

3.2

ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA: ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO? ¿QUÉ FUNCIONA?

Gladis Adriana Vélez Álvarez

Ginecóloga y Obstetra

Magister en Salud Pública

Docente Departamento de Ginecología y Obstetricia

Grupo NACER

UN POCO DE HISTORIA Y DÓNDE ESTAMOS

Aunque es innegable el progreso que significó para el mundo la reducción en un 45% de la razón global de mortalidad materna que se alcanzó entre 1990 y 2015, también es un hecho que las disparidades entre los países –y, entre las regiones al interior de los mismos- se ampliaron, y será necesario redoblar los esfuerzos para alcanzar las nuevas metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La razón global de mortalidad materna estimada para 2015 fue de 216 por 100.000 nacidos vivos, lo cual es un reto enorme, pues significa que diariamente siguen muriendo en el mundo 800 mujeres como consecuencia de complicaciones derivadas del embarazo y el parto.



Si bien algunos países tienen sistemas de vigilancia de mortalidad materna desde las primeras décadas del siglo XX, lo cual es una tendencia global, la historia de las estrategias estructuradas enfocadas en la reducción de la mortalidad materna empezó apenas hace 30 años con el lanzamiento, en febrero de 1987, de la iniciativa “Maternidad segura” por parte del Banco Mundial, la UNFPA y la Organización Mundial de la Salud. Algunas de las lecciones más relevantes aprendidas en este tiempo son: la salud materna y neonatal constituyen una unidad

indisoluble y no es posible mejorarlas de manera independiente; los proyectos y programas que se enfoquen en una, deberán siempre considerar los efectos que tendrán en la otra. No hay maternidad sin riesgo y por lo tanto se debe garantizar el acceso de todas las mujeres a las prácticas claves que salvan sus vidas. El tema de la calidad es crucial, y aunque es indispensable garantizar la disponibilidad y el acceso a los servicios, esto no es suficiente. Son muchos los ejemplos de países en los cuales el incremento en la atención institucional del parto no se acompañó

de una reducción de la mortalidad, y la razón es que es necesario garantizar una atención de calidad, en un proceso continuo desde la preconcepción hasta el posparto.

El desafío pos 2015, es terminar con la mortalidad materna evitable; las metas propuestas para 2030 son que todos los países del mundo reduzcan su razón de mortalidad en 2/3, tomando como línea de base la de 2010; que globalmente la razón de mortalidad materna sea menor de 70 por 100.000 nacidos vivos y que ningún país del mundo tenga más de 140.

¿Qué funciona?: intervenciones clave para mejorar la salud de la mujer



La reducción de la mortalidad materna está enmarcada en la protección y defensa de los derechos humanos. El Consejo de las Naciones

Unidades para los Derechos Humanos define las altas tasas de mortalidad y morbilidad maternas como una violación de estos derechos y considera que constituyen una clara expresión de discriminación hacia la mujer. Este enfoque de la mortalidad materna, basado en derechos, exige que los gobiernos vayan más allá de garantizar servicios médicos de calidad e incluyan el trabajo por mejorar el estatus de la mujer en la sociedad, logrando la equidad de género, la reducción de la pobreza, la cobertura y el acceso universales, así como trabajar por la no discriminación y la equidad.

Por lo anterior, las intervenciones tal vez más importantes tienen que ver con enfrentar la violencia de género y lograr el empoderamiento de las mujeres, las niñas, las familias y las comunidades. Proporcionar información basada en la mejor evidencia y educación en sexualidad que sea comprensiva, es una intervención clave para la promoción y protección de la salud de las mujeres, que debe estar accesible para todas las niñas, adolescentes y jóvenes, de tal forma que puedan desarrollar el pensamiento crítico y habilidades para la toma de decisiones,

la comunicación y la negociación. La evidencia ha mostrado que cuando las niñas y adolescentes logran ejercer su derecho a aplazar el matrimonio y el embarazo, y pueden continuar en la escuela, la mortalidad materna disminuye por cada año de estudio que logran completar. Este efecto positivo se extiende a la salud de los niños y las familias.

Las intervenciones a nivel comunitario han mostrado ser claves para lograr que las mujeres y los niños tengan acceso a las intervenciones más efectivas, como la vacunación, las sales de rehidratación oral y la planificación familiar. Lo más importante, tal vez, es que llegan donde es más difícil, logrando disminuir así las disparidades. Los grupos de mujeres acompañados por facilitadores entrenados, pueden mejorar la salud materna y neonatal a través del aprendizaje participativo, particularmente en áreas rurales de difícil acceso. Los trabajadores comunitarios pueden ayudar a las familias a fortalecer sus prácticas de autocuidado y la búsqueda de atención oportuna. Hay evidencia de efectos positivos, como el aumento en el control prenatal, las coberturas de inmunización y la reducción de la mortalidad neonatal y perinatal.



Es necesario asegurar el acceso universal a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva, incluidos cuidados obstétricos y para el recién nacido. La cobertura universal en salud se define como el acceso de todas las personas a servicios que cubren sus necesidades, sin exposición a riesgo financiero por el pago de dichos servicios. La estrategia global para salud de las mujeres, niños y adolescentes, 2016-2030 "Every Woman, Every Child" propone que ninguna mujer, niño o adolescente enfrente un riesgo mayor de una muerte evitable en razón de quién es o del lugar en el que vive, enfatizando de esta manera la importancia de la equidad y de reducir las brechas.

Los atributos de calidad incluyen el acceso, la efectividad, la seguridad, la equidad, la comunicación, la aceptabilidad, la eficiencia, la privacidad y la confidencialidad. El momento de mayor riesgo de morir para las madres y los niños se encuentra en el trabajo de parto, durante el parto y en la primera semana y, por lo tanto, los países deben desarrollar estrategias para mejorar la cobertura durante este período, expandir servicios de alta calidad para la atención pre e inter-concepcional, de anticoncepción, prenatal, y pos-natal. Esto no se logra sin un enfoque integral que incluye el fortalecimiento de los servicios de salud en términos de infraestructura, liderazgo y gobernanza, información en salud clara y transparente, innovación, alianzas público privadas, participación comunitaria y una atención respetuosa de las normas y valores de las comunidades. Igualmente, se requiere un sistema de referencia y contra-referencia funcional, para garantizar la continuidad de la atención a lo largo del tiempo, entre las diferentes disciplinas y entre las instituciones. Los cuidados deben llegar a cada mujer y a cada niño: la equidad implica no solo el acceso al servicio, sino que este debe ser de calidad y prestado sin ninguna clase de discriminación.

El acceso a la anticoncepción y a la prevención del aborto inseguro, son estrategias fundamentales en la reducción de la mortalidad materna. Se calcula que proveer el acceso a servicios integrales de anticoncepción en los países en desarrollo para las mujeres que aún no lo tienen, podría prevenir 54 millones de embarazos no planeados, 26 millones de abortos (de los cuales 16 son inseguros) y 79.000 muertes maternas. De manera global, se calcula que satisfaciendo las necesidades en planificación familiar de las mujeres que aún no las tienen satisfechas, se podría evitar el 29% de las muertes maternas anuales.

Se requiere también información permanente y actualizada para la toma de decisiones. La Estrategia Global para la salud de las mujeres, niños y adolescentes 2016-2030, recomienda mantener

y fortalecer los sistemas de vigilancia y respuesta, como la actividad más importante para jalonar el progreso en la salud materna. Muchos países del mundo adolecen de sistemas de información y registros vitales o estos son muy débiles; pero además de crear y/o fortalecer sistemas que permitan identificar y contar cada fallecimiento, se requieren sistemas de vigilancia y respuesta, en los que el análisis institucional detallado de todas y cada una de las muertes maternas, permita extraer lecciones que alimenten los procesos de mejora en la calidad de la atención, tanto en el nivel local como en el nacional; los hallazgos tienen que traducirse en acciones, proyectos y programas.

No hay una receta única para aplicar en todas las regiones del mundo. Cada país deberá conocer y entender su perfil de mortalidad y a partir de la comprensión del mismo y el análisis específico del contexto de los determinantes, definir las estrategias más adecuadas para intervenir las principales causas de mortalidad.

JP Souza ha propuesto el término "transición obstétrica" para describir el proceso que atraviesan los países y las regiones cuando deciden intervenir la mortalidad materna, extrapolándolo del concepto de transición epidemiológica. Se describen 5 etapas, cada una con una razón de mortalidad y un perfil epidemiológico que define unas necesidades de intervención diferentes. Las estrategias efectivas para disminuir la mortalidad dependerán de las condiciones específicas y la etapa en la que se encuentre cada región. Es necesario tener en cuenta que esta transición con sus diferentes etapas, está condicionada fundamentalmente por los determinantes estructurales, intermedios y proximales del proceso salud enfermedad; además, es reflejo de las brechas en el desarrollo entre los países y al interior de los mismos, no necesariamente sigue un curso lineal y pueden coexistir diferentes etapas en un mismo país. En la siguiente tabla se presenta de manera resumida este concepto, por considerarlo de utilidad para comprender la complejidad de la intervención en mortalidad materna.

Tabla 1. Etapas de la transición obstétrica, características y principales intervenciones

Etapa	Razón de mortalidad materna por 100.000 n.v.*	Características	Intervenciones efectivas
I	>1000	Alta fecundidad Predominio de causas directas. Prácticamente no hay ningún tipo de cuidado médico del proceso reproductivo.	Intervenir los bajos estándares de desarrollo en infraestructura, bajos niveles de escolaridad y sistemas de salud débiles. Lograr el acceso a los servicios de salud.
II	300-999	Alta fecundidad, predominio de causas directas. Las mujeres empiezan a buscar asistencia, pero el pobre cuidado en las instituciones las desmotiva para solicitar los servicios Ejemplo en Colombia: el departamento del Chocó	Aumentar el acceso a planificación familiar. Atención de parto por personal calificado e intervenir las causas directas.
III	50-299	Fecundidad variable, siguen predominando las causas directas. El acceso continúa siendo un problema para buena parte de la población, pero un número mayor de mujeres busca asistencia. Ejemplo en Colombia: el departamento de Antioquia	Este es el estadio en el que se da el punto de inflexión. En esta etapa es cada vez más importante la calidad de los servicios con atención del parto por personal capacitado con habilidades y un entorno habilitante que le permita resolver las complicaciones.
IV	<50	Fecundidad baja Predominan las causas indirectas, principalmente enfermedades crónicas no trasmisibles. Ejemplo en Colombia: Medellín.	En esta etapa sigue siendo muy importante la eliminación de las demoras en el cuidado y emerge como una amenaza a la salud de las mujeres y niños la sobre-medicalización del proceso reproductivo.
V	<5	Fecundidad baja o muy baja. Se ha eliminado toda la mortalidad materna evitable	Consolidar los avances contra la violencia estructural; atención de las poblaciones vulnerables; y asegurar la sostenibilidad de un excelente cuidado obstétrico para prevenir las muertes por enfermedades crónicas y no trasmisibles.

* n.v: nacidos vivos

Finalmente, hay que anotar que los países de ingresos medios y altos tienen que incluir dentro de sus estrategias de reducción de mortalidad el abordaje de la sobre medicalización del proceso reproductivo, con las consecuencias negativas que trae en la salud de las mujeres y los niños. El ejemplo más evidente es la cesárea que pasa, de ser una intervención indispensable para disminuir mortalidad materna y neonatal cuando se usa de manera razonable y está disponible cuando se requiere por indicaciones precisas, a ser factor contribuyente de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, cuando

se abusa de ella. Un ejemplo de este tipo de intervenciones es la estrategia de apoyo para promover el parto vaginal y prevenir la primera cesárea, apoyadas por organizaciones como la California Health Care Foundation (Ref.5). Los programas efectivos deben estar enfocados en el bienestar y el cuidado primario de la mayoría de las mujeres que tendrán embarazos y partos saludables, garantizando al mismo tiempo la identificación oportuna de aquellos con condiciones de riesgo o complicaciones para su intervención adecuada. Los valores que deben iluminar estos programas

para cumplir con su objetivo son: el respeto, la comunicación, el conocimiento y comprensión de los valores de la comunidad y, sobre todo, estar centrados en las mujeres y el reconocimiento de sus preferencias y necesidades; solo así se logrará exponer, fortalecer y aprovechar todas sus capacidades biológicas, sociales y culturales, ya que “los niños, los adolescentes y las mujeres son potencialmente la fuerza más poderosa para mejorar su propia salud y lograr sociedades prósperas y sostenibles” (Ref.: 3, p. 60).

Bibliografía

1. Austin et al. Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: an overview of the evidence. *Reproductive Health* 2014, 11(Suppl 2):S1. En: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/S2/S1>. Consultada el 12/01/2017.
2. Bandali S, et al. Maternal Death and Surveillance and Response Systems in driving accountability and influencing change. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2016; 135: 365-371.
3. Every woman, every child. The global strategy for women´s, children´s and adolescent's health (2016-2030). Disponible en: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/> Consultada el 6 /01/2017
4. Renfrew MJ et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed for maternal and newborn care. *www.thelancet.com*. Published on line June 23, 2014. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60789-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60789-3/fulltext). Consultada el 14/01/2017.
5. Smith H, Peterson N, Lagrew D, Main E. 2016. Toolkit to Support Vaginal Birth and Reduce Primary Cesareans: A Quality Improvement Toolkit. Stanford, CA: California Maternal Quality Care Collaborative.
6. Souza JP. Et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG* 2014; 121 (Suppl.1):1-4
7. Starrs A. Safe motherhood initiative: 20 years and counting. *The Lancet*. 2006; 368: 1130-1132. Publicada en línea, septiembre 28, 2006. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69385-9.
8. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. 2011. A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH). Geneva, Switzerland: PMNCH. Disponible En: http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf . Consultada el 10/01/2017.
9. Towards a new Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. *The BMJ*. 2015; 351(Suppl1). Disponible En: https://www.unicef.org/earlychildhood/files/WHO_EWEC_Supplement-bmj.pdf Consultada el 10 de enero de 2017
10. WHO. Human reproduction programme. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva: World Health Organization; 2015.
11. WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015.