo afectivo madre/familia-niño. Finalmente, en familias con niños entre los 6 y 24 meses de edad las recomendaciones se enfocan a cuidados adecuados, cumplimiento de un calendario de puericultura y vacunación, alimentación saludable, dando relevancia al acompañamiento apropiado de controles pediátricos y tratamientos clínicos.

El acompañamiento que TCH da a las familias beneficiarias es asegurado hasta que la situación de riesgo identificada sea resuelta.

### **Metodología de trabajo**

El proyecto TCH funciona sobre la base de las siguientes estrategias específicas, para reducir la morbi-mortalidad materna e infantil:

1. Sensibilización de los gestores (Alcalde y Secretario de Salud y Acción Social del municipio) para asegurar la adhesión y la inversión;
2. Movilización de la sociedad civil y promoción de la responsabilidad social (líderes comunitarios, grupos organizados, rezadores, grupo de Articuladores sociales, Madrinas y Padrinos sociales, empresas colaboradoras, etc.);
3. Motivación y educación permanente a los profesionales de salud y de las Madres sociales para el cambio de actitud e implementación del plano de cuidados para las gestantes, puérperas, madres amamantando y niños en situación de riesgo clínico y social;
4. Articulación de la red de atención materno-infantil y comunicación entre los tres niveles de atención y los diferentes agentes que participan en el proceso: Centros de salud familiar, maternidades, clínicas particulares, hospitales públicos, Comité de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, Coordinación de ETS<sup>14</sup>/SIDA, Coordinación de vigilancia en salud, Centro Ambulatorio de Prenatal de Alto riesgo del Centro de Especialidades Médicas, centros educativos de obstetricia, pediatría y enfermería, Escuela de formación en salud familiar, Especialidad médica en medicina familiar y comunitaria, Pastoral de la Infancia, Madres sociales, proyectos y equipos sociales, Consejo Tutelar, Consejo Municipal de los Derechos de la Infancia y de la Adolescencia, Consejo Municipal de los Derechos de la Mujer, Consejo Municipal de Salud, entre otros;
5. Monitoreo permanente de los indicadores de proceso y de resultados, evaluación de desempeño, retroalimentación y reorganización de servicios en las cuatro fases de atención materna e infantil;
6. Discusión y clasificación de las muertes maternas, fetales e infantiles del municipio para proponer medidas oportunas y proyectos que reestructuren la atención observando la mejora en la atención;
7. Desarrollo de banco de datos, estudios, investigaciones y descripción de experiencias sobre la atención materno-infantil;
8. Realización de reuniones de planeación estratégica anual y de la reunión de trabajo e integración con el equipo de TCH;
9. Reuniones con el grupo de articuladoras sociales para proyecto acciones de divulgación y captación de recursos y organización de eventos;
10. Sistematización de Guías de Autoaprendizaje para diseminar las estrategias, proyectos y acciones en los Centros de Salud Familiar en Sobral y otros municipios.

## **Sistema de evaluación y monitoreo**

La estrategia de TCH tiene un sistema de monitoreo y evaluación permanente. Para esto se crearon indicadores de procesos y de resultados,

---

<sup>14</sup>ETS=Enfermedades de Transmisión Sexual.

para cada fase de la atención. La información es enviada mensualmente por las Unidades Básicas de Salud del Programa de Salud Familiar (PSF). El Trébol reúne estos datos con los provenientes de la evaluación del Carné de Salud de la Madre y el Niño y de los sistemas de información SIAB, SIS-PRENATAL y SINASC. Se elaboran informes mensuales y un mapa con los datos referentes a la situación de los indicadores de calidad de la atención materno-infantil en cada Unidad de Salud Familiar. Los coordinadores de cada área evalúan el desempeño del equipo, redefiniendo con ellos las estrategias que pueden mejorar los indicadores. Se logra así una retroalimentación constante.

En la evaluación de la atención materna e infantil, la investigación de las muertes maternas, perinatales e infantiles han sido fundamentales. Durante las reuniones mensuales del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil de Sobral se discuten los análisis obstétricos y/o pediátricos de las muertes ocurridas en el mes inmediatamente anterior para identificar las fallas y los éxitos en la atención a la gestante, a la puerpera y al niño. Con base en esta discusión se clasifican las muertes de acuerdo a los criterios de "evitabilidad" y los resultados de ese proceso, y se envían a los organismos y sectores responsables con las debidas recomendaciones con vista a mejorar la atención en este grupo poblacional.

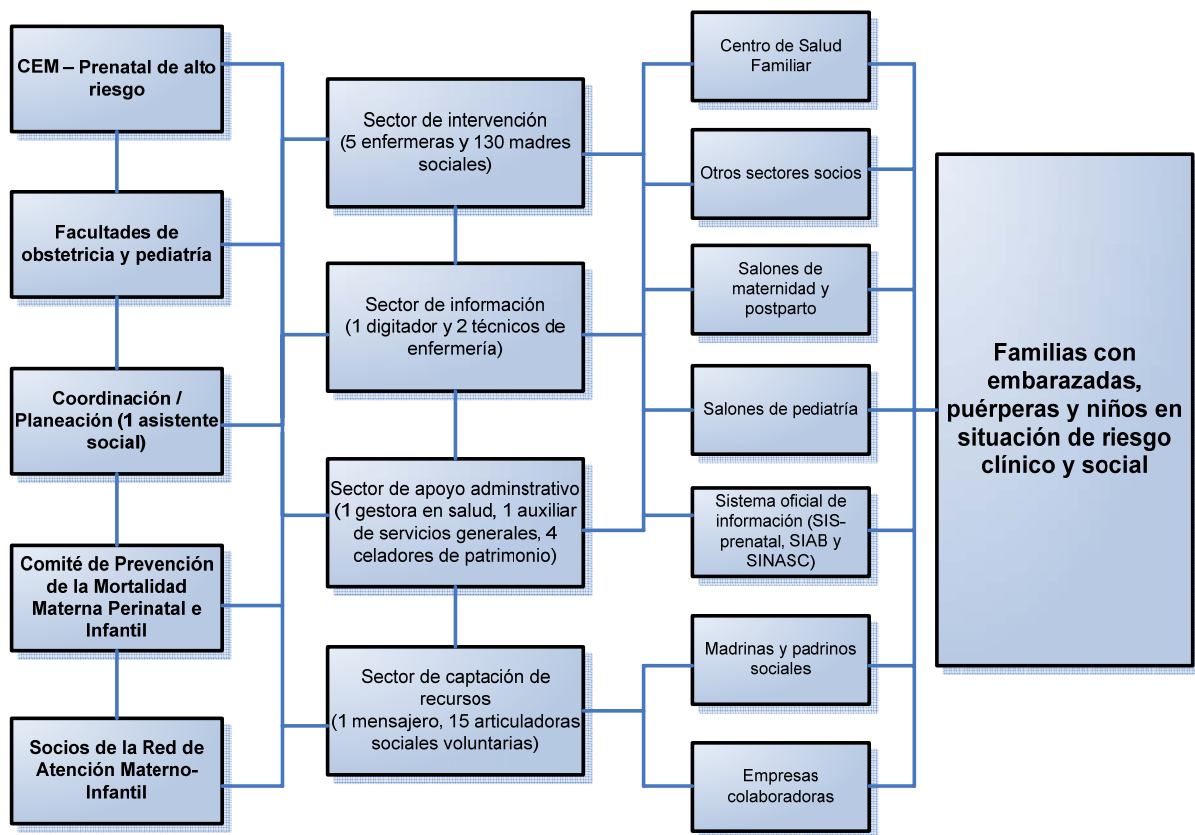
Por otro lado, también se lleva un control constante en el proceso de mercadeo y captación de recursos. Se ejecutan reuniones trimestrales entre el equipo de TCH y el grupo de articuladores sociales para planificar, evaluar y retroalimentar el proceso de difusión y obtención de recursos. El proyecto es administrado mediante un proceso de co-gestión de colectivos, diseñado por la Secretaria Municipal. Las decisiones son tomadas a través de reuniones sistemáticas con representantes de los distintos servicios y de los coordinadores/gerentes de los tres niveles de atención en salud.

La coordinación de TCH realiza reuniones quincenales con el objetivo de organizar el servicio y asegurar la educación permanente e integrar al equipo. La planificación participativa juega un papel fundamental en la motivación del personal y además sirve como evaluación y retroalimentación para la planificación de las metas anuales.

El equipo técnico del proyecto está formado por una asistente social coordinadora, una obstetra, dos pediatras, un psicólogo, dos técnicas de enfermería y un digitador.

La coordinación es responsabilidad de una enfermera del equipo y está integrada a la estructura de coordinación de la atención en salud, tal y como se muestra en el siguiente organigrama.

### **Organigrama del Trébol de Cuatro Hojas**



\*CEM=Centro de Especialidades Médicas. Lugar de atención médica ambulatoria de obstetricia para embarazos de alto riesgo.

Fuente: Responsables del proyecto.

## Costo y financiamiento

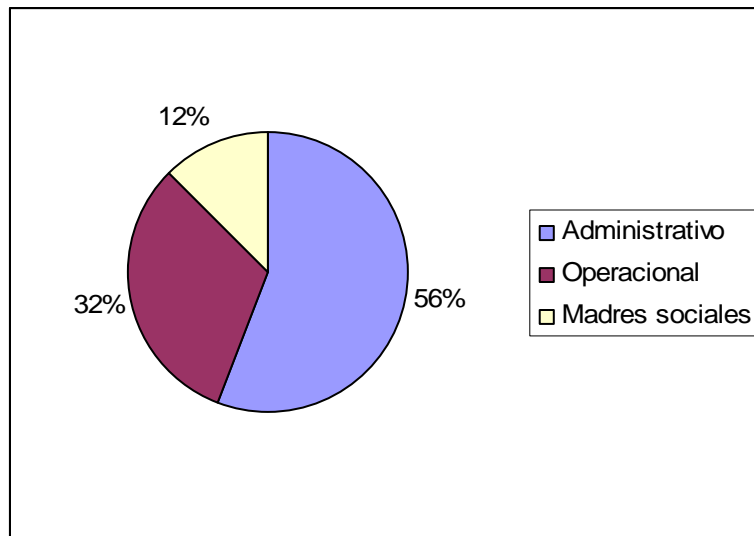
El proyecto es ejecutado por la Secretaria Municipal de Salud y hace parte integral de la política pública municipal de salud. Gran parte del financiamiento viene del Fondo Municipal de Salud, que es un recurso establecido constitucionalmente.

El costo anual total del proyecto en 2006 fue de R\$ 363.636,56 (cerca de US\$ 176 mil). La mayoría de este monto correspondía a actividades que incluyen la manutención de la sede (Ver gráfico No.6), el transporte para la movilización del personal durante las visitas a hospitales o a domicilios y el pago del personal (cerca del 85% del rubro). En segundo lugar estaba el costo de **operación** en donde hay algunos convenios pactados que si bien no requieren de un pago específico, son horas laboradas que si fueran de pagarse habría que tomarlas en cuenta. En esta línea estaban los salarios de las técnicas de enfermería; el procesamiento de información; los distintos proyectos de acción como el de maternidad responsable –entrega del “kit de la embarazada”-, el de difusión de la estrategia, proyecto de combate contra

el hambre materno infantil –labor realizada por las madrinas/padrinos sociales y empresas colaboradoras con la entrega de la canasta básica de alimentos-, producción de los informes mensuales, entre otros. Finalmente, las Madres sociales cuyo costo correspondía a 12% del total de la estrategia, abarca el pago para su identificación, capacitación y salario –jornada diaria de ocho horas y salario por hora que dependerá si es día hábil o fin de semana/feriado-.

### Gráfico No. 6

Distribución de los costos del proyecto Trébol de Cuatro Hojas, 2006.  
Sobral, Ceará, Brasil



Fuente: Formulario de visita en terreno. Septiembre, 2007.

En cuanto a los costos, vale mencionar que es difícil obtener y analizar montos por unidad (por niño o mujer atendida) ya que las actividades específicas que realiza TCH están dirigidas a diversos públicos. Además, la atención a mujeres y niños varía mucho dependiendo del caso. En algunos casos se requiere de solo una visita mientras que en otros el acompañamiento debe realizarse por varios meses.

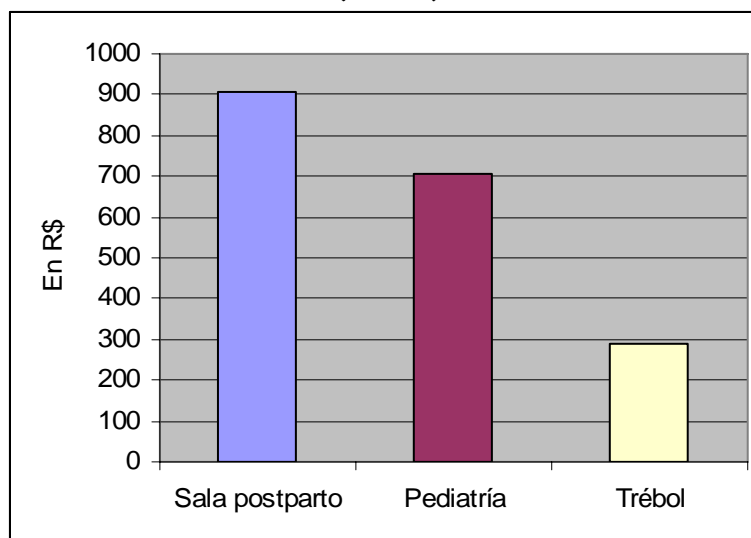
En el año 2009, el costo total de las acciones del Trébol fue de aproximadamente de R\$ 675,286.35 (incluye pago de salarios de un médico gineco-obstetra, dos pediatras, un motorista, entre otros). De este valor, el 8% corresponde al pago de las Madres sociales en 2009.

El valor per cápita del proyecto es más fácil de dilucidar usando el número de familias atendidas. Esta cifra ha aumentado más de cuatro veces en los últimos años, pasando de 250 familias atendidas en 2002 a 1404 en 2009. Siguiendo este esquema, y en base a las cifras de 2009 entregadas por TCH, el costo promedio anual por familia atendida es de R\$ 480.97 (US\$240.48, aproximadamente), unos R\$ 40 (US\$20) mensuales.

En 2004 se realizó un estudio comparativo en Sobral, sobre el costo mensual de la asistencia a un niño según el sector en el que era atendido (Ver gráfico No.7). Se constató que el costo de internación de un bebé en la sala de postparto (alojamiento conjunto) de una maternidad costaba en promedio R\$ 907,95 lo que corresponde al costo en el sistema público de salud -SUS -. En una sala de enfermería pediátrica el costo era un poco más bajo, R\$ 704,37. Por otro lado, el costo mensual de atención de un niño en riesgo a través del TCH (niño hospitalizado) era de R\$ 288.

### Gráfico No. 7

Costo mensual de asistencia infantil por sector de atención, 2004.  
Sobral, Ceará, Brasil  
(en R\$)



Fuente: Formulario de visita en terreno. Septiembre, 2007.

En 2009 la estrategia contó con financiamiento del Fondo Municipal de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (FMDCA), e incluyen los aportes de Madrinas y Padrinos sociales y de empresas colaboradoras.

Cabe destacar que el aporte de los donantes indica una consolidación financiera y el compromiso que tanto del sector público como privado ha nadquirido con el proyecto.

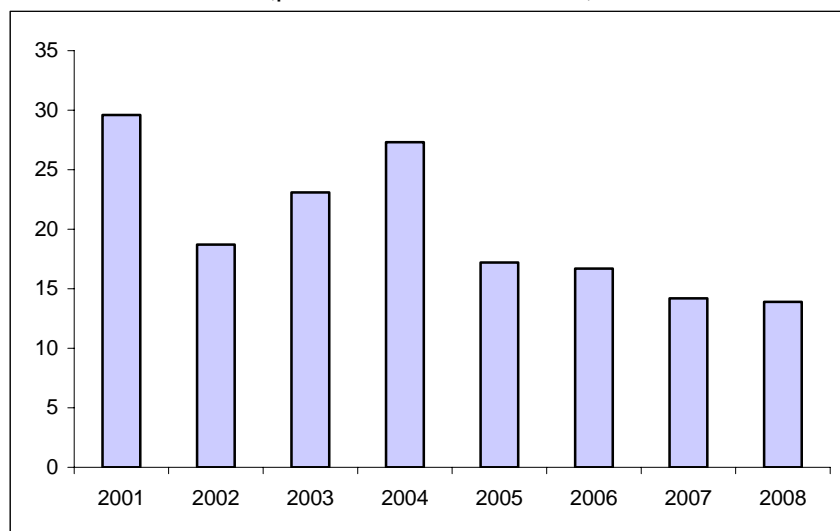
### Resultados

Desde su implementación en 2001, según se observa en el Gráfico 21, la estrategia de TCH ha logrado reducir significativamente la **tasa de mortalidad infantil** (TMI) a 13,8 en 2009 (por mil nacidos vivos). Además ha disminuido las muertes maternas, fetales e infantiles evitables, resultado de la mejora en la calidad de la asistencia materno-infantil en el municipio.

En el gráfico No. 8 se observa, también, que hay años en que la cifra aumenta posterior a la implementación del proyecto en 2001, por ejemplo 2003 y 2004. Según el análisis del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, se debió a errores durante la atención: incremento en la región del número de mujeres hospitalizadas en maternidad y alojamiento conjunto, específicamente en el hospital de referencia Santa Casa de Sobral, lo que favoreció un incremento en las infecciones hospitalarias; falta de una Unidad de terapia intensiva (UTI) neonatal; fallas en la detección precoz de señales de riesgo por parte del equipo y de las madres; fallas en la puericultura; fallas en el seguimiento y adhesión al tratamiento, según los protocolos; condiciones ambientales no favorables (período de inundaciones con varias familias desprotegidas y sin abrigo).

### Gráfico No. 8

Tasa de mortalidad infantil del municipio de Sobral, 2001-2008.  
Ceará, Brasil  
(por mil nacidos vivos)



Fuente: SSAS/Comité de Prevención de la Mortalidad materna, perinatal e infantil de Sobral.

El monitoreo y evaluación, justamente uno de los aspectos más destacados de esta estrategia, logró identificar estas falencias y proponer soluciones. Es así como a finales del 2004 nace "*Gincana Parceiros da Criança*" (Gincana Socios de la Infancia<sup>15</sup>) cuyo objetivo es que los equipos, de forma lúdica, compitan entre sí en el desarrollo de tareas tendientes a la reorganización de los servicios de atención materno-infantil en conjunto con los socios de las redes locales. Algunas de estas tareas son: la organización de la puericultura, las acciones de educación en salud, la detección y el acompañamiento de los casos de riesgo, las acciones intersectoriales, la mejora en la organización del servicio. Como resultado positivo de esta *gimcana*, todos los Centros de

<sup>15</sup> Prueba o concurso en que los participantes deben solucionar muchos obstáculos antes de llegar a la meta.

Salud Familiar pasaron a realizar actividades de puericultura e implementación de un prontuario específico en 2005.

Otras medidas tomadas fueron: reintegrar el proyecto a la Facultad de obstetricia, reestructuración de la facultad de pediatría, institucionalización de los protocolos de prenatal y salud infantil, planificar las acciones permanentes en las áreas de atención que funcionaban sólo en invierno, incentivar la alimentación materna, la contratación de enfermeras neonatólogas por parte de hospitales de referencia, la participación de los representantes de los hospitales en el Comité, entre otros. A partir de estas acciones se ha observado un descenso en la TMI, inclusive por debajo de las metas establecidas en 2006 para la atención básica.

En la cuadro No. 3 se desagrega la TMI de acuerdo a sus componentes. Se observa que la mortalidad neonatal precoz bajó en 2004 y 2007 pero presentó un aumento en los años siguientes.

### Cuadro No. 3

Mortalidad infantil según sus componentes<sup>16</sup>, Sobral, 2002-2006.  
Ceará, Brasil  
(por mil nacidos vivos)

Año	Mortalidad Neonatal		Mortalidad Post-neonatal	Mortalidad infantil
	Precoz	Tardía		
2002	68,7	14,1	17,2	18,7
2003	57,3	20,0	22,7	23,1
2004	48,8	25,6	25,6	27,3
2005	62,9	14,8	22,2	17,2
2006	61,5	21,2	17,3	16,7
2007	46,7	24,4	28,9	14,2
2008	65,9	18,2	15,9	13,9

Fuente: SSAS/Comité de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil de Sobral.

En general, la mortalidad en los primeros días de vida se asocia con problemas perinatales que ocurren durante el parto y los primeros días de vida del recién nacido. Según la Organización Panamericana para la Salud (OPS/OMS), la asfixia, el trauma obstétrico, la prematurez y las anomalías congénitas están vinculadas a morbi-mortalidad en el período neonatal (0 a 27 días de vida), un período vulnerable para la generación de problemas que pueden llegar a producir diferente grado de discapacidad en el futuro. En cambio los problemas post-neonatales (entre 28 y 365 días de vida) están más vinculados a eventos asociados al medio ambiente, en el hogar o

<sup>16</sup>La TMI se divide según el momento de las muertes infantiles (menores de 1 año) en: Período Neonatal (0 a 27 días), subdividido en Neonatal Precoz (desde el nacimiento hasta el sexto día de vida) y Neonatal Tardía (7 a 27 días de vida); y período Post-neonatal (entre 28 y 365 días de vida).

comunidad. Las infecciones, la desnutrición y los accidentes son, con frecuencia, los responsables del daño del niño en este período de la vida. En Sobral se realizaron muchos esfuerzos para mejorar la asistencia materno-infantil en el municipio y el TCH también ha tenido un rol fundamental.

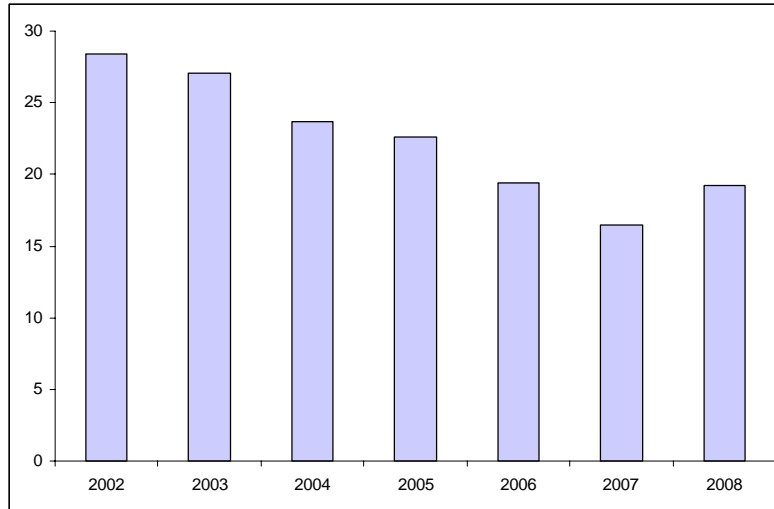
A pesar de los avances mencionados, la mortalidad neonatal precoz marca la diferencia en el municipio, y se relaciona principalmente con la prematuridad. El equipo de TCH, conciente de esta situación y habiendo detectado la poca adhesión al tratamiento de las infecciones del tracto urinario de las embarazadas, en 2007 propuso modificar el esquema de tratamiento de estas patologías. Como consecuencia, ahora se solicita un urocultivo en el primer trimestre de embarazo, lo que permite tratar oportunamente las infecciones urinarias. De esta forma se espera controlar el nacimiento del niño o niña antes de tiempo y así evitar las complicaciones ocasionadas por el parto prematuro.

La **tasa de mortalidad perinatal**<sup>17</sup> (TMP), ha tenido un descenso constante desde 2002, pasando de 28,4 a 16,5 por mil nacidos vivos en 2007 (gráfico No. 9). Este indicador refleja la atención prenatal, intraparto y postnatal. Las tasas decrecientes que ha mostrado el municipio en el tiempo denotan una mejoría importante en la atención materno-infantil. En relación al 2008, un hecho que puede estar ligado al aumento de la TMP (incluye a los óbitos ocurridos con los recién nacidos hasta el sexto día de vida), fue el aumento del número de óbitos infantiles clasificados como inevitables (de 13,6% de los óbitos infantiles ocurridos en 2007, a 35% en 2008), debido a cardiopatías congénitas y malformaciones fetales incompatibles con la vida, entre otros factores.

**Gráfico No. 9**  
Tasa de mortalidad perinatal, Sobral, 2002-2008.  
Ceará, Brasil  
(por mil nacidos vivos)

---

<sup>17</sup>La tasa de mortalidad perinatal es calculada con base al número de muertes fetales (con peso mayor o igual a 500 g o mayor o igual a 22 semanas de gestación) y de nacidos vivos con hasta seis días de vida.



Fuente: SSAS/Comité de Prevención de Mortalidad materna, perinatal e infantil de Sobral.

Evaluaciones hechas por el Comité de Prevención de la mortalidad materna, perinatal e infantil de Sobral concluyen que el descenso de esta tasa se debe principalmente a la reducción en la mortalidad fetal<sup>18</sup>, lo que indicaría la importancia de las acciones ejecutadas durante el embarazo. De hecho el registro muestra que han aumentado el número de mujeres embarazadas con inicio de control prenatal en el primer trimestre de gestación y también la cantidad de gestantes con siete o más consultas prenatales.

Los resultados positivos en la TMP también dan cuenta del perfeccionamiento de los criterios de referencia y contrarreferencia para las maternidades, según la complejidad del caso. Así mismo, contribuyen las visitas domiciliarias precoces que organiza el equipo de salud a la madre y su recién nacido después del egreso del hospital (el agente comunitario de salud y/o enfermero llega en las primeras 24 horas después del alta hospitalaria en día hábil); investigación y monitoreo de los neonatos de riesgo; finalmente, el estudio obligatorio de toda muerte fetal.

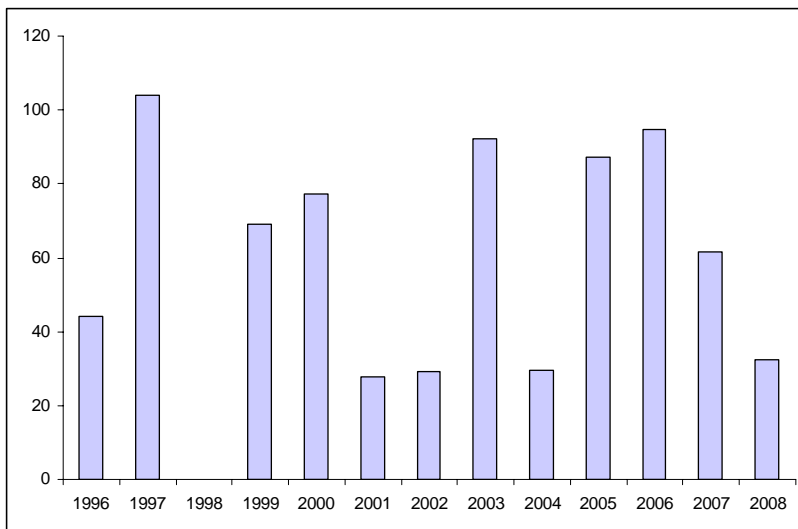
Por otro lado, la **tasa de mortalidad materna**<sup>19</sup> (TMM), a pesar de la reducción identificada en los últimos años (Gráfico No. 10) continúa siendo uno de los mayores desafíos del proyecto, ya que es un indicador muy sensible.

### Gráfico No. 10

Razón de mortalidad materna (óbitos/ 100 mil nacidos vivos), de 1996-2009.  
Sobral, Ceará, Brasil

<sup>18</sup>Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo. Según datos suministrados por TCH, la mortalidad fetal en Sobral bajó de 14,9 por mil nacidos en 2002 a 9,2 en 2006.

<sup>19</sup>Número de defunciones maternas por 100 mil mujeres en edad reproductiva definida como 15 a 44, 10 a 44 o 15 a 49 años. Una defunción materna ocurre cuando fallece una mujer embarazada o que haya estado embarazada en las últimas 6 semanas.



Fuente: Responsables del proyecto, abril de 2009.

La mayoría de las mujeres inician su control prenatal durante el primer trimestre de gestación y tienen siete o más controles durante su embarazo. Situación óptima para evitar la muerte de la madre durante este período. A pesar de esto, el equipo del TCH alerta sobre la necesidad de revisar los indicadores de calidad de la atención durante el embarazo pues los datos cuantitativos no están siendo suficientes para evaluar la asistencia brindada por el municipio.

Como acción permanente para evitar complicaciones y muertes maternas, se fomenta una mayor participación de las mujeres gestantes durante su embarazo, parto y período postnatal, tanto en su cuidado como en el de su recién nacido. Para esto se implementa el **Proyecto Maternidad Responsable**.

En este proceso se interioriza que la calidad del acompañamiento pasa por el establecimiento de conductas claras en relación a la educación en salud, con metodología participativa y con la promoción del autocuidado. Este proyecto empezó con la distribución del "*Kit de la gestante*" en las maternidades para suplir algunas necesidades concretas -principalmente ropa-, para el recién nacido. Ahora, además de suplir una necesidad, es un instrumento para motivar la participación de las gestantes en las actividades educativas. Sólo en 2009, se adjudicaron 672 de estos kits. Actualmente, desde mayo de 2009, este proyecto también procura incentivar en los padres la realización del cuidado adecuado de su bebé. Las técnicas en enfermería del Trébol hacen un registro fotográfico del recién nacido en la maternidad. La foto se entrega a la familia para promover que los padres lleven al recién nacido al Centro de salud de la familia para realizar el Tamizaje Neonatal<sup>20</sup>, consultas

<sup>20</sup> El tamizaje neonatal es un conjunto de pruebas de laboratorio que tiene como objetivo prevenir enfermedades genéticas que no se detectan al nacer, a pesar de una revisión médica cuidadosa.

de puericultura (a los 15 días y al mes de edad), vacuna del mes de nacido, y registro del nacimiento. En 2009 fueron entregadas 1707 fotos.

En cuanto a la mortalidad materna, también se detectó que las gestantes fallecidas no eran clasificadas en riesgo por los equipos que las acompañaban. Pasaban desapercibidos factores que las convertían en población de alto riesgo y por ende no se les brindaba un plan de atención apropiado a su condición.

El fortalecimiento del **Comité de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil** ha sido otro resultado importante del Trébol. La sistematización de cada caso estudiado y discutido sirve para proponer medidas dirigidas a reducir las muertes evitables en toda la red de servicios de salud.

Por otro lado, la población está más conciente de la importancia del **Carné de Salud de la madre y el niño**, como instrumento necesario para el buen acompañamiento de la gestante en cualquier nivel de atención en salud. Según estadísticas recientes del Trébol, el 90% de las gestantes de Sobral portan su carné a la hora del parto, otro 30% son mujeres de consultas particulares. Es decir, todas las mujeres acompañadas por el servicio público de salud utilizan este documento que es indispensable para conocer la evolución del embarazo y parto así como los primeros años de vida del niño.

Además del Proyecto sobre maternidad responsable, se han introducido otras iniciativas para abordar la mayor cantidad de posibles causas de enfermedad y muerte en las familias de Sobral. Un ejemplo de este tipo de acciones es el proyecto **Combate al hambre materno-infantil**, una iniciativa que busca disminuir el riesgo de morbimortalidad materno-infantil relacionada a deficiencias en las necesidades alimentarias básicas. Para evitar muertes o enfermedad por causas nutricionales, el TCH entrega una canasta básica de alimentos a las familias en situación de vulnerabilidad social, tanto mujeres como niños menores de dos años. Entre 2002 y 2009 fueron entregadas 9698 canastas básicas -1109 solamente en el año 2009- a grupos especiales: embarazadas, mujeres en período de lactancia y niños y niñas.

Todas las actividades implementadas por el proyecto TCH buscan potenciar el compromiso, la solidaridad, la integración de las personas del equipo con la sociedad y por ende buscan mejorar la calidad de vida de los pobladores de Sobral. Algunas otras acciones que TCH realiza permanentemente son: Día de princesa (actividades de incentivo a la alimentación materna) y Encuentro solidario, entre otras puntuales dependiendo de la necesidad.

Para las familias beneficiarias, las Madres, Madrinas y Padrinos sociales también se han producido resultados a nivel personal. Hay una excelente percepción de las familias del apoyo social que reciben. Es el caso de una mujer en su cuarto embarazo y clasificada de alto riesgo por sus antecedentes obstétricos -tiene un hijo vivo de 3 años y dos pérdidas

anteriores-. “En los otros embarazos no tuve el apoyo de TCH, pues vivía en otro municipio. Al principio de los embarazos yo caminaba al pueblo dos veces al día para llevar y traer a mi hijo a la escuela. Ahora que tengo a una Madre social apoyándome es ella quien va y así logro mantener el reposo”, dice esta madre.

En cuanto a las Madres sociales, la mayoría trabajan por un ideal, de hecho, las más antiguas revelan que este trabajo les ha significado una mejora en su autoestima y hasta una disminución en los episodios depresivos. “Prefiero trabajar como madre social que en una gran industria”, afirma una madre social. Pero también, el hecho de ser remunerada por su trabajo las llena de satisfacción ya que es un aporte más para el hogar. Una de ellas cuenta, “sin el salario que gano hace cuatro años como madre social, estoy segura que no tendría el apoyo que tengo de mi familia. Mi marido trabaja pero no es suficiente para mantener la casa”. Además de la satisfacción de poder hacer o bien ser reconocida por su propia comunidad, como se puede ver a través del relato de una Madre social: “Me gusta mucho este trabajo. Ya tengo un montón de ‘hijos’ de la comunidad, niños que acompañé y que las madres traen para visitarme y mostrar lo bien que están de salud.”

En el caso de las Madrinas y Padrinos sociales es evidente el compromiso con la estrategia. Al inicio del Trébol había 13 Madrinas/Padrinos sociales inscritos y en 2010 ya alcanzan a 147, tres empresas y 15 Articuladores sociales. Uno de estos importantes actores confiesa, “el gobierno no dejará de dar apoyo a un proyecto que cuenta con una contrapartida financiera de la sociedad civil. El TCH ya hace parte de la política de salud del municipio. La población ya lo tiene incorporado y no aceptará que lo quiten”.

### **Aspectos innovadores**

El proyecto Trébol de Cuatro Hojas tiene una gran cantidad de fortalezas y aspectos innovadores que han logrado su nivel actual de desarrollo, consolidación y resultados. Los puntos más innovadores de esta iniciativa se detallan a continuación:

- Tiene bajo costo y minimiza los de futuras hospitalizaciones.
- El trabajo de las Madres sociales es la parte más visible para la sociedad. Las personas conocen y reconocen su labor y el hecho de ser mujeres de la propia comunidad fortalece el vínculo con los beneficiarios. Además surge como una fuente laboral ya que son mujeres que reciben pago por su servicio.
- Co-responsabilidad en salud: responsabilidad compartida entre el sistema de salud y las familias beneficiadas. La estrategia tiene un enfoque familiar –la mujer y/o niño como parte de una familia- y basado en los principios de promoción de la salud. Se asiste a las familias en riesgo pero siempre buscando potenciar el autocuidado y la autonomía.

- Hay alto grado de consolidación debido principalmente al compromiso y participación de los múltiples actores –de diversos segmentos de la salud municipal- en el proceso de gestión del proyecto.
- Fortalecimiento del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil con un alto nivel de participación de todos los actores sectoriales. Este grupo se reúne mensualmente para planear diversas actividades y propone nuevas líneas en torno a una mejor organización del sistema de atención en salud lo que, adicionalmente, logra articular el equipo de salud con los de Trébol.
- Ejecución articulada entre los tres niveles de atención en salud en donde funcionan los sistemas de referencia y contrarreferencia;
- Protocolos de atención para las cuatro fases de la asistencia materno-infantil (embarazo, parto y nacimiento, puerperio y primeros dos años de vida del niño).
- Co-responsabilidad del gobierno municipal y de la sociedad civil en el financiamiento. El aporte de los donantes y el incremento de las Madrinas y Padrinos sociales indica el sentimiento de solidaridad que despierta en la comunidad y la excelente labor y compromiso de las articuladoras sociales.
- Fuerte interacción con la Universidad, en especial con las facultades de enfermería, medicina y servicio social.
- Plan de cuidados intersectorial elaborado bajo una visión holística que incorpora lo clínico y lo social.
- Base de datos actualizada –diariamente- que proporciona información precisa para la ejecución, acompañamiento y evaluación del proyecto de manera permanente. De esta manera ayuda a mejorar las estadísticas vitales que son un serio problema en toda la región. El hecho de incorporar estos procesos como rutina favorece la difusión y uso de los datos en la generación y fortalecimiento de proyectos de desarrollo y políticas de salud.
- Producción y sistematización de documentos contextualizados a la realidad local –protocolos clínicos, carné, fichas, etc.-.
- Se da un cambio conceptual a nivel colectivo pasando de la trivialización de la muerte de madres y niños a una visión encaminada a garantizar los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y demás pactos y convenciones relacionadas.

El Trébol de Cuatro Hojas constituye una estrategia efectiva de reducción de la mortalidad materna e infantil. Es perfectamente replicable en cualquier municipio con las debidas adaptaciones a la realidad local. Un elemento que facilita esta réplica creativa es la calidad y claridad de la sistematización con la que cuenta. Tiene como principal característica el trabajo conjunto entre el gobierno municipal, la sociedad civil, la comunidad y el sector privado lo que favorece su consolidación. Como tal, también surgen desafíos permanentes tales como asegurar su continuidad como política pública, garantizar la sustentabilidad financiera para mantener, difundir y ampliar las acciones que actualmente realiza y que permitan ampliar el grupo etéreo de los niños acompañados por la estrategia hasta los cinco años.

“Este ya no es más un proyecto. Hoy es una política. Ningún alcalde que llegue a la prefectura tendrá las condiciones de acabar con proyectos como el Trébol de Cuatro Hojas. Es un proyecto que ya está consolidado. Políticamente no da votos –el Trébol-, pero te logra quitar votos si lo eliminas”, comentó la autoridad gubernamental de Sobral.

### **Información de contacto**

**Indhira Sherlock Melo**  
Coordinadora de Trébol de Cuatro Hojas  
*Secretaria da Saúde e Ação Social* de Sobral, Ceará  
indhira.sherlock@hotmail.com  
Tel. (55-88)-3611-6639 ó 3611-2171

## Bibliografía

ADITAL (Agência de Informação Fray Tito para América Latina) (2006), "De África para AL: até quando vamos deixar as mulheres morrer?" [notícias on line], Espanha, <<http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=ES&cod=20766>> [data de consulta: 4 de março de 2008]

Banco Mundial (2005), "Melhorar o atendimento médico das famílias de baixa renda do Brasil: Projeto de Extensão de Saúde para a Família do Brasil" [Artigo on line], Washington, D.C., <<http://go.worldbank.org/FDCHOOL2G0>> [data da consulta: 8 de março de 2008]

BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento) (2007), "Crianças, evolução e qualidade de vida" [Artigo on line], Washington, D.C., <<http://www.iadb.org/news/articledetail.cfm?language=Spanish&artid=3880&artType=WS>> [data da consulta: 8 de março de 2008]

CEPAL (Comissão Econômica para América Latina e o Caribe) (2001), "Retomar a Agenda do Desenvolvimento" [publicação on line], Santiago do Chile, março de 2001, <<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/7280/P7280.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl>> [data da consulta: 8 de janeiro de 2009]

\_\_(2007), "Panorama Social de América Latina 2007" [publicação on line], Santiago do Chile, dezembro, <<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/30305/P30305.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xslt>> [data da consulta: 21 de fevereiro de 2008]

\_\_(2008a), "Balanço preliminar das economias de América Latina e o Caribe 2008" [publicação on line], Santiago do Chile, dezembro de 2008 <  
[http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/34845/LCG\\_2401\\_P\\_resumen.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/34845/LCG_2401_P_resumen.pdf)> [data da consulta: 8 de janeiro de 2009]

\_\_(2008b), "Panorama Social de América Latina 2008" [publicação on line], Santiago do Chile, dezembro, <<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008>> [data de consulta: 8 de janeiro de 2009]

CLAP (Centro Latino-americano de Perinatologia), OPS/OMS (Organização Panamericana da Saúde) (2005), "Mortalidade infantil" [on line], Montevideo, Uruguai, <[http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e17%20-%20-%201%20Mortalidad%20Infantil.%20Edad%20al%20Morir.htm](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e17%20-%20-%201%20Mortalidad%20Infantil.%20Edad%20al%20Morir.htm)> [data da consulta: 7 de março de 2008]

*O Economista* (2007), "Entra em vigor novo salário mínimo de 190 dólares no Brasil" [jornal on line], Espanha, abril <<http://www.economista.é/empresas-finanzas/noticias/191422/04/07/Entra-em-vigor-novo-salario-minimo-de-190-dolares-em-Brasil.html>> [data da consulta: 19 de fevereiro de 2008]

Fausto Pereira dos Santos e Emerson Elias Merhy (2006), "Public regulation of the health care system in Brazil - A review" [série on line], <[http://socialsciences.scielo.org/pdf/s\\_icse/v2nse/scs\\_a09.pdf](http://socialsciences.scielo.org/pdf/s_icse/v2nse/scs_a09.pdf)> [data da consulta: 20 de fevereiro de 2008]

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2007), "Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios" [on line], Brasil, [data da consulta: 9 de janeiro de 2009] <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtm>>

\_\_(2008), "Brasil em síntese –perfil de cidades; taxas de mortalidade-" [on line], Brasil, [data da consulta: 19 de fevereiro de 2008] <[http://www.ibge.gov.br/brasil\\_em\\_sintese/default.htm](http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm)>

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) (2009) "Despesa com pessoal nos Estados cresce 0,34% em 10 anos" [on line], Brasil, [data da consulta: 9 de janeiro de 2009] <<http://www.ipea.gov.br/default.jsp>>

IPECE (Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará) (2008a) "Anuário Estatístico do Ceará -2002/2003, 2004, 2005 e 2006-" [on line], Ceará, Brasil, [data da consulta: 20 de fevereiro de 2008] <<http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/>>

\_\_(2008b) "Ceará em mapas" [on line], Ceará, Brasil, [data da consulta: 20 de fevereiro de 2008] <<http://www.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo3/32/index.htm>>

\_\_(2008c) "PIB municipal" [on line], Ceará, Brasil, [data da consulta: 21 de fevereiro de 2008] <[http://www.ipece.ce.gov.br/PIB\\_MUNIC\\_2002\\_2005.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/PIB_MUNIC_2002_2005.pdf)>

Melamed, Cláudia (1998), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (data da consulta: 31 de julho 2008). <http://inovando.fgvsp.br/conteudo/documentos/20experiencias1997/11%20-%20agentes.pdf>

Nascer Latino-americano (2006) [on line], "Mortalidade fetal na América Latina e o Caribe" <<http://www.nacerlatinoamericano.org/ Archivos/ Menu->

[principal/02\\_ Informacion%20de%20LA%20y%20Caribe/Indice/11mortalidadfetal.html](#)> [data da consulta: 3 de março de 2008]

ONU (Nações Unidas) (2007), "Objetivos de desenvolvimento do Milênio relatório de 2007" [publicação on line], Novos Iorque, <<http://www.um.org/spanish/millenniumgoals/report2007/mdgreport2007r2.pdf>> [data de consulta: 10 de março de 2008]

ONUSIDA/OMS (Organização Mundial da Saúde) (2007), "Situação da epidemia de aids" [publicação on line], <[http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007\\_epiupdate\\_e.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_e.pdf)> [data da consulta: 10 de março de 2008]

OPS/OMS (Organização Panamericana da Saúde) (2006), "A saúde neonatal no âmbito da saúde da mãe, o recém nascido e a criança para cumprir os objetivos de desenvolvimento do milênio das nações unidas" [publicação on line], <<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/consejo.esp.pdf>> [data de consulta: 8 de janeiro de 2009]

\_\_(2007a), "Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde. Sistema Gerador de Tabelas 2001-2007 OPS" [base de dados on line], <<http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>> [data da consulta: 21 de fevereiro de 2008]

\_\_(2007b), "Saúde nas Américas 2007"[publicação on line], Washington, D.C., <<http://www.paho.org/hia/home.html>> [data da consulta: 3 de março de 2008]

Ortiz LP (2001). Agrupamentos das Causas de Morte das crianças com menos de um ano segundo Critério de Evitabilidade das Doenças. São Paulo: Fundação SEADE.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) (2004), "Atlas de Desenvolvimento Humano Brasil"[base de dados on line], Brasil, <<http://www.pnud.org.br/atlas/>> [data da consulta: 19 de fevereiro de 2008]

\_\_(2007), "Relatório sobre Desenvolvimento Humano 2007/2008"[on line], Brasil, novembro <[http://www.pnud.org.br/pobreza\\_desigualdade/reportagens/index.php?id01=2823&lay=pde](http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=2823&lay=pde)> [data de consulta: 19 de fevereiro de 2008]

Prefeitura Municipal de Sobral (2008) "Sobral em dados" [on line], Sobral, Ceará, Brasil, [data da consulta: 19 de fevereiro de 2008] <<http://www.sobral.ce.gov.br/comunicacao/novo2/index.php?pagina=cidade/sobral-em-dados.php>>

Rolim S., Luis Fernando (2006), "A Estratégia do Atendimento Primário no Brasil". Conferência apresentada em Honduras em novembro 2006. [on line] <  
<http://www.lachealthsys.org/documents/events/honduras06/256,1,Slide1>>

Schwarcz Ricardo e Ricardo Fescina (2000), "Maternal mortality in Latin America and the Caribbean", [serie em linha] *The Lancet*, vol. 356, Supplement 1, Dec 2000: S11. <  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6T1B-4DSGX9R-C&\\_user=1922307&\\_rdoc=1&\\_fmt=&\\_orig=search&\\_sort=d&\\_view=c&\\_acct=C000055277&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=1922307&md5=fd1b88610e8ffc46020254ba388ffb26](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T1B-4DSGX9R-C&_user=1922307&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=c&_acct=C000055277&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1922307&md5=fd1b88610e8ffc46020254ba388ffb26)> [data da consulta: 10 de março de 2008]

Svitone Ennio Cufino e outros (2000), "Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program" [série em Internet] *Rev Panam Saúde Publica*, May; 7(5): 293-301. <  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000500002&lng=em&nrm=iso.\\_doi:10.1590/S1020-49892000000500002](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000500002&lng=em&nrm=iso._doi:10.1590/S1020-49892000000500002)> [data da consulta: 21 de fevereiro de 2008]

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) (2007) "Estado Mundial da Infância 2008: Sobrevivência infantil" [publicação on line], Nova Iorque, <  
<http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf>> [data da consulta: 10 de março de 2008]

\_\_(2008) [on line], "Informação por país: Brasil" <  
[http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/brazil\\_1914.html](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/brazil_1914.html)> [data da consulta: 20 de fevereiro de 2008]