

## Mesa sobre el Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna grave

Durante la Reunión “**Salvando mujeres y recién nacidos: intervenciones para reducir la mortalidad materna y neonatal**” que tuvo lugar el pasado mes de septiembre en Ciudad de Panamá, organizada por el **Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR-OPS/OMS)**, autoridades de salud de la Región se encontraron para alinear las **prioridades nacionales y regionales en salud de la mujer, materna y neonatal**.

El evento utilizó una metodología de trabajo basada en la conformación mesas temáticas en las que los distintos actores analizaron la situación actual y las acciones futuras a llevar a cabo para mejorar la salud de las mujeres y recién nacidos en América Latina y el Caribe.



La **Mesa sobre el Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna grave** fue coordinada por el **Dr. Bremen De Mucio, Asesor Regional en Salud Sexual y Reproductiva** y moderada por el **Dr. Pablo Durán, Asesor Regional de Salud Neonatal**, ambos del CLAP/SMR.

De Mucio presentó el estado de situación del Plan, describiendo el proceso de elaboración del plan, que comenzó en el 2010 y en 2012 se presentó y aprobó por parte de los Cuerpos Directivos de la OPS, los cuales están integrados por los países de la Región. Remarcó que “*los países se comprometieron a actualizar o crear sus propios planes nacionales, sin embargo en el 80 % de los casos, no los actualizaron o los crearon, haciendo muy dificultoso el cumplimiento del Plan regional para 2017, fecha en que está prevista la evaluación final del mismo*”.

Los países de la Región son los responsables del registro y remisión de datos para el monitoreo del Plan para su posterior publicación por parte de la OPS. Por lo tanto la información utilizada para la evaluación de medio término del Plan, que se llevó a cabo en el 2014 proviene de esa fuente, **puntualizó De Mucio**.



**De Mucio** explicó que “*La Razón de Mortalidad Materna (RMM) se puede medir de varias formas, dependiendo de quien la calcule y de los indicadores que se tomen. Esta situación muchas veces puede crear problemas en la interna de los países, a la hora de defender los logros alcanzados*”. El grupo Interagencial WHO, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial publica estimaciones y ellas muchas veces difieren con los datos de los países. Otro ejemplo similar es el del Grupo de Health Metric de la Universidad de Seattle

de EUA que también difieren de los grupos antes mencionados (OMS y países).

Con relación a las áreas estratégicas mencionadas en su presentación destacó que:

- Las acciones se reducen a embarazos no planificados en adolescentes y complicaciones de los abortos, dejando el resto de la problemática fuera;
- Contamos con instalaciones de salud aceptables, pero no estamos alcanzando la calidad;
- Podemos tener los mejores hospitales, pero sin la cantidad de recursos humanos aceptables, con remuneraciones inadecuadas y sin las competencias necesarias, es muy difícil que trabajen adecuadamente y menos aún, obtener buenos resultados;
- No se tienen sistemas de información sólidos y robustos, por lo tanto no se puede demostrar que los datos son confiables. Se debe contar con publicaciones que respalden la metodología de cómo fueron realizados.

**Remarcó** que para el informe de mediano plazo presentado en 2014, se desarrolló una estrategia de monitoreo y evaluación con indicadores. Del análisis de los datos se pueden detectar algunos logros y problemas, que se deberán tener en cuenta para planificar actividades que tengan un mayor impacto para mejorar la salud materna en el futuro próximo.

La tasa de mortalidad materna (numerador es igual a muertes maternas y en el denominador todas las mujeres en edad fértil multiplicado por edad de las mujeres = de 14 a 44), **destacó que** *"es excelente para saber lo que pasa con la mortalidad materna en aquellos países que hicieron una buena planificación familiar o anticoncepción y con acceso a toda la población"*.

El último indicador trata de ver qué pasa a la interna de los países, es decir con los grupos poblacionales.

*"Cuando analizamos indicadores de impacto nos encontramos que no todos los países miden la razón de la mortalidad materna y no todos los países miden la Razón de morbilidad materna grave y menos el near miss"*.

Destacó que el plan está previsto para medir en los países que tienen más de 7000 nacidos vivos, por esta razón países como Bolivia, Estados Unidos y Canadá debieron suministrar datos del 2010 o anteriores o sencillamente no brindaron información .

*"En razón de mortalidad materna, la tasa más alta es en adolescentes y en el otro extremo de 35 a más años. Esto indica que a futuro se deberá prestar especial atención a la calidad de vida en los adolescentes, pero también se deberá cuidar especialmente el otro extremo"*.

De Mucio presentó algunos datos preocupantes de monitoreo del Plan realizado en 2014:

- *"un 35% de los países de la Región provee datos sobre el uso de ocitocina para evitar la hemorragia obstétrica en sus servicios;*



- un 12% informa sobre el uso de sulfato de magnesio para prevenir la hipertensión y por ende la pre-eclampsia y eclampsia.
- un 27 % brinda información sobre violencia;
- un 44 % sobre el control puerperal;
- el acceso restringido al uso de anticonceptivos de los adolescentes en la Región, independientemente de su nivel socioeconómico;
- los indicadores de recursos humanos registran una cantidad más o menos adecuada, pero no todos cumplen con los lineamientos de competencias de personal calificado que recomienda las organizaciones internacionales de referencia;
- muchos países no tienen un sistema de información perinatal para monitoreo de la morbimortalidad materna, independientemente de cual sea”.

La **Dra. Regina Viola del Ministerio de Salud del Brasil** presentó su ponencia **“Situación de planes para acelerar la reducción de la morbimortalidad materna”**. Detalló la RMM y las principales causas de muerte materna del Brasil.

**Remarcó** *“que se detectó un problema con el modelo de atención obstétrica y para solucionar las carencias de los servicios de salud y prevenir las muertes evitables se creó en 2011 la Red Cegonha. Es una estrategia del Ministerio de Salud de Brasil que busca implementar una red de atención para asegurar a las mujeres y los niños el derecho a la salud sexual y reproductiva (SSR)”*(...)Con esta Red se inició un proceso de política de Estado con respecto a crear un modelo de atención integral a la mujer en SSR y por ende de atención neonatal. Cada estado se unió a la implementación de la Red con planes de acción estatales que tienen recursos financieros asignados, recursos humanos suficientes y con las competencias recomendadas por las organizaciones de referencia internacional”.

Brasil se ha integrado al Proyecto de Cero Muerte Materna por Hemorragia.

La **Dra. Jakeline Calle de Ecuador** presentó la ponencia **“Implementación de planes para acelerar la reducción de la morbi-mortalidad materna”**

**Calle** presentó un análisis de las causas de las muertes maternas y en el estudio se observó



que la demora en la atención aumenta el riesgo obstétrico. Describió las estructuras gerenciales bajo las cuales se llevan a cabo las actividades del plan nacional de reducción de muerte materna en Ecuador que es de 2011 y que deberá actualizarse a la brevedad.

*“Si bien se ha logrado reducir la mortalidad materna, Ecuador no logrará llegar a la meta del ODM5 de mejora de la salud materna. A pesar del trabajo realizado, las muertes maternas evitables son una causa importante de mortalidad”, remarcó.*

Subrayó que *“con el objetivo de prevenir las muertes maternas evitables se creó un sistema de alerta de score para diagnosticar el riesgo materno llamado “alarma materna”.*

*Este sistema utiliza códigos de colores con los cuales se alerta a los profesionales para que*

*puedan aplicar rápidamente el tratamiento según la patología detectada: rojo para hemorragia, azul para hipertensión y amarillo para sepsis. Es un sistema de gestión de la emergencia obstétrica en el cual se guía totalmente los pasos a seguir por parte del profesional para atender la emergencia”.*

Desde el 11 al 17 de septiembre se recibió la visita de una misión internacional integrada por especialistas de OPS, UNICEF y UNFPA para apoyar al país en el fortalecimiento del plan y estrategia para la reducción de la mortalidad materna y neonatal con énfasis en la iniciativa el **“Ecuador sin muertes maternas”**.

También se ha detectado que en Ecuador se realizan una gran cantidad **de cesarías**, tema con el que se deberá trabajar a la brevedad.

El **Dr. Guilherme Cecatti** de la Universidad de Campinas presentó su ponencia sobre **“Calidad de cuidados maternos: ODS-OMS”**

Realizó una actualización de los datos epidemiológicos sobre mortalidad. Destacó que la reducción de la mortalidad materna se ha convertido en un **Objetivo de desarrollo del Milenio (ODM)** y también un **Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS)**. **Las muertes maternas por causas evitables constituyen una violencia inaceptable contra las mujeres y un atentado contra sus derechos humanos.**

Comparó a las muertes maternas con la punta del iceberg, vemos una cantidad de muertes maternas que proporcionalmente es pequeño en relación a la morbilidad que conlleva el embarazo.



“En 2007 la Organización Mundial de la Salud estableció un **Working Group on Maternal Mortality and Morbidity** con el objetivo de analizar el concepto de **Near Miss** y definir criterios identificadores”, puntualizó **Cecatti**.

<http://downloads.hindawi.com/journals/tswj/2012/172145.pdf>

El Grupo de trabajo adoptó el **Sequential Organ Failure Assessment Score (SOFA)** que es un score basado en criterios de disfunción y falencia orgánica. En **2008** se logró un consenso sobre la definición de **Near Miss** basado en este score.

En la actualidad el **Near miss** es un concepto muy padronizado y concreto. Los criterios utilizados implican la **utilización del criterio clínico, de intervenciones de manejo y marcadores de laboratorio**, puntualizó.

Después del consenso de la OMS se realizaron dos grandes estudios, uno en Brasil y otro por parte de la OMS, los cuales aplicaron esas definiciones y criterios, validando los nuevos criterios consensuados. Se detectaron demoras en la atención materna y se comprobó el riesgo que estas implican para la vida para la mujer.

**Remarcó** que estamos en una **transición obstétrica** y que está fundamentada en 5 pilares que nos modifican totalmente la realidad y que nos obliga a cambiar las estrategias.

"El foco principal para lograr prevenir las muertes evitables está en la calidad de los servicios, es necesario evaluar la calidad de atención para reducir la mortalidad y el near miss", subrayó **Cecatti**.

Considera que "el **módulo near miss** del sistema Informático Perinatal (SIP) no solo un es sistema de monitoreo epidemiológico. También debería actuar como una **alerta** que se debería accionar cuando se detectan determinadas condiciones en la embarazadas".

Destacó que "la creación de la Red CLAP empieza una experiencia pionera de vigilancia de eventos centinela de morbilidad asociados al nacimiento. Introduce la aplicabilidad de los conceptos de morbilidad materna grave, near miss materno, resultado maternos graves y near miss neonatal, como una manera de proveer acción adecuada y para evitar un peor resultado (... ) El trabajo en redes de colaboración abre infinitas posibilidades de mejoría de la atención y estructuración de los servicios, además de producción científica. Mayor número de casos, mayor representatividad, mayor poder estadístico, mayor conocimiento".

La Dra **Anna Coates, Directora de Género y Diversidad Cultural del Departamento de Familia, Género y Curso de Vida (FGL)** de la OPS presentó su ponencia sobre "**Consideraciones de género y etnicidad en la salud materna y neonatal**"



Detalló los compromisos de la **OPS** plasmados en el **Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2016**, en la estrategia de **salud universal** y en la **Política de Género de la Organización**. "Género y etnicidad son temas transversales para el trabajo de toda la Organización y están fuertemente vinculados con equidad y derechos.

(...) Son temas que en la Región se consideran más, como se evidencia en la serie de resoluciones sobre género, etnicidad, derechos y el Acceso y la Cobertura Universal".

"El abordaje de las desigualdades sociales/de las determinantes sociales en salud materna se relacionan con las causas indirectas de la muerte materna y las barreras al acceso a los servicios obstétricos...Es una situación compleja en términos de extrapolar los distintos niveles de influencia de las desigualdades de género, la pobreza, la ruralidad y la condición étnica en el riesgo de una muerte materna y el peso de cada uno de estos factores puede ser distintos en diferentes contextos...o puede ser la combinación de todos. Lo importante es entender cada contexto para que las respuestas sean las más indicadas", remarcó **Coates**.

En la **OPS** se está formulando una estrategia de etnicidad y salud para asegurar que las resoluciones se cumplen totalmente con una óptica de derechos para todos los grupos e intercultural, es decir con políticas centradas en las personas y su bienestar integral, que contemple la participación de la comunidad, desarrollando capacidades a todos los niveles, mediante el fortalecimiento de las alianzas estratégicas y buscando eliminar la discriminación. "El encare de derechos humanos es fundamental para que la mujer pueda acceder a los servicios. Hay inequidad también en los derechos. El acceso universal a la salud está también en el marco de los derechos. El tema para los próximos años está relacionado con la calidad de los servicios", finalmente **puntualizó Serruya**.