

Mortalidad materna evitable: meta del milenio como propósito nacional

Julián Alberto Herrera Murgueitio^I,
Juan Pablo Herrera-Escobar^{II}

Resumen

Hace 20 años la mortalidad materna en Colombia estaba en cifras superiores a la de los países de la región; gracias a la política de salud sexual y reproductiva, al concurso de los actores del Sistema y a varias estrategias complementarias, el país logró reducir en los últimos 15 años la mortalidad materna en un 34,8% con una razón de 65,7 por 10⁵ nacidos vivos, cifras inferiores a las de países de la región. Es evidente que este resultado exitoso es el producto de un esfuerzo sinérgico y conjunto, puesto que la mortalidad materna es multifactorial; sin embargo, no podemos ocultar que sigue existiendo una brecha en el cumplimiento del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionado con la mortalidad materna, cuya reducción debería ser de 75% con una razón de 45 por 10⁵ nacidos vivos. Este escrito presenta tanto una secuencia histórica de los problemas y acciones realizadas como los desarrollos y limitaciones en el tema, con un análisis construc-

tivo planteando alternativas como un propósito nacional.

Palabras clave

Mortalidad materna, política pública, metas del milenio.

Abstract

Twenty years ago maternal mortality in Colombia was higher than other countries of the region, thanks to the policy on sexual and reproductive health, the System actors concourse and several complementary strategies odds, managed to reduce the country's maternal mortality in recent 15 years by 34.8 % with a ratio of 65.7 x 10⁵ live births, lower than that of countries in the region figures. Clearly, this success is the product of an effort, and synergistic whole, because maternal mortality is multifactorial; however, we can't hide, that there remains a gap in meeting the fifth Millennium Development Goals (MDGs) related to maternal mortality by 2015 the reduction should be 75% with a ratio of 45 x 10⁵ births alive. This article presents a historical sequence of problems and actions taken, developments and limitations on the issue in a constructive analysis proposing alternatives as a national goal.

Keywords

Maternal mortality, public policy, MDGs.

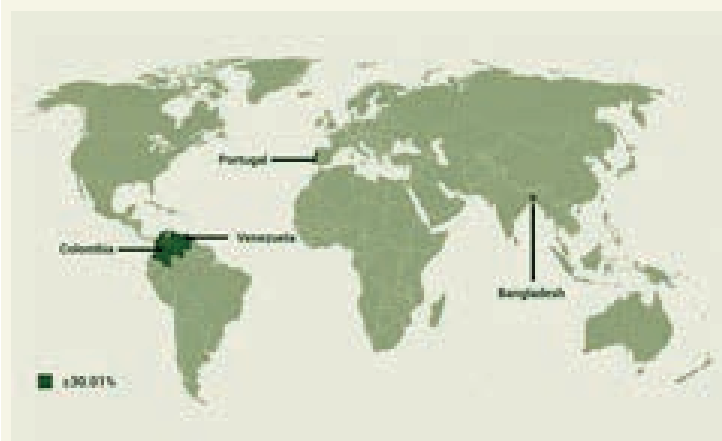
Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, en el mundo mueren 792 mujeres diariamente, 33 por hora, el 99% provenientes de países con ingresos socioeconómicos medios y bajos

La mortalidad materna es la defunción de una mujer gestante durante el embarazo, parto o puerperio, hasta 40 días, por causas no accidentales ni incidentales. La preeclampsia es la aparición de hipertensión inducida por el embarazo, es decir, no existente antes, durante la segunda mitad del embarazo, acompañada de proteínas en orina, a veces con edemas en piernas, cara o manos. La eclampsia es la preeclampsia que se acompaña de convulsiones.

Una de las maneras indirectas para medir el grado de desarrollo en salud de un país es su mortalidad materna; Colombia ocupaba el puesto 80 entre 189 países en mortalidad materna, de mayor a menor (República de Sudán del Sur: 2054,0 por 10⁵ nacidos vivos versus Estonia: 2,0 por 10⁵ nacidos vivos) (1), (2). Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, en el mundo mueren 792 mujeres diariamente, 33 por hora, el 99% provenientes de países con ingresos socioeconómicos medios y bajos (3), con el agravante de que Bangladesh, Venezuela, Portugal y Colombia tenemos la mayor razón de mortalidad materna por preeclampsia del mundo, lo cual identificaba en su momento un serio pro-

I Médico PhD. Profesor Titular, Emérito y Honorario de Medicina. Académico de Número Academia de Medicina del Valle del Cauca y Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina. Director del Centro Colaborador en Investigación en Salud Sexual y Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud y Decano de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. Correo electrónico: Julian.herrera@correounivalle.edu.co.

II Médico. Investigador Centro Colaborador en Investigación en Salud Sexual y Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. Correo electrónico: herrerae@hotmail.com.

Figura 1. Mortalidad materna por preeclampsia en el mundo

Fuente: Elaboración del autor. Datos tomados de: Khan KS. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006; 367: 1066-74 (4)

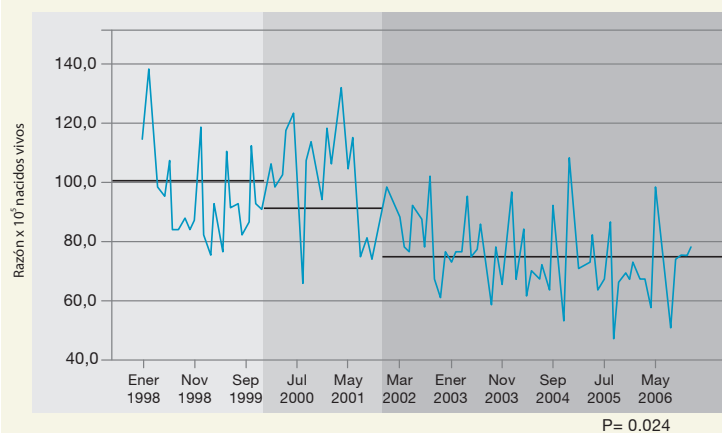
blema de salud pública sin resolver (figura 1) (4). Desde 1990 la razón de mortalidad materna en Colombia era superior a la de países de la región con igual nivel de desarrollo, no entendible ni justificable teniendo en cuenta que la mortalidad materna va de la mano con el nivel de desarrollo, con una contribución del 36% a 43% sin cambios durante décadas (5).

En 1998 la política nacional de salud sexual y reproductiva ini-

ció con el mejoramiento de la calidad del dato en las estadísticas vitales (Sivigila y registros vitales DANE), fundamental para cuantificar el problema, identificar las causas, plantear estrategias de intervención y evaluar la evolución de la mortalidad materna, expidiendo normas de obligatorio cumplimiento sobre planificación familiar, detección temprana de riesgo para la gestante en el control prenatal en el parto y puerperio (Resolución

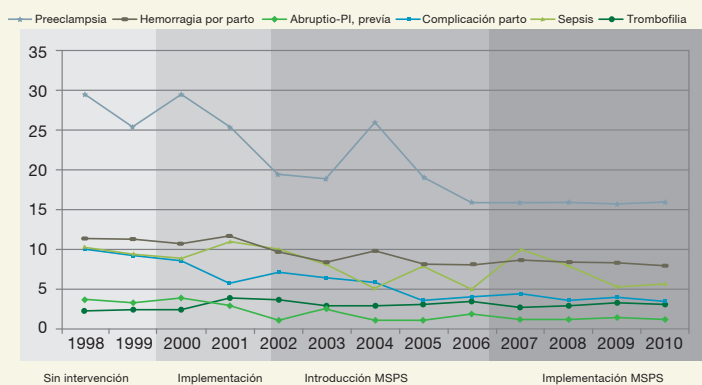
412 y Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social) (6), sensibilizando y capacitando al país, dando lineamientos a las empresas promotoras de salud (EPS) para garantizar que las acciones se realizaran (Resolución 3384 de 2000); acciones que en conjunto lograron una reducción de la mortalidad materna de 9,0% en el país en un tiempo corto, teniendo en cuenta que la mortalidad materna es fluctuante (7) (figura 2).

Desde el año 2003 la política nacional de salud sexual y reproductiva y la Circular 118 han permitido articular las diferentes intervenciones en marcha tanto en la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, en la intervención del riesgo a nivel prenatal (modelo biopsicosocial) como en el parto (Código Rojo), logrando incrementar la reducción de la mortalidad materna hasta 25%, con un mayor impacto en la reducción de mortalidad materna por preeclampsia-eclampsia (48,6%) y menor por otras causas (9,8%), como complicaciones del trabajo de parto, hemorragia, sepsis por aborto, sepsis puerperal, trombofilia, tromboembolismo venoso y de líquido amniótico (7) (figura 3).

Figura 2. Mortalidad materna general - Colombia 1998-2006

Fuente: Colombia Médica 2014, 45:1, 25-34

Desde el año 2003 la política nacional de salud sexual y reproductiva y la Circular 118 han permitido articular las diferentes intervenciones en marcha tanto en la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, en la intervención del riesgo a nivel prenatal (modelo biopsicosocial) como en el parto (Código Rojo), logrando incrementar la reducción de la mortalidad materna hasta 25%

Figura 3. Mortalidad materna por causas - Colombia 1998-2010

Fuente: Colombia Médica 2014, 45:1, 25-34

En el año 2006 la sentencia C-355 permite la interrupción del embarazo en tres condiciones específicas: situaciones clínicas que amenazan la vida de la gestante, malformaciones congénitas incompatibles con la vida del recién nacido y cuando el embarazo es producto de una violación. En 2007 el Ministerio de Salud y Protección Social lanza el Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039), fortaleciendo de manera obligatoria la vigilancia epidemiológica, el modelo de riesgo biopsicosocial y el Código Rojo, entre otras intervenciones, logrando no solamente reducir aún más, sino estabilizar la mortalidad materna por preeclampsia-eclampsia, meta que difícilmente han alcanzado los países desarrollados (figuras 1, 3).

Durante el año 2010 se integran las acciones adelantadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el Instituto Nacional de Salud (INS) en algunas regiones del país; para esta época Naciones Unidas reportó que Colombia presentaba un rezago en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en cuanto a mortalidad materna; en 2011 el Ministerio de Salud (8) reportó una razón de mortalidad materna de 65,7 por 10⁵ nacidos vi-

vos (último dato oficial publicado), cifra inferior a la de países latinoamericanos y del Caribe (88,9 por 10⁵ nacidos vivos) y del área andina (89,1 por 10⁵ nacidos vivos), un progreso indiscutible al compararlo con lo sucedido en la década de los 90 (5).

En el año 2012 se entregó el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública sobre Morbilidad Materna Extrema por parte del INS para la totalidad de entidades territoriales (9). En el 2013 el Ministerio le presentó al país las *Guías de práctica clínica* y el Plan Decenal de Salud Pública; igualmente, el Sistema Integrado de



Información (Sispro), que, como su nombre lo indica, integra información desde varios sectores (Sivigil-RIPS), una gran bodega de datos, esfuerzo que permitirá en tiempo real conocer la situación de salud del Sistema General de Seguridad Social, mitigando la demora en obtener la información, elemento fundamental para focalizar y priorizar las intervenciones teniendo en cuenta la diversidad epidemiológica por regiones en el país, todos muy importantes para el logro de los objetivos de la política en salud sexual y reproductiva para Colombia.

Es evidente que el modelo de intervención de la mortalidad materna en Colombia ha sido exitoso, con una reducción a 2012 de 34,8% (3), bajo la rectoría del Ministerio, fortalecido técnicamente por la academia y fruto de un esfuerzo colectivo de los actores del Sistema, sin duda resultado exitoso en términos de la reducción lograda durante década y media, pero la brecha para el cumplimiento del quinto ODM de reducir la razón de mortalidad materna del país en tres cuartas partes para 2015 (3), (10) si bien se ha reducido, hay que reconocer que no se ha mitigado, ratificado por el reporte del Observatorio Nacional de Salud Pública a 2014; países como Bután, Camboya, Cabo Verde, Guinea Ecuatorial, Eritrea, Laos, Maldivas, Nepal, Rumania, Ruanda y Timor-Leste ya lo lograron (3). Colombia también lo logró por municipios o instituciones, entre otros, como Villavicencio con la aplicación del modelo de riesgo biopsicosocial (6), (7).

Entre 1995 y 1996 el Ministerio de Salud implementó este modelo en siete de los ocho departamentos del Corpes de occidente con 15.342 gestantes y obtuvo para el país la más baja razón de mortalidad materna de su historia (media 63 por 10⁵ nacidos vivos, rango 60-65 10⁵ nacidos vivos) (7). Los municipios que han cumplido anticipadamente el

quinto ODM en mortalidad materna y la aseguradora Mutual Ser EPS-S lo lograron con la adecuada implementación del modelo de riesgo biopsicosocial, con voluntad y decisión política, con cumplimiento estricto de los protocolos y guías del Ministerio, incluido el modelo, usando la historia clínica unificada (CLAP-modelo) sistematizada, inicialmente en computador individual, recientemente en línea y en tiempo real, subsidiando el suplemento de calcio-ácido linoleico conjugado para las gestantes de riesgo, con una atención integral y humanizada (8). Igualmente, aseguradoras de nivel regional y nacional obtuvieron muy baja mortalidad materna (Cooameva EPS, Comfenalco Valle EPS, SOS EPS) con la implementación del modelo en el país (7).

Colombia es visible internacionalmente por sus logros en controlar problemas de salud pública en corto tiempo, como ocurrió con la planificación familiar, logrando estabilizar la tendencia ascendente de la natalidad del país, por lo cual es paradójico que este haya aumentado la cobertura en control prenatal y en atención institucional de parto y puerperio de manera significativa a cifras sin precedentes, que haya capacitado

> Colombia es visible internacionalmente por sus logros en controlar problemas de salud pública en corto tiempo, como ocurrió con la planificación familiar, logrando estabilizar la tendencia ascendente de la natalidad del país

e implementado diferentes estrategias para fortalecer técnicamente al Ministerio (10), intervenciones que se reconocen efectivas para reducir la mortalidad materna. Sin embargo, no hemos logrado eliminar la brecha para el cumplimiento del quinto ODM en cuanto a mortalidad materna y paradójicamente el bajo peso al nacer, principal indicador de calidad del control prenatal, va en ascenso (tabla 1).

Debemos reconocer y resaltar que las intenciones, los esfuerzos y la capacidad técnica de los actores con los cuales el Ministerio se ha fortalecido técnicamente en la última década, desde diferentes disciplinas y espacios, han sido con mucha dedicación y calidad los mejores. Creemos que el problema radica en la falta de adherencia de los profesionales a los protocolos, a las guías de manejo clínico y a su cumplimiento estricto, en casos de mortalidad materna, cuya competencia en la vigilancia es de las secretarías de salud departamentales apoyadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Creemos que a las universidades también nos cabe responsabilidad en la formación, puesto que en la mayoría de los casos la educación médica ha estado centrada en la patología y menos en la promoción y prevención; las normas lo recomiendan, pero en el Sistema no hay incentivos para llevarlo a la práctica. En los países desarrollados los protocolos y las guías se cumplen

estrictamente, con incentivos para su cumplimiento. Es más: el no cumplimiento de los protocolos, asociado con una muerte materna, inexorablemente lleva a sanciones, la más leve pero contundente es la social, dependiendo del caso, pasando por la económica y finalmente la penal. Creemos que en nuestro país debe fortalecerse lo pedagógico y lo preventivo con acciones concretas que permitan mitigar esta problemática.

> Creemos que el problema radica en la falta de adherencia de los profesionales a los protocolos, a las guías de manejo clínico y a su cumplimiento estricto, en casos de mortalidad materna

Los determinantes sociales inciden en el nivel de salud de la población; el modelo biomédico centrado en la enfermedad y en la formación hospitalaria ayuda a salvar vidas; la promoción y prevención en salud ayudan a preservarla; todos estos elementos están planteados en el Plan Decenal de Salud Pública; para ello, sin duda, el país necesita un talento humano con competencias para una intervención integral y efectiva; así lo han logrado todos los países que han podido contener su mortalidad, independientemente de su sistema político, porque han articulado su sistema de atención hospitalario con el ambulatorio, con un componente fuerte preventivo y comunitario, apoyado en una atención primaria renovada efectiva; es el caso de Canadá en Norteamérica, de Cuba en el Caribe, y de España e Inglaterra en Europa.

En nuestro país la Ley 1438 de 2011 apoya esta estrategia; sin embargo, no está completamente

Tabla 1. Bajo peso al nacer un problema creciente

Año	Recien nacidos (N)	Bajo peso (%)
1998	720,894	7,22
1999	746,194	7,03
2000	752,834	7,33
2001	724,319	7,43
2002	700,455	7,63
2003	710,702	7,75
2004	723,099	7,90
2005	719,968	8,10
2006	714,45	8,43
2007	709,253	8,59
2008	715,453	8,76
2009	699,775	9,01
2010	654,627	9,04

Fuente: www.dane.gov.co

reglamentada, porque el país no cuenta con el recurso humano suficiente ni con las competencias necesarias para llevarla a la práctica; debemos reconocer y exaltar los enormes esfuerzos que hace el Ministerio en la actualidad. Colombia sí ha usado los resultados de investigación; siempre se ha fortalecido técnicamente con la academia. La investigación ha cumplido su objetivo no únicamente con artículos científicos; creemos que debe ayudar a solucionar los problemas de salud, debe contribuir al bienestar de la población con modelos de investigación aplicada como la implementación del modelo de riesgo biopsicosocial en Colombia, que no solo fue una contribución científica (figuras 2, 3), sino un aporte para la humanización de la prestación de los servicios de salud (7).

No es una coincidencia que la comunidad científica internacional considere esta metodología como uno de los hitos en la intervención de los factores de riesgo (11), modificando la estructura de la mortalidad materna en Colombia, donde la preeclampsia sigue siendo la primera causa, pero con una estructura diferente (antes en la década de los 90 su aporte oscilaba entre 36% y 43%; en esta dé-

cada ha oscilado entre 18% y 19%) (figura 4).

Es necesario hacer un llamado a las EPS para que inviertan aún más en los programas de promoción y prevención; no solo es una obligación de ley, sino que es un llamado a la vida, un llamado a la responsabilidad social, un llamado a la equidad y a la justicia social. La mayoría de muertes maternas en el país son gestantes pobres; aportemos para no aumentar los niños huérfanos de este país; que nuestro actuar no sea solo motivado por la obligación de ley, sino por el beneficio social y financiero para el Sistema.

Es necesario hacer un llamado a la academia para que en sus programas de formación incluya de manera decidida los protocolos y guías de manejo; en lo clínico y en la promoción y prevención que participe de manera decidida y activa en su construcción y difusión; a los prestadores para que se apliquen estrictamente los protocolos clínicos y de promoción y prevención.

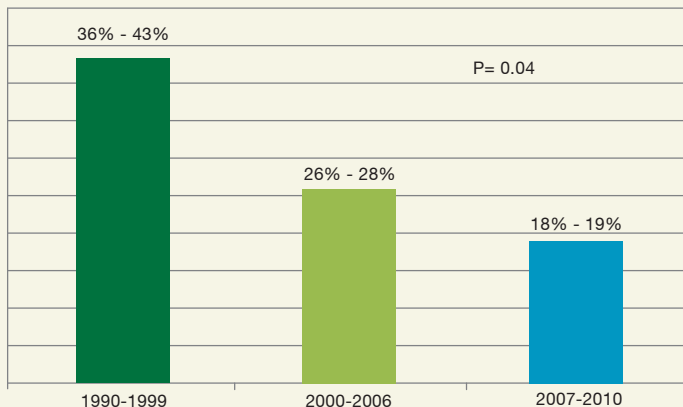
Es un hecho que el país ha tenido dos planes nacionales de choque contra la mortalidad materna en la última década; sin embargo, no se ha reducido la brecha de acuerdo al cumplimiento del quinto ODM,

componente mortalidad materna. No desconocemos el esfuerzo y los logros; se necesita aumentarlos. Que los investigadores en esta problemática trabajemos juntos, nos articulemos por este gran propósito nacional, para que el beneficio redunde exclusivamente en las madres y recién nacidos de este país.

Es necesario hacer un llamado al Gobierno nacional y al Legislativo para apoyar esta iniciativa; a la clase política, para su impulso. Se necesitan las condiciones para que el Plan Decenal de Salud Pública no quede solo como una buena iniciativa, que de hecho lo es; se necesita una intervención efectiva para modificar de manera positiva los determinantes sociales que inciden en la salud. Se necesitan acciones integrales e intersectoriales en la práctica para impactar la mortalidad materna y el bajo peso al nacer (tabla 1).

En nuestra visión, se necesita en la práctica una cobertura universal obligatoria en planificación familiar, control prenatal y atención humanizada del parto; una educación sexual responsable en la población adolescente para reducir los embarazos no deseados; intervenciones que tengan en cuenta los contextos culturales, mitos, creencias y prácticas de las diferentes etnias para aumentar la adherencia al control prenatal y atención institucional del parto; acciones que reduzcan las barreras de acceso culturales y que mitiguen en lo posible las debilidades en la oportunidad en la atención, especialmente con las urgencias vitales; una educación efectiva en salud reproductiva para la población; se necesita una historia clínica nacional unificada, sistematizada, en línea, que permita en tiempo real no solamente consignar los datos clínicos y de evolución, sino alertar al equipo de salud sobre los riesgos; que las intervenciones del equipo de salud tengan toda la evidencia

Figura 4. Contribución de la Preeclampsia a la Mortalidad Materna en Colombia



Fuente: Colombia Médica 2014, 45:1, 25-34