



Conjunto de Herramientas de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Administrador de Programas

División de Apoyo Técnico

Marzo 2004

Herramienta Número 6: Indicadores de programas

Parte II: Indicadores para reducir la mortalidad materna

I. Introducción

Este conjunto de herramientas es un complemento de las directrices de programación del UNFPA. Proporciona orientación y opciones al personal de las oficinas del UNFPA en los países para mejorar las actividades de planificación, seguimiento y evaluación. También es útil para los administradores de programas en la sede y a nivel nacional.

Cada año, más de 500.000 mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo. La mayoría de esas muertes (98%) se producen en el mundo en desarrollo, y casi todas podrían evitarse. La reducción de la mortalidad materna ocupó un lugar destacado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994 y en el examen que se efectuó en 1999, al cabo de cinco años (CIPD + 5), y fue seleccionada como uno de ocho principales objetivos de desarrollo en la Cumbre del Milenio, celebrada en 2000. El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio es lograr una reducción de la tasa de mortalidad materna de un 75% entre 1990 y 2015. Se trata de un objetivo asequible, pero sólo si se planifican intervenciones sobre la base de estrategias validadas que reduzcan satisfactoriamente la incidencia de las muertes derivadas de la maternidad.

La Parte II de la Herramienta número 6 fue producida por la División de Apoyo Técnico del UNFPA, en colaboración con la División de Servicios de Supervisión y las redes sobre evaluación y mortalidad materna del UNFPA. En las secciones II y III del material se destacan las principales causas de la mortalidad materna y se describen estrategias eficaces para impedir que se produzca. En la sección IV se presentan indicadores comprobadamente prácticos y eficaces, tanto para evaluar las necesidades con miras a planificar las intervenciones en la esfera de la mortalidad materna, como para observar el progreso mientras se ejecutan. También se ponen de relieve las fuentes de datos de cada indicador. Los indicadores descritos en este material se utilizan actualmente en programas de reducción de la mortalidad materna apoyados por el UNFPA y por otras organizaciones. Su funcionalidad se está evaluando en esas intervenciones.

Si bien en el material se mencionan cuestiones fundamentales relacionadas con la demanda de servicios de atención obstétrica de emergencia, como las atinentes a la política ambiental, la concienciación individual y de la comunidad, y el grado de compromiso en pro de reducir la mortalidad materna, las cuestiones que se abordan se vinculan principalmente con la prestación de servicios de atención obstétrica

de emergencia (AOEm). Los indicadores de resultados relativos a la demanda para reducir la mortalidad materna se abordarán en materiales de información que se darán a conocer en el futuro.

II. Causas médicas de la mortalidad materna

Cuando se aborda la mortalidad materna en cualquier país, es esencial tener presentes varios factores médicos. La gran mayoría de las complicaciones del embarazo no pueden pronosticarse ni prevenirse. Se han determinado algunos factores de riesgo, pero resulta casi imposible pronosticar cuáles mujeres tendrán complicaciones. De hecho, *todas* las mujeres embarazadas corren un riesgo aleatorio de tener complicaciones que pongan en peligro su vida. Las pruebas muestran que el 15% de todos los embarazos presentan complicaciones. La mayoría de las mujeres que tienen complicaciones habían sido consideradas de “bajo riesgo”. Las cuatro complicaciones que causan la muerte con más frecuencia son: hemorragia, sepsis (infección), eclampsia (hipertensión inducida por el embarazo) y trabajo de parto obstruido. A esas complicaciones, conjuntamente con el aborto practicado en condiciones de riesgo, se atribuyen más de las dos terceras partes de las muertes maternas. La otra tercera parte se debe a causas indirectas o a una afección médica ya existente – con frecuencia, paludismo, anemia, hepatitis o SIDA – que se agrava con el embarazo o el parto.

III. Reducir la incidencia de muertes maternas – una cadena de resultados

Aprender de la historia

Durante muchos años, los programas de reducción de la mortalidad materna se centraron en dos componentes principales: la atención prenatal y la capacitación de las parteras tradicionales y miembros de la comunidad para reconocer las complicaciones que se produjeran durante el parto. El propósito de esos programas era que las mujeres que padecieran complicaciones potencialmente mortales fueran transferidas oportunamente a un nivel más elevado de atención. Lamentablemente, esta estrategia no abordaba varios aspectos esenciales del problema. Quizás la deficiencia más importante era que pasaba por alto la disponibilidad de atención a niveles más elevados del sistema. Los países con tasas elevadas de mortalidad materna casi siempre carecen de instalaciones y servicios de atención obstétrica de emergencia. Cualquier programa que se proponga aumentar las remisiones a un nivel más elevado de atención fracasará si no hay disponibilidad de esos servicios.

Otra deficiencia que señalan muchos estudios es que las parteras tradicionales, aunque hayan recibido capacitación, no tienen conocimientos para reconocer complicaciones porque, en general, son relativamente pocos los partos complicados que atienden durante su “carrera”. También pueden carecer de autoridad para convencer a la familia de transferir a una parturienta a un hospital. Por lo demás, es posible que las parteras tradicionales, incluso en las comunidades donde ejercen cierta influencia, carezcan de los conocimientos necesarios para salvar la vida de las mujeres en caso de emergencias médicas.

Gran parte de los conocimientos actuales acerca de la mortalidad materna proceden de observar países que han logrado reducirla considerablemente, como los Estados Unidos y países de la Unión Europea en

los siglos XVIII, XIX y XX¹. A fines del siglo XIX, en Suecia se realizó un esfuerzo concertado para fomentar la asistencia del parto por personal calificado. Se capacitó y desplegó a las comadronas, lo que trajo aparejada una reducción acelerada de la mortalidad materna. Después de la segunda guerra mundial, la mortalidad materna se redujo en Europa y en Norteamérica como resultado directo de la introducción de antibióticos y transfusiones de sangre y la disponibilidad de operaciones cesáreas. Esas intervenciones son eficaces para prevenir la mayoría de las causas de muerte materna: sepsis, hemorragia y trabajo de parto obstruido.

En los últimos 30 a 50 años, en varios países de escasos recursos como Cuba, Sri Lanka, Malasia y Túnez, se ha adoptado el modelo occidental de reducción de la mortalidad materna. En esos países, el establecimiento de sistemas nacionales de inscripción de nacimientos y defunciones en que constan las causas del fallecimiento posibilitó seguir de cerca las tendencias de la mortalidad materna. Analizando esos registros más completos sobre estadísticas vitales se observó la elevada cifra de muertes maternas y se creó conciencia sobre el problema, lo que dio lugar a un aumento de la voluntad política y una rápida acción legislativa para mejorar el acceso a la atención especializada del parto.

Recuadro 1. Características fundamentales de los programas de reducción de la mortalidad materna que han obtenido buenos resultados.

- Compromiso firme al nivel político más elevado
- Profesionalización de la atención prestada por comadronas
- Asistencia de personal calificado en 90% de los partos
- Acceso a los servicios de planificación de la familia/anticonceptivos
- Acceso a la atención obstétrica de emergencia (AOEm) de calidad, incluidas tecnologías médicas como antibióticos, anticonvulsivos y oxitócicos
- Supervisión continua de los servicios y mejoramiento de la calidad, incluida la investigación de las muertes maternas.

En el **Recuadro 1** se destacan algunos factores clave para el éxito de las intervenciones que se llevan a cabo actualmente en relación con la mortalidad materna, en países tanto pobres como ricos.

Cómo y cuándo intervenir

El interés de los planificadores y administradores de programas consiste en planificar y ejecutar eficaces programas de reducción de la mortalidad materna que tengan grandes probabilidades de lograr los efectos deseados.

La primera estrategia es evitar que se produzcan embarazos no deseados. Pero una vez que se ha producido el embarazo, la atención deberá centrarse en el momento crítico y peligroso del parto, y el

¹ A mediados del siglo XIX, en Suecia, Gran Bretaña y los Estados Unidos de América, las tasas de mortalidad materna (es decir, el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) se redujeron a un nivel de entre 250 y 400 por 100.000 nacidos vivos después de que, entre 1750 y 1850, hubieron bajado desde un nivel de entre 800 y 1000, gracias a que cada vez fue mayor la proporción de alumbramientos atendidos por profesionales experimentados, principalmente comadronas.

período inmediatamente posterior al parto. La experiencia muestra que las mujeres que mueren en el parto experimentaron por lo menos una de las tres demoras clásicas que se ilustran en el **Recuadro 2**.

Es imprescindible que exista la voluntad política de reducir la mortalidad materna, pues para lograrlo se requiere un compromiso a largo plazo de aportación de fondos, desarrollo de infraestructura y aplicación de políticas apropiadas. Una corriente de entrada de recursos para fomentar la salud materna es más efectiva cuando forma parte de un esfuerzo encaminado a mejorar todo el sector de la salud. No cabe duda de que, en los países que han experimentado una reducción de la mortalidad materna, el elemento común ha sido la determinación política de fortalecer el sector de la salud en su conjunto.

La cadena de resultados para reducir la mortalidad materna (véase el **Figura 1**) presenta visualmente y de manera esquemática las intervenciones fundamentales necesarias, sobre la base de los conocimientos actuales de lo que da resultados satisfactorios al respecto². En consecuencia, y considerando el enfoque basado en resultados de la gestión de programas, el gráfico pone de manifiesto un proceso de cambios en el tiempo y el tipo de resultados (productos³) que los programas financiados por el UNFPA podrían producir. El gráfico aclara que los programas financiados por los donantes tienen una influencia cada vez menor en el logro de efectos directos e impactos de nivel más elevado debidos a muchos factores externos que intervienen en el programa. La elaboración de una cadena de resultados que indique un posible proceso para reducir la mortalidad materna es útil a fin de orientar el diseño de programas y la observación del progreso, y es una primera medida esencial para reconocer posibles indicadores que posibiliten que los administradores sigan la pista a los cambios.

² Cabe señalar que la cadena de resultados que figura en el Figura 1 no ilustra las intervenciones y actividades estratégicas necesarias para obtener los productos.

³ El Grupo Especial de armonización y simplificación, del cual es miembro el UNFPA, aprobó las siguientes definiciones: **Productos** comprenden productos y servicios resultantes de las actividades en una intervención de desarrollo. **Efectos directos** son el conjunto de resultados a corto y mediano plazo logrados por los productos de una intervención, que por lo general requieren la acción colectiva de los copartícipes. Representan cambios en las condiciones de desarrollo ocurridos entre la finalización de los productos y el logro del impacto. **Impactos** son los efectos de largo plazo positivos y negativos, producidos directa o indirectamente sobre determinados grupos de población por una intervención para el desarrollo, intencionalmente o no. Esos efectos pueden ser de índole económica, sociocultural, institucional, medioambiental, tecnológica, sanitaria o demográfica.

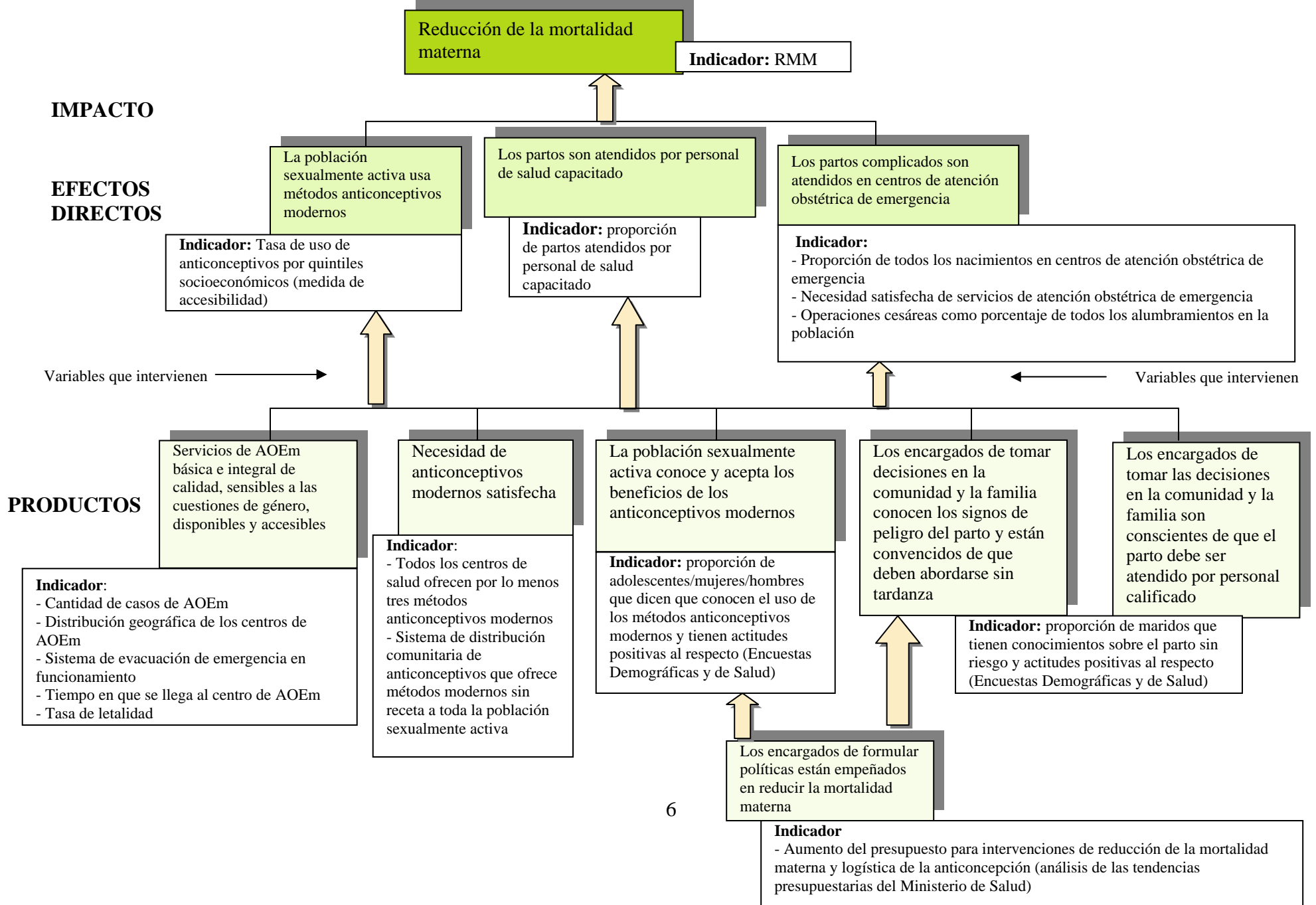
Recuadro 2. Las tres demoras

La primera demora se produce al decidir buscar atención para una complicación obstétrica. Puede deberse a varias razones, entre ellas el reconocimiento tardío de que hay un problema, el temor a los hospitales o a los costos en que se incurrirá, o la falta de una persona encargada de tomar las decisiones.

La segunda demora se produce después de haber tomado la decisión de ir en procura de atención. Se trata de la tardanza en llegar físicamente al centro de atención y frecuentemente se debe a la dificultad en encontrar o pagar medios de transporte. En muchas aldeas las posibilidades de transporte son muy limitadas y el estado de las carreteras es muy deficiente. Algunas comunidades han elaborado formas innovadoras de abordar este problema, entre ellas planes de pagos previos, fondos para el transporte comunitario y un fortalecimiento de los vínculos entre los profesionales de la comunidad y el sistema oficial de salud.

La tercera demora se produce al intentar obtener atención médica una vez que la paciente llegó al centro de atención. Es una de las cuestiones más lamentables en lo atinente a la mortalidad materna. A menudo las mujeres deben esperar largas horas en el centro de remisión debido a la carencia de personal, las políticas de pago previo o las dificultades para obtener suministros de sangre, equipo médico o un quirófano. Muchos planificadores consideran que la tercera demora es la más fácil de corregir. Cuando una mujer ha llegado a un centro de atención obstétrica de emergencia ya se han vencido muchas de las barreras económicas y socioculturales. Uno de los principales componentes del mejor acceso a la atención obstétrica de emergencia es concentrar la atención en mejorar los servicios en los centros existentes. Los programas orientados a subsanar las dos primeras demoras (es decir, los que educan a las comunidades para que reconozcan las complicaciones y las alientan a buscar atención médica o los orientados a mejorar el transporte para facilitar el acceso a un nivel más elevado de atención) no tienen ninguna utilidad si los propios establecimientos no proporcionan servicios adecuados.

Figura 1. Cadena de resultados para reducir la mortalidad materna: resultados y sus indicadores objetivamente verificables (IOV)



Enfoque triple del UNFPA para mejorar la salud materna

Sobre la base del conocimiento de lo que arroja resultados satisfactorios, como ya se ha descrito, el UNFPA ha adoptado un *enfoque triple* para reducir la mortalidad materna, complementado por intervenciones de promoción a nivel normativo y de comunicación para promover cambios en el comportamiento. El “enfoque triple” se describe a continuación.

1. Planificación de la familia

Por sí sola, la satisfacción de la demanda existente de servicios de planificación de la familia reduciría los embarazos en los países en desarrollo en un 20%, y las muertes y lesiones de madres en un porcentaje similar o mayor. La estrategia del UNFPA se ha perfeccionado en los últimos 30 años para garantizar una mejor calidad de los servicios de planificación de la familia, una cantidad suficiente de suministros de salud reproductiva y una amplia gama de anticonceptivos, incluidos los preservativos (condones) para hombres y mujeres, y el respeto de la opción individual. Si bien el acceso a la planificación de la familia guarda poca relación directa con la reducción de las tasas de mortalidad materna, sí tiene mucho que ver con la reducción de la tasa de mortalidad general relacionada con el embarazo y los abortos en condiciones de riesgo⁴. La planificación de la familia es un medio rentable de reducir las tasas de mortalidad materna: 1) reduciendo la cifra absoluta de complicaciones al disminuir la cifra de embarazos; 2) reduciendo la cifra de abortos al evitar los embarazos no deseados y no planificados; 3) evitando los embarazos a edades muy precoces o muy avanzadas, o demasiado frecuentes durante el ciclo reproductivo de la mujer, y espaciándolos debidamente.

2. Atención del parto por personal calificado

Recuadro 3. Personal de salud calificado

El término “personal de salud calificado” se refiere exclusivamente a las personas capacitadas en obstetricia (por ejemplo, médicos, parteras, enfermeras), con formación en las técnicas necesarias para atender partos normales y diagnosticar las complicaciones obstétricas o remitir a las pacientes a servicios de mayor capacidad.

En una situación ideal, el personal calificado vive en la comunidad que atiende y forma parte de ella. Debe estar en condiciones de atender un trabajo de parto y un parto normales, reconocer el comienzo de una complicación, realizar las intervenciones esenciales, comenzar el tratamiento y supervisar la remisión de la madre y el recién nacido para que se realicen las intervenciones que escapan a su competencia o no son posibles en ese establecimiento particular. En función del entorno, tal vez haya quienes prestan atención sanitaria, como enfermeras/parteras auxiliares, comadronas de la comunidad o de la aldea y otro personal itinerante de salud, que esté en condiciones de asumir las funciones *si ha recibido capacitación especial*. Con frecuencia, esas personas son el puntal de los servicios de maternidad en la periferia, y los resultados de los embarazos y los partos pueden mejorarse utilizando sus servicios, especialmente bajo la supervisión de parteras con buena formación.

La mayoría de las complicaciones obstétricas se producen durante el trabajo de parto y el propio parto. Es necesario que el personal sanitario calificado reconozca rápidamente las complicaciones que amenazan la vida e intervenga a tiempo para salvar la vida de la madre. En el **Recuadro 3** se explica lo que se entiende por “personal de salud calificado.” A pesar de las abrumadoras pruebas históricas de que la asistencia de médicos, comadronas y enfermeras en los partos es un factor fundamental para reducir la mortalidad materna, sólo el 58% de los

⁴ La **tasa de mortalidad materna** se define como “el número de muertes relacionadas con el embarazo por cada 100.000 mujeres de 15 a 49 años”, por año. El índice de mortalidad materna se define como “el número de muertes relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos”.

partos en todo el mundo son atendidos por personal de salud calificado.

Recuadro 3. (Continuación) Personal de salud calificado

En los países desarrollados y en muchas zonas urbanas de los países en desarrollo, la atención calificada del parto suele prestarse en un centro de salud. Sin embargo, el alumbramiento puede producirse en diversos lugares adecuados, desde el hogar hasta un centro de consulta de nivel terciario, en función de la disponibilidad y la necesidad, y la OMS no recomienda ningún entorno en particular. El parto en el domicilio puede ser lo indicado para un parto normal, a condición de que la persona que lo atiende esté debidamente capacitada y equipada* y que pueda optarse por la remisión a un nivel superior de asistencia.

Fuente: OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial, Declaración conjunta sobre la reducción de la mortalidad materna, 1999.

Este bajo porcentaje se debe a muchas razones. Una de ellas es, sencillamente, la falta de personal calificado. Otro factor es la mala distribución de ese personal, ya que la mayoría de los profesionales prefieren permanecer en zonas urbanas. El UNFPA está tratando de abordar este problema promoviendo la capacitación de los profesionales y programas innovadores para retenerlos en las regiones donde más se necesitan. Para ello se dan incentivos como vivienda y programas de educación a distancia a las parteras y los médicos que trabajan en zonas rurales y semirurales, y se promueven sistemas rotativos que combinan la atención en consultas públicas y privadas. Además, descentralizando la capacitación para adaptarla al contexto local, se puede ayudar a retener a algunos profesionales calificados en las zonas rurales, especialmente los de categorías intermedias, como partera-enfermera auxiliar, visitadora familiar de la seguridad social y trabajadora sanitaria.

3. Atención obstétrica de emergencia

La atención obstétrica de emergencia (AOEm) abarca varias funciones fundamentales para salvar la vida, realizadas idealmente en un centro de atención médica, que pueden impedir la muerte de una mujer cuando está comenzando a experimentar complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es una respuesta médica a una situación potencialmente mortal y no es la normal para todos los partos. Esas funciones suelen dividirse en dos categorías: 1) la **AOEm básica** que puede prestarse en un centro de salud, por una enfermera, una comadrona o un médico, y 2) la **AOEm integral**, que por lo general requiere las instalaciones de un hospital de distrito con sala de operaciones. Las funciones mínimas figuran en el **Cuadro 1 infra**.

* En muchos países, las comadronas tradicionales se han capacitado para promover prácticas de parto sin riesgo, incluso el parto aséptico y la prevención de las prácticas perjudiciales. Sin embargo, para satisfacer todos los requisitos de la atención de embarazos y partos normales y para reconocer las complicaciones y tratarlas, o remitir a las pacientes, no es suficiente con la educación, la formación y la experiencia de las comadronas. Sus antecedentes tal vez supongan un condicionamiento por normas culturales y tradicionales fuertemente arraigadas, que también pueden contrarrestar la eficacia de su capacitación.

Cuadro 1. Funciones de AOEm básica e integral

Funciones de AOEm básica Se realizan en un centro de salud sin sala de operaciones	Funciones de AOEm integral Requieren una sala de operaciones y suelen realizarse en un hospital de distrito
<ul style="list-style-type: none">Antibióticos por vía endovenosaOxitócicos por vía endovenosaAnticonvulsivos por vía endovenosaExtracción manual de la placentaParto instrumentado por vía vaginalExtracción (por aspiración) de productos retenidos	Las seis funciones de la AOEm básica, más <ul style="list-style-type: none">Operación cesáreaTransfusión de sangre

Las funciones de AOEm básica consisten en administrar medicamentos inyectables. Suelen ser antibióticos para tratar una infección, anticonvulsivos para tratar una convulsión, u oxitócicos para tratar el sangrado excesivo ayudando a la contracción del útero. El parto instrumentado por vía vaginal abarca el uso de un extractor al vacío, en lugar de fórceps. Cuando la placenta no se expulsa naturalmente, puede provocar sangrado excesivo y crear riesgo de infección. Lo mismo ocurre si se retienen productos tras un aborto espontáneo o provocado. Por lo general, la placenta puede extraerse manualmente. Los productos retenidos pueden extraerse bajo una anestesia liviana y, por lo general, es necesario un procedimiento quirúrgico menor, como la aspiración manual al vacío.

La AOEm integral abarca la posibilidad de llevar a cabo intervenciones quirúrgicas más complejas, como una cesárea, para resolver un trabajo de parto obstruido. También abarca la capacidad de administrar una transfusión de sangre en caso de hemorragia potencialmente mortal. La sangre debe haber sido extraída, clasificada y almacenada en condiciones de seguridad, por lo cual se requiere un banco de sangre completo.

Mejorar la disponibilidad de servicios es el primer paso, imprescindible para aumentar el acceso a la AOEm. En muchos casos, no es mucho lo que hay que aportar para ampliar los establecimientos sanitarios existentes y posibilitar servicios de AOEm. Tal vez sea necesario: renovar las salas de operaciones existentes o equipar nuevas salas, reparar o comprar equipo quirúrgico o de esterilización, capacitar a los médicos y personal de enfermería a fin de que puedan realizar las intervenciones necesarias para salvar vidas y mejorar la administración de los servicios de salud. La mejor administración de los servicios de salud incluye la dotación suficiente de personal en los centros de atención, el abastecimiento constante de medicamentos y otros suministros, el mantenimiento de la estructura y el equipo de salud, un sistema que posibilite prestar atención las 24 horas y políticas justas de precios de los servicios salud. También significa promover la vigilancia y la evaluación, y la mejora constante en la calidad de los servicios.

IV. Utilizar los Indicadores de Productos y de Efectos Directos para observar los progresos

Introducción

Es difícil determinar si las intervenciones en materia de mortalidad materna han tenido éxito, ya que a menudo no se dispone de indicadores de impacto, como la tasa y el índice de mortalidad materna.

Algunas razones para que no se disponga de los indicadores son la mala calidad de los registros de estadísticas vitales en muchos países en desarrollo, y el hecho de que las defunciones derivadas de la maternidad, cuando se registran, no se distinguen de las defunciones por otras causas⁵. Por lo tanto, se recomienda que los programas tomen como base los indicadores convenidos internacionalmente: los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la atención del parto por personal calificado y los seis Indicadores de las Naciones Unidas de procesos en la atención obstétrica de emergencia, convenidos por el UNICEF, la OMS y el UNFPA⁶. Esos Indicadores de Procesos de AOEm trasuntan el grado de eficacia funcional de los servicios y la capacidad de los sistemas de atención de la salud para tratar las complicaciones que ponen en riesgo la vida durante el embarazo y el parto. Se recomienda también utilizar indicadores de cambio de comportamiento y de las políticas a los fines de observar la demanda de AOEm y el entorno normativo.

De acuerdo con las experiencias recientemente recogidas en Malawi⁷ al utilizar los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, se llega a la conclusión de que, aunque esos indicadores tengan limitaciones, este sistema de vigilancia ha proporcionado información de importancia vital a los responsables de prestar los servicios de salud, a los administradores y a los encargados de formular políticas, que posibilitaron aumentar la disponibilidad, la distribución y la calidad de los servicios.

En el **Recuadro 4** se destacan las experiencias recogidas utilizando los Indicadores de Procesos de AOEm para evaluaciones de base de los servicios obstétricos.

Recuadro 4. Conclusiones de evaluaciones de base de los servicios obstétricos

En el bienio 2000-2001, las oficinas del UNFPA en el Camerún, la India, Marruecos, Mozambique, Nicaragua, el Níger y el Senegal llevaron a cabo evaluaciones de los servicios obstétricos utilizando los Indicadores de Procesos de AOEm.

De esos estudios surgen algunas tendencias comunes: por ejemplo, el real desafío consiste en ampliar la disponibilidad de centros que prestan AOEm básica; la distribución geográfica de los centros no es adecuada y es necesario intensificar las medidas a fin de que los servicios en las zonas rurales sean accesibles, problema que a menudo se agrava por los caminos intransitables y la falta de transporte; y la tasa de letalidad no puede utilizarse por sí sola como indicador de la mala calidad de los servicios en el centro. La causa de muerte de una madre podría ser la demora en llegar al centro y no tanto la calidad de los servicios.

Fuente: International Journal of Obstetrics and Gynecology (IJGO) en 2002 y 2003, UNFPA /AMDD Making Safe Motherhood a Reality in West Africa – Using Indicators to Programme for Results, 2003.

⁵ Hay otras razones, como las siguientes: 1) las estimaciones de la mortalidad materna se basan en la medición de los índices en muestras de población, mediante costosas encuestas con amplios márgenes de confianza; 2) sólo pueden obtenerse datos retrospectivos, por lo que es difícil medir los progresos recientes; y 3) el índice de mortalidad materna puede dar un panorama nacional general, pero carece de una desagregación suficiente para adoptar decisiones a nivel local.

⁶ Maine, Deborah et al. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. UNICEF, OMS, UNFPA. Agosto de 1997.

⁷ Hussein J, Goodburn E A, Damisoni H, Lema V y Graham W. (2001). *Monitoring obstetric services: putting the 'UN Guidelines' into practice in Malawi: 3 years on. Int'l Journal of OB & Gyn 75, págs. 63 a 73.*

Los indicadores DOPA⁸ y los correspondientes medios de verificación que se describen en el **Figura 1** y el **Cuadro 2** han pasado a ser importantes instrumentos para vigilar cómo el UNFPA contribuye a reducir la mortalidad materna. A continuación figura una definición precisa de cómo se construye cada indicador, los niveles mínimos o máximos necesarios y las fuentes de información utilizadas

Cuadro 2. Indicadores para vigilar la AOEm en los programas de reducción de la mortalidad materna

Indicador	Niveles óptimos
1. Proporción de partos asistidos por personal de salud calificado ⁹	Según la CIPD: el 60% de los partos Según los Objetivos de Desarrollo del Milenio: el 90% de los partos En general suele haber una meta nacional.
2. Cantidad de servicios que prestan AOEm básica e integral en relación con la población	Cada 500.000 habitantes , debería haber - Por lo menos 4 centros que presten AOEm básica - Por lo menos 1 centro que preste AOEm integral
3. Distribución geográfica de los centros que prestan AOEm (subindicadores: tiempo para llegar al centro que presta AOEm y proporción de hogares ubicados a 2 horas de un centro que presta AOEm básica)	La situación ideal es que los centros que prestan AOEm estén ubicados como máximo a 2 horas. Debe poder llegarse a los centros que prestan AOEm integral en un máximo de 12 horas.
4. Proporción de todos los partos atendidos en centros que prestan AOEm básica e integral	Por lo menos el 15% de todos los partos en la población deben ser atendidos en centros que prestan AOEm básica o integral
5. Necesidad satisfecha de AOEm Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que son atendidas en centros que prestan AOEm	El 100% de las mujeres con complicaciones obstétricas deben recibir atención en centros que prestan AOEm
6. Cesáreas en proporción (%) a todos los partos.	Las cesáreas deben representar no menos del 5% ni más del 15% de todos los partos (cesáreas realizadas sólo por razones de emergencia)
7. Tasa de letalidad obstétrica	La tasa de letalidad obstétrica entre las mujeres que presentan complicaciones obstétricas en los centros que prestan AOEm debe ser inferior al 1% (el indicador se interpreta mejor a nivel de los centros de asistencia)

Fuente: Salvo el primer indicador, los demás se han adaptado de Maine, Deborah et al. Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. UNICEF, OMS, UNFPA. Agosto de 1997.

En el **cuadro 3** se ofrece un panorama general de los datos necesarios para construir los indicadores.

⁸**DOPA:** directo, objetivo, práctico y adecuado. En la Parte 1 *Indicadores Programáticos-Conceptos Básicos* de la Herramienta 6 del *Conjunto de herramientas, seguimiento y evaluación para los directores de programas*, se explica más exhaustivamente este concepto.

⁹ Este indicador, propuesto para vigilar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, no forma parte de los seis Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, para AOEm, según lo que se había propuesto originariamente en la fuente mencionada como referencia.

Cuadro 3. Tipos de datos utilizados para construir indicadores

Tipo de datos	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7 ⁹
Población	•	•	•	•	•	•	
Tasa de natalidad	•			•	•	•	
Cantidad de partos asistidos por personal de salud calificado	•						
Datos de centros de atención de la salud: Funciones señal de AOEm		•	•	•			
Cantidad de nacimientos	•			•		•	
Cantidad de casos complicados atendidas en los centros que prestan AOEm					•		•
Cantidad de cesáreas						•	
Cantidad de muertes maternas (causas directas)							•

Fuente: adaptado de *Distance Learning Courses on Population Issues: Course 6, Module 2. UNFPA. 2002.*

Indicador 1 Número de partos asistidos por personal de salud calificado

El Indicador 1, que no se incluye en los seis Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, sobre procedimientos de la atención obstétrica de emergencia, debe utilizarse para informar sobre el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad materna a nivel mundial y nacional. No viene al caso si el parto se produjo en el hogar o en un centro de atención de la salud. Tal vez sea difícil reunir datos precisos sobre el personal de salud calificado de la comunidad debido a distorsiones de la memoria (las mujeres que responden a las encuestas tal vez tengan dificultad en recordar la calificación del personal que las atendió y no sepan qué capacitación exacta tiene el personal).

Indicador 1	Definición	Numerador	Denominador	Nivel óptimo
Proporción de partos asistidos por personal calificado (independientemente del lugar)	Proporción de todos los partos asistidos por una partera calificada, una enfermera o comadrona o un médico capacitado en condiciones de realizar las 6 funciones de AOEm básica	Cantidad de partos asistidos por personal especializado	Cantidad total de partos previstos en la zona servida en un año (derivado del sencillo cálculo de la <i>tasa bruta de natalidad</i> multiplicada por la <i>población estimada de la zona</i> (sobre la base del último censo y las actualizaciones))	Según los Objetivos de Desarrollo del Milenio: el 90% de los partos
Medios de verificación: Numerador: Encuestas Demográficas y de Salud; Denominador: información de censos.				

Indicador 2 Cantidad de centros de atención en funcionamiento que prestan atención obstétrica de emergencia

Es esencial evaluar la disponibilidad de centros para una población dada, a fin de determinar si son suficientes. En general, las investigaciones han mostrado que el 15% de los embarazos tienen complicaciones que ponen en riesgo la vida. Basándose en esa cifra y conociendo el número de nacimientos previstos en una población dada, es fácil prever el número de mujeres que necesitarán AOEm. Se ha establecido la norma de cuatro centros de AOEm básica y uno de AOEm integral cada 500.000 habitantes, observando la situación de varios países en desarrollo. La aplicación de esta norma puede variar de acuerdo con la densidad de población, la topografía del terreno, el tiempo necesario para llegar a cada centro desde viviendas dispersas y otras variables. Es más importante calificar a un centro según pueda prestar AOEm básica o integral. Está claro que sólo puede considerarse que un centro está en condiciones de prestar AOEm básica si ha realizado las seis funciones básicas en los últimos tres meses. De igual modo, sólo puede considerarse que un centro está en condiciones de prestar AOEm integral si ha realizado las seis funciones básicas, más las dos extraordinarias, en los últimos tres meses. Para utilizar este indicador de servicios es necesario investigar periódicamente, a fin de garantizar que la categorización de los centros, según presten servicios básicos o integrales, se ajuste a las funciones que prestan.

Indicador 2	Definición	Numerador	Denominador	Nivel óptimo
Cantidad de centros que prestan AOEm básica	Cantidad de centros de salud que han realizado las 6 funciones básicas de AOEm en los últimos 3 meses, por cada 500.000 habitantes	Cantidad de centros de salud que han realizado las 6 funciones básicas de AOEm en los últimos 3 meses, en una zona dada	Población de la zona servida	Cuatro unidades por cada 500.000 habitantes
Cantidad de centros que prestan AOEm integral	Cantidad de centros de salud que han realizado las 6 + 2 funciones básicas de la AOEm en los últimos 3 meses, por cada 500.000 habitantes	Cantidad de centros de salud que han realizado las 6 + 2 funciones de la AOEm en los últimos 3 meses	Población de la zona servida	Una unidad por cada 500.000 habitantes
Medios de verificación: Numerador: informes de supervisión, encuestas sobre centros de salud; Denominador: información de censos				

Indicador 3 Distribución geográfica de los centros que prestan AOEm

No basta meramente con que haya suficientes centros que presten AOEm, sino que debe considerarse también su distribución geográfica. Si todos los centros en condiciones de prestar AOEm se concentran en zonas urbanas, se privará a un gran número de mujeres, especialmente las que viven en zonas rurales, de llegar a los servicios oportunamente. A diferencia de los otros indicadores que aparecen en este documento, el Indicador 3 sólo puede medirse realizando un análisis espacial utilizando un mapa o un Sistema de Información Geográfica (SIG).

En muchos países en desarrollo, el terreno es desigual y accidentado y los sistemas de comunicación, los caminos y el transporte son deficientes. Tradicionalmente, la distancia ha sido el indicador utilizado para evaluar la accesibilidad de los servicios físicos. En realidad, el tiempo que insume llegar a un centro que presta AOEm es un indicador más exacto del acceso físico. Tal vez lleve mucho tiempo recorrer distancias relativamente cortas. Con frecuencia, el viaje hacia un centro de salud se hace a pie, a caballo o en un carro tirado por un burro. Por lo tanto, un buen indicador sustitutivo tal vez sea la proporción de hogares ubicados dentro de un radio desde el cual a una mujer le insume determinado tiempo llegar a un centro que presta AOEm básica o integral. En una situación óptima, todas las mujeres deberían vivir a dos horas, como máximo, de un centro que presta AOEm. Este tiempo se seleccionó como el máximo porque una hemorragia, la complicación que es fatal en el menor lapso, puede matar a una madre en dos horas. Para salvar el mayor número de vidas, los centros deben poder atender a las embarazadas dentro de esas dos horas. Esta complicación puede tratarse en un centro de AOEm básica, aunque en algunos casos puede ser necesario remitir a la paciente a un centro de atención integral donde se le practiquen transfusiones de sangre. Por lo tanto, una distribución geográfica ideal de los centros garantizaría que todas las mujeres vivieran a dos horas como máximo de un centro que presta AOEm básica, y a doce horas de un centro de atención integral. Se trata de una meta ambiciosa, que entraña mejoras en los sistemas viales, de comunicación y transporte.

Indicador 3	Definición	Modo de medición	Nivel óptimo
Distribución geográfica de los centros que prestan AOEm	Evaluación (por mapa o SIG) o medición real, de la accesibilidad física a los centros que prestan AOEm	Análisis espacial realizado utilizando el SIG, o proporción de hogares en un radio de 2 horas de un centro que presta AOEm básica	En una situación ideal, todos los centros que prestan AOEm básica están, como máximo, a 2 horas y los que prestan AOEm integral, a 12 horas de viaje para las mujeres en edad de procrear
Medios de verificación: informes de supervisión; reuniones de acreditación, mapas del SIG			

Indicador 4 Proporción de todos los partos atendidos en centros en funcionamiento que prestan AOEm

Este indicador de servicios mide la utilización real de los centros que prestan AOEm. Una vez que se haya confirmado que existen centros adecuados, que prestan los servicios apropiados (seis u ocho funciones) y que están distribuidos equilibradamente, debe determinarse si las parturientas están utilizando efectivamente esos servicios. Si se estima que el 15% de las mujeres están sufriendo complicaciones, por lo menos el 15% de los partos deben ocurrir en centros que prestan AOEm. Obviamente, este indicador rudimentario no posibilita determinar cuáles nacimientos se producen en los centros que prestan AOEm. Sería posible que sólo los partos sin complicaciones ocurrieran en centros que prestan AOEm y que todos los complicados ocurrieran en el hogar u otros lugares. Por lo tanto, este indicador debe combinarse con el indicador de necesidad satisfecha de AOEm que se explica más adelante.

Indicador 4	Definición	Numerador	Denominador	Nivel óptimo
Proporción de partos que ocurren en centros que prestan AOEm	Proporción de todos los partos que ocurren en centros en funcionamiento que prestan AOEm	Cantidad de nacimientos que ocurren en un año en centros en funcionamiento que prestan AOEm en la zona servida	Cantidad total de partos previstos en la zona servida en un año	Por lo menos el 15% ocurre en un centro que presta AOEm (en la esperanza de “captar” la proporción máxima de casos complicados)
Medios de verificación: Numerador: Encuestas Demográficas y de Salud; encuestas sobre servicios de salud; sistema de información de gestión sanitaria; Denominador: información de censos				

Indicador 5 Necesidad satisfecha de AOEm

La necesidad satisfecha de AOEm equivale a garantizar que todas las mujeres que padezcan complicaciones reciban el tratamiento adecuado. La meta es que todas las mujeres (100%) que sufren complicaciones reciban el nivel adecuado de atención. Por el mero hecho de establecer que por lo menos el 15% de los nacimientos ocurran en centros que prestan AOEm no se garantiza la atención de todas las mujeres que sufren complicaciones. En todos los centros que prestan AOEm debe haber mecanismos para determinar: a) si una mujer, efectivamente, está experimentando una complicación y b) cuáles son el tipo y la gravedad de esa complicación. En las Directrices de las Naciones Unidas de 1997 figura una lista de siete complicaciones a las que debe ajustarse la evaluación de este indicador. Algunas mujeres tal vez opten por acudir, para un parto normal, a centros que prestan AOEm, por lo que el porcentaje de todos los nacimientos que ocurren en centros que prestan AOEm tal vez incluya partos normales y complicados; el porcentaje de partos complicados variará entre la población urbana y la rural, y también entre los centros de atención públicos y los privados.

Indicador 5	Definición	Numerador	Denominador	Nivel óptimo
Necesidad satisfecha de AOEm	Proporción de mujeres con complicaciones atendidas en centros que prestan AOEm	Cantidad de mujeres ingresadas en centros que prestan AOEm con una o más de las siete complicaciones descritas en las Directrices de las Naciones Unidas de 1997	Cantidad total de partos con complicaciones previstos (calculado como el 15% de los partos previstos en la población de la zona servida)	Todas las mujeres (100%) con complicaciones obstétricas son atendidas en centros que prestan AOEm
Medios de verificación: Numerador: sistema sanitario de información de gestión; registros de ingresos en maternidad; Denominador: información de censos				

Indicador 6 Proporción de cesáreas

La proporción de operaciones cesáreas es un útil indicador de servicios por muchas razones. Por un lado, es probable que la cesárea quede anotada debidamente en los registros hospitalarios. Los estudios indican que el 5% de todos los partos tendrán complicaciones (por ejemplo, trabajo de parto obstruido) que requieran una cesárea para asegurar la supervivencia de la madre. Por lo tanto, un mínimo del 5% de los partos deberán producirse por operación cesárea. Sin embargo, no se trata de una medición infalible. En muchos países, la operación cesárea se realiza aunque no haya complicaciones que pongan en riesgo la vida de la madre, por razones relacionadas con el feto, o por motivos de lucro, por preferencia de la paciente o por el protocolo del hospital. Es importante examinar los registros hospitalarios para determinar la cantidad de cesáreas realizadas en mujeres que estaban sufriendo complicaciones. Para garantizar que no se realicen cesáreas innecesariamente (que conllevan un riesgo y tienen consecuencias para los futuros alumbramientos), se ha establecido como norma un máximo del 15% de todos los partos.

Indicador 6	Definición	Numerador	Denominador	Nivel mínimo/máximo
Proporción de cesáreas	Proporción de cesáreas en todos los partos de la población	Cantidad de cesáreas realizadas en un año en todos los centros que prestan AOEm en la población de la zona servida	Cantidad total de partos previstos en la zona servida en un año	Por lo menos el 5% y no más del 15% de todos los partos
Medios de verificación: Numerador: Encuestas Demográficas y de Salud; sistema de información de gestión sanitaria (registros de los centros); encuesta de servicios de salud; Denominador: información de censos				

Indicador 7 Tasa de letalidad obstétrica

El indicador estándar final de servicios es la tasa de letalidad obstétrica en los centros que prestan AOEm. Es una medida de la calidad del servicio en cada centro. No se calcula sólo para los centros que prestan AOEm integral.

Se mide por el número de mujeres con complicaciones relacionadas con el embarazo que mueren en un centro que presta AOEm, dividido por el número de mujeres con una complicación obstétrica tratadas en ese centro. Para obtener una tasa de letalidad obstétrica nacional o regional, es necesario agregar los datos suministrados por todos los centros que prestan AOEm. En los grandes hospitales, es posible desagregar la tasa de letalidad obstétrica para cada tipo de complicación (cada complicación requiere un tipo diferente de tratamiento, que puede evaluarse por separado). En una situación ideal, cada centro debería tener una tasa de letalidad obstétrica del 1% o menos.

Esta medición es sumamente útil para observar los progresos que se van alcanzando en la calidad de los servicios de determinado centro a lo largo del tiempo. Sin embargo, no tiene en cuenta el estado de las pacientes cuando llegan al centro, por lo que es difícil la comparación entre centros que difieren mucho entre sí por el lugar en que están ubicados o la población que atienden. Es necesario interpretar los registros de los centros con detenimiento, pues es posible que en un centro que presta AOEm integral se lleven registros de mala calidad. Además, se debe tener presente que la tasa de letalidad obstétrica puede ser baja si la práctica en un centro dado es enviar a las mujeres con complicaciones a morir a su casa o si se remite a las mujeres con complicaciones graves a unidades de cuidados intensivos y no se observa su evolución.

Indicador 7	Definición	Numerador	Denominador	Nivel óptimo
Tasa de letalidad obstétrica en los centros que prestan AOEm	Proporción de mujeres con una complicación obstétrica que mueren en centros que prestan AOEm	Cantidad de muertes obstétricas directas ocurridas en un año en determinados centros que prestan AOEm	Cantidad de complicaciones obstétricas atendidas en un año en los mismos centros	La tasa de letalidad obstétrica debe ser inferior al 1%
Medios de verificación: Numerador: estadísticas de servicios de cada centro; verificaciones de la mortalidad materna; Denominador: información de censos				

Algunos investigadores especializados en salud pública han cuestionado la pertinencia del indicador de “parto atendido por personal calificado” y los Indicadores de Procesos, de las Naciones Unidas, para la atención obstétrica de emergencia. En el recuadro 5 figura un resumen de algunas de sus objeciones.

Recuadro 5. Indicadores de Procesos para la atención obstétrica de emergencia: ¿son útiles?

Utilización

Proporción de partos atendidos por personal sanitario calificado: A pesar de que este indicador refleja tendencias nacionales del **acceso** a la atención calificada del parto, no indica qué componentes concretos del sistema de salud es necesario reforzar. ¿Es la atención prestada *in situ*, en el domicilio o en el primer nivel de remisión, o en el segundo nivel de remisión? También es difícil obtener información sobre la “habilidad” del personal que atiende el parto basándose en entrevistas con las pacientes o sus familiares en las encuestas de base comunitaria.

Proporción de cesáreas: Las estimaciones de la proporción de cesáreas basadas en la población pueden reflejar en qué medida las mujeres tienen acceso a los servicios de AOEm. Sin embargo, como las proporciones de cesáreas van en aumento, tal vez sea posible que la mayoría de esas intervenciones se realicen para evitar problemas, reales o no. Sería importante distinguir entre las cesáreas realizadas en caso de emergencia y las realizadas por comodidad.

Proporción de partos en centros que prestan AOEm: Las Directrices conjuntas UNICEF/OMS/UNFPA de 1997 sugieren que por lo menos el 15% de todas las mujeres deben dar a luz en centros que prestan AOEm básica e integral. Si bien este indicador puede servir para determinar la utilización, el numerador puede contener mujeres con parto normal, y no necesariamente las que sufren complicaciones obstétricas de emergencia. Además, la suposición de que el 15% de las mujeres embarazadas van a sufrir emergencias obstétricas no se apoya en pruebas empíricas.

Necesidades satisfechas

Proporción de todas las mujeres con complicaciones atendidas en centros que prestan AOEm: Este indicador se ha aceptado ampliamente como indicador de “necesidad satisfecha.” Sin embargo, antes de utilizarlo, deben abordarse las cuatro cuestiones siguientes: 1) es necesario definir las “complicaciones”; 2) a pesar de que el aborto y el embarazo ectópico pueden ser causas importantes de muerte materna, es más difícil incorporarlos en la lista de complicaciones obstétricas porque tienden a aparecer en las etapas iniciales del embarazo; 3) nunca se ha verificado empíricamente que el 15% de todos los partos sean “complicados” ni hay razones para creer que la incidencia de las complicaciones obstétricas sea constante en diferentes grupos de población (véase *supra*); y 4) una limitación de este indicador es la presunción de que la AOEm para la amplia gama de complicaciones descritas sólo puede prestarse en centros de salud. Si los partos son atendidos en el domicilio por personal calificado, éste puede realizar funciones básicas, que salvarán la vida y contribuirán a reducir las tasas de mortalidad materna.

Fuente: adaptado de Ronsmans C, Campbell O, Mc Dermott J y Koblinsky M (2002) “Questioning the indicators of need for obstetric care” Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 80(4), págs. 317 a 324.

Fuentes

Hussein J., Goodburn E. A., Damisoni H., Lema V. y Graham W. “**Monitoring obstetric services: putting the ‘UN Guidelines’ into practice in Malawi: 3 years on.**” Int’l Journal of Ob & Gyn 75, 63–73, (2001).

Maine Deborah, Murat Z. Akalin, Victoria M. Ward, Angela Kamara. “**The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs**”, Centre for Population and Family Health, Joseph L, Escuela de Salud Pública Mailman, Universidad de Columbia, junio de 1997. Es una guía muy completa para planificar y supervisar los programas de reducción de la mortalidad materna y puede consultarse en el sitio www.amdd.hs.columbia.edu

Maine, Deborah et al. **Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services**, UNICEF, OMS, UNFPA, agosto de 1997. www.unicef.org/reseval/pdfs/finalgui.pdf

Population Reference Bureau. Yvette Collymore, **Improving Emergency Care to End Maternal Deaths**, PRB, noviembre de 2003.

http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/Articles/03/Improving_Emergency_Care_to_End_Maternal_Deaths.htm

Sitio en la Web de Safe Motherhood: <http://www.safemotherhood.org/index.html>

Sitio en la Web del UNFPA: www.unfpa.org

Sitio Web de la Confederación Internacional de Parteras: <http://www.internationalmidwives.org/>

UNFPA. **Maternal Mortality Update 2002. A Focus on Emergency Obstetric Care**, UNFPA, 2003. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/201_filename_mmupdate-2002.pdf

UNFPA. **Using Indicators to Programme for Results: Making Safe Motherhood a Reality in West Africa**, UNFPA, 2003. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/149_filename_safemwestfrica.pdf

UNFPA/AMDD. **Distance Learning Courses on Population Issues, Course No.6, Reducing Maternal Death: selecting priorities, tracking progress**, 2002.

La presente herramienta está sujeta a mejoras constantes. Acogemos con agrado cualquier observación y sugerencia que usted pueda tener acerca de su contenido. También le alentamos a que nos envíe información sobre la experiencia obtenida con programas y proyectos financiados por el UNFPA, así como con otros programas y proyectos de población que puedan servir para ilustrar las cuestiones tratadas en esta herramienta.

Sírvase enviar sus contribuciones a:

UNFPA
División de Apoyo Técnico
Subdivisión de Salud Reproductiva
Daily News Building
220 East 42nd Street
New York, NY 10017
Estados Unidos de América

Teléfono: (212) 297-5232 – (4122) 9178574

Facsímil: (212) 297-4915

Correo electrónico: fauveau@unfpa.org

*Esta herramienta se puede encontrar en el sitio del UNFPA en la Web:
www.unfpa.org*