

# AMDD

## NOTEBOOK

Responder a los retos, introducir cambios, salvar vidas

No. 2

Noviembre de 2001

### ESTIMADA/O COLEGA:

El segundo número de AMDD Notebook en español se centra en el uso de los “indicadores de proceso de las Naciones Unidas”. Esta denominación abarca un conjunto de indicadores publicados por el UNICEF, la OMS y el FNUAP en 1997, relativos a las condiciones necesarias para salvar las vidas de mujeres que padecen complicaciones obstétricas: la disponibilidad y la utilización de atención obstétrica de emergencia (EmOC).

Estos indicadores representan un importante adelanto en los programas de vigilancia de la mortalidad materna en los países en desarrollo: la transición desde describir la gravedad del problema hasta diagnosticar y monitorear los servicios necesarios para mitigar dicho problema. Esos indicadores se refieren a cuestiones clave, entre ellas: ¿Hay en la zona suficientes establecimientos que ofrezcan atención obstétrica de emergencia? ¿Están utilizando esos servicios las embarazadas? De las mujeres que padecen complicaciones, ¿hay un número apreciable que solicita atención y recibe servicios básicos?

Dado que esos indicadores son relativamente nuevos, aún estamos recogiendo experiencias sobre la manera de reunir e interpretar mejor los datos. Por ejemplo, por chocante que esto parezca, en muchos países los registros de maternidad no incluyen una sección dedicada a las complicaciones obstétricas que amenazan la salud y la vida de la mujer. En consecuencia, para recopilar datos sobre esos hechos fundamentales, en muchos casos será necesario mejorar los sistemas de registro, capacitar al personal para que efectúe esos registros y alentar a los administradores de servicios en diversos niveles para que utilicen los datos. Ésta es una tarea de gran magnitud, pero que, por cierto, está pendiente desde hace mucho y redundará en beneficios para la salud de la mujer.

El uso de esos indicadores para el diagnóstico de las necesidades y la vigilancia del progreso en docenas de proyectos apoyados por el Programa AMDD será útil no sólo para los propios proyectos, sino también para las tareas sobre el terreno en general. Aguardamos con interés la oportunidad de ir adquiriendo conocimientos junto con ustedes en los próximos años.

**Deborah Maine**

Profesora y Directora

Programa Averting Maternal Death and Disability (Evitar la muerte y discapacidad materna) (AMDD)

### EN ESTE NÚMERO . . .

|  |     |
|--|-----|
| Buenas Prácticas . . . . .   | 2   |
| Derechos humanos y servicios de salud . . . . .  | 3   |
| Indicadores de proceso, Naciones Unidas . . . . .  | 4-6 |
| Varios equipos derriban las barreras que obstaculizan a la calidad de los servicios en Dholpur . . . . . | 7   |

## EL PROGRAMA AMDD

El Programa AMDD fue iniciado en 1999 en el Center for Population and Family Health, Mailman School of Public Health de la Universidad de Columbia, a fin de cooperar con países en desarrollo en mejorar la disponibilidad, la calidad y la utilización de servicios de atención obstétrica de emergencia.

La premisa básica del Programa AMDD es que la mayoría de las complicaciones obstétricas causantes de defunciones de madres no pueden ser ni pronosticadas ni prevenidas, pero que es posible salvar la vida de una gran mayoría de esas mujeres si se ofrece tratamiento sin tardanza. El Programa AMDD aborda tres esferas conectadas entre sí: conocimientos técnicos prácticos, capacidad de gestión y respeto de los derechos humanos.

El Programa AMDD ha entablado alianzas con organizaciones que ya realizan operaciones sobre el terreno. Esos aliados están ejecutando actualmente proyectos que reciben el apoyo del Programa AMDD en más de 50 países:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), proyectos en Bangladesh, Bhután, la India, Nepal, Pakistán y Sri Lanka

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), proyectos en la India, Marruecos, Mozambique y Nicaragua

Red Regional de Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM), equipos y proyectos en 19 países de África al sur del Sahara

CARE, proyectos en Etiopía, el Perú, Rwanda, Tanzania y Tayikistán

Save the Children, proyectos en Malí y Viet Nam

Consortio de Salud Reproductiva para Refugiados (RHR), proyectos en 12 países.

Entre los principales instrumentos del Programa figuran los indicadores de proceso elaborados en la Universidad de Columbia y dados a conocer por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

Entre los aliados técnicos del Programa AMDD figuran:

Family Health International

John Snow International

Instituto Indio de Gestión en Ahmedabad (IIMA)

EngenderHealth (anteriormente, AVSC International).

*El Programa AMDD está financiado por la Bill and Melinda Gates Foundation (Fundación Bill y Melinda Gates)*

## BUENAS PRÁCTICAS

### Sistema de eliminación de instrumentos afilados: Datos útiles de Etiopía

Dado el aumento de la incidencia del VIH/SIDA en muchos países, cada vez cobra mayor importancia la eliminación de residuos médicos, en especial la eliminación de instrumentos afilados contaminados, como agujas, hojas de escalpelos y bisturíes.

En verdad, en los hospitales está aumentando la cantidad de "residuos afilados" dado que, a fin de prevenir el contagio de un paciente a otro, los hospitales utilizan cada vez más agujas descartables y otros instrumentos afilados también descartables. Si no se eliminan correctamente esos materiales, pueden causar lesiones accidentales al personal y a los pacientes y propagar el VIH, la hepatitis B y otras infecciones peligrosas.

Además, en algunos países, cuando la eliminación de instrumentos afilados es incorrecta, éstos son rescatados de vaciaderos de basura, dentro o fuera de los recintos hospitalarios. El riesgo para la salud se propaga entonces hacia el público en general.

La eliminación correcta de materiales afilados tiene importancia crucial para la seguridad del personal de salud y del público. La primera medida para la eliminación es el almacenamiento de los instrumentos afilados de manera que no puedan causar lesiones accidentales. Los recipientes que reciben los instrumentos afilados deben ser resistentes a las perforaciones. Debe haber en cada uno de ellos un pequeño orificio para introducir los instrumentos afilados, de modo que aun cuando el recipiente caiga al suelo, los instrumentos permanezcan en su interior. La segunda etapa consiste en destruir los instrumentos afilados de modo que no sea posible utilizarlos.

Se dispone comercialmente de varios dispositivos sofisticados para destruir los instrumentos afilados usados; pero son muy caros y en algunos es preciso disponer de electricidad para que funcionen. La compra de esos sistemas de eliminación de instrumentos afilados puede incrementar los costos de funcionamiento de un hospital o los sistemas pueden ser propensos a averías y desperfectos. La OMS y el UNICEF, han preparado una caja especial de cartón muy espeso para la eliminación de instrumentos afilados.

El hospital gubernamental en el poblado de Gelemso, ubicado en una zona remota de Etiopía, ha instituido disposiciones locales innovadoras para la eliminación de instrumentos afilados. El personal del hospital había participado en la Iniciativa de Mejora de la Calidad conducida por EngenderHealth (anteriormente, AVSC). La Iniciativa fue organizada por la filial en Etiopía de CARE, que apoya al hospital en virtud de un proyecto de lucha contra el VIH/SIDA. Recientemente, el hospital también comenzó a recibir apoyo del Programa AMDD. Las sesiones para mejorar la calidad abarcaron la prevención del contagio en general y la cuestión de eliminar instrumentos afilados en particular.

Después de las sesiones de capacitación para mejorar la calidad, el director médico del hospital, Dr. Amsalu Bekele, y sus colaboradores mejoraron el sistema de eliminación de instrumentos afilados. En lugar de comprar un equipo sofisticado, emplearon envases descartados de medicamentos y los convirtieron en sus propios recipientes de recolección y eliminación de instrumentos afilados. Perforaron agujeros

pequeños (aproximadamente, 1 centímetro de diámetro) en la tapa enroscada de envases plásticos vacíos recogidos en la farmacia, donde hay gran cantidad de esos envases, que contienen tabletas a granel y deben ser eliminados cuando están vacíos.

Se entregaron a cada departamento envases adaptados para que recogieran los instrumentos afilados. Cuando los envases están llenos, se los quema en el incinerador. Este sistema no cuesta nada, pero contribuye en gran medida a la seguridad del personal. Cuando no se dispone de esos envases, pueden utilizarse botellas de plástico vacías. Hay muchas soluciones simples y de bajo costo para problemas que menoscaban la calidad de los servicios. La solución, como lo demostraron el Dr. Amsalu y sus colaboradores, es introducir innovaciones en la gestión.

*Dileep Mavalankar*

*Instituto Indio de Gestión en Ahmedabad*

*Equipo Técnico del Programa AMDD*



En las inmediaciones de un hospital en el Asia meridional, dos niños recogen jeringas descartables y otros instrumentos. Si bien el hospital dispone de equipo ultramoderno para eliminar sus residuos en condiciones de seguridad, éstos son vaciados en las inmediaciones.

Foto de Shabbir Hussain Imam.

## DERECHOS HUMANOS Y SERVICIOS DE SALUD

Los derechos humanos son una de las tres esferas fundamentales del Programa AMDD y las otras dos son: los aspectos técnicos y los aspectos administrativos de los servicios de salud que proporcionan atención obstétrica de emergencia a mujeres que experimentan complicaciones obstétricas.

Los proyectos financiados por el Programa AMDD abordan diversos aspectos de los derechos humanos. Además, el personal del Programa está tratando de encontrar la manera de colaborar con organizaciones no gubernamentales (ONG) de mujeres en el movimiento encaminado a reducir la mortalidad materna. Las ONG desempeñan un importante papel en al menos tres ámbitos: influyen sobre las opciones en materia de políticas; participan en la administración de los servicios; y trabajan en el plano comunitario.

Los grupos de mujeres suelen estar en buenas condiciones para detectar las barreras locales que obstan al acceso a la atención obstétrica de emergencia, entre ellos, por ejemplo, los resultantes de planes de descentralización y privatización introducidos como parte de políticas de reforma del sector de salud. A fin de intervenir en la concatenación de circunstancias conducentes a que las madres pierdan la vida, las ONG necesitan contar con instrumentos pragmáticos para documentar las realidades sobre el terreno y adoptar eficaces bases de promoción.

A principios de julio, Lynn Freedman, Profesora Auxiliar en la Universidad de Columbia, y Martha de la Fuente, Investigadora Auxiliar (miembros del personal del Programa AMDD que trabajan en los aspectos de derechos humanos), convocaron una reunión en Nueva York a fin de elaborar más a fondo esas ideas y diseñar proyectos para promoverlas.

Participaron en la reunión representantes de tres grupos de mujeres: Soledad Guayasamin, de SENDAS, del Ecuador; Farida Shaheed, de Shirkat Gah, del Pakistán; Kausar Khan de la Universidad Aga Khan/Shirkat Gah; y Junice Melgar, de Likhaan, Filipinas.

Después de los intercambios de ideas efectuados en julio, las mujeres activistas regresaron a sus respectivas organizaciones para considerar algunas ideas sobre proyectos. En Filipinas, por ejemplo, Likhaan se encarga

principalmente de clínicas de atención primaria de la salud en zonas pobres. Esa ONG está considerando una iniciativa de estudio de las barreras que se oponen a que las mujeres más pobres reciban atención obstétrica de emergencia y presta especial atención a las políticas gubernamentales que imponen cargos al usuario de servicios públicos. La ONG ecuatoriana se propone desarrollar la capacidad de grupos de la sociedad civil a fin de que participen en la administración de los servicios de salud, de modo de asegurar la vigencia de las leyes existentes que garantizan el derecho al cuidado médico.

En el Pakistán, donde la asociación Sirkhat Gah realiza actividades a nivel comunitario, tratará de abordar las cuestiones de la participación comunitaria en el amplio proceso de descentralización y delegación de funciones en curso en ese país. Cada uno de los tres grupos recibirá un subsidio de planificación para el diseño de sus proyectos.

Otro aspecto de la iniciativa sobre derechos humanos del Programa AMDD es posibilitar que los grupos de mujeres puedan comprender los procedimientos propios de las instituciones financieras internacionales (IFI) en sus países y sepan adónde acudir para obtener información de esas instituciones sobre los planes que tienen previstos para sus países.

La asesora jurídica Eugenia McGill, que ya está colaborando con el Proyecto sobre Legislación y Políticas en la Universidad de Columbia, está ayudando al Programa AMDD a preparar un manual relativo a los mandatos y el funcionamiento de las IFI, así como las fuentes de información al respecto.

Lynn Freedman explica: "Los grupos de mujeres y los grupos de defensa de los derechos humanos tiene un papel que desempeñar en el desarrollo de los servicios de salud, no sólo en la prestación de dichos servicios sino también en la dinámica vital de rendición de cuentas, que garantice que las mujeres necesitadas de atención obstétrica de emergencia tengan acceso a los servicios apropiados". Al mismo tiempo, "por conducto del Programa AMDD podemos contribuir a los análisis y las estrategias que utilizarán esos grupos al elaborar sus perspectivas individuales sobre el papel del gobierno y de los sistemas de salud".

# Indicadores de proceso, Naciones Unidas

## Qué son, por qué se los utiliza y cuáles son las lecciones recogidas sobre el terreno

### La base de los indicadores.

Los indicadores de proceso, de las Naciones Unidas, se basan en un concepto de la naturaleza epidemiológica de las defunciones de madres y los servicios médicos necesarios para salvar las vidas de madres que padecen complicaciones obstétricas. Las ocho “funciones señaladas” son:

1. Administrar antibióticos por vía parenteral
2. Administrar medicamentos oxitócicos por vía parenteral
3. Administrar anticonvulsivos por vía parenteral en casos de preeclampsia y eclampsia
4. Retirar manualmente la placenta
5. Retirar productos retenidos
6. Prestar asistencia con instrumentos al parto vaginal
7. Practicar operaciones quirúrgicas
8. Efectuar transfusiones sanguíneas

Las primeras seis funciones pueden ser realizadas por una enfermera/partera experimentada, un médico u otro agente calificado, en un centro de salud o clínica o incluso en el hogar de la paciente. Las dos últimas funciones, en general, no se ofrecen a niveles inferiores al de hospital de distrito. Un establecimiento de salud que ofrece las primeras seis funciones está prestando servicios básicos de atención obstétrica de emergencia, mientras que un establecimiento que ofrece las ocho funciones presta servicios integrales de atención obstétrica de emergencia. Para asegurar que esos servicios existan en realidad y no sólo en teoría, el establecimiento debe haber cumplido con esas funciones en los últimos tres meses. Dichas funciones constituyen la base de los indicadores de proceso, de las Naciones Unidas.

### Porqué no se utiliza la tasa de Mortalidad Materna:

La medición de la mortalidad materna en cantidades absolutas —así como de la tasa o proporción de dicha mortalidad— no es útil para el monitoreo del progreso o la definición de los problemas en los programas de maternidad sin riesgo. Por una parte, aun cuando la mortalidad materna es la causa más común de defunción prematura de mujeres jóvenes en muchos países en desarrollo, estadísticamente sigue siendo infrecuente. En consecuencia, para que haya un número suficiente de defunciones que posibiliten una estimación razonablemente fidedigna, es necesario o bien estudiar una población muy grande, o bien abarcar un largo período, o ambas cosas. Esto es sumamente costoso y pocos países pueden —o, en verdad, deben— sufragar la realización de este tipo de estudio cada año. En verdad, los

expertos recomiendan que las tasas de mortalidad materna se midan solamente cada 10 años, lo cual, evidentemente, no es de mucha utilidad para monitorear proyectos.

Lo que es más importante, aun cuando sea posible obtener una estimación muy fiable de la tasa de mortalidad materna, ésta sigue sin indicar dónde están los problemas y cuál debe ser el centro de atención del programa. ¿Están muriendo las mujeres debido a deficiencias en la dotación de personal de los servicios o en el equipo de los servicios de salud? ¿O están perdiendo la vida debido a que no hay servicios suficientemente cercanos? ¿O debido a que hay problemas en la capacitación y la provisión de suministros? La tasa, de ser fidedigna, simplemente indica que, por ejemplo, 400 mujeres pierden la vida por cada 100.000 nacidos vivos, pero no cuál es la causa ni qué hacer al respecto.

En cambio, los indicadores de proceso son relativamente poco costosos de recopilar y su monitoreo puede ser parte de la labor cotidiana de un centro de salud u hospital. Esos indicadores acusan dónde están los problemas fundamentales y también en qué sectores es preciso buscar una información más a fondo. Asimismo, esos indicadores pueden acusar cambios de manera relativamente rápida, a veces en menos de seis meses, lo cual es de gran utilidad para los planificadores de programas.

Y ahora que los indicadores de proceso se aplican sobre el terreno, pueden perfeccionarse más sobre la base de las lecciones adquiridas de la experiencia. En la última parte de este artículo se presentan algunas de esas comprobaciones.

### Malawi: integración de los indicadores

**Elizabeth A. Goodburn**, miembro del Equipo Técnico del Programa AMDD y Asesora en Salud Reproductiva de la organización John Snow International (Reino Unido), informa acerca de las lecciones obtenidas mediante la nueva utilización eficaz de los indicadores de proceso, de las Naciones Unidas, en Malawi.

En varios países, los indicadores de proceso, de las Naciones Unidas, se han recopilado por conducto de encuestas y estudios mayormente relativos al desempeño en los hospitales. Malawi (seguido por Marruecos) es uno de los primeros países que han utilizado esos indicadores en un sistema de monitoreo de rutina que ha sido incorporado al Sistema de Información sobre Gestión de la Salud (HMIS) en el país.

La meta del Proyecto de Maternidad sin Riesgo en Malawi es reducir las defunciones y las enfermedades crónicas de mujeres resultantes del parto. El proyecto cuenta

### Atención obstétrica esencial y atención obstétrica de emergencia

En algunos casos, la expresión “atención obstétrica esencial” se utiliza indistintamente con la de “atención obstétrica de emergencia”. Dado que hay varias definiciones de la atención obstétrica esencial (algunas de ellas, mucho más amplias que el tratamiento de complicaciones) utilizamos la expresión “atención obstétrica de emergencia” de modo de reflejar los servicios necesarios para salvar vidas en los casos más comunes de complicaciones obstétricas graves.

La expresión “atención obstétrica esencial” puede utilizarse indistintamente a los fines de la recopilación de datos o la aplicación de programas, en la medida en que haya un claro propósito y que la lista de funciones señaladas sea coherente. La lista de funciones señaladas, por definición, no incluye todos los servicios que deben prestarse a las mujeres embarazadas, y ni siquiera a las que padecen complicaciones en el embarazo. La OMS ha efectuado varias publicaciones en que presenta la lista de servicios que deberían proporcionarse durante el embarazo y el parto, por ejemplo, *Mother Baby Package y Management of Complications of Pregnancy and Childbirth*.

*En los últimos cuatro años, han ganado terreno los indicadores de proceso elaborados por las Naciones Unidas como instrumento para monitorear la disponibilidad y la utilización de servicios de atención obstétrica de emergencia (EmOC). Los equipos que ejecutan proyectos sobre el terreno financiados por el Programa AMDD utilizaron los indicadores de proceso propuestos por las Naciones Unidas para el diagnóstico de necesidades y también para el monitoreo de las actividades de los proyectos. Los equipos que reciben el apoyo de Save the Mothers Fund (Fondo para Salvar Madres) de la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), también están empleando los indicadores de proceso, de las Naciones Unidas, en proyectos en que se vinculan las sociedades profesionales de obstetricia y ginecología de países desarrollados con sociedades similares de países en desarrollo.*

## Los seis indicadores de proceso, de las Naciones Unidas,

1. Cantidad de establecimientos para atención obstétrica de emergencia: Por cada 500.000 personas debe haber al menos cuatro establecimientos que ofrecen atención obstétrica de emergencia básica y al menos uno que preste atención obstétrica de emergencia integral.
2. Distribución geográfica de los establecimientos de atención obstétrica de emergencia: El nivel mínimo para la cantidad de servicios de atención obstétrica de emergencia (según lo descrito en el indicador 1) se satisface en zonas a escala subnacional.
3. Proporción del total de alumbramientos atendidos en establecimientos que prestan atención obstétrica de emergencia: Al menos 15% del total de alumbramientos en la población deben realizarse en establecimientos que ofrecen atención obstétrica de emergencia o bien básica, o bien integral. La cuestión no es necesariamente alentar que los partos ocurran en estos establecimientos, sino medir su utilización. Además, por lo general esos datos están disponibles.
4. Necesidad satisfecha de atención obstétrica de emergencia: Es preciso que un 100% de las mujeres que se considera padecen complicaciones obstétricas reciban tratamiento en establecimientos de atención obstétrica de emergencia.
5. Porcentaje de operaciones cesáreas en relación con el total de alumbramientos: Las operaciones cesáreas deben constituir entre 5% y 15% del total de partos en la población.
6. Tasa de defunción: La tasa de defunción de las mujeres que padecen complicaciones obstétricas en establecimientos de atención obstétrica de emergencia debe ser inferior a 1%.

con financiación durante seis años del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, para sufragar la reparación del establecimiento, la compra de equipo, medicamentos y otros suministros, las actividades de información, educación y comunicación, la capacitación, los transportes y comunicaciones y el monitoreo. En 1998, el proyecto introdujo los indicadores de proceso, de las Naciones Unidas, en toda la región meridional de Malawi, cuya población es de 5 millones de habitantes, utilizando un sistema de monitoreo de rutina. Los datos son recopilados mensualmente en todos los establecimientos de salud y resumidos trimestralmente a nivel de distrito y de región.

En todo el proyecto, el personal reconoció que la utilización de los Indicadores de las Naciones Unidas de esta manera era un concepto nuevo y adoptó un riguroso procedimiento de diagnóstico de las necesidades, elaboración de instrumentos, investigación operacional, ensayos sobre el terreno y capacitación. Los usuarios de información sobre la salud materna en todos los niveles del sistema de salud participaron en esas etapas y llegaron a un acuerdo sobre definiciones estandarizadas y apropiadas localmente de las emergencias obstétricas, las funciones, el formato de los informes y las poblaciones beneficiarias.

Al disponer de mejores instrumentos de registro, el personal redujo al mínimo el registro insuficiente de casos obstétricos, los informes erróneos sobre defunciones de madres y la doble computación. El personal destacó la presentación visual y el uso de los datos a escala de cada establecimiento. Además, elaboró un nuevo registro de maternidad y adaptó los registros de pabellones de mujeres para garantizar que constaran las pacientes con complicaciones del embarazo. También se prepararon manuales de capacitación para el personal a escala de establecimiento y para directores de distrito. El tiempo que llevaron esas tareas, el costo, la influencia política y los insumos técnicos fueron consideraciones importantes. Para establecer el sistema se tardó un año y se gastaron 100.000 dólares.

Hacia fines de 2000, el nuevo sistema había proporcionado datos durante tres años consecutivos. Los datos para 1998 indicaron que la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia integral era suficiente, pero que la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia básica era muy deficiente. De los establecimientos de nivel inferior al de hospital, ninguno contaba con las seis funciones básicas, aun cuando 2,5 establecimientos por cada 500.000 tenían tres de las funciones, y 1,2 tenía cuatro funciones. Ya en 2000, 3,8 establecimientos por cada 500.000 disponían de tres funciones y 1,8 tenían cuatro. No obstante, había sólo uno que contaba con las seis funciones. Las funciones ausentes, en todos los casos, eran la aspiración manual al vacío (MVA) y la extracción al vacío. Esta comprobación pone de manifiesto que la creación de establecimientos que posean todas las funciones depende no sólo de disponer de recursos y capacitación, sino que también depende en alto grado de la tradición, las políticas, las jerarquías médicas y las incumbencias profesionales.

Los datos también indicaron que la proporción de partos en instituciones era de 32% en 1998 y había aumentado hasta 40% en 2000. La proporción de operaciones cesáreas también aumentó levemente, desde 1,6% en 1998 hasta 2% en 2000, lo cual indica que hay un déficit en las operaciones que pueden salvar vidas. Dado que hay una suficiente disponibilidad de atención obstétrica de emergencia integral, esta comprobación sugiere que las mujeres no tienen acceso a ese tipo de atención por diversas razones, entre ellas costo, falta de transporte, barreras socioculturales y gestión de los servicios. El personal sigue tratando de detectar esos factores y otros que afectan el acceso de las mujeres.

En toda la región, entre 1998 y 2000 aumentó la necesidad satisfecha de atención obstétrica desde 19,8% hasta 33,1%. En varios distritos se registraron aumentos muy pronunciados. A nuestro juicio, esos resultados deben interpretarse con prudencia, puesto que pueden haber sido influenciados por los cambios en el sistema de registro de los casos obstétricos más que por verdaderas mejoras en la prestación de los servicios. Esos mismos factores también habrían influido sobre la disminución de las tasas de defunción, que en 1998 llegaron a más del 5% en algunos

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, Nueva York, octubre de 1997. 2. Es decir, mediante inyección o perfusión endovenosa.

hospitales de distrito.

La experiencia al utilizar los indicadores de proceso, de las Naciones Unidas, en el monitoreo de rutina del sistema existente en Malawi ha confirmado que se justificó hacer hincapié en mejorar la atención obstétrica de emergencia y que esos indicadores pueden utilizarse eficazmente en los países en desarrollo. El sistema de monitoreo ha proporcionado datos que son de pertinencia inmediata para los encargados y los administradores de los servicios, así como los encargados de formular políticas, y ha proporcionado muchas lecciones prácticas, útiles para programas similares en otros lugares.

### Para evitar escollos al efectuar cálculos

**Patricia Bailey**, miembro del Equipo Técnico del Programa AMDD, Profesora Superior en la Universidad de Columbia y miembro del personal de Family Health International, comunica sus observaciones con respecto al uso de indicadores, a raíz de sus visitas a proyectos financiados por el Programa AMDD.

En recientes diagnósticos de necesidades se puso de manifiesto que una de las funciones señaladas que están ausentes con mayor frecuencia en los establecimientos de atención obstétrica de emergencia básica es la de asistencia con instrumentos al parto vaginal (la utilización de extracción al vacío o fórceps en los partos prolongados).

Al pasar revista a la bibliografía sobre el uso de fórceps en comparación con la extracción al vacío, se advierte que esta última conlleva menos complicaciones, pero que las complicaciones causadas por ambas técnicas tienden a desaparecer al cabo de pocos días o semanas. Además, la capacitación en el uso correcto de los fórceps es más complicada que la formación en el uso de la extracción al vacío. En los países donde la asistencia con instrumentos al parto vaginal es bastante común, en Europa o los Estados Unidos, por ejemplo, actualmente la tendencia es a utilizar la extracción al vacío con más frecuencia que los fórceps.

Hay varios países donde raramente se ofrece asistencia con instrumentos al parto vaginal. En esos países, las sociedades de profesionales médicos no aprueban esa modalidad y las facultades de medicina ya no la incluyen en los programas de estudios previos a la prestación de servicios. Por ejemplo, durante el diagnóstico de necesidades en el Perú o Nicaragua, muy pocos de los hospitales visitados contaban con equipo completo o en funcionamiento para la extracción al vacío. Además, sólo los médicos de mayor edad habían recibido capacitación para utilizar dicho equipo. Los colegas explicaron que se piensa que los fórceps o los extractores al vacío causan tantas lesiones a los recién nacidos que recomiendan, en cambio, la operación cesárea.

El acceso a la operación cesárea es imprescindible para salvar vidas de mujeres y en los establecimientos donde se presta asistencia con instrumentos al parto vaginal, la operación cesárea debe existir como respaldo para los casos en que fracase la aspiración al vacío. No obstante, las mujeres, en su mayoría, preferirían dar a luz más cerca de sus hogares y sus familias. Las principales ventajas de la asistencia con instrumentos al parto vaginal son:

- Puede prestarse el servicio en establecimientos de nivel intermedio, por agentes de salud de nivel intermedio, como parteras diplomadas;
- Las mujeres se recuperan de un parto vaginal asistido con instrumentos más rápidamente que de una operación cesárea;

- Se minimizan los riesgos que entraña la anestesia; y
- Se reducen los costos que deben sufragar la paciente y el sistema de atención de la salud.

Las observaciones formuladas plantean la cuestión de cómo definir si se dispone o no de servicios de atención obstétrica de emergencia, cuando un país no promueve el uso de una de las funciones señaladas, como en el mencionado caso del parto vaginal asistido con instrumentos.

Para las comparaciones entre países, los proyectos se adhieren estrictamente a la lista establecida de funciones señaladas. Las comprobaciones acerca de cómo los servicios locales satisfacen las normas internacionales también pueden inducir a los encargados de formular políticas a reconsiderar los fundamentos de sus políticas, o a enmendarlas. Naturalmente, en el transcurso de un proyecto puede ser difícil introducir cambios de esa índole en las políticas.

Los equipos de proyectos en Nicaragua y el Perú encontraron una solución a este aspecto del cálculo de los indicadores en el marco nacional. Los equipos calcularon la disponibilidad y la distribución geográfica de servicios de atención obstétrica de emergencia, tanto básica como integral, utilizando las normas internacionales, simultáneamente con las normas locales que no incluyen el parto vaginal asistido con instrumentos como función señalada. En Malawi, se utilizan los cálculos de cuántos establecimientos cuentan con 4, 5 ó 6 funciones básicas a fin de monitorear sus adelantos.

Por otra parte, otro indicador que merece un análisis más a fondo es “la proporción del total de partos atendidos en establecimientos que prestan atención obstétrica de emergencia”. Una tendencia natural ha sido la de ampliar este indicador para incluir todos los alumbramientos en instituciones, en lugar de restringir el numerador a los partos atendidos en establecimientos que, en verdad, reúnen los requisitos de atención obstétrica de emergencia, o bien básica, o bien integral.

Lo más probable es que la proporción de alumbramientos en establecimientos que proporcionan atención obstétrica de emergencia sea sustancialmente menor que la proporción de alumbramientos en todos los establecimientos. Por ejemplo, en un país la proporción de partos en todos los establecimientos encuestados para el diagnóstico de necesidades era 40%, pero cuando el cálculo se restringió a los que proporcionaban atención obstétrica de emergencia, la proporción disminuyó hasta un 15%. Por consiguiente, si se computan los partos en establecimientos que no reúnen los requisitos fijados para la atención obstétrica de emergencia hay un importante aumento aparente en los porcentajes, sin que haya ninguna mejora en los servicios prestados a las mujeres que padecen complicaciones posiblemente mortales. Hay una manera de evitar este escollo: dado que cada uno de los indicadores de proceso es parte de una serie, es posible efectuar verificaciones cruzadas con los cambios en los demás indicadores.

En el transcurso de la ejecución de los proyectos, esperamos que los establecimientos mejoren y lleguen a proporcionar toda la gama de servicios de atención obstétrica de emergencia. Esto, a su vez, aumentará sustancialmente el número de mujeres que dan a luz en un establecimiento donde pueden recibir tratamiento cuando hay complicaciones y esto es, innegablemente, un adelanto.

## VARIOS EQUIPOS DERRIBAN LAS BARRERAS QUE OBSTAN A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN DHOLPUR

En el distrito de Dholpur de Rajastán (India) hay aproximadamente 1.000.000 habitantes. La Directora del Programa AMDD, Deborah Maine, después de una visita reciente a ese distrito, informa sobre los resultados del Estudio Evaluativo realizado en el hospital del distrito, que recibe apoyo de un proyecto del UNICEF financiado por el Programa AMDD. Quienes participaron el pasado mes de febrero en el taller del Proyecto AMDD recordarán que en una sesión de grupo de trabajo conducida por el Dr. Pritam Pal y Neelam Bhardwaj se examinó el enfoque del Estudio Evaluativo, “un instrumento de gestión para introducir cambios positivos en una organización de la vida social”.

El hospital del distrito de Dholpur es el único establecimiento gubernamental que ofrece servicios integrales de atención obstétrica de emergencia a la población de ese distrito. Cuenta con tres obstetras/ginecólogos, un cirujano, un anestesiista y ocho médicos generales.

Durante el Estudio Evaluativo, el personal del hospital constituyó “equipos de avanzada” en 10 temas: provisión de sangre; electricidad y abastecimiento de agua; atención obstétrica de emergencia; sala de operaciones; condiciones de seguridad; recepción y respuesta de emergencia; transportes; educación sobre salud; recursos de emergencia para los pobres; y limpieza y esterilización. Los equipos estaban integrados por personal de diferentes niveles; por ejemplo, el equipo sobre provisión de sangre estaba integrado por el patólogo, enfermeras del hospital y técnicos de laboratorio.

Cada equipo fijó unas pocas metas bien escogidas para 2001 y ya ha comenzado a producir resultados en las respectivas esferas. Por ejemplo:

**Equipo de provisión de sangre:** Ahora se proporciona sangre sin exigir su reposición cuando los pacientes no tienen a nadie que done sangre.

**Equipo de electricidad y abastecimiento de agua:** En virtud del proyecto se han suministrado dos generadores. En el corto plazo, la administración está reparando las cañerías y otras instalaciones, con miras a instalar en el largo plazo un nuevo sistema de tanques elevados y nuevas cañerías. Ésta es una manera relativamente poco costosa de mejorar o instalar un sistema de abastecimiento de agua, dado que no es preciso efectuar excavaciones en la tierra ni perforar las paredes.

**Equipo de atención obstétrica de emergencia:** Actualmente, los obstetras y médicos del hospital han pasado a obrar en equipo, en lugar de efectuar sus rondas de reconocimiento de pacientes cada uno por separado. Así se han reducido las demoras en los tratamientos y, entre otras cosas, se ha logrado: reparar la máquina de succión; establecer un botiquín de medicamentos de emergencia; organizar la realización de pruebas de laboratorio junto al lecho; instalar cortinas para velar por el carácter privado de los espacios que ocupan los pacientes; capacitar al personal de maternidad para que resucite a los recién nacidos; y capacitar al personal de la sala de primeros auxilios para que detecte complicaciones y ofrezca tratamiento. Asimismo, el equipo ha asegurado que se disponga de guantes esterilizados en la sala de partos y en las salas de examen ginecológico de pacientes ambulatorias.

**Equipo de sala de operaciones:** A juicio del personal, fue muy útil la visita de David Potter (arquitecto consultor seleccionado por la oficina regional del UNICEF en el Asia meridional y contratado por el Programa AMDD). Si bien es preciso remodelar la sala de operaciones, hay algunas mejoras que pueden introducirse de inmediato, entre ellas separar y eliminar mejor los residuos y reparar el autoclave. Además, se ha instalado un acondicionador de aire sufragado con recursos propios del hospital.

**Equipo de recepción y respuesta de emergencia:** Este equipo ha instalado carteles que orientan al público hacia la

sala de primeros auxilios. También ha instalado intercomunicadores en diversas secciones del hospital y en las residencias del personal, de modo de reducir las demoras en la constitución del equipo de respuesta de emergencia. Actualmente, el hospital proporciona medicamentos gratuitos en casos de emergencia. Como ejemplo de cuestiones de poca monta que causan demoras y pueden remediarse con rapidez y casi sin incurrir en gastos, se redujo el honorario de los servicios de emergencia nocturnos de 12 a 10 rupias, porque el tratamiento se demoraba cuando la gente trataba de encontrar cambio. Éste es un caso en que tal vez se salve la vida de una mujer a un costo de 2 rupias (o 5 centavos de dólar EE.UU.) adicionales.

**Equipo de transportes:** El equipo, integrado por un funcionario médico y los choferes, ha reparado la ambulancia, que también se utiliza para recoger a médicos y otros profesionales de la medicina durante la noche.

Después de que los miembros de los equipos intercambiaron ideas entre sí y con el representante del UNICEF, prepararon un plan de acción de un año a fin de mejorar la calidad de la atención.



Los números en la foto se refieren a: 1) un juego completo de instrumentos quirúrgicos esterilizados; 2) receptáculos para: lienzos sucios, 3) instrumentos afilados descartados, y 4) materiales descartables ya utilizados, como guantes, esponjas, tubos, etc.

Pritam Pal, Oficial Auxiliar del proyecto de la Oficina del UNICEF en Rajastán (India), manifiesta que el personal, en virtud de la iniciativa para la sala de operaciones, ha instituido un sistema de recipientes de diferentes colores para residuos, en función de la información recibida en el primer taller del Programa AMDD celebrado el pasado mes de febrero en Marruecos. Se sugirió esa solución en una sesión junto a carteles instalados y presentados por la Gerente de Administración del Programa AMDD, Edith Abreu y el arquitecto consultor, David Potter. El tema de los carteles era “Mejorar las instalaciones” y en la imagen aparecían diferentes receptáculos para lienzos sucios, desechos biomédicos y materiales descartables. Según expresó Pritam Pal, “Al utilizar recipientes separados de distintos colores en la sala de operaciones y la sala de partos se posibilita eliminar rápidamente los desechos y dar diferentes destinos a los receptáculos”.

## DOCUMENTACIÓN

Ya ha aparecido el primer número de Keystone, la sección especial incluida en el International Journal of Gynecology and Obstetrics (verifíquese en <http://www.igo.org/default.asp?id=6123>). Judith Fortney es la editora y la junta editorial está integrada por Allan Rosenfield (Estados Unidos de América), Mahmoud Fathalla (Egipto), Angela Kamara (Ghana), Carine Ronsmans (Bélgica) y Dileep Mavalankar (India). La junta fija las normas que rigen la sección, especialmente en lo concerniente al enfoque sustantivo y geográfico.

Los artículos tratan de programas o acciones, particularmente en países en desarrollo, cuyo propósito es mejorar la disponibilidad, la utilización y la calidad de la atención obstétrica de emergencia. Las acciones pueden abordar cuestiones como la provisión de transporte, la disponibilidad de medicamentos, la mejora de las aptitudes profesionales, la gestión logística y la gestión de bancos de sangre.

Las instrucciones para eventuales colaboradores pueden obtenerse por vía electrónica enviando un e-mail a [keystone@columbia.edu](mailto:keystone@columbia.edu) o por escrito a: IJGO Editorial Assistant, AMDD Program, Center for Population and Family Health, Joseph Mailman School of Public Health, 60 Haven Avenue B-3, New York NY 10032, Estados Unidos de América.

\* \* \* \* \*

A comienzos del verano pasado, en la Conferencia del *Global Health Council* celebrada en Washington, el Programa de Salud Materna y Neonatal (MNH) de JHPIEGO dio a conocer el manual **Managing Complications in Pregnancy and Childbirth** (Atención de las complicaciones del embarazo y el parto), publicado por la Organización Mundial de la Salud.

El manual es un documento de referencia de fácil manejo, para su empleo por médicos y parteras. Asimismo, los ministerios de salud pueden utilizar el manual como directriz para el fortalecimiento de políticas que promueven y apoyan servicios eficaces de salud para madres y recién nacidos.

El programa de salud materna y neonatal ha entregado generosamente 1.000 ejemplares en inglés de dicho manual al Programa AMDD, el cual se propone distribuirlo entre los equipos de proyectos y sus colegas nacionales, aprovechando la colaboración de los aliados de proyectos. El Programa AMDD está financiando la traducción del manual al francés.

AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY (AMDD)  
HEILBRUNN CENTER FOR POPULATION AND FAMILY HEALTH  
MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, COLUMBIA UNIVERSITY  
60 HAVEN AVENUE, B-3, NEW YORK, NY 10032  
FAX : (212) 544-1933 WEBSITE : [HTTP ://WWW.AMDD.HS.COLUMBIA.EDU](http://www.amdd.hs.columbia.edu)