

Parte III.D

Maternidad Segura

- Existencia de un plan estratégico u operativo de maternidad segura para promover el acceso a y/o la calidad de los servicios de maternidad segura
- Índice del Programa Materno Neonatal (IPMN)
- Número de establecimientos que proveen las funciones obstétricas esenciales por cada 500,000 personas
- Porcentaje de establecimientos que hacen una revisión de caso/auditoría de caso a las muertes maternas o a los casos cerca de la muerte
- Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a las clínicas de atención prenatal a las que se les hace una prueba de tamizaje para descartar sífilis
- Porcentaje de mujeres con complicaciones obstétricas atendidas en el establecimiento de salud dentro de las primeras dos horas
- Intervenciones cesáreas como porcentaje de todos los nacidos vivos
- Tasa de Letalidad (TL) - todas las complicaciones
- Porcentaje de la audiencia que conoce tres señales primarias de advertencia o de peligro de complicaciones obstétricas
- Porcentaje de mujeres atendidas al menos una vez durante el embarazo por razones relacionadas con el embarazo
- Porcentaje de mujeres a quienes se les dio o que compraron medicina para profilaxis o tratamiento para la malaria durante su embarazo más reciente
- Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antihelmíntico durante el embarazo
- Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado
- Porcentaje de mujeres atendidas durante el período postparto por personal de salud calificado
- Razón de mortalidad materna (RMM)
- Necesidad satisfecha de atención obstétrica esencial (AOE)

La inauguración de la Iniciativa de Maternidad Segura en Kenia en 1987 marcó el inicio de la concertación de los esfuerzos internacionales para reducir la mortalidad materna. Desde entonces, la reducción de la mortalidad materna sigue siendo la meta de muchos programas. Estos esfuerzos internacionales relacionados con la salud buscan reducir las tasas de mortalidad materna en un 75 por ciento entre 1990 y el año 2015 (OMS, 2001c).

La maternidad más segura sigue siendo un factor importante en la agenda política de muchos países, pero la definición de lo que constituye una maternidad más segura ha cambiado mucho durante los últimos 13 años. Una de las principales razones del cambio ha sido la incorporación del enfoque de derechos humanos en la definición de Maternidad Segura, según lo establece la agenda de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). Al definir la mortalidad materna como una injusticia social, los programas para “Una Maternidad Más Segura” pueden apelar hoy día a una gama más amplia de iniciativas políticas, sociales y económicas (FNUAP et al., 1997).

Las políticas y las estrategias para lograr una maternidad segura también han cambiado a medida que se han ido conociendo y comprendiendo mejor los factores que determinan la salud materna. Las principales iniciativas para las nuevas políticas parten de las lecciones aprendidas durante la primera década y quedaron condensadas en una serie de diez mensajes de acción o “Prioridades para la Próxima Década,” las cuales fueron elaboradas por un panel internacional de expertos reunidos en Sri Lanka en 1997 (FNUAP et al., 1997). Dos de estas lecciones merecen mención especial por el papel que tuvieron en la redefinición de las políticas y de las estrategias de la maternidad segura.

La primera de estas lecciones—que la dificultad para predecir las complicaciones significa que “cada embarazo afronta un riesgo”—ha desplazado el énfasis en dirigir los programas hacia las mujeres que están “en riesgo” a ofrecer el acceso universal a la

atención. Tras comprender que la supervivencia materna es una cuestión de acceso a la infraestructura de salud y a la atención oportuna de las emergencias, los programas actuales han reorientado sus esfuerzos hacia ofrecer a todas las mujeres un “paquete básico mínimo” de atención. En el primer nivel de referencia, la atención obstétrica esencial básica (AOEB) debe incluir servicios para el embarazo normal y para la detección y el tratamiento temprano de las complicaciones. Los servicios de cirugía y las transfusiones de sangre deben estar disponibles al nivel secundario, en los establecimientos de atención obstétrica esencial integral (AOEI) (UNICEF, OMS y FNUAP, 1997).

La segunda lección—que la estrategia de capacitar a las parteras tradicionales con habilidades obstétricas mínimas no ha reducido la mortalidad materna—sirve de fundamento para la actual iniciativa global de aumentar la proporción de partos atendidos por un proveedor calificado (Berer y Ravindran, 2001; Graham y Bell, 2000).¹ Se parte, para este enfoque, del supuesto que el personal calificado (un médico, una partera o una enfermera con habilidades obstétricas) con un nivel mayor de capacitación y experiencia debe poder manejar y referir las complicaciones del embarazo con más eficacia y, por lo tanto, reducir el número de las muertes maternas. Debido a que la mayoría de las muertes maternas y de los recién nacidos ocurren en el lapso entre el inicio del trabajo de parto y el postparto inmediato, en todas partes se ha llegado a reconocer que la intervención individual más importante para reducir la mortalidad materna y la mortalidad del recién nacido es garantizar la presencia de un proveedor calificado durante el parto (Graham, 2001).

¹ El término “personal calificado” se refiere exclusivamente a las personas con habilidades obstétricas (por ejemplo, los médicos, las parteras, las enfermeras) que han sido capacitados para ser competentes en las destrezas requeridas para manejar los partos normales y para diagnosticar o referir las complicaciones obstétricas (OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial, 1999).

En el transcurso de los últimos 13 años han surgido muchas otras prioridades y nuevos desafíos que deben abordarse dentro de las acciones de la maternidad segura. La más importante de estas es la pandemia del VIH/SIDA, que en algunos países africanos afecta hasta al 30 por ciento de las pacientes de los servicios de atención prenatal y que requiere urgentemente nuevas intervenciones (Berer y Ravindran, 2001). Otro acontecimiento importante es el creciente énfasis en la atención del recién nacido. Al tener mayor conciencia de que las intervenciones relativamente sencillas, tanto antes como después del parto, pueden reducir en gran medida las ocho millones de muertes perinatales y neonatales estimadas, han surgido mucho más programas con la meta de mejorar la supervivencia del recién nacido. Para mayores detalles sobre la atención del recién nacido, se refiere a los lectores a la Parte III.E del *Compendio*.

En 1992, la OMS, la UNICEF, el FNUAP y el Proyecto MotherCare comenzaron a promover el uso de los indicadores de proceso² para medir en los establecimientos ciertos aspectos de la atención, tales como la calidad de los servicios, el acceso para las mujeres y la utilización de los servicios por parte de las mujeres. Los indicadores a nivel del programa tienen varias ventajas frente a las medidas a nivel de la población: Se pueden utilizar para hacer un monitoreo a corto plazo; proporcionan información adecuada para tomar decisiones a nivel de la gerencia local; y pueden derivarse de los datos disponibles a bajo costo. Este manual incluye varios de los indicadores sugeridos por todos estos grupos. Hasta hace pocos años, la experiencia en el uso de estos indicadores era bastante limitada, pero ahora muchos países los están utilizando para identificar necesidades y para monitorear los programas. El número de publicaciones que describen las fortalezas y las limitaciones de estos indicadores está creciendo (Bailey et al., 2001; Pathak et al., 2001; Ronsmans et al., 1999).

Modelo Conceptual

Existen varios modelos de marcos conceptuales para ayudar a los gerentes de los programas y a las comunidades a entender los factores que determinan la mortalidad materna (Campbell et al., 1997; McCarthy y Maine, 1992; Thaddeus y Maine, 1994; Koblinsky et al., 2000). “El Modelo de las Tres Demoras” identifica los puntos en los que pueden ocurrir demoras para el tratamiento de las complicaciones obstétricas a nivel de la comunidad y del establecimiento.

La primera “demora” (la demora en la decisión de buscar atención) puede que se relacione con una serie de factores, incluidas la falta de conocimiento de las señales de peligro obstétrico, la percepción en la comunidad de que la calidad de atención que ofrecen los establecimientos es mala; o también con la poca disponibilidad de los servicios de salud, incrementando entonces sus costos de oportunidad y reduciendo así la probabilidad de buscar atención.

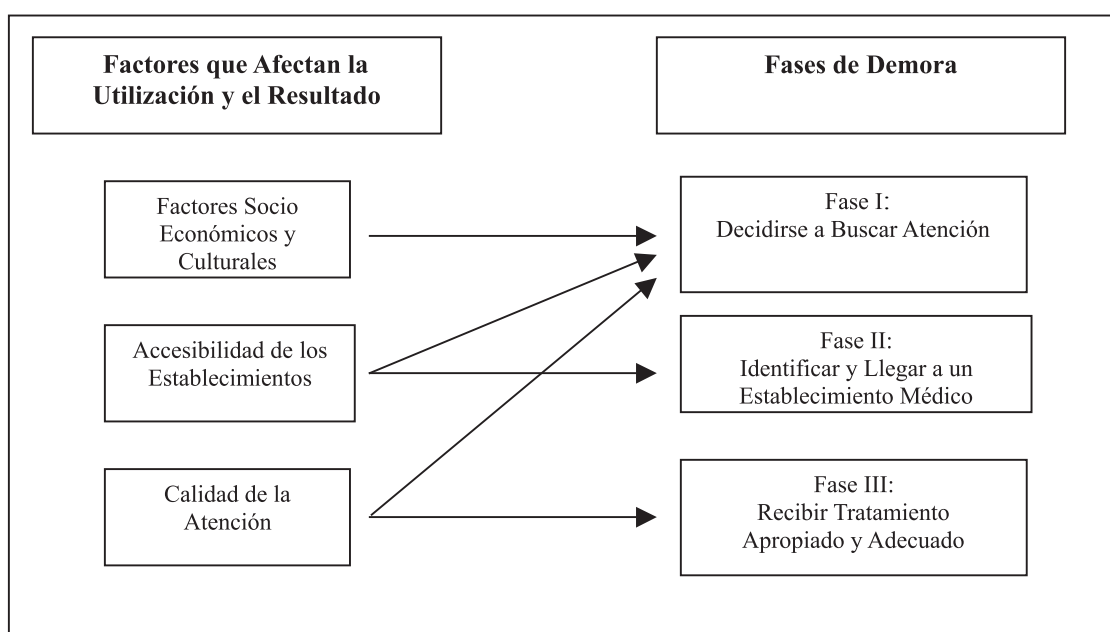
La segunda “demora” (la demora en identificar y llegar a un establecimiento médico) se relaciona con la proximidad geográfica y con la accesibilidad de los servicios de salud, e incluye factores como la disponibilidad de transporte.

La tercera “demora” (la demora en recibir la atención adecuada en los establecimientos de salud) se relaciona con los factores propios del establecimiento, incluidos la disponibilidad de personal, de equipo y de recursos, así como la calidad y (en algunos casos) el costo de los servicios.

Los indicadores para medir los aspectos de cada una de estas demoras se pueden encontrar en la siguiente sección, así como en otras partes del *Compendio*.

² Entre los ejemplos figuran: La necesidad satisfecha y la necesidad no satisfecha de atención obstétrica, el porcentaje de cesáreas, el porcentaje de mujeres con atención del parto por personal calificado y el lugar del parto (para medir el acceso y la utilización de los servicios por las mujeres) y las tasas de letalidad y de referencia (para medir la calidad de la atención).

Gráfica III.D.1 El Modelo de las Tres Demoras



Fuente: Thaddeus y Maine, 1994

Desafíos Metodológicos para Evaluar las Intervenciones de Salud Materna

La evaluación y el monitoreo de los programas de maternidad segura presentan una serie de desafíos metodológicos no solo por la naturaleza de los programas mismos sino también por los cambios en la definición, en las políticas y en las estrategias de maternidad segura, así como por el surgimiento de los problemas emergentes de salud pública que impulsan la necesidad de una gama cada vez más amplia de indicadores. Entre los desafíos metodológicos que se afrontan, se mencionan los siguientes:

- **La mortalidad materna es difícil de medir y no es recomendable utilizar estimaciones para el monitoreo.**

Las estimaciones de la mortalidad materna son valiosas para los fines de promoción y defensa pública, ya que miden directamente el progreso hacia la meta de reducir la mortalidad materna. Sin embargo, estas estimaciones tienen varias debilidades metodológicas que limitan su uso para fines de monitoreo; por ejemplo, tienen un costo alto, no explican las causas de las muertes maternas y no pueden detectar cambios en el corto plazo (Graham, 2001).

Muy pocos países en vías de desarrollo tienen sistemas de registro con una cobertura lo suficientemente amplia como para dar estimaciones precisas de la mortalidad materna a nivel nacional. Los enfoques alternativos para obtener dichas estimaciones, tales como las encuestas y el método de las hermanas, también tienen sus limitaciones en el sentido que producen estimaciones relativamente inexactas y se refieren a períodos de varios años antes de la encuesta. Aún en los países en los que la mortalidad materna es alta, las muertes maternas son eventos poco comunes para poder dar estimaciones con fiabilidad estadística, ya que para esto se necesitan tamaños de muestras muy grandes. Los amplios límites de confianza en el cálculo también hacen difícil, si no imposible, establecer si ha ocurrido algún cambio a lo largo del tiempo. Por todas estas razones, las estimaciones de mortalidad materna deben medirse con poca frecuencia, en el caso que se necesiten (por ejemplo, una vez cada diez años). Para los fines de monitoreo se recomienda usar los indicadores a nivel del programa, ya que pueden medir la disponibilidad, la utilización y la calidad de la atención (AbouZahr, 1999).

- **La morbilidad materna es difícil de definir, de interpretar y de medir.**

La morbilidad materna es mucho más común que la mortalidad, por lo que su prevalencia ofrece un resultado alternativo conceptualmente atractivo a medir. Además, se conoce muy poco sobre la carga que representa la morbilidad reproductiva, por lo que haría falta realizar más esfuerzos para explorar el alcance y los factores determinantes del problema, así como para evaluar la eficacia de las intervenciones (FNUAP et al., 1997).

El vínculo entre morbilidad y mortalidad materna no es directo. Las intervenciones de maternidad segura ofrecen una medida preventiva secundaria básicamente; es decir, previenen las muertes debido a complicaciones, pero no las complicaciones mismas. Además, a diferencia de la mortalidad que tiene un resultado muy definido, la medición de la morbilidad es difícil de definir y, por lo tanto, de medir. Aun aquellas personas que han recibido capacitación médica pueden cometer errores al clasificar las complicaciones, por lo que es difícil generar mediciones comparativas significativas (Fortney y Smith, 1999).

- **Los resultados deben medirse para dos personas: La madre y el recién nacido.**

Los programas de maternidad segura deben tomar en consideración los resultados para dos personas distintas: La madre y el recién nacido. Bajo la mayoría de circunstancias, las intervenciones que benefician o dañan a la madre afectan también al recién nacido y viceversa, aunque hay algunas excepciones importantes. Por ejemplo, una intervención cesárea por sufrimiento fetal puede ser crucial para garantizar un buen resultado neonatal, pero puede tener una influencia más negativa en la salud de la madre que la que ocasiona un parto normal por vía vaginal.

- **La atención materna apropiada es un proceso complejo para el que se requiere monitorear múltiples indicadores.**

A diferencia de lo que ocurre con la mayoría de las áreas de salud pública, la atención materna apropiada es un proceso complejo que involucra una amplia gama de servicios preventivos, curativos y de emergencia, al igual que varios niveles de atención (desde el nivel de la comunidad hasta el nivel de los establecimientos y aún más allá). Cuando hay una emergencia, se pone en

acción una compleja cadena de acontecimientos necesarios para garantizar que una mujer recibe la atención adecuada. Primero, es necesario que la familia pueda reconocer el problema y tenga acceso a los servicios apropiados. Segundo, debe haber el equipo, los suministros y los medicamentos disponibles en el establecimiento, para que el proveedor del servicio pueda hacer un diagnóstico correcto y pueda dar el tratamiento adecuado con la debida prontitud. Si no se puede dar la atención definitiva en el nivel primario, es necesario que haya transporte rápidamente disponible para llevar a la mujer a un nivel de atención superior, el que a su vez debe poder prestar los servicios apropiados. Si se presentan problemas en cualquiera de estas etapas, la mujer puede recibir una atención inferior al estándar, lo cual puede ser de vital importancia para determinar los resultados. Desde la perspectiva del programa, se requiere una serie de indicadores para determinar si, en la ecuación, un problema ocurre del lado de la “demanda” o de la “oferta” y, por ende, si las intervenciones a efectuar deben involucrar la movilización comunitaria, el cambio de comportamiento, el desempeño del sistema de salud o una combinación de todos estos factores.

- **Es difícil interpretar si los resultados son atribuibles a las intervenciones del programa, porque la mayoría de las intervenciones consisten en “paquetes” de servicios.**

Es difícil demostrar cambios en los resultados de un programa de maternidad segura, porque los programas por lo general ofrecen un “paquete” de atención a las comunidades y no una sola intervención en lo individual. Por lo tanto, estos programas no se prestan fácilmente a los diseños experimentales comunes, como el diseño experimental aleatorizado con un grupo control o el diseño experimental aleatorizado con conglomerados a nivel de la comunidad. Muchos programas optan por los diseños que utilizan el modelo de “pretest-posttest” para fines de evaluación, con lo que se puede demostrar una “asociación razonable,” aunque no se llegue a demostrar la causalidad (FNUAP et al., 1997).

Selección de los Indicadores

Los indicadores de esta sección del *Compendio* se proponen para utilizarse a nivel nacional o en el contexto de los programas grandes primordialmente, pero muchos de ellos pueden usarse en el contexto más amplio del

monitoreo y la evaluación. Un pequeño grupo de expertos que trabaja actualmente en el monitoreo y en la evaluación de los programas de maternidad segura y de salud del recién nacido seleccionó estos indicadores después de hacer amplias consultas con otros expertos que trabajan en el campo de la salud materna, partiendo de la base que estos indicadores:

- Son ampliamente utilizados por las organizaciones internacionales o por los ministerios de salud;
- Tienen un vínculo relativamente sólido con los resultados de salud o de mortalidad; y
- Tienen la probabilidad de producir comparaciones válidas a nivel nacional e internacional.

No todos los indicadores de esta sección tienen la misma consistencia o proveen la misma calidad de información. Algunos se incluyen por la importancia potencial de la información que proporcionan, aunque la viabilidad de recolectar información válida a nivel nacional pueda ser limitada (por ejemplo, el **Porcentaje de Mujeres que Acuden a las Clínicas de Atención Prenatal y que se les hace una Prueba de Tamizaje para Descartar Sífilis**). Se incluye al menos un indicador para representar cada uno de los elementos del marco conceptual propuesto para la maternidad segura, aunque para ciertos encabezados no había indicadores disponibles con suficiente “consistencia.”

(Véase la Gráfica III.D.1). Además, se incluyen los indicadores a nivel del programa, porque actualmente se están utilizando en muchos lugares y porque proveen información útil sobre la planificación y la toma de decisiones a nivel local. Sin embargo, es evidente que algunos de ellos no se proponen para utilizarse a nivel nacional.

Los indicadores que se incluyen en esta sección centran su atención en una definición más bien limitada de lo que es la maternidad segura; no abordan los temas relacionados, como el VIH/SIDA, las ITS o la condición nutricional, aunque estos factores evidentemente tienen un fuerte impacto en los resultados de salud materna y salud neonatal. Se da prioridad a los indicadores que actualmente están siendo utilizados para monitorear los programas de maternidad segura y a los que están más relacionados con los resultados maternos. Reconocemos que hay vínculos estrechos entre la maternidad segura y estas otras áreas de la salud reproductiva, pero los indicadores para estas otras áreas específicas aparecen en sus respectivas secciones.

Idealmente, las personas que trabajan en el campo de la maternidad segura eventualmente lograrán un consenso sobre cuáles son los indicadores que deben utilizarse para monitorear los programas de maternidad segura a nivel nacional, tal como se ha logrado para el monitoreo de los programas de SIDA (ONUSIDA, 2000). Los indicadores de esta sección representan un avance hacia dicho consenso; sin embargo, los programas necesitan desarrollar sus propios indicadores, conforme a los objetivos del programa y a las intervenciones diseñadas para alcanzarlos.

Indicador

EXISTENCIA DE UN PLAN ESTRATÉGICO U OPERATIVO DE MATERNIDAD SEGURA PARA PROMOVER EL ACCESO A Y/O LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD SEGURA

Definición

El grado de apoyo explícito al acceso a y/o la calidad de los programas de maternidad segura por parte del gobierno y otras entidades, incluidas las organizaciones que proveen los servicios

La mayoría de los países en desarrollo, aunque no todos, ya tienen algún tipo de ley, política, o estrategia nacional de PF/SR que podría estar expresada por separado o estar incluida dentro de las políticas o planes estratégicos más generales de SR.

Datos Requeridos

Este indicador cualitativo se refiere a la existencia de un plan de maternidad segura. Los evaluadores le asignan un valor de “sí” al indicador, si existe un plan estratégico o de implementación. En algunos casos, las estrategias de maternidad segura están incorporadas dentro de los planes de implementación de salud reproductiva o de salud materna infantil; por lo tanto, los evaluadores deben analizar dichos planes para determinar si los objetivos y las estrategias correspondientes abordan adecuadamente la problemática de maternidad segura.

Se requiere la evidencia de un plan aprobado de maternidad segura con muestras de su aprobación (o de haber sido presentado para aprobación). Además, la documentación de apoyo debe incluir el plan, en dónde y por quién fue emitido o publicado y la manera en que dicho plan promueve el acceso a, o el mejoramiento de, la calidad de los servicios de maternidad segura.

Fuente(s) de Datos

Los documentos de la organización gubernamental designada como la entidad responsable de coordinar la maternidad segura o la salud reproductiva. El análisis del contenido del plan debe determinar si el plan cumple con los siguientes elementos: (1) Define los objetivos del programa de maternidad segura del país; (2) define una estrategia clara para lograr dichos objetivos; (3) establece una estructura organizativa para el programa que sea consistente con la estrategia y que cubra tanto

al sector privado como al público, incluidos los grupos de mujeres; y (4) calcula y proyecta los recursos que se requieren para implementar la estrategia, y especifica cómo se obtendrán dichos recursos.

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador mide el grado de apoyo explícito al acceso y/o a la calidad de los programas de maternidad segura por parte del gobierno y de otras entidades, incluidas las organizaciones que proveen los servicios. Este indicador nos dice si la política se traduce en un plan estratégico o de implementación. Su propósito es medir si el programa de maternidad segura, o el programa de embarazo seguro, ha desarrollado una visión clara de su misión y de sus objetivos, así como de las estrategias para alcanzarlos. La planeación estratégica de su implementación a nivel nacional requiere la participación de diversos ministerios o departamentos del gobierno, incluidos el de salud, el de finanzas, el de planificación, el de información, educación y gobernación, así como de grupos importantes del sector privado (como las ONG y las instituciones comerciales), los grupos de mujeres y las organizaciones cívicas y religiosas.

ÍNDICE DEL PROGRAMA MATERNO NEONATAL (IPMN)**Definición**

Este indicador consiste en puntaje (de 0 a 100) para medir la fortaleza del programa nacional de salud materno neonatal de un país dado, en lo que respecta a cinco áreas principales: Las políticas y los servicios de apoyo, la capacidad de los establecimientos, el acceso a los servicios, la atención recibida y la planificación familiar. Estas cinco áreas principales cubren 13 componentes:

- Capacidad de los centros de salud;
- Capacidad de los hospitales de distrito;
- Porcentaje de mujeres que tienen acceso;
- La atención en las visitas de atención prenatal;
- La atención durante el parto;
- La atención del recién nacido;
- La planificación familiar en los centros de salud;
- La planificación familiar en los hospitales de distrito;
- Las políticas para el embarazo seguro;
- Los recursos;
- Información, educación;
- Capacitación; y
- Monitoreo y evaluación.

Dentro de cada componente, el investigador promedia los elementos para producir un puntaje por componente y convierte dicho puntaje en una escala de 0 a 100. El índice proporciona también un puntaje total, que es simplemente el valor promedio de los trece componentes, cada uno ponderado con el mismo peso específico (Bulatao y Ross, 2000).

Datos Requeridos

Las respuestas a un cuestionario detallado que contiene 81 elementos, completado por ciertos informantes clave seleccionados (entre los expertos de los ministerios de salud, de las escuelas de medicina y de las universidades, de las organizaciones no gubernamentales y comunitarias y de los donantes). Además de calificar la suficiencia del programa actual, los expertos califican la condición de cada uno de los elementos del cuestionario para los tres años antes de la encuesta.

Fuente(s) de Datos

El cuestionario del IPMN con respuestas de 10 a 25 personas por cada país

Propósito y Temas a Considerar

El propósito del IPMN es evaluar la fortaleza del programa nacional materno neonatal y medir los cambios a lo largo del tiempo. Más específicamente, el IPMN mide el esfuerzo realizado para tratar de reducir la mortalidad y la morbilidad materno/neonatal en un país. El índice está diseñado para evaluar únicamente los insumos, los procesos y los productos del programa con relación a la “provisión,” o sea, del lado del programa del marco conceptual (Ross, Campbell y Bulatao, 1999). El IPMN también proporciona una medición para hacer comparaciones entre los distintos países o regiones. El IPMN no está diseñado para proporcionar una medición individual de la calidad de la atención materna, sino que proporciona diversas medidas que definen, en conjunto, un estándar generalizado con el que deben cumplir los programas (Bulatao y Ross, 2000).

El instrumento del IPMN depende de los juicios que emitan los expertos, reproduciendo así un enfoque que se usa en la planificación familiar y en el VIH/SIDA. (Véase el **Índice de Esfuerzo del Programa de Planificación Familiar** y el **Índice del Programa de SIDA** en las Partes III.B y III.C del *Compendio*, respectivamente). Sin embargo, los estándares son en última instancia subjetivos, ya que dependen del conocimiento y la experiencia de los calificadores, que son distintos para cada país. Aunque el protocolo para la recopilación de los datos sugiere utilizar personas con antecedentes distintos para calificar (al menos diez personas por país), es difícil validar sus calificaciones [Ross, Campbell y Bulatao, 2000]].

Otra limitación del indicador es la dificultad de correlacionar el índice estrechamente a una reducción de la mortalidad materna, en gran medida porque es difícil determinar con precisión los niveles de mortalidad materna (Bulatao y Ross, 2001).

NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS QUE PROVEEN LAS FUNCIONES OBSTÉTRICAS ESENCIALES POR CADA 500,000 PERSONAS³

Definición

El número de establecimientos que proveen las funciones obstétricas esenciales o de emergencia, por cada 500,000 habitantes

Las funciones obstétricas esenciales se definen de la siguiente manera:

- Administración parenteral de antibióticos;
- Administración parenteral de medicamentos oxitócicos;
- Administración parenteral de anticonvulsivantes para la hipertensión inducida por el embarazo;
- Remoción manual de la placenta;
- Remoción de los restos placentarios (por ejemplo, aspiración al vacío);
- Parto vaginal asistido (por ejemplo, extracción al vacío, uso de fórceps);
- Cirugías (por ejemplo, Cesáreas); y
- Transfusiones de sangre.

Los establecimientos se dividen entre aquellos que proveen atención obstétrica esencial “básica” (AOEB) y los que proveen atención obstétrica esencial “integral” (AOEI). Si un establecimiento ha realizado cada una de las primeras seis funciones *durante los últimos tres meses*, califica como establecimiento de AOE básica. Si ha realizado las ocho funciones, califica como establecimiento de AOE integral.

Datos Requeridos

Un recuento de los establecimientos que llenan los requisitos para la atención obstétrica esencial “básica” e “integral”

Fuente (s) de Datos

Las inspecciones en los establecimientos, con el fin de examinar los expedientes médicos o las estadísticas del servicio. Idealmente, los registros deben de indicar la lista de las funciones obstétricas esenciales. Las entrevistas con el personal que tiene experiencia en atender a las pacientes obstétricas constituyen una segunda fuente de información, aunque tienen potencialmente más sesgos que los registros por escrito.

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador demuestra la existencia de los servicios de atención obstétrica que podrían salvar vidas. El indicador hace una distinción entre los servicios de atención “básica” y los servicios de atención “integral,” para hacer énfasis en que las vidas maternas se pueden salvar no solo en los hospitales que proveen todos los servicios listados sino también en los centros de salud y en los hospitales más pequeños que no los ofrecen.

La lista tiene el propósito de ser breve para facilitar el monitoreo y la evaluación; no constituye un listado completo de los servicios que los establecimientos de AOE básica o integral deberían de ofrecer. Se omiten servicios valiosos en esta definición del establecimiento AOE. Por ejemplo, no se incluye al uso de la anestesia, aunque se asume que es necesaria para la cirugía obstétrica.

Para que el establecimiento califique como un establecimiento que provee los servicios con calidad, debe contar con un banco de sangre confiable y seguro, con pruebas universalmente aceptadas para el tamizaje y con abastecimiento de sangre. Idealmente, al menos en los establecimientos que ofrecen atención obstétrica esencial integral, las funciones deben de estar disponibles durante las 24 horas al día, los siete días de la semana.

³ Una buena parte del texto para este indicador proviene de Maine, McCarthy y Ward, 1992; de UNICEF, OMS; y FNUAP, 1997.

Aunque resulta lógico, el vínculo causal entre las muertes maternas y este indicador no está plenamente demostrado, pero no hay ninguna duda en cuanto a que los servicios de AOE deben existir para salvar la vida de muchas mujeres.

Este indicador es relativamente fácil de producir, pero debe reflejar la manera en que realmente funcionan los establecimientos y no la manera en que se supone que deberían de funcionar. Por ejemplo, podría suceder que los proveedores refieran a las pacientes a un nivel de atención superior, porque no tienen suficiente confianza en su capacidad, aunque en otros aspectos estén adecuadamente equipados para atender a estas pacientes.

Por lo general, las evaluaciones a nivel del establecimiento cubren todos los establecimientos de una área específica, aunque los establecimientos privados podrían estar más renuentes a colaborar que los establecimientos públicos. También se podrían hacer muestreos de los establecimientos, generalizables a nivel nacional, tal como ocurre con la Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS), aunque las muestras podrían no incluir siempre todas las funciones anteriormente descritas (Proyecto MEASURE DHS+, 2000).

Este indicador debe responder a cambios a lo largo de un período de tiempo relativamente corto (por ejemplo, de 6 a 12 meses).

Por lo general, el indicador aplica para una región grande o para un país. La UNICEF, la OMS y el FNUAP recomiendan que haya de uno o más establecimientos de AOE integral y de cuatro o más de AOE básica (como los niveles mínimo aceptables por cada 500,000 habitantes). Si algunas áreas no llegan a tener este mínimo nivel general, se puede tratar de elevar la condición de los establecimientos existentes y/o de construir nuevos establecimientos. Si se cumple con los niveles mínimos, los evaluadores deben examinar la distribución geográfica, analizando divisiones más pequeñas de la población. Las mediciones sumarias a nivel nacional podrían ocultar importantes disparidades a nivel subnacional, por lo que se recomienda desagregar los datos, tanto por división geográfica (urbana/rural) como por división administrativa o

afiliación institucional (pública/privada) (Bertrand y Tsui, 1995).

El uso de este indicador en una gran variedad de países nos ha alertado sobre al menos tres dificultades en su aplicación. Primera, en aquellos lugares en los que el terreno geográfico es particularmente agreste y el transporte es precario (tal como ocurre en las montañas de Nepal o Bután), la razón de establecimientos sobre la población podría requerir cierto ajuste para usarse a nivel local. Segunda, el período de referencia para evaluar si se ha realizado una función o procedimiento o no es de tres meses por lo general. Sin embargo, de ser bajo el volumen de pacientes, puede que una o más funciones no se realicen, porque la ocasión no se presentó, y no por falta de infraestructura o de capacidad del proveedor. Por último, la tercera situación concierne a la práctica médica normativa que podría no incluir uno de los procedimientos, por ejemplo, el parto vaginal asistido. En algunos países, ya no se les capacita ni a los estudiantes de medicina ni a las parteras en la práctica de extracción al vacío o en el uso de fórceps durante el parto, y solamente algunos proveedores de mayor edad tienen experiencia en desempeñar estos procedimientos.

Para resolver estos problemas, se podría considerar la posibilidad de preparar el indicador de distintas maneras; pero recomendamos, para hacer comparaciones eficaces entre los distintos establecimientos a lo largo del tiempo y del espacio, mantener la definición operativa original de estas razones. Los evaluadores deben documentar muy bien cualquier cálculo alternativo y deben reportar la razón ajustada de la población sobre el establecimiento; el plazo del nuevo período de referencia (si este se extendiera); la manera en que se creó una categoría de AOE básica “potencial” (cuando un procedimiento se suele realizar pero no se realizó durante el período en estudio); o la manera en que se establecieron los criterios nacionales (si estos omiten alguna función en particular).

Para mostrar la distribución de los establecimientos de AOE a nivel subnacional, los evaluadores podrían calcular también el “número de establecimientos de AOE” para áreas geográficas más pequeñas.

Indicador

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS QUE HACEN UNA REVISIÓN DE CASO/ AUDITORÍA DE CASO A LAS MUERTES MATERNAS O A LOS CASOS CERCA DE LA MUERTE

Definición

El número de establecimientos que hacen una revisión de caso/una auditoría de caso a las muertes maternas o a los casos cerca de la muerte

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de establecimientos que hacen una revisión de caso/auditoría de caso a las muertes maternas/o a los casos cerca de la muerte}}{\text{\# de establecimientos en el nivel apropiado*}} \times 100$$

* Ciertos establecimientos serán demasiado pequeños para hacer sus propias auditorías, aunque tal vez participen en los procedimientos establecidos por otras entidades.

Una revisión de caso se refiere a una revisión detallada del manejo de una paciente o de un “caso clínico” en particular.

La auditoría de caso es el análisis sistemático y crítico de la calidad de la atención. La auditoría de caso es distinta a la revisión de caso, porque examina todo el proceso de la atención y su cumplimiento con los estándares de atención, y forma parte de un ciclo iterativo de mejoramiento de la calidad (Graham et al., 2000). Entre los distintos tipos de auditorías, figuran:

- Las auditorías de las muertes maternas, que consisten en la revisión detallada de todos los eventos que condujeron a la muerte materna. La auditoría puede abarcar la revisión de los expedientes y los informes del personal, así como las entrevistas con el personal, con los familiares o con algunos miembros de la comunidad;

- Las auditorías que se basan en criterios evalúan la calidad del manejo clínico de las complicaciones obstétricas comparado con los estándares establecidos para la mejor práctica; y
- Las auditorías de caso para los casos “cerca de la muerte” se hacen después de que ha ocurrido el evento que puso en peligro la vida de la mujer y que durante el cual se consideró que ella estuvo al borde de la muerte. El criterio para definir lo que se entiende por “al borde de la muerte” debe estar claramente definido (Koblinsky et al., 2000).

Datos Requeridos

El número de establecimientos que hacen auditorías de caso o participan en las auditorías de caso a las muertes maternas o a los casos cerca de la muerte; la cantidad de establecimientos que hay en un área geográfica específica

Fuente(s) de Datos

Inspecciones a los establecimientos de salud; expedientes de los equipos administrativos de los distritos o de las áreas de salud

Propósito y Temas a Considerar

La auditoría es uno de los mecanismos establecidos para mejorar el desempeño de los proveedores de salud en los países desarrollados y también se puede aplicar a los países en vías de desarrollo, según muestran los resultados de los estudios realizados recientemente.

La evidencia de la eficacia de las auditorías clínicas varía, en parte, debido a la naturaleza distinta de las intervenciones a evaluar (NHS Centro para la Revisión y Diseminación, 1999).

La recopilación de este indicador se puede incluir dentro de una encuesta a nivel del establecimiento (MEASURE DHS+, 2001), aunque es necesario que la mayoría de los programas establezcan su propio sistema de

monitoreo para evaluar la cobertura y la calidad de la práctica de una auditoría efectiva.

Este indicador mide únicamente la proporción de los establecimientos que hacen revisiones o auditorías de caso, pero no la calidad o el impacto de los procesos de revisión. Aunque la revisión de casos forma parte de las actividades rutinarias de un establecimiento, la auditoría eficaz no lo hace. Por esta razón es probable que los programas quieran recopilar información complementaria sobre la calidad y la eficacia de este proceso.

En la mayoría de casos, los establecimientos más pequeños considerarán que no es práctico realizar sus propias auditorías o revisiones de caso. Sin embargo, se recomienda que los representantes del personal participen en los ciclos de auditoría que hacen los establecimientos más grandes o en las auditorías que se hacen a nivel del distrito o de la región.

Indicador

PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A LAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN PRENATAL A LAS QUE SE LES HIZO UNA PRUEBA DE TAMIZAJE PARA DESCARTAR SÍFILIS

Definición

El porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal y que se les hace una prueba de tamizaje para descartar sífilis

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres embarazadas que acuden a las clínicas de atención prenatal y que se les hace una prueba de tamizaje para descartar sífilis}}{\text{\# de mujeres embarazadas que acuden a las clínicas de atención prenatal}} \times 100$$

Este indicador se calcula, por lo general, para las mujeres que acuden a la primera consulta de atención prenatal, pero también se puede recopilar posterior al parto.

Entre las pruebas de tamizaje más comunes para descartar sífilis, figuran la prueba rápida de la reaginina plasmática y la prueba de referencia de laboratorio para las enfermedades venéreas.

Datos Requeridos

El número de mujeres que acuden a las clínicas de atención prenatal durante un período de referencia (por ejemplo, un año) y que se les hace una prueba de tamizaje para descartar sífilis; el número de mujeres que acuden a la misma clínica de atención prenatal durante el mismo período de referencia

Fuente(s) de Datos

Los registros del ingreso a la clínica (datos de la primera consulta) o los expedientes de la atención prenatal (los expedientes personales de APN o las fichas que se llenan después del parto o en el postparto inmediato)

Las entrevistas de salida con las clientes del establecimiento y la observación a los proveedores sirven para los fines de una evaluación, pero no el monitoreo

Propósito y Temas a Considerar

El propósito de este indicador es medir el grado en que se hacen las pruebas de tamizaje para descartar sífilis a las clientes de la atención prenatal. Debido a que todas las mujeres que reciben atención prenatal deberían someterse a una prueba de tamizaje para descartar sífilis por lo menos una vez durante el embarazo, la medición podría servir potencialmente como medida sustituta o una aproximación estimada de la calidad de los servicios de atención prenatal (FNUAP, 1998a). Además, si existe un estándar explícito para someter a esta prueba a todas las mujeres al menos una vez durante el embarazo, el indicador también se podría utilizar como un ejemplo o modelo para auditar el desempeño del proveedor (o del sistema) frente al cumplimiento de la política local de hacer las pruebas de tamizaje.

En los países en desarrollo, la infección por sífilis es una causa importante de morbilidad materna y de morbilidad perinatal. En muchos países africanos, la prevalencia de sífilis reportada entre las mujeres embarazadas en los sitios de vigilancia centinela oscila de 10 a 15 por ciento, con resultados adversos para más de la mitad de estos embarazos, como abortos, mortinatos, bajo peso al nacer, parto prematuro o infecciones congénitas (OMS, 1991b). Debido a que los resultados adversos de la sífilis son prevenibles y que el tamizaje y el tratamiento durante el embarazo son sumamente costo-eficaces, muchos países han adoptado como política nacional el tamizaje universal de sífilis para todas las mujeres embarazadas (Gloyd, Chai y Mercer, 2001).

Los programas de tamizaje por sí solos no pueden ayudar a reducir los resultados adversos asociados a la sífilis; deben vincularse con otros esfuerzos para incrementar la cobertura de la atención prenatal y para mejorar el seguimiento y el tratamiento a las mujeres cuya prueba da un resultado positivo y a sus compañeros.

Los investigadores podrían recopilar los datos para calcular este indicador rutinariamente, si los expedientes clínicos de atención prenatal registraran las pruebas de

tamizaje para descartar sífilis que se han realizado. La mayoría de veces, sin embargo, la información se recopila en el contexto de las encuestas especiales que examinan los carnés de atención prenatal de las mujeres que han tenido un parto reciente. Si las mujeres conservan sus carnés de atención prenatal, los investigadores pueden realizar estas encuestas a nivel del establecimiento o de la comunidad.

Las entrevistas de salida con las clientes y la observación de los proveedores (MEASURE DHS+, 2001; OMS, 1998b) pueden proporcionar una medición de línea basal para los fines de la evaluación, pero estos métodos tienen limitaciones, porque evalúan a ciertas mujeres que todavía no han completado su atención prenatal y que, en teoría, todavía podrían ser sometidas a una prueba de tamizaje (MEASURE DHS+, 2001; OMS, 1998a).

El porcentaje de mujeres a las que se les hace una prueba para descartar sífilis debería responder rápidamente a cambios en las prácticas de los proveedores, particularmente si el indicador se usa en una auditoría local de la calidad de la atención del establecimiento.

Este indicador hace una medición a nivel del establecimiento y no representa a la población en general, particularmente si la cobertura de atención prenatal es baja. Además, cuando el indicador se deriva de una revisión de los expedientes, la validez de los hallazgos depende de la calidad y de la cabalidad de los datos. El registro incompleto de los datos podría ser otro indicador adicional de la baja calidad de la atención.

La realización adecuada de las pruebas de tamizaje para sífilis no es lo mismo que el tratamiento adecuado, ya que los estudios realizados demuestran que, aunque las pruebas se realicen eficazmente, el tratamiento inadecuado de estas infecciones puede ser una causa importante de algunas muertes perinatales prevenibles. En las áreas con una prevalencia alta, aun en aquellas situaciones en las que el tamizaje de la sífilis es teóricamente universal, no se les hace estas pruebas a la mayoría de mujeres (Gloyd, Chai y Mercer, 2001).

Indicador

PORCENTAJE DE MUJERES CON COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DENTRO DE LAS PRIMERAS DOS HORAS

Definición

El porcentaje de mujeres con complicaciones obstétricas que reciben atención dentro de las primeras dos horas de ser admitidas en el establecimiento de salud, que sea medido durante un periodo de referencia específico.

Las complicaciones obstétricas incluyen:

- Hemorragia: Anteparto, intraparto o postparto
- Trabajo de parto prolongado/obstruido;
- Sepsis puerperal;
- Complicaciones del aborto;
- Preclampsia/eclampsia;
- Embarazo ectópico; y
- Ruptura uterina.

El tratamiento de las complicaciones obstétricas depende de la complicación y de los protocolos locales para el tratamiento. Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres con complicaciones obstétricas atendidas dentro de las primeras dos horas de ser admitidas en el establecimiento de salud}}{\text{\# de mujeres con complicaciones obstétricas admitidas en un establecimiento de salud}} \times 100$$

Datos Requeridos

Para el numerador: Fecha y hora de ingreso; fecha y hora del tratamiento/parto; número total de mujeres con complicaciones que fueron admitidas y diagnóstico al momento de ingresar; información respecto a la hora y la naturaleza del tratamiento brindado

Para el denominador: Número de mujeres con complicaciones obstétricas admitidas en el establecimiento de salud

Fuente(s) de Datos

Todos los registros que señalen en qué lugar se efectuó el ingreso (por ejemplo, los registros de la sala de partos, de la sala de atención prenatal, de emergencias o de atención postnatal); los registros que señalen en qué lugar se administró el tratamiento definitivo (por ejemplo, los registros de la sala de operaciones, los registros de las complicaciones específicas); los expedientes de los casos.

Propósito y Temas a Considerar

El propósito de este indicador es medir la calidad de la atención materna, porque la mortalidad materna está directamente relacionada con la eficacia y la oportunidad del tratamiento de las complicaciones de emergencia (Koblinsky, et. al, 1995).

Este indicador es sumamente apropiado para usarse a nivel del establecimiento por las instituciones interesadas en hacer una auditoría a sus propias prácticas de atención. Es menos apropiado para fines de comparación entre los distintos establecimientos por las variantes entre los servicios provistos y la mezcla de casos en los distintos establecimientos, así como por posibles diferencias en la definición del indicador.

La información que se requiere para construir este indicador debe poder tomarse directamente de los registros de los establecimientos y de los apuntes de cada caso. La falta de alguna información podría señalar una atención o administración inferior a los niveles óptimos. La viabilidad del indicador depende en gran medida, también, de la definición estándar del intervalo de tiempo entre el ingreso y el tratamiento (ITIT) para cada complicación obstétrica. Por ejemplo, ¿se entiende por “hora de ingreso” el momento en que la paciente llega al hospital, el momento en que es atendida por el personal de ingreso u otra cosa? ¿Cuál es la hora de tratamiento para una hemorragia obstétrica? ¿Inicia desde el momento en que se coloca una venoclisis, cuando comienza una transfusión, cuando se da un oxitócico o cuando para la hemorragia?

Este indicador debería responder rápidamente a cambios en las prácticas del personal o de la administración del establecimiento. Una respuesta rápida inmediata podría deberse sencillamente al efecto Hawthorne (es decir, una mejora aparente simplemente porque se está siendo observado), pero este tipo de mejora no podrá ser sustentada. Para mantener las mejoras, los programas deben auditar el ITIT con cierta regularidad. Lo mejor sería incorporar el ITIT a la práctica administrativa rutinaria (es decir, que se discuta rutinariamente en todas las revisiones de caso). (Véase el indicador **Porcentaje de Establecimientos que Hacen una Revisión de Caso/una Auditoría de Caso a las Muertes Maternas o a los Casos Cerca de la Muerte**).

Este tipo de indicador tiene algunas ambigüedades y deficiencias, tales como las siguientes:

- Si el establecimiento no cuenta con un sistema de priorización de la asistencia y las pacientes tienen que esperar mucho tiempo desde que llegan al establecimiento, el registro de la hora efectiva del ingreso podría ser seriamente retardado;
- El ITIT debería ser revisado para todas las mujeres que muestran señales de complicaciones obstétricas. Si el registro de la sala de ingresos sirve como marco de muestreo para identificar a las mujeres que tienen complicaciones, se excluirá a las mujeres que tienen una complicación pero cuyo

diagnóstico falló o estuvo equivocado al momento de ingresar;

- Podría ser difícil determinar, con mirada retrospectiva, la seriedad de la complicación para todos los casos y, por lo tanto, la necesidad de ser atendidas rápidamente (otra razón más para que los establecimientos determinen estándares propios y entonces realistas);
- Es probable que el indicador no capture la oportunidad del tratamiento para las mujeres que desarrollan o manifiestan señales de complicaciones obstétricas cuando ya están en el hospital;
- Las mujeres que llegan al hospital pero que por diversas razones no se les da ingreso (por ejemplo, porque no pueden pagar el costo del tratamiento) quedarán excluidas tanto del numerador como del denominador. Esta omisión podría ser una fuente importante de sesgo potencial, si las pacientes más pobres tienen una tasa de complicaciones desproporcionalmente más alta; y
- El indicador no mide la suficiencia o idoneidad del tipo de tratamiento que se ha ofrecido.

Debido a estas limitaciones, los evaluadores pueden preferir medir el ITIT combinado con otros indicadores o enfoques que midan otros aspectos complementarios de la calidad de atención; por ejemplo, en el contexto de una revisión de la atención o en las auditoría de los casos cerca de la muerte.

Indicador

INTERVENCIONES CESÁREAS COMO PORCENTAJE DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS

Definición

Porcentaje de mujeres embarazadas a las que se les practica una intervención cesárea en un área geográfica y en un período de referencia específicos

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de intervenciones cesáreas efectuadas}}{\text{\# de nacidos vivos}} \times 100$$

Datos Requeridos

El número de cesáreas en una población definida durante un período de referencia; la cantidad de nacidos vivos durante el mismo período de referencia

Fuente(s) de Datos

Para el numerador: Los registros clínicos de los datos de un área geográfica específica respecto al número de intervenciones cesáreas realizadas; la estimación del número de nacimientos en esa área; las encuestas demográficas para las intervenciones cesáreas auto-reportadas únicamente

Para el denominador: Todos los nacidos vivos durante el período de referencia

En lugares donde no hay datos disponibles sobre el número de nacidos vivos, los evaluadores pueden calcular el total estimado de los nacidos vivos utilizando los datos de un censo para la población total y la tasa bruta de natalidad de un área específica. Así, *Total de nacimientos esperados = población x tasa bruta de natalidad*.

Las encuestas demográficas de los hogares suelen producir las estimaciones nacionales y las estimaciones desagregadas de los auto-reportes de la tasa de intervenciones cesáreas.

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador demuestra la medida en que un servicio obstétrico específico, capaz de salvar vidas, se realiza en los establecimientos de AOE. Refleja la accesibilidad y utilización de los servicios, así como el funcionamiento del sistema de provisión de servicios de salud. La práctica apropiada de una intervención cesárea podría conducir a la disminución de la morbilidad materna y perinatal. Aunque las cesáreas podrían realizarse exclusivamente por la salud del feto o recién nacido, en los países en desarrollo la gran mayoría de intervenciones cesáreas se relaciona más con indicaciones para las madres.

Muchas de las causas principales de la morbilidad materna preparto e intraparto requieren la práctica de este procedimiento para salvar la vida de la mujer o para prevenir la morbilidad severa.

De todos los procedimientos utilizados para atender las principales complicaciones obstétricas, las intervenciones cesáreas son las más fáciles de estudiar, porque su registro es más fiable que el de otros procedimientos o complicaciones obstétricas (MotherCare, 2000b; UNICEF, OMS, FNUAP, 1997). Sin embargo, es de importancia crítica que los evaluadores incluyan en el numerador la información para todos los establecimientos que hacen cesáreas dentro del área bajo estudio.

Los cambios en la capacidad del sistema de salud para ofrecer intervenciones cesáreas pueden mostrar un impacto entre seis a nueve meses después.

Con base en las estimaciones de diversas fuentes, la UNICEF, la OMS y el FNUAP recomiendan una tasa de intervenciones cesáreas entre 5 y 15 por ciento de todos los nacimientos. Una tasa menor de 5 por ciento podría indicar una capacidad o acceso inadecuado a la AOE. Una tasa superior al 15 por ciento sugiere un uso excesivo del procedimiento por razones que no son de

emergencia. El uso excesivo expone innecesariamente a las mujeres a la anestesia y a la cirugía, con los riesgos que estas conllevan. Además, agota los escasos recursos disponibles para la salud. La mayoría de los países que tienen tasas de cesáreas excesivamente altas son sociedades altamente litigiosas, como los Estados Unidos, donde 22 por ciento de todos los nacimientos son cesáreas (Lancet, 2000). Sin embargo, Brasil tiene una tasa de intervenciones cesáreas de por lo menos 36 por ciento de todos los nacidos vivos (BEMFAM y Macro International, 1997).

La desagregación de las tasas permite evaluar el acceso al procedimiento. Las tasas suelen ser no coincidentes entre los ambientes urbano y rural, entre los sectores público o privado, entre los diferentes esquemas de pago o entre las regiones. Por lo tanto, se recomienda hacer estimaciones a nivel sub-nacional (Maine, McCarthy, y Ward, 1992).

Las tasas brutas de natalidad producen estimaciones sobre los nacidos vivos únicamente, aunque algunas operaciones cesáreas se realizan en embarazos que resultan en mortinatos. Si el número de cesáreas para los mortinatos es bajo, podría ser aceptable utilizar como denominador el número de nacidos vivos.

Un indicador alternativo, la proporción de partos en los establecimientos que son cesáreas variará dependiendo de la mezcla de casos de las pacientes; y tendrá sesgos debido a los distintos patrones de referencia para las mujeres que tienen complicaciones y que requieren el procedimiento. Resulta poco práctico especificar un rango apropiado para el porcentaje objetivo de cesáreas dentro del establecimiento.

Una intervención cesárea suele ocurrir al final de una serie compleja de eventos, que posiblemente incluyan factores médicos pre-existentes y específicos de cada embarazo, la identificación de las complicaciones, el transporte a los establecimientos de salud y la disponibilidad de la tecnología requerida. Al utilizar este indicador, los gerentes y los evaluadores podrían querer utilizar también otras técnicas en mayor profundidad, como las auditorías de caso, para investigar qué indicaciones clínicas se están usando para hacer las cesáreas y si las mujeres que están recibiendo este servicio son las que deberían recibirlo. Por sí mismo, el indicador no revela nada sobre la idoneidad del procedimiento.

Indicador

TASA DE LETALIDAD (TL) - TODAS LAS COMPLICACIONES⁴

Definición

La proporción de mujeres con complicaciones obstétricas severas que mueren en un establecimiento dentro de un período de referencia

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de muertes en un establecimiento por complicaciones obstétricas específicas}}{\text{\# de mujeres con complicaciones obstétricas específicas atendidas en el establecimiento}} \times 100$$

En el que se incluyen las muertes por las siguientes complicaciones:

- Hemorragia: Anteparto; intraparto o postparto;
- Trabajo de parto prolongado/obstruido;
- Sepsis puerperal;
- Complicaciones del aborto;
- Preclampsia/eclampsia;
- Embarazo ectópico; y
- Ruptura del útero.

Todos los casos en el numerador aparecen también en el denominador. Todas las complicaciones descritas en el listado anterior aparecen tanto en el numerador como en el denominador. Por regla general, la tasa de letalidad por caso debería ser específica para cada causa particular. Pero es probable, en este caso, que un establecimiento en lo individual atienda únicamente a un número reducido de mujeres con alguna de estas complicaciones.

Datos Requeridos

El número de muertes ocurridas en el establecimiento por complicaciones específicas durante un período de tiempo específico; el número de mujeres atendidas en el establecimiento de AOE durante el período específico, a quienes se les diagnosticó una o más de estas complicaciones.

Fuente de Datos

Los registros del establecimiento

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador mide el desempeño del establecimiento, en particular la calidad y la prontitud de la atención. Es de suma utilidad para hacer comparaciones a lo largo del tiempo para un mismo establecimiento; y no es útil para hacer comparaciones entre establecimientos de distinto tipo, debido a variantes en las características de las clientes y en los servicios que prestan los distintos establecimientos. Las mujeres con complicaciones más severas tienen más probabilidades de presentarse a los hospitales de referencia, mientras que las que tienen complicaciones menos severas probablemente acudirán a los hospitales de distrito o a los centros de salud (MotherCare, 2000a). Aun las comparaciones entre establecimientos “del mismo nivel” o “similares” podrían ser difíciles de interpretar, ya que el perfil de la población servida puede variar en gran medida debido a factores socio culturales u otras circunstancias fuera del control del sector salud, tales como el transporte y los sistemas viales.

La TL tiene un vínculo causal muy estrecho con la mortalidad materna a nivel del establecimiento. Su relación con la mortalidad materna en la población general depende de la proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que se manejan en los establecimientos. Cuanto más alto sea el número de mujeres con complicaciones manejadas en los establecimientos, más estrecha será la relación entre las TL y el nivel de mortalidad materna en la población en general (Bertrand y Tsui, 1995).

Este indicador es fácil de calcular si el establecimiento

⁴ Una buena parte del texto para este indicador proviene de Maine, McCarthy y Ward, 1992 y de UNICEF, OMS y FNUAP, 1997.

atiende las complicaciones obstétricas y recopila los datos sobre las complicaciones obstétricas y las muertes maternas. La TL debe responder a cambios en un período de tiempo relativamente corto (por ejemplo, 6-12 meses).

El que una mujer muera en el hospital dependerá no solamente de la calidad y la prontitud de la atención que da el hospital a una mujer con una emergencia obstétrica sino también de la condición que ella presente al momento de ingresar al hospital. Por lo tanto, podría ocurrir que el hospital funcione bien y que sin embargo presente una TL alta, porque las mujeres que necesitan AOE llegan en condiciones muy graves. En los establecimientos en los que la TL es baja, la calidad de la atención no necesariamente es buena; al contrario, podría ocurrir que pocas mujeres con complicaciones obstétricas utilicen los servicios. Por todas estas razones, se recomienda tener otros indicadores para la calidad de la atención (por ejemplo, el intervalo de tiempo entre ingreso y tratamiento para las mujeres con complicaciones) o información en mayor profundidad respecto a la condición de la mujer al momento de ingresar (por ejemplo, el pulso, la presión sanguínea y la temperatura).

Para finalizar, este indicador es útil junto con los otros cuatro o cinco indicadores “a nivel del programa” que la UNICEF, la OMS y el FNUAP recomiendan. Por ejemplo, si el porcentaje de todos los nacimientos en los establecimientos de AOE o la necesidad satisfecha es baja, la TL podría ser relativamente insignificante.

La UNICEF, la OMS y el FNUAP recomiendan un valor máximo aceptable para este indicador de menos de 1 por ciento. Sin embargo, los resultados de un estudio realizado en hospitales de los Estados Unidos mostró una TL de 0.03 por ciento en 1978 (Petitti et al., 1982). Indudablemente, aun aquellos países que tengan un nivel de 1 por ciento deberían luchar por reducir esta tasa.

En lugares en los que el número de muertes o de complicaciones maternas es bajo, la TL no será lo suficientemente robusta como para ser significativa. Sin embargo, en los lugares en los que el número de casos es alto, los evaluadores podrían calcular las TL para las distintas complicaciones por separado.

Indicador

PORCENTAJE DE LA AUDIENCIA QUE CONOCE TRES SEÑALES PRIMARIAS DE ADVERTENCIA O DE PELIGRO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Definición

El nivel de conocimiento y conciencia que tiene la comunidad de las señales de advertencia o de peligro de las complicaciones obstétricas

“Audiencia” es la población objetivo del programa (por ejemplo, las mujeres embarazadas, los esposos u otros miembros de la comunidad que tienen influencia en la toma de decisiones para la búsqueda de atención del parto).

“Que conoce” se refiere al porcentaje que puede mencionar espontáneamente al menos tres señales primarias de complicaciones obstétricas específicas, entre las que en una gran variedad de ámbitos figuran las siguientes:

- Sangrado en el anteparto;
- Trabajo de parto > 12 horas (parto obstruido);
- Placenta retenida > 1 hora;
- Convulsiones o edema de manos o cara (preclampsia/eclampsia); y
- Fiebre y secreción vaginal (sepsis puerperal) [Filippi et al., 2000].

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de miembros de la audiencia que conocen por lo menos tres señales de advertencia/peligro de complicación obstétrica}}{\text{\# total de miembros de la audiencia objetivo}} \times 100$$

Datos Requeridos

El número de miembros de la audiencia que pueden nombrar al menos tres señales de advertencia de complicaciones obstétricas (entre las descritas arriba); la población total definida como la audiencia objetivo

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas

Propósito y Temas a Considerar

El propósito de este indicador es evaluar el nivel de conocimiento y de conciencia que existe en la comunidad, sobre las señales de advertencia o de peligro de las complicaciones obstétricas, para planificar y monitorear el impacto de las iniciativas de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) a nivel de la comunidad. Conocer las señales de peligro de las complicaciones obstétricas es el primer paso esencial para una referencia apropiada y oportuna a los servicios de atención obstétrica esencial y a los de atención del recién nacido (Perreira et al., 2001).

El mejoramiento del conocimiento de las complicaciones obstétricas suele ser mucho menor que el mejoramiento del conocimiento de otros mensajes de educación en salud, como la auto-atención (MotherCare, 2000a y 2000b).

Conocer las señales de peligro de una complicación obstétrica es solamente uno de los aspectos del reconocimiento de los problemas obstétricos a nivel de la comunidad. También es importante conocer la severidad de una complicación obstétrica (es decir, saber cuando actuar) y conocer la acción “salvavidas” apropiada para cada complicación. Por otro lado, el conocimiento adecuado no garantiza que una persona pueda reconocer una complicación en la práctica. Algunas de las complicaciones obstétricas que evolucionan de un estado normal a una emergencia (por ejemplo, la hemorragia postparto) pueden ser particularmente difíciles de reconocer. El ir en búsqueda de atención es otro factor fuertemente afectado por las creencias culturales respecto a la etiología o la causa de la enfermedad. Estas creencias podrían influir más sobre la acción tomada por la persona que los conocimientos adquiridos recientemente respecto a la acción apropiada a tomar (MotherCare, 2000a y 2000b).

Para definir el verdadero impacto de cualquier programa de CCC, los evaluadores deben combinar el conocimiento de las señales de peligro del embarazo con otros indicadores que miden aspectos relacionados al conocimiento y al comportamiento de las personas. Indicadores complementarios incluyen, por ejemplo, el porcentaje de la población que sabe donde hay servicios de atención obstétrica de emergencia y el porcentaje de la población que tiene la intención de utilizar dichos servicios en una situación de emergencia (Véase la Parte II.F).

En los casos que se considere oportuno, los indicadores para medir el conocimiento de las señales de peligro y otros aspectos relacionados deben complementarse con investigación formativa de buena calidad y con otras metodologías cualitativas, tales como el relato de la enfermedad (MotherCare, 2000a y 2000b).

Implicaciones de Género de Este Indicador

La mayoría de las muertes maternas se deben a complicaciones súbitas e inesperadas. Para reducir las casi 600,000 muertes que ocurren cada año, por causas en gran medida prevenibles, muchos de los esfuerzos se han orientado a capacitar a los trabajadores de salud y a las mujeres embarazadas para reconocer las señales de peligro, de tal forma que las complicaciones severas puedan reconocerse a tiempo para buscar la atención médica necesaria. Se han hecho pocos esfuerzos para educar a los hombres respecto a los riesgos del embarazo, aunque muchas veces son ellos los que tienen el control sobre la decisión de solicitar atención médica; son ellos también los que hacen los arreglos y pagan por el traslado a un establecimiento de salud. Si los hombres, al igual que las mujeres, comprendieran que todo embarazo conlleva cierto riesgo, las complicaciones podrían reconocerse y tratarse adecuadamente.

Indicador

PORCENTAJE DE MUJERES ATENDIDAS AL MENOS UNA VEZ DURANTE EL EMBARAZO POR RAZONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO

Definición

El porcentaje de mujeres atendidas por un proveedor calificado al menos una vez durante el embarazo, por razones relacionadas con el embarazo

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres embarazadas atendidas por un proveedor calificado al menos una vez durante el embarazo, por razones relacionadas con el embarazo}}{\text{\# total de nacidos vivos dentro del período de referencia}} \times 100$$

Un proveedor calificado es un profesional de la salud que cuenta con un conjunto definido de habilidades cognitivas y prácticas que le permiten brindar, durante el parto, una atención segura y eficaz a las mujeres y a sus infantes, en los ámbitos de hogar, de centro de salud y de hospital. Entre los proveedores calificados figuran las obstetrices o parteras, los médicos y las enfermeras con habilidades obstétricas y habilidades para salvar vidas⁵ (Grupo Interagencial de Maternidad Segura, 2000).

Datos Requeridos

El número de mujeres atendidas por personal calificado durante el embarazo; todos los nacidos vivos en un período de referencia

El número de nacidos vivos es una medida sustituta o una aproximación estimada del total de mujeres que necesitan atención prenatal. Se deberían incluir en el denominador todos los nacimientos, pero los evaluadores suelen utilizar únicamente los nacidos vivos, porque es difícil obtener la información sobre los mortinatos (Graham y Filippi, 1994).

En los lugares donde no hay datos sobre el número de nacidos vivos, el total estimado se podría calcular utilizando los datos del censo para la población total y para la tasa bruta de natalidad de un área específica. Así,

Total de nacimientos esperados = población x tasa bruta de natalidad.

Fuente(s) de Datos

Los datos rutinarios de los servicios de salud, las encuestas demográficas

Los datos rutinarios de los servicios de salud generalmente no tienen información sobre los embarazos o los nacimientos que ocurren fuera del ámbito del sector público de salud, por ejemplo en los domicilios o en los establecimientos privados.

Propósito y Temas a Considerar

El objetivo primordial de un indicador para la APN es proporcionar información sobre la utilización de servicios de APN por parte de las mujeres. La cobertura de APN proporciona una medida cruda de la utilización de los servicios de APN (Rooney, 1992), pero no llega a captar el número de visitas, el momento en que se realizan, las razones para buscar atención, las habilidades del proveedor o la calidad de la atención recibida. Por lo tanto, los evaluadores no deben deducir que tener tasas similares de cobertura de APN signifique tener niveles de atención similares.

Aunque los estudios epidemiológicos realizados tienden a mostrar una asociación entre los mejores resultados de salud materna y la APN, la mayoría no lleva control de los sesgos de selección que podrían tener una influencia positiva en dichos resultados (Villar y Khan-Neelofur, 2000). La asociación entre una visita prenatal (sin que se conozca la calidad de la atención provista) y la mortalidad materna, es débil (OMS, 1999b). Sin embargo, la utilización de los servicios de APN por parte de las mujeres sí está más sólidamente asociada con una mejor supervivencia perinatal (McDonagh, 1996); por lo tanto, la medición de la cobertura de APN podría tener un papel más importante en el monitoreo y

⁵ Una obstetriz o partera tradicional capacitada NO está incluida en la definición de personal calificado.

la evaluación de los programas que cubren la salud y la supervivencia del recién nacido (Graham y Filippi, 1994).

Este indicador es sensible a cambios en el corto plazo, aunque el monitoreo anual únicamente es factible cuando los datos se derivan de las fuentes de datos rutinarios. Para hacer comparaciones a nivel internacional se considera que los plazos de tres a cinco años son adecuados. Los evaluadores deben evitar las encuestas frecuentes, porque cualquier error en el muestreo podría dificultar determinar si los cambios pequeños son reales o si se deben a variaciones casuales o de oportunidad.

Para fines comparativos, es necesario saber si el denominador que se ha utilizado refleja todos los nacimientos, el nacimiento más reciente o todas las mujeres. Un análisis con base en el número de nacimientos representa todos los nacimientos dentro del período de la encuesta, pero representa demasiado a las mujeres que han tenido más de un parto, quienes también tienen más probabilidades de tener otros factores de riesgo, como una alta paridad y tasas más bajas de utilización de servicios de salud. Por lo tanto, la cobertura de APN tenderá a ser más baja si se usa un estimado con base en los nacimientos que uno con base en las mujeres; y esta diferencia será más grande cuanto más extenso sea el período de tiempo que cubre la encuesta.

Es posible obtener un estimado con base en las mujeres utilizando la cobertura de APN para el nacimiento más

reciente (Graham y Filippi, 1994); este es el formato que se usa actualmente en los informes de las DHS. Debido a que los programas tienen como población objetivo a las mujeres, podría ser conceptualmente más atractivo para los gerentes del programa utilizar un denominador con base en las mujeres. Sin embargo, para determinar el impacto de la atención prenatal en los resultados del embarazo, es esencial hacer un análisis basado en los nacimientos que cubra a todos los nacimientos (tanto los nacidos vivos como los mortinatos).

Las diferencias en la categorización del personal calificado, particularmente si se incluye al personal auxiliar o a las obstétricas o parteras tradicionales, podrían ser la causa de las discrepancias entre los países. En la práctica, la mayoría de las encuestas grandes utilizan hoy día la definición estándar de la OMS para el personal de salud calificado.

Las discrepancias también pueden surgir porque el cálculo se relaciona con todas las visitas prenatales o solamente con las que ocurren “por razones relacionadas con el embarazo.” En la práctica, es raro que se recolecte información sobre los motivos que tienen las mujeres para buscar atención, excepto en las Encuestas Pan Arábicas de Salud Familiar (PAPFAM).

La cobertura de APN es uno de los cuatro indicadores que se apoyan entre sí, entro del listado mínimo de indicadores para medir la cobertura de los servicios de salud materna. Los otros tres indicadores son:

- **Porcentaje de Partos Atendidos por Personal de Salud Calificado;**
- Disponibilidad de atención obstétrica esencial básica; y
- Disponibilidad de atención obstétrica esencial integral.

Combinados, todos estos indicadores miden el progreso hacia las metas de provisión de APN, de atención del parto por personal capacitado y de acceso a la AOE para todas las mujeres. La cobertura de APN está asociada a la salud y la supervivencia del recién nacido y tiene una asociación más débil con la mortalidad materna. En resumen, la cobertura de APN parecería tener influencia en la salud y en la supervivencia del recién nacido, pero su efecto en la mortalidad materna no está totalmente claro.

Implicaciones de Género de este Indicador

Debido a que en algunos países se considera culturalmente inapropiado que las mujeres conversen con los hombres sobre asuntos relacionados con su cuerpo, podría ser que las mujeres no transmitan a los proveedores de salud masculinos sus problemas relacionados con el embarazo. Además, en lugares donde las mujeres no tienen acceso a los recursos del hogar, o no tienen autonomía para buscar atención de salud por sí solas, sus esposos u otros miembros de la familia podrían no estar dispuestos a invertir los recursos en atención prenatal, particularmente si un embarazo está progresando “normalmente.”

Indicador

PORCENTAJE DE MUJERES A QUIENES SE LES DIO O QUE COMPRARON MEDICINA PARA PROFILAXIS/TRATAMIENTO PARA LA MALARIA DURANTE SU EMBARAZO MÁS RECIENTE

Definición

El porcentaje de mujeres a quienes se les dio o que compraron medicamentos para la malaria, de conformidad con la política nacional, durante su embarazo más reciente.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres a quienes se les dio o que compraron medicamentos para la malaria durante su embarazo más reciente}}{\text{\# de mujeres que tuvieron un infante nacido vivo recientemente}} \times 100$$

Los medicamentos para la malaria (profilaxis o tratamiento intermitente presuntivo [TIP]) variará conforme a la susceptibilidad local y a la política nacional. La mayoría de las políticas nacionales de las áreas altamente endémicas recomiendan una dosis de tratamiento con cloroquina, seguida de cloroquina semanal durante todo el embarazo o, en las áreas resistentes a la cloroquina, un TIP con sulfadoxina-pirimetamina al iniciarse el segundo y el tercer trimestres de embarazo. Otros regímenes son menos comunes.

Datos Requeridos

El número de mujeres a quienes se les dio o que compraron medicamentos para la malaria durante su embarazo más reciente; el número de mujeres con un infante nacido vivo reciente

Los evaluadores deben especificar los plazos de tiempo para un infante nacido vivo reciente, tanto para el numerador como para el denominador. En el contexto de las encuestas, este período normalmente se restringe a de tres a cinco años antes de la encuesta.

En los lugares donde no hay datos sobre el número de nacidos vivos, el total estimado se podría calcular utilizando los datos del censo para la población total y para la tasa bruta de natalidad de un área específica. Así,

Total de nacimientos esperados = población x tasa bruta de natalidad.

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas, los registros del establecimiento de las pacientes de atención prenatal

Propósito y Temas a Considerar

La malaria plantea un riesgo de salud serio para las mujeres embarazadas y los niños recién nacidos, particularmente en las áreas donde el *p. falciparum* es endémico. La malaria es una causa importante de la anemia materna y del bajo peso al nacer (independientemente y de por sí, el bajo peso al nacer es el factor determinante más importante de la mortalidad neonatal). Según demuestra la investigación realizada, tanto el TIP con sulfadoxina-pirimetamina como la quimoprofilaxis con cloroquina reducen estas complicaciones, aunque la evidencia es más débil para la cloroquina debido al incremento de resistencia al medicamento. En el año 2000, la cumbre africana para “Hacer Retroceder a la Malaria” estableció la meta que al menos 60% de las mujeres en riesgo de malaria deberían tener acceso a la quimoprofilaxis o al TIP.

Algunas encuestas de hogares grandes, tal como el principal cuestionario de las DHS, recopilan rutinariamente los datos para este indicador. Además, algunas encuestas a nivel de los establecimientos de salud que conducen revisiones de los expedientes, la observación directa de las consultas de APN o las entrevistas de salida con clientes de APN proporcionan esta información para la población de clientes. Debido a que la malaria varía dentro de las propias comunidades, se recomienda a los evaluadores, de ser posible, desagregar los datos demográficos por área. Esto ayudará también a monitorear la resistencia al medicamento.

Muchos establecimientos registran rutinariamente la cobertura toxoide-tetánica y el número de consultas de atención prenatal; y el sistema de información de salud (SIS) podría recopilar esta información con un

poco de esfuerzo adicional. Sin embargo, hasta donde se tiene conocimiento, la recopilación rutinaria de este indicador solamente ocurre en el contexto de los estudios especiales.

Una limitación importante con este indicador es que los abordajes que se utilizan actualmente para recopilar los datos no incluyen información respecto a la cabalidad del régimen de medicamentos tomados durante el embarazo. Además del tipo de medicamento tomado para la malaria, se requiere la información respecto a la frecuencia y el momento en que se administró el medicamento, para determinar si las mujeres embarazadas están adecuadamente protegidas contra la malaria.

Teóricamente, la información respecto a la frecuencia y el momento en que se administra el medicamento podría obtenerse si las clínicas mantuvieran registros del número de pacientes atendidas y al número de mujeres a quienes se les da la primera, la segunda y la tercera dosis del TIP o el número de paquetes de cloroquina repartidos. Un indicador alternativo que refleja la idoneidad del programa para satisfacer las necesidades de las clientes específicas es:

- El número de tabletas distribuidas por cada mujer elegible.

Las preguntas que la mayoría de encuestas demográficas hacen, asumen que las mujeres pueden informar con respecto a los tratamientos para la malaria con fiabilidad, pero se han hecho pocas validaciones para comprobar este supuesto. Los estudios a nivel de la población también dependen de los datos de los autoreportes, los

cuales están sujetos a sesgos de recordación, que tienen la probabilidad de incrementar conforme aumenta el período a recordar.

Los registros del establecimiento o la observación del proveedor miden la proporción de mujeres a quienes se les da o se les receta medicamentos para la malaria, pero no reflejan la proporción de mujeres que los tomen. El cumplimiento con el tratamiento muy raras veces es de cien por ciento y variará dependiendo de muchos y diversos factores locales.

Donde la malaria es esporádica o estacional, los programas se concentran en hacer pruebas de tamizaje a las mujeres que se presentan con síntomas y en dar tratamiento a las que están infectadas. Otros indicadores alternativos para estos casos podrían ser:

- Número de mujeres embarazadas que se presentan con síntomas de malaria; y
- Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les da tratamiento para la malaria conforme a los protocolos establecidos localmente.

Los indicadores alternativos, tanto para las áreas endémicas como para las esporádicas, son:

- Porcentaje de mujeres embarazadas que viven en un hogar que cuenta con redes antimosquitos debidamente tratadas; y
- Porcentaje de mujeres embarazadas que viven dentro de un hogar que cuenta con redes antimosquitos debidamente tratadas, que reportan haber dormido debajo de la red durante la noche anterior.

Indicador

PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIHELMÍNTICO DURANTE EL EMBARAZO

Definición

Para las áreas que tienen una endemicidad de moderada a alta: El porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antihelmíntico presuntivo durante el embarazo. De acuerdo con las “Guías para el Uso de Suplementos de Hierro para Prevenir y Tratar la Anemia por Deficiencia de Hierro” de IVACG, OMS y UNICEF de 1998, el tratamiento debe aplicarse una vez durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo.

Para las áreas que tienen una endemicidad baja: El porcentaje de mujeres embarazadas que reciben el tratamiento prescrito durante el embarazo.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antihelmíntico presuntivo}}{\text{\# total de mujeres embarazadas}} \times 100$$

Datos Requeridos

Información sobre el número de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antihelmíntico presuntivo/ prescrito y el total de mujeres embarazadas

Fuente(s) de Datos

Los expedientes del programa (el número de mujeres embarazadas, el número de mujeres embarazadas que reciben tratamiento para las lombrices identificadas, tanto presuntivo como terapéutico y el número de mujeres embarazadas que se reportan infectadas); las encuestas demográficas representan una fuente de datos alternativa, pero arrojarán resultados distintos en términos de la cobertura. Si la fuente de datos a utilizar es una encuesta demográfica, el evaluador deberá calcular el indicador para el último embarazo.

Propósito y Temas a Considerar

Las lombrices tales como lombriz intestinal o anquilostoma y las esquistosomas pueden ocasionar pérdidas de sangre y de hierro y, por lo tanto, ocasionar anemia. En las áreas que tienen una endemicidad baja, se recomienda dar tratamiento durante el segundo trimestre del embarazo. En las áreas que tienen una endemicidad de moderada a alta, el tratamiento debe darse durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo; se recomienda no dar tratamiento alguno durante el primer trimestre.

Este indicador mide únicamente si la mujer ha recibido tratamiento antihelmíntico terapéutico, sin referirse a la dosificación adecuada. Debido a que el tratamiento para las lombrices depende de la disponibilidad de medicamentos para las clientes del programa, el indicador podría reflejar una insuficiencia en el flujo de medicamentos a los puntos de distribución de los servicios del sistema y/o un rendimiento ineficaz en el PES por parte de los proveedores.

Un indicador alternativo que refleja la capacidad del programa para satisfacer las necesidades de las clientes específicas es la dosificación (o sea, el número de tabletas) distribuidas por cada mujer elegible.

Indicador

PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL DE SALUD CALIFICADO

Definición

El porcentaje de los partos que son atendidos por personal de salud calificado

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de partos atendidos por personal calificado durante el período de referencia}}{\text{\# total de nacidos vivos durante el período de referencia}} \times 100$$

Un proveedor calificado es un profesional de la salud que cuenta con un conjunto específico de conocimientos y habilidades cognitivas y prácticas que le permiten brindar, durante el parto, una atención segura y eficaz a las mujeres y a sus hijos recién nacidos, en el ámbito del hogar, de un centro de salud y de un hospital. Entre los proveedores calificados figuran las obstetrices o parteras, los médicos y las enfermeras con habilidades obstétricas y con habilidades para salvar vidas⁶ (Grupo Interagencial de Maternidad Segura, 2000).

Datos Requeridos

El número de nacimientos atendidos por personal de salud calificado en un período de tiempo establecido; el número de los nacidos vivos en la misma área geográfica y durante el mismo período de referencia

El número de nacidos vivos es una medida sustituta o una aproximación estimada del número de mujeres que necesitan atención del parto. Los evaluadores deberían incluir en el denominador todos los nacimientos, pero suelen utilizar únicamente los nacidos vivos, porque es difícil obtener información sobre los mortinatos (Graham y Filippi, 1994).

En los lugares en los que no hay datos sobre el número de nacidos vivos, el total estimado se puede calcular utilizando los datos del censo para la población total y para la tasa bruta de natalidad de un área específica. Así, *Total de nacimientos esperados = población x tasa bruta de natalidad*.

Fuente(s) de Datos

Los datos rutinarios de los servicios de salud; las encuestas demográficas

Los datos rutinarios de los servicios de salud generalmente no tienen información sobre los embarazos o los nacimientos que ocurren fuera del ámbito del sector público de salud, por ejemplo en los domicilios o en los establecimientos privados

Propósito y Temas a Considerar

El propósito primordial de un indicador sobre la presencia de personal calificado durante el parto es proporcionar información sobre la utilización de los servicios de atención del parto por parte de las mujeres.

Muchas personas sostienen que el incrementar la proporción de los partos atendidos por personal calificado es la intervención individual más importante para reducir la mortalidad materna. Además, la proporción de los nacimientos atendidos por personal calificado es un indicador que sirve de modelo para monitorear el progreso hacia las metas de la CIPD (OMS, 1999b).

La evidencia de que el parto asistido por un proveedor calificado reduce la mortalidad materna proviene de diversas fuentes clínicas, históricas y epidemiológicas, las cuales señalan una asociación, pero no un vínculo causal. Por lo general, los partos atendidos por un

⁶ Una partera tradicional capacitada NO está incluida en la definición de personal calificado.

proveedor calificado se asocian a las tasas más bajas de mortalidad materna, pero hay una serie de factores distorsionadores, o factores de confusión, tales como la estrecha correlación entre el parto atendido por personal calificado y el parto institucional, que hacen difícil valorar el impacto individual de la atención del parto por un proveedor calificado.

Un monitoreo anual únicamente es factible cuando los datos se derivan de las fuentes de datos rutinarios. Para hacer comparaciones a nivel internacional, los períodos de tres a cinco años se consideran adecuados. No se recomienda hacer encuestas con demasiada frecuencia, porque los períodos de la encuesta se podrían traslapar y cualquier error en el muestreo podría dificultar determinar si los cambios pequeños son reales o si se deben a variaciones casuales o de oportunidad.

Los evaluadores no deben inferir que la existencia de tasas similares de partos atendidos por personal calificado en los distintos países refleje niveles de atención similares, ya que es probable los países difieran en la manera en que se capacita a los proveedores, en lo que se les permite poner en práctica y lo que en realidad practican y en los recursos, el equipo y los suministros que tienen a su disposición.

Las diferencias en las definiciones que se utilicen y en cómo se reporte a los proveedores calificados pueden ser también la causa de las discrepancias entre los países. La mayoría de las encuestas que son similares a la DHS dependen de los auto-reportes de las mujeres, pero se desconoce cómo ellas interpretan la pregunta “¿quién la asistió durante el parto?” y si identifican correctamente al personal de salud que las atendió.

Este indicador utiliza un análisis con base en los nacimientos (similar al indicador anterior para la APN), y la muestra sobre-representará a las mujeres que han tenido más de un parto durante el período que cubre la encuesta. Las mujeres que han tenido más de un parto también tienen más probabilidades de tener otros factores de riesgo, como alta paridad y tasas más bajas

de utilización de los servicios de salud. Por lo tanto, es probable que se subestime la cobertura del parto, pero esta subestimación debería de ser muy leve.

Debido a que el denominador para este cálculo incluye únicamente a las mujeres que tuvieron un infante nacido vivo y excluye a las mujeres que tuvieron muertes fetales y mortinatos, la única asociación válida será con la mortalidad neonatal y no con la mortalidad perinatal. (Véase la Parte III.E sobre la Atención del Recién Nacido).

Para una mejor documentación del nivel de la atención recibida durante el parto, los evaluadores podrían desagregar la presencia de personal calificado durante el parto conforme al lugar en donde ocurrió el parto. Esta medición del nivel de atención o de la “atención calificada” variará conforme al ámbito y al proveedor que atienda el parto. Por ejemplo, un proveedor calificado que atiende un parto en un hospital ofrecerá un nivel más alto de “atención calificada” que un proveedor calificado que atiende un parto en un domicilio.

El porcentaje de partos atendidos por personal calificado es uno de los cuatro indicadores que se apoyan entre sí, dentro del listado mínimo de indicadores para medir la cobertura de los servicios de salud materna. Los otros tres indicadores son:

- **Porcentaje de Mujeres Atendidas al Menos una Vez Durante el Embarazo por Razones Relacionadas con el Embarazo;**
- Disponibilidad de atención obstétrica esencial básica; y
- Disponibilidad de atención obstétrica esencial integral.

De manera conjunta y combinada, estos indicadores miden el progreso hacia las metas de proveer atención prenatal, personal calificado para atención del parto y acceso a atención obstétrica esencial para todas las mujeres embarazadas.

Indicador

PORCENTAJE DE MUJERES ATENDIDAS DURANTE EL PERÍODO POSTPARTO POR PERSONAL DE SALUD CALIFICADO

Definición

El porcentaje de mujeres embarazadas atendidas durante el período postparto por un proveedor calificado

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres atendidas durante el período postparto por personal calificado}}{\text{\# total de nacidos vivos}} \times 100$$

El período postparto se define como el tiempo que transcurre desde que nace la placenta hasta 42 días después del parto.

Datos Requeridos

El número de mujeres en el período postparto, que son atendidas por personal calificado durante un lapso de tiempo específico (Nota: Se debe especificar si se trata de una primera consulta o de una consulta subsiguiente); el total de todos los nacidos vivos durante el mismo período de referencia

El número de nacidos vivos es una medida sustituta o una aproximación estimada del total de mujeres que necesitan atención prenatal. Se deberían incluir en el denominador todos los nacimientos, pero los evaluadores suelen utilizar únicamente los nacidos vivos, porque es difícil obtener información sobre los mortinatos (Graham y Filippi, 1994).

En los lugares donde no hay datos sobre el número de nacidos vivos, el total estimado se podría calcular utilizando los datos del censo para la población total y para la tasa bruta de natalidad de un área específica. Así, *Total de nacimientos esperados = población x tasa bruta de natalidad*

Fuente(s) de Datos

Los datos rutinarios de los servicios de salud; las encuestas demográficas

Los datos rutinarios de los servicios de salud generalmente no tienen información sobre los embarazos o los nacimientos que ocurren fuera del ámbito del sector público de salud, por ejemplo en los domicilios o en los establecimientos privados

Propósito y Temas a Considerar

El propósito primordial de un indicador para la atención postparto es proporcionar información sobre la utilización de los servicios de atención postparto por parte de las mujeres durante el período postparto.

A pesar de que la mayoría de las muertes maternas y de los recién nacidos ocurren alrededor del momento del parto y durante el postparto inmediato, la atención postparto ha sido un área de la atención de la maternidad relativamente olvidada. Las guías más recientes de la OMS recomiendan que la primera consulta postparto se lleve a cabo dentro de la primera semana después del parto, preferiblemente dentro de los primeros dos a tres días, con una segunda consulta entre cuatro a seis semanas después. La consulta debe incluir la detección y el tratamiento temprano de las complicaciones y atención preventiva, tanto para la madre como para el recién nacido⁷ (OMS, 1998a; OMS, 2001b).

Las complicaciones del embarazo ocurren impredeciblemente, por lo que es poco probable que una consulta postparto (para la que no se ha definido el contenido, la calidad y el momento en que debe ocurrir) influya en los resultados de mortalidad materna. Una visita de atención postnatal podría reducir la probabilidad de una morbilidad severa, siempre que las

⁷ La atención preventiva para la madre podría incluir vacunación contra el tétano; provisión de Vitamina A y hierro; y consejería en atención adecuada del recién nacido, higiene, lactancia materna, prevención de la malaria y nutrición. La atención preventiva para el bebé puede incluir inmunización temprana de BCG, polio y hepatitis.

complicaciones del embarazo se detectan tempranamente y el tratamiento adecuado esté disponible (Proyecto de Investigación de la Salud del Niño, 1999). Esta es un área que requiere mayor investigación.

Algunas encuestas grandes, como las DHS, recolectan datos de la atención postparto rutinariamente. El sistema de información de salud (SIS) también podría recolectar estos datos, aunque los programas han recolectado los datos de la atención postnatal, históricamente, más en función del bebé (para la cobertura de las inmunizaciones) que en función de la madre.

Este indicador es sensible a cambios en el corto plazo, aunque el monitoreo anual únicamente es factible cuando los datos se derivan de las fuentes de datos rutinarios. Para comparaciones internacionales, los plazos de tres a cinco años han de ser suficientes. Los evaluadores deben evitar las encuestas frecuentes, porque el error de muestreo dificulta determinar si los cambios pequeños son reales o debidos a variaciones casuales.

La atención postparto consiste en un paquete de servicios en lugar de una sola intervención. Todavía no existen definiciones operativas ampliamente aceptadas para la atención postparto, y es probable que haya grandes diferencias entre un ámbito y otro en lo que se refiere al contenido y a la calidad de la atención, por lo

que unas tasas de cobertura similares entre los distintos países no necesariamente reflejan similares niveles de atención.

Por otra parte, las dos personas involucradas necesitan un cuidado y una atención muy distintas después del parto. Las estadísticas de la atención postnatal deben dejar claro, de manera explícita, si se trata de atención para la madre, para el infante o para la madre y el infante en conjunto, porque esto podría ser difícil de determinar en retrospectiva. El cuestionario actual de la DHS, por ejemplo, especifica atención postparto para la madre. La OMS hace una distinción entre la atención para la madre y la atención para el infante, utilizando el término “postparto” para referirse a la atención exclusiva para la madre y el término “postnatal” cuando se trata de atención para el infante.

Algunas encuestas presentan la cobertura postparto únicamente para las mujeres cuyo parto ocurre fuera de un establecimiento, bajo el supuesto que las mujeres cuyos partos ocurren en los establecimientos reciben algún tipo de atención postparto (Rutstein, 1999).

Para obtener una mejor medición de la utilización de servicios de atención postparto por parte de las mujeres, en los ámbitos que tienen una cobertura relativamente alta, los evaluadores podrían estratificar el indicador de acuerdo al momento en que se hace la consulta (por ejemplo, dentro de los primeros dos o tres días, dentro de la primera semana o después).

Indicador

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM)

Definición⁸

El número de defunciones maternas por cada 100, 000 nacidos vivos

Una muerte materna (tal como cita la Clasificación Internacional de las Enfermedades o ICD-10 [OMS, 1992]) es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después que el embarazo termina, sin tomar en consideración la duración ni la ubicación del embarazo. El fallecimiento puede provenir de cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o por el manejo del mismo, pero no por causas accidentales o incidentales. Las muertes maternas se clasifican en dos grupos: Muertes directas e indirectas, tal como se describe a continuación:

Muertes obstétricas directas

Las muertes obstétricas directas son las muertes que provienen de las complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de las intervenciones, de las omisiones, del tratamiento incorrecto o de una cadena de eventos a consecuencia de cualquiera de las causas antes mencionadas.

Muertes obstétricas indirectas

Las muertes obstétricas indirectas son las que provienen de las enfermedades preexistentes o de las enfermedades que puedan surgir durante el embarazo, que no se deben a causas obstétricas directas, pero que se agravan por los efectos fisiológicos del embarazo.

La razón de mortalidad materna se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Todas las muertes maternas que ocurren durante un período de referencia (por lo general, 1 año)}}{\text{\# total de nacidos vivos durante el período de referencia}} \times 100$$

Datos Requeridos

Información sobre todas las muertes maternas ocurridas durante un período específico (por lo general, 1 año) e información sobre el número total de los nacidos vivos durante el mismo período

Al incluir todos los embarazos en el denominador, se obtiene una indicación real de la población total de mujeres, de las que están embarazadas o que están teniendo partos, que corren el riesgo de una muerte materna. No obstante, es más común que los investigadores y los evaluadores utilicen los datos de todos los nacidos vivos, porque están más disponibles y son más fáciles de recopilar.

En los lugares en los que no hay datos disponibles del número de nacidos vivos, el total estimado se puede calcular utilizando los datos del censo para la población total y para la tasa bruta de natalidad de un área específica. Así, *Total de nacimientos esperados = población x tasa bruta de natalidad*.

⁸ El texto para este indicador se ha extraído en gran medida del documento de la OMS próximo a publicarse, “Indicadores para Monitorear la Salud Reproductiva,” OMS.

Fuente(s) de Datos

Muchos países tienen tres fuentes de datos principales con las cuales se puede estimar la razón de mortalidad materna:

- Los registros de las estadísticas vitales;
- Las estadísticas de los servicios; y
- Las encuestas demográficas o las encuestas de vigilancia continua a nivel de la población.

Las serias limitaciones de estas fuentes, tanto en el mundo en desarrollo como en el mundo desarrollado, se encuentran bien documentadas en otros documentos (AbouZahr, 1999; Berg, Danel y Mora, 1996; Campbell y Graham, 1990).

Propósito y Temas a Considerar

La razón de mortalidad materna es la medida que más se utiliza para medir las muertes maternas. Esta tasa mide el riesgo obstétrico (es decir, el riesgo que una mujer tiene de morir una vez está embarazada). Por lo tanto, omite el riesgo de estar embarazada (es decir, la fecundidad en una población, que se mide con la tasa de mortalidad materna o el riesgo durante toda la vida [Graham y Airey, 1987]).

La mortalidad materna está ampliamente reconocida como un indicador de la condición de la salud de una población en general, de la condición de la mujer en una sociedad y del funcionamiento del sistema de salud. Por lo tanto, las tasas de mortalidad materna altas denotan amplios problemas en la condición de la salud, en las inequidades de género y en los servicios de salud de un país. La razón de mortalidad materna es útil para los fines de promoción y defensa pública, pero no incluye información sobre las causas de la mortalidad materna alta, ni tampoco sobre las intervenciones necesarias para disminuir las muertes maternas.

Las muertes maternas son difíciles de investigar por su relativa rareza sobre la base de la población y por otros factores específicos del contexto, como la renuencia a reportar las muertes relacionadas con el aborto, los problemas de memoria para recordar o la falta de atribución a las razones médicas (Campbell y Graham, 1991). Por lo tanto, ninguna fuente o método de recopilación de datos se considera adecuado para investigar todos los aspectos de la mortalidad materna, en todos los ámbitos.

Son pocos los países en desarrollo que cuentan con sistemas de registro de estadísticas vitales lo suficientemente completos como para producir cálculos fiables de la población (AbouZahr, 1998).

La principal desventaja de los datos derivados de las estadísticas de los servicios es la selectividad de la población que utiliza los servicios. Si no se tiene un conocimiento pormenorizado de la población a captar, resulta difícil estimar si la razón de mortalidad materna del área de captación subestima o sobreestima el nivel de mortalidad materna para la población en general (que también incluye a las no-usuarias de los servicios). Hay otros problemas adicionales relacionados con el uso de este tipo de datos, como los errores en los registros rutinarios y la omisión de las muertes que ocurren fuera de las salas de maternidad.

La principal fuente de datos para calcular la razón de mortalidad materna en muchos países en vías de desarrollo son las encuestas a nivel de la población, dentro de las cuales figuran:

- **Los Estudios de Mortalidad en Edades Reproductivas** (*Reproductive Age Mortality Studies - RAMOS*), que consisten en tratar de identificar todas las muertes de las mujeres en el período reproductivo utilizando una combinación de enfoques, como los cortes transversales a las encuestas de hogares, las encuestas de vigilancia continua a nivel de la población, los registros de los hospitales y centros de salud y los informantes clave (OMS, 1987).
- **La estimación directa** depende de preguntar acerca de las muertes maternas ocurridas en un hogar durante un período de tiempo reciente, por ejemplo, uno o dos años. Estas preguntas pueden hacerse en el contexto de las encuestas de hogares o de un censo de todos los hogares, aunque hasta la fecha, la experiencia con este último sistema es relativamente limitada (Campbell, 1999).

Los dos métodos anteriores producen cálculos actualizados, pero toma mucho tiempo y dinero conducirlos, porque requieren tamaños muestrales muy grandes para obtener cálculos muy puntuales, con

intervalos de confianza lo suficientemente estrechos para permitir el monitoreo de tendencias a través del tiempo.

- **El método de las hermanas** en cierta forma logra superar la necesidad de los tamaños muestrales muy grandes, entrevistando a las personas adultas con relación a la supervivencia de todas sus hermanas. El método indirecto (Graham, Brass y Snow, 1989) implica menos preguntas a los entrevistados, pero produce estimaciones acumuladas que estadísticamente corresponden a un punto de tiempo lejano en el pasado, aproximadamente 10-12 años antes de la encuesta. El método directo (Stanton, Abderrahim y Hill, 2000) produce estimaciones más actualizadas a aproximadamente de 3-4 años antes la encuesta, pero requiere más preguntas y toma más tiempo y dinero hacerlo.

Debido a la poca precisión de estas estimaciones, se han desarrollado otros modelos de métodos adicionales (OMS, UNICEF y FNUAP, 2001; AbouZahr y Wardlaw, 2001; FNUAP, 1998b).

Por las limitaciones inherentes de la mayoría de los métodos de medición, la razón de mortalidad materna constituye, más que una medida precisa, nada más una indicación amplia del nivel de mortalidad materna. El uso de intervalos de confianza alrededor de las estimaciones ayuda a sensibilizar respecto a que una estimación puntual suele ser demasiado inexacta para usarse para monitorear las tendencias en los datos (AbouZahr y Wardlaw, 2001). Además, las fuentes y los métodos de recopilación antes descritos tienen fortalezas y debilidades muy distintas y proporcionan estimaciones con diversos grados de fiabilidad, por lo que las encuestas para estimar la mortalidad materna deben hacerse únicamente cada 5-10 años. Al interpretar la razón de mortalidad materna, los

evaluadores deben considerar intervalos de confianza amplios.

Es difícil distinguir entre los cambios reales y los cambios artificiales en la razón de mortalidad materna, porque las diferencias observadas no necesariamente indican que hay una mejor condición de salud materna (Graham, Filippi y Ronsmans, 1996). Entre otros aspectos importantes a considerar, figuran:

- Los errores no de muestreo, como cambios en la precisión de los informes o de las clasificaciones a lo largo del tiempo o entre los distritos o las poblaciones (Stanton, Abderrahim y Hill, 2000);
- Los cambios en la definición de una muerte materna entre la ICD-9 y la ICD-10 (OMS, 1977; OMS, 1992). Por lo tanto, la presentación de la razón de mortalidad materna debe indicar claramente cual de estas versiones utilizó. En el caso de la ICD-10, se debe especificar cual de las tres categorías incluye el numerador (muertes maternas directas e indirectas hasta los 42 días postparto, muertes maternas tardías, muertes relacionadas con el embarazo⁹);
- Los niveles agregados podrían ocultar diferencias grandes entre los subgrupos poblacionales; y
- Las diferencias aparentes en la razón de mortalidad entre las áreas rurales y las áreas urbanas sencillamente podrían reflejar diferencias en el patrón (y no en el nivel) de fecundidad, habiendo más mujeres gran multiparas en las áreas rurales, para quienes el riesgo de morir seguramente es más alto. Entre otros posibles factores distorsionadores o factores de confusión figuran: La condición de la salud en general, tal como los niveles de anemia o de malaria y los factores socio económicos.

⁹ Las muertes maternas tardías son las muertes por causas obstétricas directas o indirectas dentro de más de 42 días pero menos de un año después de terminado el embarazo. Las muertes relacionadas con el embarazo son las muertes ocurridas durante el embarazo, o dentro de los 42 días después de terminado el embarazo, independientemente de la causa.

Indicador

NECESIDAD SATISFECHA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA ESENCIAL (AOE)

Definición¹⁰

Porcentaje de todas las mujeres con complicaciones obstétricas directas que son atendidas en los establecimientos de AOE durante un período de referencia específico

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de mujeres con complicaciones obstétricas directas atendidas en los establecimientos de AOE}}{\text{\# estimado de mujeres con complicaciones obstétricas en las áreas geográficas que cubren los establecimientos de AOE}} \times 100$$

En el que las causas obstétricas directas o severas incluyen:

- Hemorragia: En el anteparto, intraparto o postparto;
- Trabajo de parto prolongado/obstruido;
- Sepsis postparto;
- Complicaciones del aborto;
- Preclampsia/eclampsia;
- Embarazo ectópico; y
- Ruptura del útero.

El número de mujeres con complicaciones obstétricas directas incluye tanto a las mujeres que ingresan con la complicación como a las mujeres que desarrollan la complicación una vez han llegado al establecimiento. Los establecimientos de AOE incluyen los niveles de atención obstétrica esencial, tanto “básica” como “integral.”

Datos Requeridos

El número de mujeres con una complicación obstétrica directa atendidas en los establecimientos de AOE durante un período de referencia específico; (una

estimación) del número total de mujeres del área geográfica específica con complicaciones obstétricas directas durante el período de referencia

Fuente(s) de Datos

Los registros del establecimiento (para el número de mujeres tratadas)

Se estima que 15% de las mujeres embarazadas desarrollan complicaciones obstétricas que requieren atención médica para evitar la muerte o la incapacidad (OMS, 1994a). El número de nacidos vivos suele servir como medida sustituta o aproximación estimada de todos los nacimientos o embarazos; cuando no hay datos disponibles sobre el número de los nacidos vivos, los evaluadores pueden calcularlos de esta manera: *total de nacimientos esperados = población x tasa bruta de natalidad*.

Propósito y Temas a Considerar

El propósito de este indicador es medir el nivel de utilización de los servicios de AOE por parte de las mujeres que experimentan complicaciones obstétricas directas durante un período de tiempo y en un área geográfica específicos.

Los sistemas de mantenimiento de registros de los establecimientos podrían requerir ajustes para la recopilación de los datos rutinarios sobre las complicaciones obstétricas. Para que un sistema sea útil, debe registrar las complicaciones directas en el expediente de la paciente o en la bitácora de la sala de

¹⁰ Una buena parte del texto para este indicador proviene de “Indicadores para Evaluar Programas de Salud Reproductiva,” del Proyecto EVALUATION, (Bertrand y Tsui, 1995), que originalmente se basó en las “Guías para Monitorear el Progreso en la Reducción de la Mortalidad Materna” (Maine, McCarthy y Ward, 1992) y en la versión de 1997 de las “Guías para Monitorear la Disponibilidad y el Uso de los Servicios Obstétricos” (Maine et.al, 1997).

maternidad. Los evaluadores deben asegurarse de obtener la información de todas las áreas relevantes dentro del establecimiento (por ejemplo, de la sala de ginecología, de la sala quirúrgica, de la sala de abortos, de la morgue) y no únicamente de la sala de maternidad. También deben incluir en el numerador las complicaciones que ocurren en todos los establecimientos de AOE en el área en estudio.

La UNICEF, la OMS y el FNUAP han establecido el nivel mínimo aceptable para la “necesidad satisfecha” en 100 por ciento, pero en la mayoría de los ámbitos del mundo en desarrollo, esta meta es irreal. Si los evaluadores encuentran menos del 100 por ciento, podrían concluir que algunas de las mujeres con complicaciones no están recibiendo la atención médica que necesitan. Sin embargo, si la “necesidad satisfecha” es baja, los investigadores deberían buscar otros datos para determinar si el problema radica en la disponibilidad, en la accesibilidad, en la calidad de la atención provista o en otros factores que determinan la utilización de los servicios, como los factores culturales.

En teoría, “la necesidad satisfecha” podría exceder el 100 por ciento, si más del 15 por ciento de las mujeres embarazadas dentro de la población desarrollan complicaciones obstétricas directas. En los países desarrollados, la proporción de mujeres con complicaciones atendidas en los establecimientos de AOE podría ser superior al 15 por ciento de todos los nacimientos. Otro factor que podría influir en que la razón exceda el 100% es el diagnóstico exagerado de las complicaciones que se puede observar en algunos países de Europa Oriental.

Una de las dificultades con la “necesidad satisfecha” es que las complicaciones están sujetas a numerosos sesgos del registro y que, aunque existan definiciones estándar, los resultados podrían tener importantes variaciones de acuerdo al sistema que se utilice para recopilar los datos y a la capacitación del personal.

La “necesidad satisfecha” es, además, particularmente sensible al número de abortos que se incluyan en el numerador. Si la incidencia del aborto en condiciones de riesgo es alta, la “necesidad satisfecha” tiene la probabilidad de ser alta también. Al incluir todos los abortos en el numerador, la “necesidad satisfecha” podría ser el doble o tres veces más alta de lo que sería sin incluir los abortos. Debido a esta inflación de la

“necesidad satisfecha” al incluir todas las complicaciones del aborto, muchos defensores del indicador lo calculan de las dos formas, es decir, con y sin los abortos. Al excluir las complicaciones postaborto, las estimaciones podrían ser más comparables.

La idoneidad de utilizar el 15 por ciento de todos los nacimientos/embarazos para estimar el número de mujeres que sufren complicaciones obstétricas está abierta al debate. La estimación que hace la OMS de los nacimientos con complicaciones podría ser superior al 15 por ciento: Por hemorragia, 10 por ciento de los embarazos; por sepsis, 8 por ciento; por desórdenes hipertensivos del embarazo, 5 por ciento; por parto obstruido, 5 por ciento (OMS, 1996a). Sin embargo, los datos prospectivos del África Occidental sugieren que 6 por ciento es un estimado más razonable de las complicaciones obstétricas directas (Pruhal, 2000). Cuanto más precisa sea la definición de lo que se considera una causa directa o importante para una complicación obstétrica, más fiables y comparables podrán ser las estimaciones (MotherCare 2000a). Sin embargo, es probable que los expedientes y los registros de los nacimientos no tengan los suficientes detalles de las complicaciones como para permitir un mayor refinamiento de los datos en lo que se refiere a la severidad de una complicación.

El problema de incluir a una mujer dos veces en el numerador (a una mujer que ingrese al mismo establecimiento más de una vez durante el embarazo o en el período postparto o a una que ingrese a más de un establecimiento) no parecería dar un sesgo demasiado serio a los resultados. Si esta situación ocurriera, habría un sesgo en los indicadores, presentando un panorama del sistema de salud más positivo del que este amerita.

“La necesidad satisfecha” tiene la probabilidad de ser una medida inexacta: Es posible que su verdadero valor se sobre- o se subestime por distintas razones. Tanto la tasa bruta de natalidad como la población total y el 15 por ciento son estimaciones; y la exactitud del cálculo de la tasa bruta de natalidad y de la población puede variar de acuerdo a la fuente que se utilice para derivar los datos. Para que este indicador sea útil para hacer comparaciones entre los distintos establecimientos o distritos a lo largo del tiempo, es necesario utilizar las mismas definiciones y documentar adecuadamente el criterio que se utiliza para cada una de ellas.