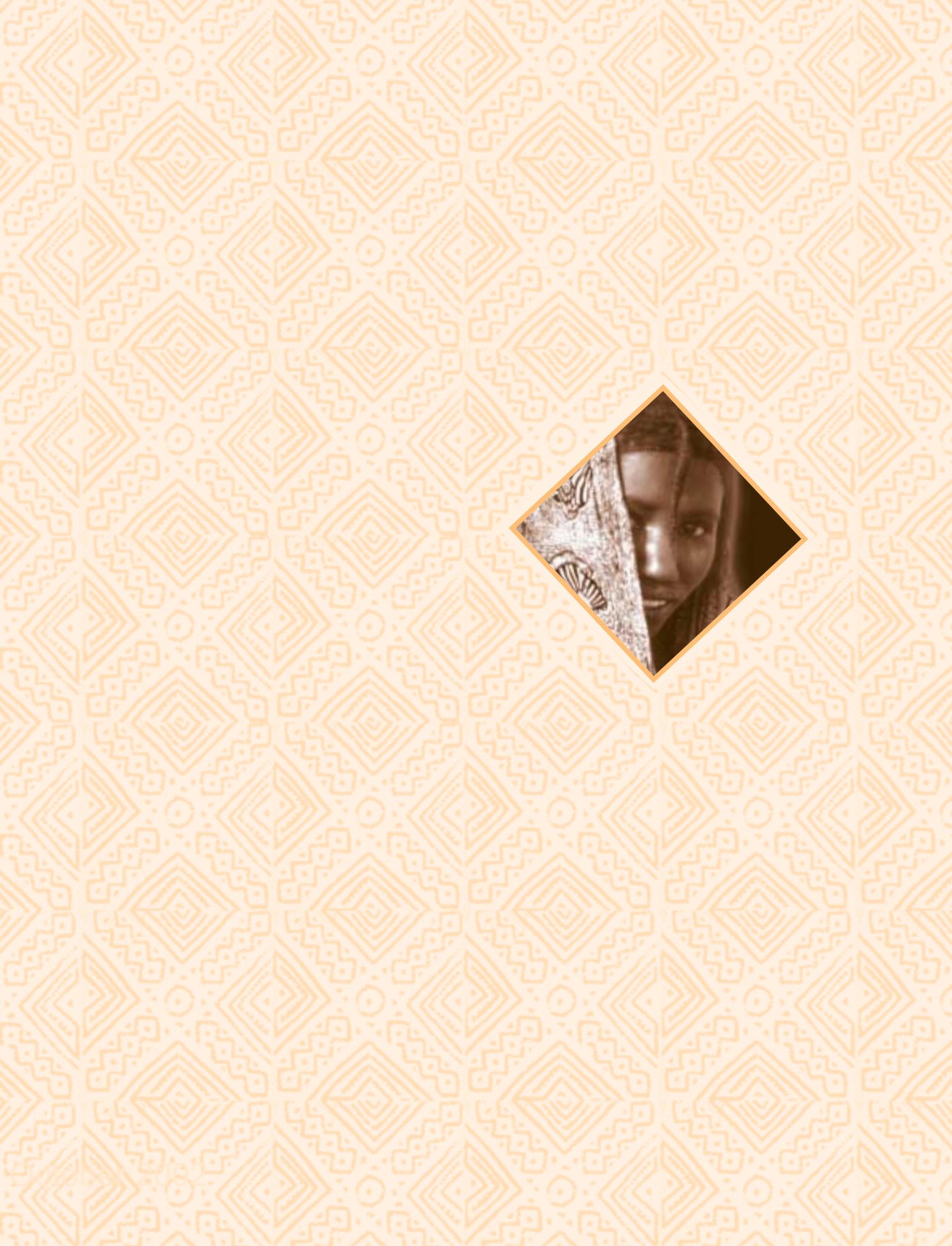


para que la maternidad sin riesgo sea una realidad en el África occidental

utilización
de indicadores
en la programación
para obtener
resultados





índice

- 2 Prólogo
- 3 Introducción
- 5 Explicación de la metodología
- 7 Recopilación y análisis de datos
 - Camerún
 - Côte d'Ivoire
 - Mauritania
 - Níger
 - Senegal
- 30 Movilización del apoyo
- 31 Notas

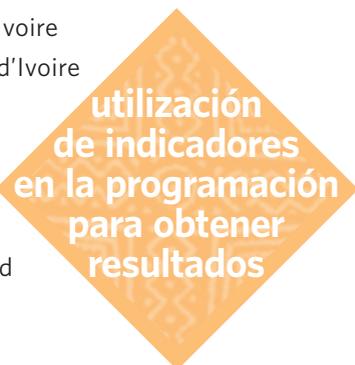


CUADROS

- 6 Cuadro 1: Los seis Indicadores de Procesos
- 8 Cuadro 2: Diagnóstico de las necesidades en el África occidental, de un vistazo
- 11 Cuadro 3: Constataciones en cinco provincias del Camerún
- 23 Cuadro 4: Complicaciones obstétricas que recibieron tratamiento en el Níger
- 24 Cuadro 5: Porcentaje de operaciones cesáreas realizadas en el Níger

GRÁFICOS

- 12 Gráfico 1: Tasas de letalidad en cinco provincias del Camerún
- 15 Gráfico 2: Disponibilidad de establecimientos que ofrecen AOEm básica en Côte d'Ivoire
- 16 Gráfico 3: Disponibilidad de establecimientos que ofrecen AOEm integral en Côte d'Ivoire
- 17 Gráfico 4: Tasas de letalidad en Côte d'Ivoire
- 27 Gráfico 5: Disponibilidad de establecimientos de AOEm en el Senegal
- 28 Gráfico 6: Proporción de alumbramientos en todos los establecimientos de salud del Senegal
- 28 Gráfico 7: Tratamiento de las complicaciones en todos los establecimientos de salud del Senegal
- 29 Gráfico 8: Tasa de letalidad en los establecimientos de salud del Senegal



prólogo

Durante demasiado tiempo quedaron estancadas las acciones encaminadas a reducir la mortalidad materna, debido en gran parte a que se comprendían muy mal los factores intrínsecos del problema, así como las mejores estrategias para abordarlo. Por esta razón, nos orgullecemos mucho al presentar este informe, como primer resultado de la colaboración entre el UNFPA y los Gobiernos del Camerún, Côte d'Ivoire, Mauritania, el Níger y el Senegal. El presente informe refleja de manera tangible nuestra determinación de abordar la mortalidad materna utilizando un enfoque estratégico y práctico, basado en hechos comprobados, en una región donde los datos han escaseado y donde demasiadas mujeres han perdido la vida.

Este documento refleja el primer diagnóstico cuidadoso de los servicios obstétricos en esos cinco países, utilizando los Indicadores de Procesos para la atención obstétrica de emergencia. Los Indicadores de Procesos determinan las funciones críticas de la atención obstétrica de emergencia que deberían ofrecerse a todas las mujeres cuando padecen complicaciones del embarazo. Estos indicadores son sensibles, relativamente fáciles de recopilar y, por consiguiente, aptos para monitorear el progreso en nuestra lucha contra la mortalidad y la morbilidad maternas. Lo que es más importante, pueden detectar los problemas y sugerir medios de mejorarlos dentro de lapsos bastante cortos, con lo cual se ayuda a los directores de programas a mantenerse en la buena senda y salvar vidas de mujeres.

En los países estudiados, los Ministerios de Salud colaboraron con el UNFPA y desempeñaron papeles de liderazgo durante talleres nacionales en los que se intercambió información sobre las evaluaciones con los organismos participantes en programas de maternidad sin riesgo, entre ellos la OMS y el UNICEF. Este tipo de colaboración y de intercambio de conocimientos es extremadamente útil para fortalecer los programas. No sólo asegura la plena apropiación del proceso por los interesados, sino que también pone de manifiesto cuáles son los servicios que necesitan urgente atención de todos los copartícipes.

Malawi y Marruecos, que anteriormente habían llevado a cabo iniciativas similares, contribuyeron al proceso intercambiando información sobre sus experiencias en la recopilación y utilización de los Indicadores de Procesos, durante el taller sobre metodología con el que se inició este proyecto. Desde entonces, las noticias sobre estos estudios han llegado a otros países, y las actividades se están duplicando en Gambia, el Gabón y Guinea-Bissau, con el apoyo del UNFPA. Este enfoque por etapas significa que podemos seguir aprovechando las acciones del pasado y utilizando eficazmente nuestros recursos a medida que vamos avanzando. Abrigamos la esperanza de que muchos otros aliados apoyarán a los respectivos gobiernos en sus esfuerzos por reducir las tasas de mortalidad materna, como parte de nuestro compromiso en pro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El informe Mortalidad Materna 2002, Actualización que se publica conjuntamente con el presente informe, documenta otras acciones del UNFPA para reducir los riesgos de la maternidad en beneficio de todas las mujeres del mundo. Esos documentos, en su conjunto, destacan el vasto compromiso del UNFPA en pro de la vigencia del derecho de la mujer a la vida y la salud reproductiva.



Mari Simonen
Directora
División de Apoyo Técnico



Fama Hane-Ba
Directora
División de África

introducción

“[Velar por que] la mujer tenga fácil acceso a atención obstétrica esencial, servicios de atención de la salud materna bien equipados y adecuadamente dotados de personal, asistencia calificada durante el parto, atención obstétrica de emergencia, remisión y envío eficaces a niveles superiores de atención en caso necesario, atención después del parto y planificación de la familia.”

—Medidas clave, CIPD+5, 1999

Las complicaciones repentinas durante el embarazo y el parto son las principales causas de mortalidad y morbilidad maternas. Esas complicaciones, en su mayoría, no pueden ser pronosticadas y, por consiguiente, ocurren como emergencias. Pero es posible tratarlas eficazmente, a condición de que las mujeres lleguen a tiempo a establecimientos dotados de servicios de obstetricia en funcionamiento.

A partir de la celebración en 1994 de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIDP) en El Cairo, se comprenden cada vez mejor las circunstancias conducentes a la muerte y discapacidad maternas y los enfoques que producen mejores resultados. Por consiguiente, al efectuarse el examen al cabo de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, la atención obstétrica de emergencia se había incorporado como elemento clave de los enfoques eficaces para reducir la muerte y discapacidad maternas ¹. Esta comprensión forma parte ahora del consenso mundial¹.

Empero, la prestación de atención obstétrica de emergencia (AOEm) de calidad y el monitoreo de su utilización siguieron siendo problemáticos para muchos planificadores y directores de programas, quienes carecían de instrumentos para determinar si las mujeres podían obtener la atención necesaria a tiempo para salvar sus vidas. En 1997, se dio a conocer un instrumento útil: las *Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos*, producida conjuntamente por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNFPA. Las Guías se basan en una metodología elaborada por equipos que trabajaron en la Universidad de Columbia y el UNICEF. Una importante contribución de las Guías fue que introdujeron un conjunto de seis Indicadores de

Procesos para determinar si:

- hay suficientes servicios de obstetricia para satisfacer las necesidades de la población;
- los servicios están al alcance de las mujeres que los necesitan;
- la comunidad está utilizando esos servicios;
- la calidad de los servicios proporcionados llega a un nivel aceptable.

Estos Indicadores de Procesos pueden utilizarse al mismo tiempo para determinar las necesidades y para monitorear el progreso de las intervenciones programáticas. Los Indicadores de Procesos han sido utilizados en casi 60 países en desarrollo de casi todas las regiones del mundo, en proyectos relativos a la mortalidad materna. Como parte de este movimiento mundial, en marzo del 2000 el programa AMDD (Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas), en la *Joseph L. Mailman School of Public Health* de la Universidad de Columbia, y el UNFPA concertaron un acuerdo por valor de 8 millones de dólares, en apoyo de proyectos que proporcionan AOEm en Marruecos, Mozambique, el estado de Rajasthan en la India y Nicaragua. Se realizaron diagnósticos de necesidades de AOEm en cada país; los resultados correspondientes al Camerún, Mozambique, el Senegal, la India y Nicaragua se presentaron en la revista *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, como parte de una serie de artículos dedicados a los Indicadores de Procesos de las Naciones Unidas.

Cada uno de los copartícipes aporta a esta colaboración una contribución sin par:

- Las políticas y estrategias del UNFPA para reducir la mortalidad materna abarcan: servicios de planificación de la familia para evitar embarazos no deseados e inoportunos; atención del parto por personal capacitado para todas las mujeres; y acceso a servi-

cios obstétricos de emergencia y de atención neonatal, en caso de complicaciones. El UNFPA tiene una amplia red sobre el terreno y proporciona servicios de especialistas en todas las esferas de gestión programática para la salud reproductiva, lo cual posibilita la integración de la AOEm en los programas generales por países.

■ El programa AMDD en la Universidad de Columbia aporta 15 años de servicios especializados sobre el tema de las defunciones maternas, inclusive publicaciones, instrumentos y recursos elaborados durante un programa de investigación operacional de 10 años de duración sobre Prevención de la Mortalidad Materna; un modelo que vincula la especialización técnica y de gestión con los objetivos de derechos humanos, y financiación aportada por la *Bill and Melinda Gates Foundation*.

Todos los proyectos se realizan con la cooperación de los gobiernos nacionales; el objetivo común es integrar la AOEm en los programas nacionales de salud, a fin de reducir la mortalidad materna.

Dentro del marco de su programa conjunto, el UNFPA y el AMDD, en estrecha colaboración con los gobiernos nacionales, convinieron en apoyar la recopilación de datos a escala nacional para determinar la actual disponibilidad de AOEm en cinco países africanos: el Camerún, Côte d'Ivoire, Mauritania, el Níger y el Senegal. Su propósito fue proporcionar la información objetiva necesaria para el diseño de programas y la movilización de recursos y apoyo político.

Este proyecto fue emprendido después de un taller subregional que se realizó en octubre de 2000 y un segundo taller subregional realizado en Nuakchot en mayo de 2001, en que se pasó revista a los datos. La participación de cinco países en este proyecto arrojó valiosas economías de escala y aportó efectos sinérgicos al diagnóstico de necesidades de cada país, al proporcionar la oportunidad de aprender de la experiencia de los demás. Actualmente, los equipos en los países están formulando intervenciones y movilizando apoyo.

ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA PARA LA MATERNIDAD SIN RIESGO: CALENDARIO

Oct. 2000	Oct.-Nov. 2000	April 2001	May 2001	2001-2002
Taller subregional en Dakar (Senegal)	Contratación de un Coordinador	Finalización de la recopilación de datos en los cinco países	Taller subregional in Nuakchot (Mauritania)	Diseño del programa y movilización de apoyo
Presentación de la metodología y el enfoque	Finalización de los sistemas de gestión de proyectos; comienzo de la recopilación de datos		Presentación de datos; control y perfeccionamiento de los cálculos; análisis de situación	Presentación de informes a las autoridades nacionales; selección de sitios de proyectos; diseño de las intervenciones de proyectos; recaudación de fondos a escala nacional e internacional

explicación de la metodología

El enfoque tradicional del monitoreo de la mortalidad materna utiliza “indicadores de impacto”, como las tasas e índices de mortalidad materna, para la medición del progreso. En el cálculo de indicadores de impacto se tropieza con varios problemas. Muchos países en desarrollo carecen de sistemas avanzados de registro de datos vitales y no asientan regularmente ni los nacimientos, ni las defunciones, ni las causas de defunción. Los registros incompletos pueden ser un problema incluso en importantes países industrializados, como el Reino Unido y los Estados Unidos. En consecuencia, las tasas o los índices determinados exclusivamente a partir de esas fuentes de datos simplemente no son fidedignos.

Esto conduce a que se utilicen, para completar el panorama, las encuestas por hogares. Sin embargo, debido a que la mortalidad materna es un evento estadísticamente infrecuente, incluso en zonas donde la prevalencia es alta, las encuestas por hogares tienen un amplio margen de error, a menos que se utilice una muestra de gran magnitud. Asimismo, esas encuestas son inapropiadas para la medición del progreso de los programas, puesto que los datos recogidos corresponden a un período en el pasado. Además, el proceso es costoso y consume mucho tiempo. En síntesis, si bien los indicadores de impacto proporcionan una instantánea de la situación de un país en un momento dado, en lo concerniente a la mortalidad materna no sirven ni para el diseño ni para el monitoreo de programas.

Los Indicadores de Procesos difieren de los indicadores de impacto puesto que monitorean los factores conducentes a un resultado, en lugar del resultado propiamente dicho. Con respecto a la defunción de madres, los Indicadores de Procesos que figuran en las Guías UNICEF/OMS/UNFPA monitorean las intervenciones de comprobada eficacia para reducir las defunciones maternas, en lugar de monitorear la mortalidad materna propiamente dicha. Podemos tener la certeza de que estamos reduciendo la muerte y la discapacidad maternas cuando se dispone de servicios, estos son

accesibles y son utilizados por la población destinataria.

La utilización de los Indicadores de Procesos es eficaz en función de los costos y requiere una densidad de mano de obra mucho menor, debido a que la recopilación de datos puede integrarse en las tareas cotidianas en los establecimientos de salud; y, lo que es más importante, esos indicadores proporcionan los datos necesarios para el diseño de programas, así como para la gestión de estos. Dichos indicadores son sensibles al cambio y pueden utilizarse para registrar el progreso o detectar problemas, dentro de un lapso relativamente breve (que podría ser de sólo seis meses), de modo de ayudar a los directores de programas a que mantengan la ejecución de estos en la buena senda. Dado que gran parte de este informe se refiere a la manera en que se utilizaron los Indicadores de Procesos en el diagnóstico de necesidades realizado para cada uno de los cinco países, en esta etapa cabe describir brevemente los indicadores². Los Indicadores de Procesos se basan en las funciones médicas que son absolutamente necesarias para salvar las vidas de mujeres que padecen complicaciones obstétricas. Las funciones son ocho:

- (1) administración de antibióticos por vía parenteral³;
- (2) administración de medicamentos oxitócicos por vía parenteral;
- (3) administración de medicamentos anti-convulsivos por vía parenteral;
- (4) extracción manual de la placenta;
- (5) extracción de productos retenidos (por ejemplo, aspiración manual endouterina);
- (6) parto vaginal instrumentado;
- (7) cirugía;
- (8) transfusiones sanguíneas⁴

Al conocer las funciones clave que un establecimiento de salud debe ofrecer para salvar vidas de mujeres, es posible comprobar si los establecimientos están realmente dando cumplimiento a esas funciones o si el personal necesita mayor capacitación práctica, mejor equipo o más suministros para dar cumplimiento a tales funciones. No todos

los establecimientos de salud deben tener capacidad para realizar las ocho funciones. En realidad, para el tratamiento de las complicaciones que pueden conducir a la defunción de madres, los establecimientos de salud pueden dividirse en dos niveles de atención: establecimientos que proporcionan AOEm básica y ofrecen las seis primeras funciones-señal, y establecimientos de AOEm integral, que proporcionan esas primeras seis funciones, y además, cirugía y transfusiones sanguíneas. Los Indicadores de Procesos establecen niveles aceptables para la prestación de servicios a las mujeres que padecen complicaciones. Así se ayuda a poner sobre aviso a los planificadores nacionales o los directores de establecimientos con respecto a los problemas que necesitan abordar. Los Indicadores de Procesos y los niveles aceptables figuran en el Cuadro 1.

Los dos primeros Indicadores de Procesos denotan si se dispone de establecimientos que pueden ofrecer

AOEm. Los indicadores 3, 4 y 5 expresan en qué medida la población está utilizando esos servicios. En verdad, el indicador 4 es el más significativo en lo tocante a la utilización, pero debido a que es de difícil medición, a veces el indicador 3 proporciona una manera más sencilla de seguir la pista a las pautas de utilización⁵. El indicador 6 proporciona una noción sobre la calidad de la atención en los establecimientos considerados.

Los agentes de salud nacionales en los países anfitriones han estado aprendiendo la manera de utilizar los Indicadores de Procesos sobre la marcha, “a medida que los van aplicando”. El presente informe refleja sus acciones consensuales. Durante la ejecución de los proyectos, se perfeccionarán los datos para los indicadores, de modo que estos sean recursos de gran valor para monitorear los proyectos y comparar la situación reinante en cada país.

CUADRO 1: LOS SEIS INDICADORES DE PROCESOS

INDICADOR	NIVEL ACEPTABLE
1. Magnitud de la atención obstétrica esencial ■ Establecimientos que ofrecen AOEm básica ■ Establecimientos que ofrecen AOEm integral	Para cada 500.000 habitantes, debe haber: ■ Al menos 4 establecimientos que ofrezcan AOEm básica ■ Al menos 1 establecimiento que ofrezca AOEm integral
2. Distribución geográfica de los establecimientos	El nivel mínimo en el indicador 1 para la cantidad de atención obstétrica de emergencia debe satisfacerse en zonas a escala subnacional (es decir, los establecimientos deben estar bien distribuidos a nivel de provincia o de distrito, de modo que sean accesibles a las mujeres en situaciones de emergencia).
3. Proporción de todos los partos en establecimientos que ofrecen AOEm básica y AOEm integral	Al menos un 15% de todos partos en la población deben ser atendidos en establecimientos que ofrezcan AOEm básica, o AOEm integral.
4. Necesidad satisfecha	Se dispensa tratamiento a todas las mujeres (100%) que, según se estima, padecen complicaciones obstétricas.
5. Operaciones cesáreas como porcentaje del total de partos	Las operaciones cesáreas deberían representar no menos de un 5% y no más de un 15% del total de partos en la población.
6. Tasa de letalidad	La tasa de letalidad en cada establecimiento, para mujeres que padecen complicaciones obstétricas, debe ser inferior al 1%.

recopilación y análisis de datos



recopilación y análisis de datos

En los cinco países del África occidental la recopilación de datos comenzó en el año 2000. La iniciativa fue conducida por la División de Apoyo Técnico del UNFPA, el Equipo de Servicios Técnicos a los Países con sede en Dakar y las oficinas del UNFPA en los cinco países. También ofrecieron apoyo tres consultores internacionales y el programa AMDD, principalmente durante los talleres subregionales. El UNFPA fue anfitrión de un Taller sobre metodología realizado en Dakar los días 11 y 12 de octubre de 2000, en beneficio de programadores gubernamentales de salud materna en el Camerún, Côte d'Ivoire, Mauritania, el Níger y el Senegal, así como para personal de salud del UNFPA. En el taller se presentaron las experiencias de Marruecos y Malawi, las cuales ayudaron a aclarar conceptos, definiciones y cuestiones relativas a los procesos para los 24 participantes⁶.

Posteriormente, en cada país se celebró una consulta preparatoria para clarificar las definiciones de complicaciones obstétricas y llegar a un consenso al respecto. Además, antes de comenzar la evaluación, se definieron las estrategias de recopilación de datos y se pusieron a prueba las metodologías en dos establecimientos. El estudio fue coordinado por un equipo nacional. Se impartió capacitación a personal paramédico para que realizara entrevistas y recopilara datos en los establecimientos y a nivel local, regional y nacional. Varios expertos de instituciones nacionales de investigación, funcionarios del UNFPA y funcionarios homólogos del Ministerio de Salud se encargaron de la capacitación y la supervisión. La recopilación de datos se realizó entre noviembre de 2000 y abril de 2001.

En el estudio se evaluó el desempeño de docenas de establecimientos de salud, tanto públicos como privados, inclusive centros de salud y hogares de maternidad de los que se esperaba que proporcionaran atención obstétrica de emergencia básica (es decir, se esperaba que fueran establecimientos de AOEm básica), y hospitales de distrito, de los que se esperaba que proporcionaran atención integral (establecimientos de AOEm integral).

En Mauritania, el Níger y el Senegal se visitaron todos los establecimientos, de modo que pudo realizarse una evaluación exhaustiva de la situación. En el Camerún se cubrieron 5 de las 10 provincias del país. En Côte d'Ivoire, fue necesario efectuar una selección aleatoria debido a la gran cantidad de establecimientos. No obstante, los resultados obtenidos en todos los países ofrecen un buen panorama de la situación con respecto a la disponibilidad (indicadores 1, 2), la utilización (indicadores 3, 4, 5) y la calidad (indicador 6) de los servicios, según se indica en el Cuadro 2.

Antes de considerar los datos en el Cuadro 2, cabe señalar que el uso de los seis Indicadores de Procesos es una novedad, no sólo en el África occidental, sino también en muchos países de todo el mundo, desde el Perú hasta Bangladesh y Tayikistán. La utilización de los indicadores suele ser un problema para quienes no están avezados en cuestiones estadísticas (la situación de la mayoría de los encargados de prestar servicios y directores de programas), debido a que se requiere la recopilación y el cálculo de cifras, así como su interpretación. Al igual que lo ocurrido en países de otras regiones, algunas de las iniciativas sobre recopilación de datos excedieron los requisitos de información indicados en las Guías UNICEF/OMS/UNFPA, y esto es, naturalmente, una prerrogativa de los gobiernos. En el cuadro 2 se aclara esta situación.

Durante la recopilación de datos en diferentes regiones, también se plantearon algunos problemas, entre los cuales las más comunes fueron:

- A veces, los datos se calculan para todos los establecimientos de salud y no sólo para los establecimientos que proporcionan AOEm, básica o integral;
- En algunos proyectos hay una confusión entre partos atendidos por personal capacitado y partos en establecimientos que ofrecen AOEm básica o integral, pues no necesariamente se trata de lo mismo;
- A veces, hay falta de claridad en lo tocante a cuáles son las complicaciones que deben incluirse en el cálculo de la “necesidad satisfecha”.

CUADRO 2: DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES EN EL ÁFRICA OCCIDENTAL, DE UN VISTAZO ⁷

INDICADORES DE PROCESOS	CAMERÚN 5 de 10 provincias: población 7,481,920	CÔTE D'IVOIRE 16 de 46 distritos: población 5,083,504	MAURITANIA todos los establecimientos: población 2,591,878	NÍGER 85 establecimientos: población 10,951,862	SENEGAL todos los estableci- mientos: población 9.8 million
1. CANTIDAD DE SERVICIOS DE AOEM Por cada 500.000 habitantes: Al menos 4 establecimientos con servicios básicos. Al menos 1 establecimiento con servicios integrales	5 básicos, 21 integrales 0,33 1,4	104 básicos, 15 integrales 10,2 1,5	1 básico, 7 integrales 0,2 1,4	54 básicos, 22 integrales 2,5 1,0	5 básicos, 33 integrales 0,25 1,7
2. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS Se satisface en zonas a escala subnacional el nivel mínimo de AOEm	n/a	68,8 % de los distritos tenían AOEm básica y 81,3%, tenían AOEm integral	4 de cada 7 establecimientos, AOEm integral en Nuakchot	Baja accesibilidad en zonas rurales	n/a
3. PROPORCIÓN DE ALUMBRAMIENTOS EN ESTABLECIMIENTOS CON AOEM BÁSICA E INTEGRAL Al menos 15% de todos alumbramientos en la población ■ establecimientos con AOEm ■ todos los establecimientos	n/a 5,9%	31,3% 45,1%	n/a 35%	n/a 11%	9,7% 28,6%
4. NECESIDAD SATISFECHA Al menos 100% de las mujeres que tienen complicaciones obstétricas reciben tratamiento en establecimientos con AOEm ■ Establecimientos con AOEm ■ Todos los establecimientos	3,0% 8,2%	42,8% n/a	n/a 35%	n/a 19,8%	11,5% 19,4%
5. OPERACIONES CESÁREAS, COMO PORCENTAJE DE TODOS LOS ALUMBRAMIENTOS No menos del 5% y no más del 15% de los alumbramientos en la población	0,2%	0,8%	0,5%	0,5%	1,1%
6. TASA DE LETALIDAD La tasa de letalidad es inferior al 1% de las mujeres con complicaciones obstétricas atendidas en los establecimientos	5,7%	2,7%	1,9%	2,2%	4%

n/a - no se dispone de datos



La razón por la cual los Indicadores de Procesos se centran exclusivamente en los establecimientos que ofrecen servicios de AOEm, básica o integral, en lugar de todos los establecimientos, es que la mayoría de las defunciones por causas obstétricas obedecen a complicaciones que sólo pueden atenderse en establecimientos que proporcionen servicios obstétricos. Los partos normales pueden realizarse en distintos ámbitos, cuando se cuenta con atención de personal capacitado. El problema real es lo que sucede cuando hay una emergencia. El objetivo no es que todas las parturientas acudan a establecimientos de salud sino, en cambio, asegurar que haya suficientes establecimientos que ofrezcan servicios de emergencia, al alcance de las mujeres que los necesitan.

A medida que se vayan conociendo mejor los Indicadores de Procesos y la manera de calcularlos, los datos serán cada vez más fidedignos y comparables y posibilitarán las comparaciones entre distintos países y, lo que es más importante, otorgarán a los encargados de prestar servicios la confianza de utilizar indicadores a fin de monitorear y conducir sus establecimientos y demostrar que obtienen resultados positivos.

En lo que respecta al Cuadro 2, el panorama es desigual. Si bien la disponibilidad de servicios de

AOEm integrales es satisfactoria, el número de establecimientos que ofrecen AOEm básica es mayormente insuficiente. Además, el grado de utilización de ambos tipos de servicios es excesivamente bajo, de modo que hay una gran necesidad de AOEm que no está satisfecha. Por ejemplo, en Côte d'Ivoire, menos de la mitad (42,8%) de las mujeres que necesitan atención de emergencia, la reciben. En el Camerún, sólo un 3% de las mujeres que experimentan complicaciones reciben AOEm, mientras que el nivel mínimo aceptable en el Indicador 4 de Procesos es 100%. No obstante, cabe señalar que en el caso de Côte d'Ivoire, el indicador de la necesidad satisfecha muestra un gran progreso, y su nivel es superior al de muchos países en desarrollo. La tasa de operaciones cesáreas es muy inferior al umbral mínimo del 5% (establecido en el indicador 5), incluso en zonas urbanas. Los niveles de ambos indicadores ponen de manifiesto que en los cinco países, la mayoría de las mujeres que experimentan complicaciones obstétricas no están recibiendo tratamiento: o bien están muriendo, o bien están padeciendo lesiones. La calidad de la atención, expresada por la tasa de letalidad, también es problemática, puesto que ninguno de los países está por debajo del nivel del 1% recomendado en lo tocante al indicador 6.

La recopilación de datos en el Camerún se realizó en cinco provincias. Comenzó con talleres de orientación para los equipos encargados de recopilar datos en zonas rurales. En esos talleres se incorporaron los resultados de una anterior evaluación programática, que se utilizaron para sensibilizar a los interesados políticos directos, inclusive el Secretario del Ministerio de Salud, con respecto a la importancia de esta actividad. Durante este proyecto se tropezó con algunos inconvenientes, como falta de coherencia ocasional o métodos de recopilación de datos adaptados incorrectamente, personal insuficientemente capacitado y falta de participación comunitaria.

DISPONIBILIDAD: El diagnóstico de necesidades puso de manifiesto que la disponibilidad de AOEm era insuficiente, como se indica en el Cuadro 3 *infra*. Entre los establecimientos que se suponía ofrecían esa atención, 13 estaban imposibilitados de hacerlo porque carecían de materiales y/o de recursos humanos.

La deficiente gestión de los recursos era una de las razones principales por la que los establecimientos estaban funcionando por debajo de su capacidad, particularmente en lo concerniente a la asignación de personal, equipo y suministros. Fuera de las horas

de funcionamiento de los establecimientos era difícil el acceso a los servicios de emergencia. Lo probable era que durante la noche, el personal presente en los establecimientos fuera menos calificado que el personal en funciones durante el día. Los establecimientos que brindaban AOEm básica —especialmente en zonas rurales— raramente ofrecían servicios durante toda la noche.

En las zonas urbanas, el personal de establecimientos de AOEm, tanto básica como integral, estaba constituido por médicos, enfermeras y parteras. En las zonas rurales, los establecimientos de AOEm integral siempre tenían una dotación completa de personal, pero los que ofrecían AOEm básica sólo tenían, en el mejor de los casos, enfermeras y/o auxiliares de enfermería. Los establecimientos urbanos por lo general ofrecían servicios durante toda la noche; sin embargo, se comprobó que no en todos los casos se ofrecía AOEm por personal calificado. En muchos casos, el personal auxiliar realizaba intervenciones que excedían su nivel de capacitación y sólo se llamaba a un médico en caso de emergencia. En las zonas rurales, a veces los establecimientos estaban cerrados fuera del horario oficial de funcionamiento y, en algunos casos, incluso durante éste.

CUADRO 3: CONSTATAIONES EN CINCO PROVINCIAS DEL CAMERÚN

PROVINCIA	POBLACIÓN TOTAL	INDICADOR DE PROCESOS 1					
		AOEm integral			AOEm básica		
		Número de	Per 500,000 population	Nivel aceptable	Número de establecimientos	por 500,000 habitantes	Nivel aceptable
Centro	2 154 094	5	1,16	Si	0	0	No
Zona oriental	692 183	1	0,72	No	0	0	No
Zona Extremo Norte	2 533 953	7	1,35	Si	5	0,95	No
Zona Norte	1 604 000	3	0,94	No	0	0	No
Zona Sur	497 690	5	5,02	Si	0	0	No
TOTAL	7 481 920	21	1,4	si	5	0,33	NO

UTILIZACIÓN: Los datos pusieron de manifiesto que sólo un 5,9% de todos los alumbramientos se realizaron en establecimientos de salud (este cálculo abarcó todos los establecimientos; el indicador 3 establece un mínimo nivel aceptable del 15% para los establecimientos con AOEm). Se estimó que la necesidad satisfecha era del 3,0% en los establecimientos con AOEm, mientras que el mínimo aceptable para el indicador 4 es 100%. Con respecto al indicador 5, un 0,2% de operaciones cesáreas era inferior al 5%. Entre otras comprobaciones, se registraron diferencias notables en el costo de los servicios. En zonas urbanas, las pruebas de laboratorio y las operaciones cesáreas eran extremadamente costosas, mientras que esos servicios eran mucho más costeables en zonas rurales.

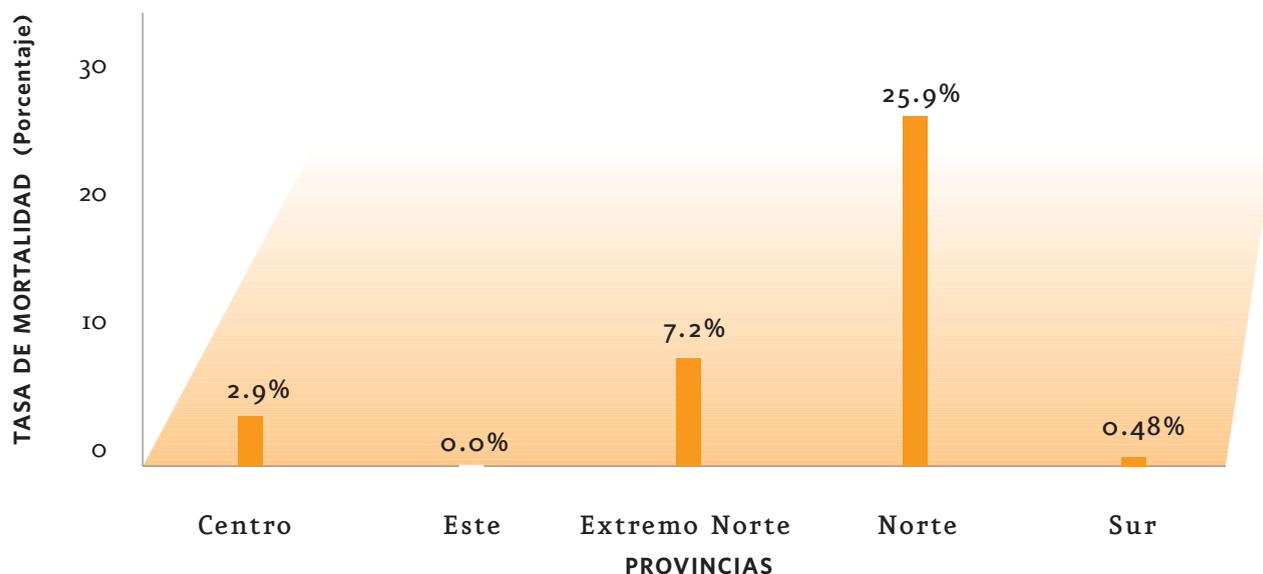
CALIDAD: Se recopilaron datos de registros sobre partos, así como sobre quirófanos y operaciones quirúrgicas de emergencia. Lo probable es que estos datos sean incompletos, dado que muchas defunciones no se registran. En el gráfico *infra* se indican las tasas de letalidad en las cinco provincias. En sólo dos de ellas la tasa es inferior al 1%, el nivel establecido para el indicador 6.

Muchas de las defunciones registradas podrían haber sido evitadas si se hubiera contado con personal debidamente capacitado, mejores servicios de remisión de las pacientes a establecimientos de mayor capacidad y sistemas de transporte de emergencia, además de acceso al equipo y los suministros apropiados. Las demoras en remitir las pacientes a establecimientos de mayor capacidad y las demoras en atenderlas en esos establecimientos contribuyeron a las tasas de defunción. Asimismo, el tratamiento ineficaz de las infecciones contribuyó a las altas tasas de mortalidad materna.

ESTRATEGIAS PROGRAMÁTICAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE AOEM:

Los análisis de datos apuntaron a varias medidas para fortalecer la disponibilidad y la calidad de los servicios de AOEm, inclusive velar por que se ofrezca atención fiable y permanente durante 24 horas diarias. Para esto sería necesaria una reorganización de los servicios, de modo de mejorar la gestión logística, la descentralización de los recursos financieros y materiales, la capacitación y el aprovechamiento del personal, la financiación de

GRÁFICO 1: TASAS DE LETALIDAD EN CINCO PROVINCIAS DEL CAMERÚN



suministros y materiales y la calidad de los sistemas de información sobre salud para el continuo monitoreo de la situación. En particular, sería necesario reorganizar la capacitación a nivel de distrito y compilar y difundir las normas y procedimientos encaminados a mejorar la competencia del personal cuando éste atiende complicaciones obstétricas, además de asegurar la utilización de dichas normas y procedimientos. Es necesario analizar más a fondo los costos de la AOEm y, en particular, de las operaciones cesáreas. También sería útil proseguir las investigaciones sobre los determinantes de los comportamientos actuales en procura de tratamiento durante el embarazo y el parto.

Esta información se está utilizando en las estrategias programáticas para mejorar la atención a las madres en el Camerún. Los servicios se reorganizarán a fin de integrar la AOEm en la gama completa de servicios de salud reproductiva previstos en la estrategia nacional para el Camerún. La meta es descentralizar la gestión de los programas de salud reproductiva, a fin de mejorar su eficiencia. Los centros locales y regionales recibirán un firme apoyo desde el nivel central, inclusive el apoyo a la capacitación impartida a nivel local. El apoyo a nivel central y local a la realización de estudios e investigaciones contribuirá a fortalecer los programas existentes. Además, se debería intensificar el apoyo a las actividades de monitoreo y evaluación, así como a la coordinación de las acciones y el apoyo entre los copartícipes en el desarrollo.

Más concretamente, sería posible fortalecer los servicios de AOEm por los siguientes medios: mejorar la atención obstétrica y velar por la disponibilidad de funciones esenciales de AOEm; establecer un sistema de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad que sea eficaz;

y promover la participación de la comunidad en los costos y los planes de transporte, a los fines de la atención de emergencia de las mujeres que padecen complicaciones.

A medida que van aumentando el número y la calidad de los servicios, se espera que la demanda aumente correlativamente. Este aumento incluirá la movilización comunitaria y una estrategia de información, educación y comunicación para cada grupo destinatario. Esta estrategia, dirigida a las poblaciones de adolescentes, promoverá y apoyará los servicios de salud reproductiva y la información al respecto.

MONITOREO: Se utilizarán los Indicadores de Procesos para el monitoreo de las mejoras en los servicios de AOEm dentro de la gama de instrumentos utilizados para el proyecto “Para que la maternidad sin riesgo sea una realidad”. Dichos instrumentos se actualizarán y modificarán continuamente, de modo de incluir variables que aborden la mortalidad de lactantes, la capacitación y el monitoreo. Los instrumentos abarcarán la cuidadosa recopilación de datos relativos a los alumbramientos, el personal de salud (inclusive la capacitación que ha recibido ese personal) y la fecha y los resultados de sus evaluaciones más recientes.

Gran parte de esa información se recopilará a partir de las bases de datos existentes, inclusive los registros existentes de partos atendidos en centros de salud, las listas de pacientes remitidas a establecimientos de mayor capacidad y el Manual del supervisor. Los datos pueden recogerse en los registros de quirófanos, las historias clínicas de pacientes, los partógrafos y los registros de consultas en hospitales. Se dispondrá de mayor información sobre la distribución del personal consultando los registros de personal.



En 16 de los 46 distritos se realizaron evaluaciones exhaustivas de los establecimientos de salud. Los datos fueron recogidos durante los meses de marzo y abril de 2001 por equipos nacionales y locales de investigación; dichos datos procedieron de registros y otras constancias, así como de encargados de prestar los servicios. En numerosos informes sobre las actividades no se dejó constancia de las complicaciones obstétricas y fue deficiente la información sobre defunciones y complicaciones persistentes. Entre otros temas de preocupación cabe mencionar la remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad, los protocolos de admisión y las claras descripciones de funciones.

DISPONIBILIDAD: En los gráficos 2 y 3 se indica la distribución de los establecimientos que ofrecen AOEm básica e integral, por distrito.

No obstante, si bien más del 50% de la población tiene acceso a establecimientos de salud, muchas mujeres quedan excluidas de las zonas de captación

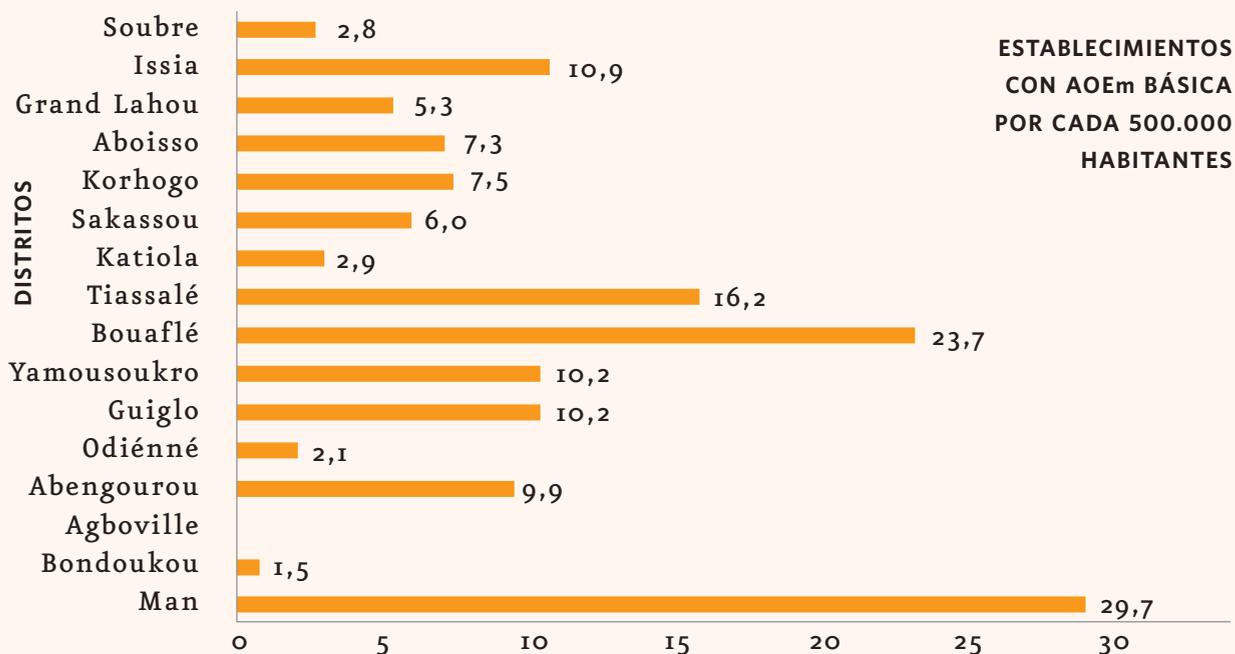
de la infraestructura de salud.

Además, Côte d'Ivoire tiene un deficiente sistema de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad y hay un acceso limitado a ambulancias y a otros tipos de transporte.

Seis centros de salud clasificados como fuentes de AOEm básica tienen potencial para transformarse en proveedores de AOEm integral, cuando se disponga de recursos. Actualmente, los establecimientos en Korhogo y Bouaflé no pueden satisfacer las necesidades de transfusiones sanguíneas, mientras que los ubicados en Tiébissou, Tiassalé, Grand Lahou e Issia carecen de quirófanos en funcionamiento.

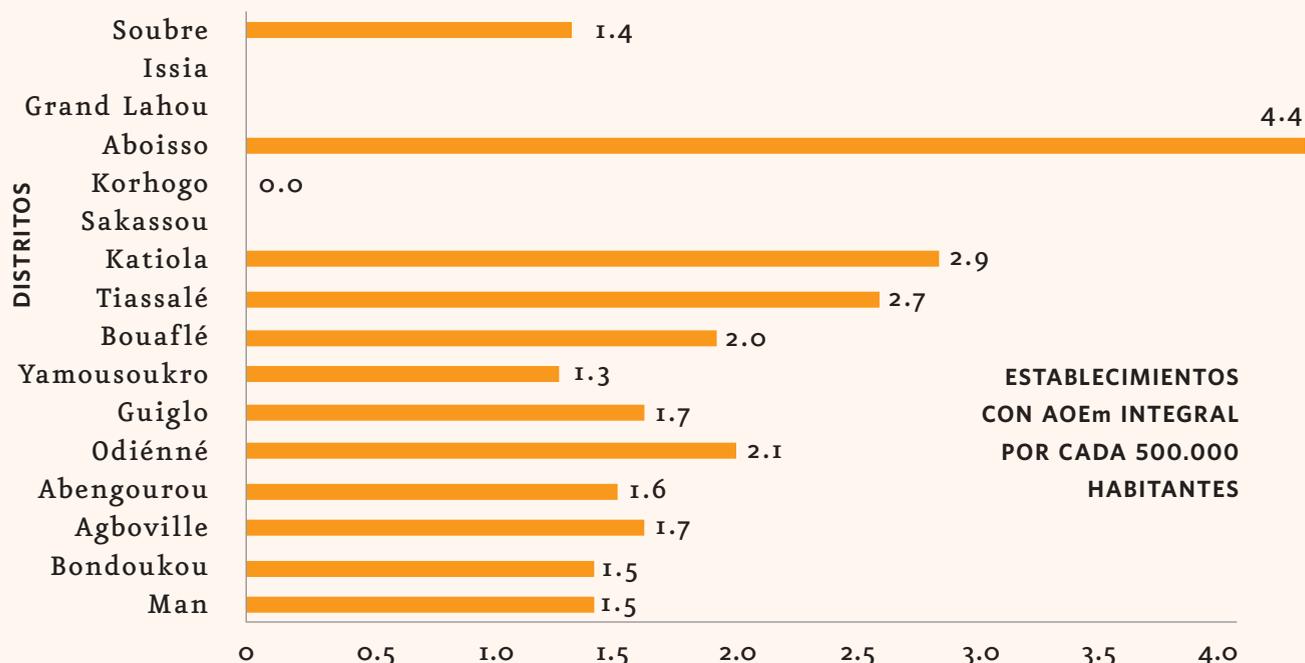
No obstante, si bien más del 50% de la población tiene acceso a establecimientos de salud, muchas mujeres están excluidas de la zona de captación de la infraestructura de salud. Además, Côte d'Ivoire tiene un deficiente sistema de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad y hay un acceso

GRÁFICO 2: DISPONIBILIDAD DE ESTABLECIMIENTOS QUE OFRECEN AOEm EN CÔTE D'IVOIRE



NOTA: La ausencia de datos indica que esos distritos no fueron incluidos en la muestra.

GRÁFICO 3: DISPONIBILIDAD DE ESTABLECIMIENTOS DE AOEM INTEGRAL EN CÔTE D'IVOIRE



NOTA: La ausencia de datos indica que esos distritos no fueron incluidos en la muestra.

limitado a las ambulancias y otros medios de transporte.

Hay seis centros de salud clasificados como fuente de AOEm básica que tienen potencial para transformarse en centros de AOEm integral cuando se disponga de recursos. Actualmente, los establecimientos en Korhogo y Bouaflé no pueden satisfacer la necesidad de transfusiones sanguíneas, mientras que los establecimientos en Tiébissou, Tiassalé, Grand Lahou e Issia carecen de quirófanos en condiciones de funcionamiento.

Los establecimientos de AOEm, tanto básica como integral, están dotados de personal de conformidad con los niveles recomendados. Los establecimientos con AOEm básica cuentan con enfermeras y parteras; y los que ofrecen AOEm integral, cuentan con enfermeras, parteras, médicos generales, médicos obstetras/ginecólogos y cirujanos generales. Los establecimientos rurales funcionan y están dotados de personal durante 24 horas al día. En los establecimientos urbanos, parteras y médicos utilizan un sistema de alerta de emergencia a fin de proporcionar el personal especializado necesario para casos más complejos. No obstante, los establecimientos,

tanto rurales como urbanos, suelen tropezar con problemas para mantener las existencias de medicamentos esenciales.

Casi todos los establecimientos tienen un deficiente acceso a los medicamentos, el equipo y los suministros. Además, es frecuente que los edificios estén necesitados de reparaciones. En la evaluación también se determinó la necesidad de aumentar el personal y mejorar la capacitación del personal ya disponible. Entre las causas comunes de esas deficiencias cabe mencionar: insuficiente distribución geográfica de los establecimientos de salud; deficiente planificación de los recursos humanos; gestión ineficaz de medicamentos y suministros; e insuficiencias en el monitoreo, la supervisión y la evaluación de las actividades.

UTILIZACIÓN: Poco más del 31% de todos los alumbramientos se realizan en establecimientos que poseen AOEm básica e integral, porcentaje superior al necesario según el indicador 3. La necesidad satisfecha de AOEm por distrito es, en promedio, 42,8%, nivel inferior al aceptable pero no obstante, superior al existente en muchos otros países en desarrollo. La proporción de mujeres que reciben operaciones

cesáreas es abrumadoramente baja: 0,8% (según el indicador 5, esa proporción debería ser de entre 5% y 15%).

CALIDAD: La encuesta puso de manifiesto que la tasa media de letalidad era 2,7% para los 16 distritos, y que en Soubre llegaba al 7,9%, como se indica en el gráfico 4.

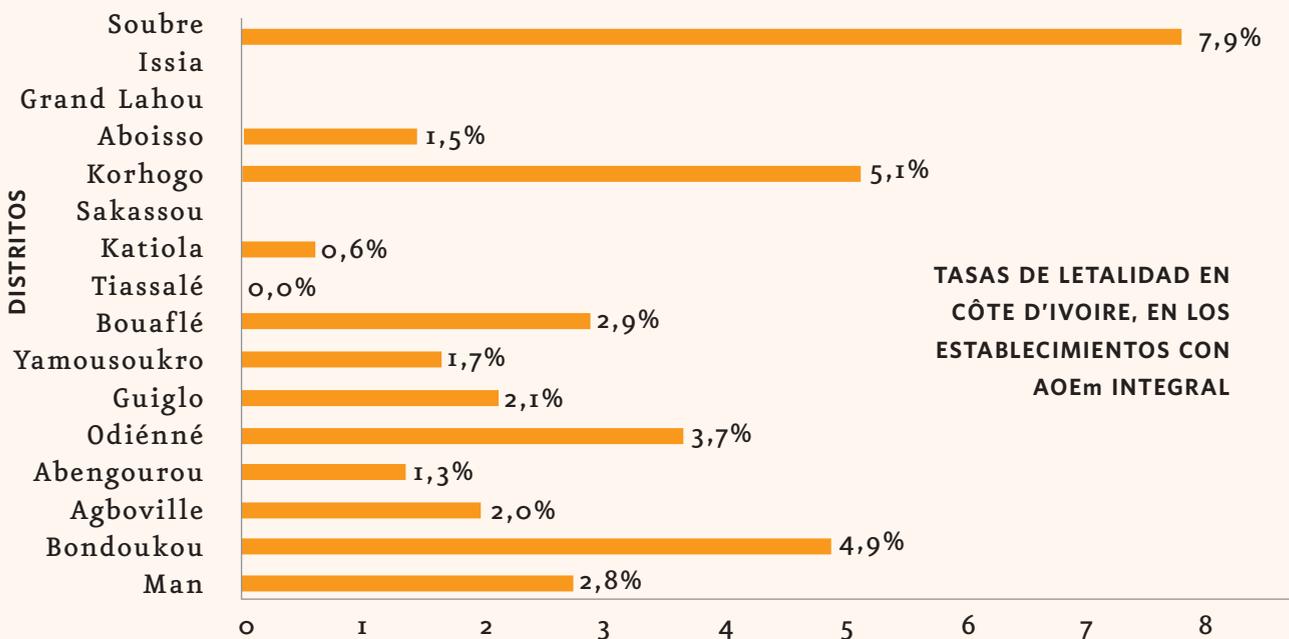
ESTRATEGIAS PROGRAMÁTICAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE AOEM: En el Plan nacional de desarrollo del sector de salud 1996-2005 se asignó prioridad nacional a reducir la mortalidad materna. El diagnóstico de necesidades está contribuyendo a la formulación de estrategias para mejorar la accesibilidad a los servicios de AOEm y su calidad, además de estimular una mayor demanda comunitaria de los servicios.

A nivel de distrito, la prioridad es mejorar la disponibilidad de AOEm, transformando posibles servicios de AOEm en servicios en plena operación, mediante una mejora de la dotación de personal y de los sistemas de suministro de medicamentos. En el

caso de los establecimientos con AOEm integral, la prioridad es adquirir equipo para quirófanos y transfusiones sanguíneas. Se determinó que debería establecerse una política sobre medicamentos esenciales y que estos deberían estar disponibles a costo reducido. Además, debería promoverse el uso de medicamentos genéricos, como medio de reducir los costos. En un sistema integral de adquisición de medicamentos esenciales debería incluirse un servicio central de ventas que ofreciera créditos a todos los establecimientos de salud y posibilitara la obtención de los medicamentos a un descuento del 10% y antes del pago.

MONITORIO: El monitoreo se realizará a nivel de distrito y se integrará en el sistema existente de monitoreo general. Se establecerán equipos locales y a nivel de distrito para la recopilación de datos y la producción y utilización de Indicadores de Procesos. No obstante, los planes pueden quedar restringidos por la limitada disponibilidad de recursos y de personal de apoyo.

GRÁFICO 4: TASAS DE LETALIDAD EN CÔTE D'IVOIRE



NOTA: La ausencia de datos indica que esos distritos no fueron incluidos en la muestra.

La infraestructura de salud en Mauritania está sumamente concentrada en el distrito de la capital, Nuakchot. La recopilación de datos abarcó 67 establecimientos de salud en 13 *wilayas* (distritos). Los problemas principales puestos de manifiesto por el diagnóstico de necesidades son: insuficiente cantidad de personal –que en gran parte carecía de motivación y de aptitudes– e insuficiencia en la supervisión del personal.

DISPONIBILIDAD: De los *wilayas* estudiados sólo uno, Tiris Zemour, contaba con un establecimiento de AOEm básica, mientras que la población del país, de 2.591.878 habitantes, requeriría un mínimo de 20 establecimientos de AOEm básica, bien distribuidos, de conformidad con los Indicadores de Procesos. Si bien hay siete establecimientos de AOEm integral, cuatro de ellos están ubicados en Nuakchot, muy fuera del alcance de las numerosas mujeres que necesitan cirugía o transfusiones sanguíneas.

Algunos establecimientos que poseen potencial para proporcionar AOEm básica e integral no están bien aprovechados, en particular los ubicados en Bir Mogrein y Tichitt. Todos los establecimientos carecen del personal necesario y de ellos, un 75% carece de recursos materiales (por ejemplo, equipo y suministros), que se necesitan para proporcionar AOEm con un estándar aceptable. La insuficiencia de recursos materiales se debe en gran medida a la deficiente gestión del equipo, los suministros y los fondos, así como al deficiente mantenimiento de los propios establecimientos. El sistema general de servicios de salud en Mauritania se resiente por la falta de supervisión a nivel central y la deficiente gestión de los recursos humanos.

UTILIZACIÓN: Los cálculos para Mauritania utilizaron el número de alumbramientos en todos los establecimientos, y no sólo en los que ofrecen AOEm

básica e integral. En lo concerniente al indicador 5, las operaciones cesáreas sólo constituyen 0,5% de los alumbramientos, en lugar de entre 5% y 15%. En otras palabras, la enorme mayoría de las mujeres que necesitan esa operación quirúrgica no la obtienen y o bien pierden la vida, o bien padecen discapacidades. Entre otros factores que obstan a la utilización de esos servicios, cabe mencionar las dificultades en el transporte debido a las grandes distancias y al terreno escabroso, que empeora durante la estación de las lluvias. Además, hay escasos vehículos en servicio regular. Otro factor es el costo: un parto vaginal normal en un hospital puede costar entre 3.000UM y 7.500UM, mientras que una operación cesárea cuesta entre 16.000UM y 20.000UM. Para colocar esta información en contexto, cabe señalar que el sueldo medio mensual de un empleado público es de 15.000UM.

CALIDAD: La tasa media de letalidad (indicador 6) es 1,9%. Este dato se obtuvo de registros de defunciones y alumbramientos, informes operacionales e informes mensuales sobre actividades. La calidad de los datos es intermitente, en el mejor de los casos. Según las fuentes, las defunciones, en su mayoría, se deben a hemorragias y úteros desgarrados. Algunos encuestados mencionaron la deficiente aptitud del personal y su falta de motivación, como factores que afectan la calidad de la atención.

ESTRATEGIAS PROGRAMÁTICAS PARA

MEJORAR LOS SERVICIOS DE AOEM: Hay en curso varias iniciativas para mejorar la atención a las madres en Mauritania. Esos programas desarrollan la infraestructura por diversos medios: construir, ampliar y renovar establecimientos; asegurar un adecuado acceso a los suministros y el equipo; mejorar los recursos humanos existentes; y perfeccionar la calidad del monitoreo y la evaluación a nivel nacional, regional y local.

El programa incluye: una iniciativa para mejorar la calidad de la atención en servicios de salud sexual y reproductiva; un programa para velar por las condiciones de seguridad de las transfusiones sanguíneas; una iniciativa para establecer una dependencia central de adquisición de medicamentos; y medidas de reforma del Instituto Nacional de Formación de Parteras. Las conclusiones del diagnóstico de necesidades se incorporarán en los programas en curso.

Un programa fundamental que tiene posibilidad de ser duplicado a escala nacional es el Programa de Maternidad sin Riesgo en Nuakchot. Este programa es coordinado por los Ministerios de Salud y de Asuntos Sociales y el Hospital Nacional Central, con el apoyo del Gobierno de Francia y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las actividades programáticas se basan en un análisis cabal de la situación, inclusive la revisión e incorporación de las normas y directrices de la OMS, la realización de encuestas perinatales y socioantropológicas y la evaluación de la situación de la salud reproductiva en Nuakchot.

El programa reconoce que antes de promover la remisión de las pacientes a establecimientos de mayor capacidad, es preciso fortalecer los servicios. El fortalecimiento abarcará la construcción en Sebkha de dos quirófanos para maternidad, una unidad de cuidados intensivos y la provisión de equipo. Además, el nuevo hospital de Cheikh Zayed proporcionará servicios de maternidad. Se establecerá y monitoreará una política nacional sobre transfusiones sanguíneas.

La capacitación del personal mejorará los servicios ofrecidos tanto en los hospitales de mayor capacidad que reciben pacientes remitidas, como en los establecimientos que ofrecen AOEm básica. Las mejoras abarcarán: ofrecer capacitación a 100 parteras; realizar seminarios regulares de capacitación para médicos en los centros de salud; y proveer de bibliotecas a todos los centros. Además, se capacitará a 12 parteras para que efectúen sonogramas obstétricos. El lugar piloto será el centro de capacitación en Teyaret.

La movilización social, entre otras cosas, promoverá un diálogo entre los encargados de prestar

servicios y las pacientes, mediante comités de usuarias en los establecimientos de salud. Además, se establecerán comités internos en los establecimientos y mejorará la supervisión administrativa, la distribución geográfica de los profesionales y la educación permanente de todo el personal. Se promoverá la mejor comunicación entre los centros rurales y de distrito. Finalmente, se establecerá un comité dedicado a prevenir las defunciones maternas.

En el plano nacional, las acciones encaminadas a mejorar los servicios de AOEm abarcan: la comprensión por parte de los instructores regionales acerca de los estándares de atención y los procedimientos, y la elaboración de una política más integral de recursos humanos que incluya sistemas eficaces de gestión. El sistema de retroinformación y de remisión de pacientes a establecimientos de mayor complejidad también se ampliará e incluirá un sistema de supervisión y de acción de mentores. Se tratará de movilizar la participación comunitaria en la formulación de un sistema de financiación. Al respecto, cabe mencionar un proyecto del UNFPA, la OMS y el UNICEF, financiado por la Fundación pro Naciones Unidas, que actualmente se está ejecutando para mejorar la calidad de la atención mediante la alianza entre los encargados de prestar servicios y los usuarios.

MONITOREO: Para una mejor recopilación de datos, será necesario que los sistemas sean uniformes y funcionales en todos los niveles. El personal y los administradores de servicios de salud necesitan capacitación práctica sobre el terreno en la recopilación de datos y el cálculo de los indicadores. Dicha capacitación contribuirá a abordar la actual falta de interés en el monitoreo, que ha redundado en la difusión irregular de información y un deficiente aprovechamiento de los datos para mejorar las funciones de los establecimientos.

El plan consiste en establecer un calendario de monitoreo que produzca informes mensuales sobre la AOEm, informes regionales trimestrales e informes semestrales y anuales sobre actividades nacionales. Se recopilarán datos de los registros e informes sobre partos y quirófanos, así como de constancias pre y posnatales. Además de procesar los datos sobre

indicadores, se recopilarán regularmente informaciones con respecto al número de complicaciones y el número de traslados de emergencia solicitados y recibidos.

A los efectos del registro y el procesamiento de estos datos, se utilizarán las constancias existentes en el sistema nacional de información sobre salud. No es necesario crear nuevas redes, sino más bien mejorar los sistemas existentes e involucrar a los funcionarios ejecutivos regionales.





El estudio sobre el Níger abarcó todo el país. En febrero y abril de 2001 se recopilaron datos de 85 establecimientos que potencialmente podrían ofrecer AOEm (22, integral y 63, básica). Las fuentes primarias fueron: registros de partos y partógrafos, registros de hospitales de maternidad, registros operacionales y registros de abortos. También se obtuvo una valiosa información a partir de los registros y certificados de nacimiento y defunción, así como de las tarjetas de identidad de las mujeres. Se analizaron informes sobre actividades de capacitación realizadas en los establecimientos; también se utilizaron otras fuentes de información, entre ellas registros de temperaturas.

La recopilación de datos en el Níger resultó difícil. Hay incertidumbre con respecto al número de defunciones, puesto que los registros al respecto no se mantienen correctamente. Hay una gran variación en la calidad de los datos entre distintas regiones; es frecuente que no se indique la edad de las mujeres. Es evidente que hay un gran problema debido a la insuficiente información sobre las complicaciones asociadas a defunciones maternas y neonatales. La recopilación de datos insumió un tiempo mayor que el previsto dado que: 1) la zona del estudio resultó sumamente extensa; 2) no hubo una

estandarización entre las fuentes; y 3) el Níger tiene bajas normas de mantenimiento de registros.

DISPONIBILIDAD: El análisis de los datos indicó que la disponibilidad de AOEm básica e integral era inferior a la esperada. Los establecimientos no pueden funcionar tal como se ha previsto, debido en gran parte a que aún no se han satisfecho las cuotas fijadas para el personal de parteras, médicos capacitados en cirugía de emergencia, auxiliares quirúrgicos y anestesiistas.

La región de Agadez es muy vasta y dificulta el acceso a la AOEm, salvo para las poblaciones urbanas. En Diffa, aunque la población está dispersa, la cobertura de servicios de salud es buena. En cambio, Tahoua, Dosso, Maradi y Zinder tienen altas concentraciones de población, pero ofrecen deficiente cobertura de salud. Al igual que en muchos otros países, la escasez y la deficiente distribución del personal calificado contribuyen a la falta de servicios de AOEm adecuados. La capacitación insuficiente y la falta de equipo y suministros exacerbaban la situación, al igual que las enormes distancias que deben recorrerse y los deficientes sistemas de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad.

CUADRO 4: COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO EN EL NÍGER

REGIÓN	POBLACIÓN	ALUMBRAMIENTOS PREVISTOS	COMPLICACIONES PREVISTAS	COMPLICACIONES TRATADAS	PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES
Agadez	407 084	21 168	3 175	1 678	52,85
Dosso	1 590 261	82 694	12 404	954	7,69
Diffa	221 482	11 517	1 727	352	20,38
Maradi	2 201 129	114 459	17 168	2 411	14,04
Zinder	2 098 884	109 142	16 371	5 815	35,52
Tahoua	1 905 960	99 110	148 666	2 055	1,38
Tillabéri	2 022 256	105 157	15 773	725	4,60
C. U. Niamey	685 650	35 862	10 284	3 218	31,29
Niger Total	11 136 706	579 109	86 866	17 218	19,82

CUADRO 5: PORCENTAJE DE OPERACIONES CESÁREAS REALIZADAS EN EL NÍGER

REGIÓN	POBLACIÓN TOTAL	ALUMBRAMIENTOS PREVISTOS	NÚMERO DE OPERACIONES CESÁREAS REALIZADAS	PORCENTAJE DE OPERACIONES CESÁREAS REALIZADAS
Diffa	221 482	11 517	39	0.33
Dosso	1 590 261	82 694	194	0.23
Maradi	2 201 129	114 459	541	0.47
Zinder	2 098 884	109 142	299	0.27
Agadez	407,084	21 168	83	0.39
Tahoua	1 905 960	99 110	534	0.53
Tillaberi	2 022 256	105 157	101	0.096
C.U. Niamey	685 650	35 862	1 100	3.06
Niger Total	11 132 706	579 109	2 891	0.49

UTILIZACIÓN: En los cuadros 4 y 5 figuran datos sobre la utilización de los establecimientos. Por otra parte, el número de complicaciones obstétricas se calculó sobre la base de todos los establecimientos, y no sobre la base de los que cuentan con AOEm. El porcentaje de operaciones cesáreas realizadas (0,5%) es muy inferior al nivel aceptable, de al menos 5%.

Una razón de la baja utilización es la incomodidad que experimentan las pacientes, quienes se quejan de que los centros de salud están hacinados y que el personal es poco cordial y/o carece de motivación. Otra razón importante citada para la baja utilización es el costo de los servicios, que excede las posibilidades de pago de la mayor parte de la población, aun cuando se ha establecido un límite en los honorarios, en beneficio de las mujeres indigentes. Además, los medicamentos y los suministros son costosos. La población dispersa, y el deficiente estado de los caminos y los inadecuados medios de transporte también contribuyen a los bajos niveles de utilización.

Una de las razones para la falta de motivación del personal mencionada por las clientas tal vez sea la deficiente capacitación. Gran parte del personal no domina los procedimientos técnicos necesarios; y

no se lo ha capacitado en el uso de protocolos, estándares y procedimientos.

En las zonas urbanas, el personal de guardia tiene la obligación de estar presente en el establecimiento. En las zonas rurales, el personal tal vez pase el tiempo que está de guardia en su hogar, donde se lo convoca en casos de emergencia. No obstante, esta situación presenta un problema, dado que muchos proveedores de servicios viven lejos del establecimiento. Una posible solución sería proporcionar a los médicos y enfermeras viviendas más cercanas a los establecimientos de salud.

CALIDAD: La tasa de letalidad de 2,2%, indicada en el cuadro 2 es superior al nivel mínimo aceptable establecido para el indicador 6.

ESTRATEGIAS PROGRAMÁTICAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE AOEm:

A fin de mejorar la provisión de servicios de AOEm dentro del sistema de salud, el Níger —en asociación con el UNFPA, el UNICEF, la OMS, el Banco Africano de Desarrollo y la Unión Europea— fortalecerá su programa nacional de salud reproductiva. Hay varios otros programas en curso de ejecución. Entre las actividades concretas relativas a la AOEm cabe mencionar las siguientes:

- Aumentar la disponibilidad de AOEm básica,

desde 3,18 hasta 4,36 establecimientos por cada 500.000 habitantes en las regiones prioritarias de Diffa, Maradi, Tillaberi, Agadez y Zinder, reforzando los conocimientos de los proveedores de servicios para practicar la aspiración manual endouterina e introducir la salud reproductiva en los programas básicos de estudios.

■ Aumentar la disponibilidad de establecimientos que ofrezcan AOEm integral, desde algo menos de 1 hasta 1,98 por cada 500.000 habitantes, con 21 establecimientos en las regiones prioritarias de Maradi, Diffa, Agadez, Zinder, Tillaberi, Tahoua, Dosso y C.U. Niamey.

En general, en los establecimientos de AOEm, tanto básica como integral, las acciones se centrarán en mejores sistemas de remisión de pacientes a establecimientos de mayor capacidad, mejor mantenimiento de registros y compilación de datos, mejor logística y comunicación y mejor supervisión y capacitación. La formación del personal es una estrategia imprescindible y es preciso reforzar las acciones existentes, mejorando los conocimientos teóricos y prácticos de los encargados de prestar servicios en el uso de la aspiración manual endouterina. Se organizarán reuniones técnicas para impartir capacitación y monitorearla a escala del país.

El equipo encargado de la gestión del sistema de salud realzará la calidad de los servicios de AOEm. Además, es necesario elaborar un sistema de recuperación de los gastos en medicamentos y establecer centros de adquisición a escala regional y subregional.

La descentralización del sistema de salud y el mayor desarrollo de los distritos de salud existentes mejorará ulteriormente los servicios de AOEm. Para velar por que los servicios sean utilizados, también es necesaria una cuidadosa evaluación de los cargos

al usuario para asegurar que en el sistema se tomen debidamente en cuenta tanto el costo de dichos servicios como la capacidad de pago de las pacientes.

Una vez que se hayan mejorado los servicios, se promoverá su utilización por la comunidad y la participación de ésta en la gestión de los establecimientos mediante diversos comités, además de establecer vínculos con organizaciones no gubernamentales.

MONITOREO: Gran parte de la información recogida será sintetizada y reflejada en nuevas normas y nuevos procedimientos para los servicios de salud reproductiva. Se promoverá y mejorará la recopilación de datos y el monitoreo de los servicios. Se incluirá un examen de las poblaciones insuficientemente servidas y se analizarán la accesibilidad y el uso de los servicios, las necesidades de las clientas y la realización de los futuros proyectos.

Se está estableciendo un sistema de monitoreo y evaluación del progreso de las iniciativas para mejorar los servicios. En todos los registros de maternidad se incluirá un gráfico de indicadores, los cuales se calcularán para los partos con asistencia de personal capacitado, las complicaciones obstétricas que han recibido tratamiento y las operaciones cesáreas. Durante un taller nacional se elaborará un plan de acción para el monitoreo, que abordará todos los niveles de servicios. Todos los interesados directos participarán en las reuniones de coordinación y supervisión y la labor se incorporará en el sistema nacional de información sobre salud previsto para 2002.

Entre las limitaciones que han de subsanarse figuran la recaudación de fondos, la falta de armonización en el proceso de definición de las complicaciones obstétricas, y la insuficiencia de los datos, especialmente los relativos a decesos.



El diagnóstico de necesidades en el Senegal fue exhaustivo y tomó en cuenta los numerosos otros proyectos de evaluación en curso. Los proyectos actuales abarcan una evaluación de los servicios obstétricos esenciales en la zona de Tambacounda (realizada por la OMS) y un estudio epidemiológico nacional de la distocia pelviana (realizado por el Gobierno de Francia, en colaboración con la OMS). El diagnóstico de necesidades comenzó con la individualización y la catalogación de los recursos del país, inclusive los establecimientos, tanto públicos como privados.

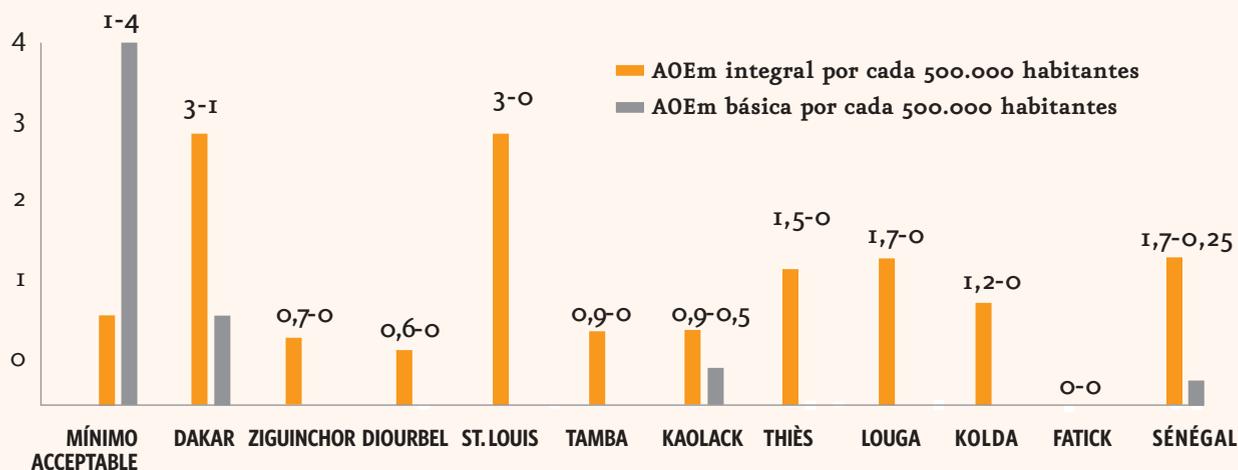
DISPONIBILIDAD: Como se indica en el gráfico 5, el Senegal dispone de muy pocos establecimientos de AOEm básica en pleno funcionamiento, debido principalmente a la escasez de personal capaz de atender un parto instrumentado (con el uso de fórceps o de un extractor al vacío). La mayoría de los establecimientos cuentan con todas las funciones necesarias, salvo la aspiración manual endouterina. Esos establecimientos se consideraron “establecimientos potencialmente de AOEm básica”.

La cantidad de personal médico calificado es insuficiente. El promedio nacional es de un ginecólogo por cada 30.458 mujeres en edad de procrear. Esta escasez puede empeorar dado que, al parecer,

la cantidad de personal médico está disminuyendo, mientras la población va en aumento. La distribución geográfica del personal de salud capacitado también contribuye a la falta de acceso a la atención apropiada. Lamentablemente, la gran mayoría del personal de salud calificado (76%) ejerce su profesión en la capital, aun cuando sólo un 41% de la población es urbana, de modo que la AOEm es inaccesible para la mayoría de las mujeres.

UTILIZACIÓN: En lo concerniente a la utilización, la proporción de alumbramientos en establecimientos con AOEm es 9,7%, mientras que la necesidad satisfecha es de 11,5%. En los gráficos 6 y 7 se indica la proporción de alumbramientos y el tratamiento de las complicaciones en todos los establecimientos, en lugar de ceñirse a los establecimientos con AOEm. En el Senegal son pocas las complicaciones obstétricas que reciben tratamiento y eso explica la elevada tasa de mortalidad materna reinante en el país (510 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos). Además, se informa de que el porcentaje de operaciones cesáreas está muy por debajo del nivel aceptable, pues llega sólo al 1,1%.

GRÁFICO 5: DISPONIBILIDAD DE ESTABLECIMIENTOS DE AOEm EN EL SENEGAL



CALIDAD: La tasa de letalidad para el conjunto de establecimientos que ofrecen AOEm es de 4% (Gráfico 8). Las principales causas médicas de defunción son la hemorragia y la eclampsia. Hay una enorme escasez de personal y una urgente necesidad de contar con un más alto nivel de especialización y con protocolos de tratamiento.

ESTRATEGIAS PROGRAMÁTICAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE AOEm:

El diagnóstico de necesidades puso de manifiesto las

esferas en que era necesario efectuar inversiones en los servicios. Se sugirieron varias intervenciones, entre las cuales tal vez la más importante fue la capacitación del personal:

- Impartir capacitación de breve duración a ginecólogos y parteras para que practiquen la aspiración manual endouterina.
- Preparar un plan nacional de capacitación a largo plazo para reforzar la capacidad del personal de salud en cuanto al diagnóstico y el tratamiento de las complicaciones obstétricas; establecer un currículo

GRÁFICO 6: PROPORCIÓN DE ALUMBRAMIENTOS EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SENEGAL

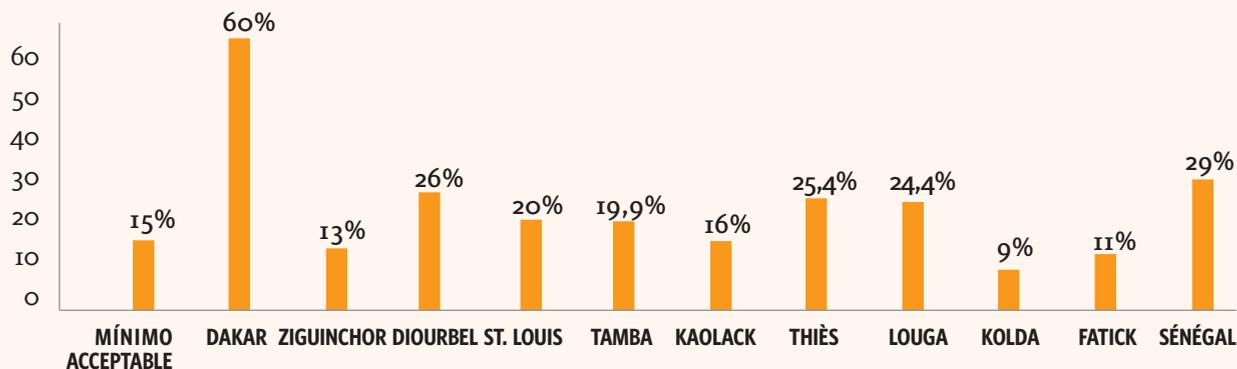


GRÁFICO 7: TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SENEGAL

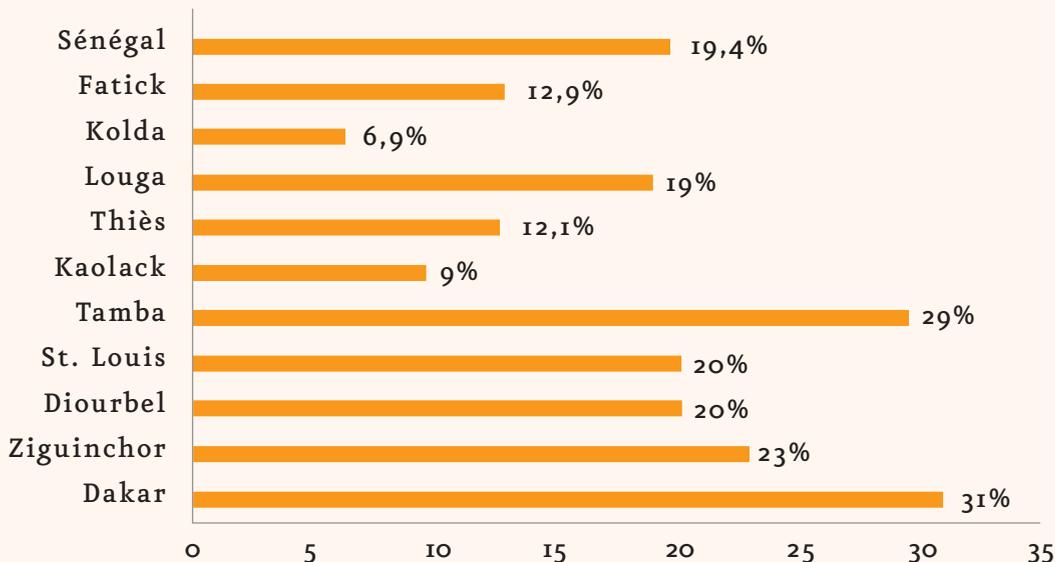
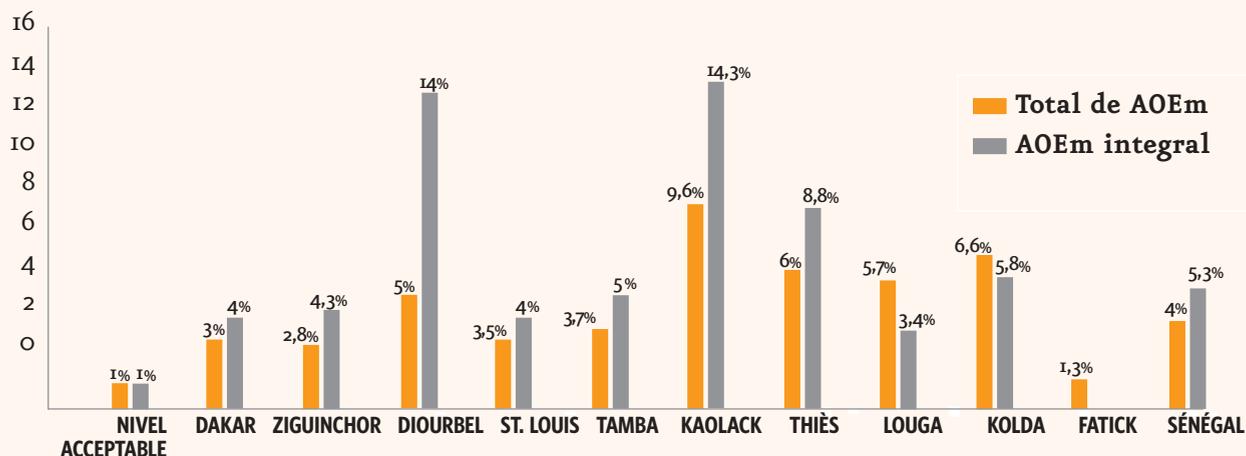


GRÁFICO 8: TASA DE LETALIDAD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SENEGAL



completo para médicos y parteras; preparar un currículo de formación en AOEm para enfermeras superiores, de modo que supervisen los partos instrumentados en sus establecimientos; y capacitar a anestesiastas y parteras.

- Renovar y equipar los establecimientos.
- Descentralizar los puestos de plantilla del personal del Ministerio de Salud
- Mejorar el acceso a los establecimientos de AOEm, incluida su distribución geográfica y su accesibilidad financiera.
- Proporcionar suministros de sangre a los centros de salud apropiados y dotarlos de la capacidad de que realicen transfusiones sanguíneas y operaciones cesáreas.
- Promover la capacitación y descentralización de las parteras de modo de mejorar el acceso a la atención del parto por personal capacitado.
- Educar a la población sobre la importancia de atender el parto con personal capacitado, proporcionar transporte a hospitales cuando sea necesario y movilizar a la comunidad para reducir la demora en decidir ir en procura de atención médica.

MONITOREO: Los diagnósticos indicaron que era necesario un monitoreo continuo a nivel nacional. Los planes de presentación de informes mensuales y semestrales sobre las actividades deberían incluir una columna para la AOEm. Además, deberían integrarse las actividades de monitoreo de la AOEm en otras actividades de supervisión cuatrimestral realizadas por directores de equipos a escala de distrito. Los datos han de incluir la población total, el número previsto de alumbramientos, el número previsto de complicaciones del embarazo y el parto, las defunciones maternas y neonatales y el uso y la cantidad de salas de partos y quirófanos, procedimientos de resucitación y servicios administrativos. Las fuentes serán los informes de registros y todos los datos deberán ser uniformes, para su integración en el sistema nacional de información sobre salud.

movilización del apoyo

En la sección anterior se describieron la recopilación y el análisis de datos y las iniciativas de planificación en cinco países del África occidental. El costo total del proyecto ascendió a 50.000 dólares. Los datos se recopilaban para estimular la acción. Después de confeccionar mapas de servicios obstétricos e individualizar los sitios más necesitados de apoyo para ampliar los servicios obstétricos, se están preparando propuestas de proyectos, que se están analizando con los gobiernos de países donantes. Al respecto, la evaluación de necesidades ya ha tenido éxito, pues ha generado financiación y suscitado apoyo. Se ha movilizado la financiación con destino a tres países y son buenas las perspectivas en los otros dos. Además, la recopilación de datos se duplicará en el Gabón, Gambia y Guinea-Bissau, con la intención de ampliarla más tarde para cubrir toda la subregión.

La Oficina del UNFPA en el **Níger** ya ha obtenido financiación de Luxemburgo para realizar intervenciones en cinco distritos y ha formulado propuestas detalladas de proyectos. En el **Senegal**, los resultados de los estudios —que se comunicaron a las autoridades nacionales, inclusive el recientemente designado Ministro de Salud— conducirán tanto a seleccionar las zonas donde son mayores las necesidades, como a preparar un informe nacional. En el programa del UNFPA para el **Senegal** se incluyen las intervenciones relativas a la AOEm, y se dispone de fondos al respecto. La Oficina del UNFPA en **Gambia** apoyará esas mismas actividades de recopilación de datos. En el **Camerún**, el UNFPA preparó una propuesta de proyecto para 10 distritos, como parte de los preparativos de mayores contribuciones al próximo programa para el país. A fines

de 2001 se realizó un taller nacional, cuyos resultados fueron comunicados a representantes del Ministerio de Salud y a los aliados para el desarrollo. Los resultados de un proyecto piloto se integrarán en una estrategia nacional de salud reproductiva y maternidad sin riesgo. En Mauritania se ha preparado un videofilme documental y se redactó un informe. Cada uno de los cinco países (el Camerún, Côte d'Ivoire, Mauritania, el Níger, pese que éste ha recibido ya fondos de Luxemburgo, y el Senegal) ha preparado propuestas para recaudar fondos.

Se ha finalizado una propuesta para fortalecer las intervenciones de AOEm en Côte d'Ivoire y se está negociando actualmente la obtención de recursos por parte de donantes bilaterales y bancos de desarrollo. En **Mauritania**, se celebrará una reunión nacional a fin de examinar y coordinar las diversas iniciativas de maternidad sin riesgo.

En algunos casos, se esperaba obtener fondos mediante un mecanismo similar al del Enfoque Sectorial (SWAp) para la asistencia y los recursos nacionales, como ocurrió en el Camerún, Côte d'Ivoire y el Senegal. Actualmente el UNICEF ha emprendido un similar diagnóstico de necesidades en cuatro países: Benin, el Chad, Guinea y Malí. Se organizará, con la asistencia técnica del UNFPA, una reunión regional de evaluación a celebrarse a fines de 2003. En la reunión se considerarán estrategias para fortalecer los servicios de AOEm y ampliar más la integración sostenible de la AOEm en los sistemas de salud. El UNFPA puede aportar una sólida contribución a que la maternidad sin riesgo sea una realidad, y así lo hará.

notas

- 1 Atención obstétrica esencial (AOE) denota la lista completa de servicios que deberían proporcionarse durante el embarazo y el parto. La OMS ha dado a conocer varias publicaciones en que se considera este conjunto de servicios (por ejemplo, el Conjunto para la madre y el niño y la atención de las complicaciones del embarazo y el parto). En este informe, la expresión “atención obstétrica de emergencia” (AOEm) denota los servicios de importancia crítica para salvar la vida de la mujer en caso de que padezca complicaciones durante el embarazo, el parto o el postparto. Aun cuando algunos trastornos pueden ser objeto de tratamiento antes de que se transformen en verdaderas emergencias (por ejemplo, puede practicarse una operación cesárea en el caso de un parto prolongado, antes de que la mujer resulte gravemente afectada), utilizamos el concepto de “emergencia” para transmitir la importancia de dispensar sin tardanza tratamiento médico.
- 2 Para obtener más información sobre los Indicadores de Procesos, los lectores pueden remitirse a las Guías, así como al curso UNFPA-AMDD de aprendizaje a distancia, *Reducción de las defunciones maternas, selección de prioridades, registro del progreso*.
- 3 Vía parenteral significa mediante inyección o infusión endovenosa.
- 4 Las ocho funciones se conocen como “funciones-señal”.
- 5 El indicador 3 **no** tiene el propósito de sugerir que todos los alumbramientos deberían realizarse en establecimientos de salud. Según se ha estimado, en cualquier población de embarazadas, en cualquier país del mundo, un 15% padecerá una complicación obstétrica. Por consiguiente, si se sabe que un 15% de los alumbramientos se llevan a cabo en establecimientos que ofrecen AOEm, esto es un indicio —aun cuando sólo un mero indicio— de que la población está utilizando esos servicios.
- 6 El informe sobre el taller puede solicitarse al UNFPA.
- 7 Para obtener información sobre la manera de calcular los Indicadores de Procesos, consúltese: AMDD Workbook (*Almost*) *Everything You Want to Know about Using the UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services—Questions and Answers*, por Anne Paxton, Deborah Maine y Nadia Hijab.



