

Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna

Latin American interventions based on evidence to reduce maternal mortality

Luis Alberto Villanueva-Egan,¹ Raffaella Schiavon-Ermani²

RESUMEN

Introducción. Un imperativo para alcanzar la calidad de la atención en salud es ofrecer a los profesionales el conocimiento que les permita discernir aquellas intervenciones que han demostrado en forma evidente su utilidad, de aquellas que se han identificado como ineficaces o incluso peligrosas. Este trabajo busca sistematizar e integrar así como recuperar las principales recomendaciones basadas en evidencia científica que se han desarrollado en el ámbito regional y nacional, para mejorar la salud materna y reducir las muertes maternas.

Material y Métodos. Se incluyeron las revisiones sistemáticas, estudios económicos, metaanálisis, revisiones narrativas o guías de práctica que describen o evalúan recomendaciones destinadas a la reducción de complicaciones o muerte materna, así como documentos de política pública de nivel nacional o regional, destinados a la reducción de la mortalidad materna, desde 2003 a la fecha, a fin de incorporar las estrategias o recomendaciones realizadas en el transcurso de la última década.

Resultados y Conclusiones. La mayoría de las intervenciones son altamente costo-efectivas, destacando por su gran potencial para influir en el resultado final, cuatro elementos concatenados: la anticoncepción/planificación

familiar, la participación comunitaria, la garantía del acceso universal, la calidad de los servicios y el sistema de referencia.

Palabras clave: mortalidad materna, intervenciones basadas en evidencia, salud materna, calidad.

ABSTRACT

Introduction. An imperative to reach quality in health care is offer the professionals knowledge that will allow them to discern those interventions that have proven their use to those that have been identified as inefficient or even dangerous. This work aims to systematize and integrate as well as recover the main recommendations based on scientific evidence that has been developed in regional and national areas, in order to improve maternal health and reduce maternal deaths.

Material and Methods. Systematic assessments, economic studies, meta-analysis, narrative assessments or practice guides were included; these describe or evaluate recommendations aimed for the reduction of complications or maternal death, as well as documents relating to national or regional public policies, aimed for the

¹ Dirección de Investigación de la CONAMED.

² Ipas México. Comité Promotor por una Maternidad Segura.

Folio 220/2013 Artículo recibido: 01-03-2013 Artículo reenviado: 07-03-2013 Artículo aceptado: 21-03-2013

Correspondencia: Dr. Luis A. Villanueva Egan. Director de Investigación (CONAMED). Mitla 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: lvillanueva@conamed.gob.mx.

reduction of maternal death, since 2003 to this date, in order to incorporate the strategies or recommendations conducted in the course of the last decade.

Results and Conclusions. The majority of the interventions are highly cost-effective, highlighting for its great potential to influence on the final result, four concatenate

elements: the contraceptive/family planning, community participation, universal medical care, service quality and reference system.

Keywords: Maternal Mortality, Interventions Based in Evidence, Maternal Health, Quality.

INTRODUCCIÓN

Con décadas de programas específicos en la atención materna, México ha logrado incrementar la cobertura en la atención institucional del embarazo y el parto; sin embargo, aún queda un largo camino por andar para garantizar a la población los buenos resultados esperados. La calidad es un imperativo moral, un derecho humano fundamental y un componente esencial para la mejora de la salud materna.

Para que mejore la calidad de la atención materna deben ocurrir cambios a nivel estatal e institucional, en el marco de adecuadas políticas nacionales. Brindar una atención de calidad requiere: 1) Un sistema financiero eficiente y transparente; 2) Presupuestos suficientes y progresivos; 3) Infraestructura adecuada; 4) Insumos y equipamiento; 5) Intervenciones resolutivas por cada nivel de atención; 6) Recursos humanos suficientes, motivados, capacitados y sensibilizados; y 7) Mecanismos para la participación de las usuarias.

Para ello, se requiere que, además del enfoque estratégico que ha permitido identificar en forma general los obstáculos que perjudican el buen funcionamiento del sistema de salud y proponer soluciones generales de largo plazo, se ofrezca a los profesionales el conocimiento que les permita discernir aquellas intervenciones que han demostrado en forma evidente su utilidad, de aquellas que se han identificado como ineficaces o incluso peligrosas.

En escenarios en los que los recursos nunca serán suficientes para satisfacer todas las necesidades potenciales, es necesario seleccionar las intervenciones a las que se tiene que priorizar la asignación de fondos en los distintos niveles, maximizando los beneficios y minimizando los costos de oportunidad. Para lograr ese nivel de eficiencia se requiere información sobre los costos y los beneficios de las diferentes alternativas de acción.

Por estas razones, este trabajo busca sistematizar e integrar diferentes estrategias que se han desarrollado en el ámbito regional y nacional, para mejorar la salud materna y reducir las muertes maternas, incluidas aquellas, que disminuyen los riesgos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como recuperar las

principales recomendaciones que han desarrollado diferentes instancias para contribuir al abatimiento de la muerte materna.

Con la documentación de las mejores prácticas se espera brindar a los tomadores de decisiones en los distintos niveles del sistema de salud, una herramienta que les permita consolidar procesos de atención que contribuyan a mejorar la salud materna y evitar la mortalidad, que pueda ser útil en los distintos escenarios que integran la heterogénea realidad de México, América Latina y el Caribe.

MATERIAL Y MÉTODOS

El elemento distintivo de este documento es su carácter sistemático basado en la mejor evidencia científica disponible y en documentos de consenso cuando la evidencia por sí misma no fuera suficiente para sustentar una recomendación determinada.

Por lo anterior, se incluyeron las revisiones sistemáticas, estudios económicos, metaanálisis, revisiones narrativas o guías de práctica que describen o evalúan cualquier acción destinada a la reducción de complicaciones o muerte de la mujer durante el proceso de atención del embarazo, parto o puerperio, así como documentos de política pública de nivel nacional o regional, destinados a la reducción de la mortalidad materna, desde 2003 a la fecha, a fin de incorporar las estrategias o recomendaciones realizadas en el transcurso de la última década. La información se obtuvo a través de múltiples estrategias, entre las que se incluyeron la búsqueda sistemática en distintas bases de datos: MEDLINE, Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), LILACS, ARTEMISA y Google. Además, se realizó una búsqueda intencionada de información de política pública para reducir la mortalidad materna, en las páginas electrónicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Secretaría de Salud de México. Los criterios de selección para incluir revisiones sistemáticas y metaanálisis

fueron adaptados de los estándares de internacionales recomendados.

La estrategia de búsqueda sistemática de la información se realizó utilizando terminología libre y controlada, partiendo de la selección de palabras clave o términos MeSH (*Medical Subject Headings*) para MEDLINE o DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) para LILACS, como insumos para la localización de las fuentes de información secundaria en las bases de datos previamente señaladas. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda electrónica fueron: "maternal", "mortality", "interventions" "systemic review", "meta-analyses", "safe motherhood", "evidence", "maternal health services", "emergency obstetric care" y las correspondientes en español. También se realizó una búsqueda manual a partir de las referencias bibliográficas de los estudios o documentos identificados. A la localización de la información le siguió la evaluación crítica de la calidad de las fuentes de información, la síntesis de la evidencia, la formulación y exposición de las recomendaciones en un formato de presentación.

Las intervenciones fueron ordenadas, en relación a la solidez de la evidencia sobre el efecto de la intervención, en diferentes grados de recomendación de acuerdo a los criterios de Gray;¹ sólo se incluyeron las intervenciones de beneficio probado en base a la evidencia científica disponible. Las intervenciones efectivas se presentan en formato de cuadro, donde se asocian a la investigación relevante que le da soporte. De la misma manera se incluyeron los temas de política y programas.

RESULTADOS

Desde una perspectiva estratégica, en la Región de América Latina y el Caribe se ha abordado ampliamente el análisis de las intervenciones para reducir la mortalidad materna, como lo demuestra el documento "Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe" elaborado por el Grupo de Trabajo Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna en 2003.²

En el apartado de este documento referente a las políticas y sistemas que facilitan o dificultan la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas, se enfatiza el efecto sinérgico de intervenciones combinadas que han demostrado su capacidad para reducir la mortalidad materna, tanto en los países desarrollados como en aquellos en desarrollo. Entre las políticas que favorecen la reducción de la mortalidad materna ocupan un lugar preponderante, la educación para todos/as; el acceso universal a los servicios básicos de salud y nutrición antes, durante y después

del parto; el acceso a los servicios de planificación familiar; el acceso a servicios de salud materna asequibles, aceptables y apropiados; la prestación de servicios de cuidados obstétricos esenciales, tanto básicos como integrales; la atención calificada del parto; la resolución de las emergencias obstétricas; y las políticas que elevan la condición social y económica de las mujeres, incluida su capacidad para poseer propiedad y su acceso a la fuerza laboral.

En Perú, desde mediados de los años 90 se han desarrollado intervenciones dirigidas a la mejora de la capacidad resolutoria de los servicios de salud, con participación gubernamental y apoyo financiero de la cooperación internacional, incluyendo fundamentalmente zonas rurales y poco accesibles. A este conjunto de iniciativas en favor de la salud materna se les ha denominado como de "primera generación". Si bien, la mortalidad materna demuestra una tendencia decreciente en las últimas décadas, aún se sitúa entre los países latinoamericanos en niveles críticos. El Proyecto FEMME (*Foundations for Enhancing Management of Maternal Emergencies*) es parte de la "segunda generación" de intervenciones a favor de la salud materna y representa una experiencia focalizada en algunas provincias de Ayacucho, región con altas razones de mortalidad materna, entre los años 2000 y 2005.³ Constituye una intervención integral dirigida a los servicios de atención obstétrica en el sentido de optimizar la organización, gestión, operación y utilización de los servicios, con el propósito de mejorar la calidad de la atención frente a las emergencias obstétricas. Ante ello, en 2006 se realizó la evaluación de los resultados e impacto del proyecto. Para ello se utilizó un diseño cuasi-experimental con grupo control no equivalente empleándose técnicas cuantitativas y cualitativas en un total de 10 establecimientos de salud, de los cuales cinco pertenecieron al grupo de intervención en Ayacucho y otros cinco fueron parte del grupo de comparación en Puno. Se seleccionaron un conjunto de variables relacionadas con los principales ejes de intervención del Proyecto FEMME: capacidad resolutoria, calidad de la atención, gestión de servicios y derechos en salud de la mujer (Cuadro 1).

Entre los resultados, destacó que los establecimientos del grupo de intervención mostraron mayores niveles de desempeño que los del grupo control, principalmente en lo referente a capacitación de recursos humanos, auditoría clínica y registros de información. Además, a través de la elaboración, validación e implementación regional de la "Guía de atención de emergencias obstétricas" se logró el manejo estandarizado. En relación al enfoque de respeto a los derechos de las mujeres a una atención digna y humana, en los hospitales intervenidos, la interiorización de este se tradujo en prácticas relacionadas con el trato

humanizado a las pacientes, la incorporación del enfoque intercultural en la atención del parto, la información a la usuaria, la privacidad durante la atención, el respeto de creencias y costumbres locales, entre otros.

Finalmente, los resultados e impacto en indicadores de salud materna fueron los siguientes: a) la utilización de los servicios de emergencias obstétricas en la población con complicaciones se incrementó de 30.4% en el año 2000 a 75.9% al año 2005, después de la intervención; b) la letalidad obstétrica, reconocido indicador de la calidad de la atención de las emergencias obstétricas del que la recomendación internacional exige valores menores al 1%, disminuyó de 1.7% a 0.4% entre los años 2000 y

2005, respectivamente. El indicador en Puno en el año 2005 fue de 5.1%; c) el Proyecto FEMME logró una disminución de la razón de mortalidad materna del 49%, mientras que en el grupo de comparación la velocidad de reducción fue del 25.3%.

Entre sus diversas aportaciones, el Proyecto FEMME colocó los temas de la gestión de los servicios, el sistema de referencias y la auditoría clínica en la agenda de las acciones de los servicios de salud como medios objetivos para mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas. El personal de salud destacó su naturaleza participativa, horizontal y de adaptabilidad local.

Cuadro 1. Componentes del estudio de resultados e impacto del Proyecto FEMME. Ministerio de Salud de Perú, 2006.

COMPONENTES DEL PROYECTO FEMME	EJES DE INTERVENCIÓN	VARIABLES/INDICADORES
Técnico	Capacidad estructural EMO	1. Calificación COEm/COB
	Calidad de la atención de las EMO	2. Sistema de capacitación de los RH para las EMO 3. RH capacitados 4. Efectos de la capacitación 5. Uso correcto de protocolos 6. Sistema de auditorías clínicas de EMO y MM 7. Análisis de las MM en el ámbito de intervención
Gestión	Gestión de servicios	8. Gestión de la información de las EMO/MM 9. Sistemas de supervisión de la capacitación en EMO 10. Sistema de referencia/contrarreferencia 11. Monitoreo de progresos: indicadores de seguimiento en salud materna 12. Prevención de infecciones
Gestión	Promoción de políticas regionales en salud	13. Acciones del Comité Multisectorial Regional para la reducción de la MM
Derechos en salud	Derechos en salud de las mujeres	14. Promoción de derechos de la mujer entre el personal de salud de los establecimientos de salud

MM: Mortalidad materna; EMO: Emergencias obstétricas; COEm: Cuidados Obstétricos de Emergencia; COB: Cuidados Obstétricos Básicos.

En la Región, la reducción de los abortos realizados en condiciones de riesgo es crucial para disminuir las muertes maternas. Frecuentemente son subregistrados y se pueden estimar sólo en forma indirecta, particularmente en los países con fuertes restricciones legales. El reporte más reciente de la OMS sobre mortalidad materna debida a aborto inseguro, estima un total de 47 000 muertes anuales relacionadas con esta causa. El aborto en condiciones de riesgo representa el 13% de todas las muertes maternas a nivel mundial, 12% en la Región de América Latina, y 9% en Centroamérica (incluido México).⁴

En el caso de Uruguay, las muertes maternas por aborto representaron el 28.7% durante el periodo 1991-2001. De frente a esta realidad, se adoptó una estrategia para la reducción del riesgo por los profesionales de la salud del Hospital Pereira Rossell, la principal maternidad pública del país.⁵ El diseño de la estrategia se inspiró en la experiencia de los programas de prevención de VIH/SIDA en los que se ofrece el intercambio de agujas a los usuarios de drogas ilícitas. La intervención se enfocó en los períodos “antes” y “después” del aborto inducido, recomendando que las mujeres que planeaban abortar tuvieran al menos una consulta médica previa y otra posterior al aborto. Después de una campaña de información pública, algunas mujeres llegaron por sí mismas y otras referidas por otros médicos. Después de confirmar el embarazo y evaluar el riesgo reproductivo, las mujeres recibieron información sobre las posibles alternativas al aborto, los riesgos relacionados con los diferentes métodos utilizados para inducir el aborto en forma clandestina y los procedimientos seguros que se utilizan en los países donde el aborto es legal. Entre los procedimientos seguros, se incluyó el aborto con medicamentos con el uso de misoprostol del que se brindó información científica sobre dosis, vías de administración, sintomatología, efectos secundarios, mecanismo de acción y efectividad. De la misma forma que con los otros métodos para inducir abortos, el misoprostol no fue prescrito por los médicos participantes en el programa. El propósito de esta visita inicial no fue influir sobre la decisión de las mujeres sino proveerlas de información para tomar la mejor decisión de acuerdo a su situación particular, entorno y valores. La “visita después” se realizó en absoluta confidencialidad y con el respaldo de un equipo multidisciplinario que brindó apoyo médico, psicológico y social. Un componente principal fue la provisión de un método anticonceptivo efectivo de acuerdo a la decisión informada de cada mujer. Si la mujer se presentó con un aborto incompleto, se realizó una aspiración uterina (manual o eléctrica), lo cual ocurrió en el 30% de los casos que utilizaron misoprostol. En el período de marzo de 2004 a junio de

2005, se atendieron 675 mujeres en la “visita antes” y 495 regresaron a la “visita después”. De estas últimas, 439 (88.9%) tuvieron un aborto inducido fuera del hospital y 3.5% regresaron para control prenatal. El 7.5% restante no estaban embarazadas, tuvieron una pérdida embrio/fetal espontánea o alcanzaron los requisitos para un aborto legal en el hospital. Todas las mujeres que en esta visita dijeron haber abortado, lo realizaron con el uso del misoprostol. Se presentó sólo un caso de infección leve y dos casos de hemorragia que no requirió transfusión. Durante el período de 15 meses del proyecto, no ocurrió ninguna muerte relacionada a aborto en el Hospital Pereira Rossell en comparación a las cuatro muertes que ocurrían, en promedio, cada año. De la misma manera, no se presentó ningún caso de sepsis posaborto entre las mujeres que participaron en el proyecto, en comparación con los 10 casos anuales que ocurrieron en los años previos.

La experiencia en diversos países confirma que la descriminalización del aborto es el medio más efectivo para reducir las muertes maternas por aborto inseguro, siempre que se garantice la disponibilidad de servicios de aborto seguro (En octubre de 2012, el Parlamento uruguayo aprobó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que despenaliza el aborto antes de las 12 semanas siempre que se sigan ciertos procedimientos regulados por el Estado. Los establecimientos de salud, públicos o privados, están obligados a realizar la intervención o a garantizar que ésta se haga por terceros en casos de objeción de conciencia). La estrategia de reducción de riesgo presentada en este trabajo es un paso intermedio, en países en donde existen leyes restrictivas, con el objeto de reducir las complicaciones del aborto por diversos mecanismos: a) algunas mujeres no estaban embarazadas, por lo que no tendrían que exponerse a procedimientos innecesarios; b) en los casos identificados de pérdida gestacional se justifica un procedimiento hospitalario; c) algunas mujeres satisfacen las condiciones previstas por la ley; d) otras mujeres, después de la consejería decidir continuar sus embarazos; e) pero el mecanismo más importante de reducción de riesgo es proveer información científica sobre los diferentes medios para inducir abortos, incluyendo prácticas seguras como el uso de misoprostol.

Décadas de investigación en diferentes países han demostrado que el aborto legal es un procedimiento seguro que contribuye a la reducción de la mortalidad materna. En los Estados Unidos de América, entre 1998 y 2005, la razón de mortalidad por parto con producto vivo fue de 8.8 muertes por 100,000 nacidos vivos, mientras que, la razón de mortalidad asociada a aborto legal fue de 0.6 por 100,000 procedimientos. El riesgo

de muerte asociada con el parto es aproximadamente 14 veces mayor que con el aborto legal.⁶ En el Distrito Federal (DF, capital de México) fue aprobada, en abril de 2007, la despenalización del aborto durante las primeras 12 semanas de gestación, lo que ha permitido regular la prestación de servicios de aborto legal en instituciones públicas y privadas del DF. Con cifras actualizadas al 31 de enero de 2013, desde la puesta en marcha del Programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) se habían realizado 94,200 procedimientos sin mortalidad materna relacionada, lo cual coloca a este Programa dentro de los estándares de los países desarrollados en donde el aborto es legal. La Secretaría de Salud del Distrito Federal ofrece la ILE en forma gratuita a mujeres residentes del DF sin seguridad social, a través del uso de fármacos o por aspiración manual endouterina, con la intervención de personal capacitado y en servicios habilitados, siguiendo las recomendaciones elaboradas en base a la mejor evidencia científica disponible.⁷

En el mismo tenor de la necesidad de implementar prácticas obstétricas basadas en evidencia, entre septiembre de 2003 y diciembre de 2005 se realizó una intervención conductual multifacética en 19 hospitales de Argentina (17) y Uruguay (2) que atendían al menos 1000 nacimientos cada año, sin una política explícita para la episiotomía selectiva o el manejo activo del tercer período del parto, con tasas de episiotomía por encima del 20% y un uso profiláctico de oxitocina de 25% o menos en mujeres con partos vaginales individuales.⁸ Un procedimiento de aleatorización balanceada aseguró que los hospitales intervenidos y los controles estuvieran balanceados con respecto a las tasas de uso profiláctico de oxitocina y la realización de episiotomía, la presencia o ausencia de programas de residencia, el país y región donde se localiza el hospital, y el número anual de nacimientos hospitalarios. La intervención duró 18 meses y sus estrategias fueron seleccionadas por su efectividad en producir cambios en la práctica y estuvieron basadas en las teorías del cambio conductual. Se constituyeron equipos de tres a seis médicos, residentes o parteras que se identificaron por sus pares como líderes de opinión. Cada equipo fue entrenado en un taller de cinco días para desarrollar y diseminar las guías basadas en evidencia sobre el manejo del tercer período del parto y el uso de la episiotomía. Los talleres se enfocaron en la evaluación crítica de la literatura médica, el desarrollo de guías de práctica clínica, habilidades comunicativas y métodos de conducir visitas académicas uno a uno con el personal que atiende partos para discutir sus puntos de vista en relación a la implementación de la intervención. Después de su regreso a sus respectivos hospitales, los equipos diseminaron las guías, entrenaron y visitaron a los asistentes de partos, y

desarrollaron recordatorios para ser colocados en las salas de labor y de parto, dentro de los paquetes quirúrgicos y en los registros médicos. Los equipos también produjeron reportes sobre las frecuencias de realización de episiotomía y uso profiláctico de oxitocina, en base a los datos clínicos hospitalarios. Los coordinadores regionales se reunieron mensualmente con cada equipo para evaluar la realización de las actividades. Cada hospital intervenido recibió una computadora con los materiales de la intervención instalados, copias de las guías, la biblioteca de salud reproductiva de la OMS y el *BJM Clinical Evidence*. Los resultados primarios fueron la frecuencia de uso de oxitocina (una sola inyección de 10 UI durante el tercer período del parto) y de la episiotomía en partos únicos. Los resultados secundarios incluyeron las frecuencias de uso de suturas perineales, hemorragia posparto de 500 ml o más, y de 1000 ml o más; así como la disposición de los asistentes de partos a cambiar su conducta en relación al uso rutinario de la episiotomía y manejo del tercer período del parto con oxitocina o con otros agentes uterotónicos. Los resultados se midieron en condiciones basales y después de la intervención; solo los resultados primarios fueron evaluados durante el seguimiento de 1 año. De los 19 hospitales que alcanzaron los criterios de inclusión, 10 fueron asignados al grupo de intervención de los que se capturó la información de 2963 nacimientos vaginales, y 9 al grupo control, de los que se obtuvo información de 2503 nacimientos vaginales. En los hospitales intervenidos la frecuencia en el uso profiláctico de oxitocina se incrementó de 2.1% a 83.6%, y de 2.6% a 12.3% en los hospitales control. Nueve de los diez hospitales intervenidos incrementaron en más del 50%. La intervención se asoció con una disminución en la frecuencia de episiotomía de 41.1% en condiciones basales a 29.9% al final de la intervención; la frecuencia permaneció estable en los hospitales control. También, la intervención se relacionó con una reducción estadísticamente significativa en todos los indicadores de hemorragia posparto. En los hospitales en los que se realizó la intervención, la disposición del personal que atiende los partos para cambiar en relación a la episiotomía rutinaria y al manejo del tercer período del parto, se incrementó de 14.4% a 55.9%, permaneciendo este rubro en forma estable en los hospitales control. Durante el seguimiento al año, el uso profiláctico de oxitocina permaneció alto en los hospitales con intervención y bajo en los hospitales control (73.3% vs 7.1%, respectivamente). Un patrón similar ocurrió en la realización de la episiotomía entre ambos grupo (28.1% vs 45.1%, respectivamente). Esta intervención conducida en América Latina demostró que una intervención conductual puede cambiar las prácticas de cuidado a la salud. De acuerdo a los autores, los resultados sugieren

que de cada 1000 partos vaginales en los que se haya aplicado la intervención, la oxitocina profiláctica será utilizada en 675 más partos que en hospitales semejantes sin acciones de intervención, lo cual permitirá prevenir 100 hemorragias posparto moderadas y 13 graves, y evitar 109 episiotomías, en comparación con los hospitales que la realizan en forma rutinaria. Además, el estudio subraya la efectividad de la diseminación activa de la información en comparación a la pasiva, para cambiar la conducta del personal calificado para la atención de partos. El acceso al conocimiento por sí solo no es suficiente, concluyen los autores.

Como parte del mismo estudio, Karolinski y cols., publicaron en 2010 el reporte sobre el impacto de la intervención en la mortalidad materna y morbilidad grave en 24 hospitales públicos (20 argentinos y 4 uruguayos).⁹ Para ello, se seleccionaron tres intervenciones preventivas efectivas: manejo activo del tercer período del parto (administración profiláctica del 10 UI de oxitocina inmediatamente después del nacimiento); administración de sulfato de magnesio para mujeres con pre-eclampsia (4 g IV seguidos de 1-2 g/h o 5 g IM en cada glúteo, seguidos por 5 g IM cada 4 h alternando el sitio de inyección); y administración de antibióticos para ruptura prematura pretérmino de membranas (penicilina o eritromicina). Además, se evaluaron otras tres acciones benéficas: realización oportuna de una cesárea en casos de hemorragia ante o intraparto; administración de sulfato de magnesio en mujeres con eclampsia; y provisión de transfusión sanguínea en casos de hemorragia aguda grave. Todos los hospitales participantes contaron con los recursos y capacidades para implementar las intervenciones. En el período comprendido entre el 1° de septiembre de 2003 y el 31 de diciembre de 2005 ocurrieron un total de 28 muertes maternas (de las que se incluyeron en el estudio 26) en 89,995 nacimientos, lo que dio una razón de mortalidad materna hospitalaria de 47.8 por 100,000 recién nacidos vivos. Entre los nacimientos que ocurrieron en 2005 se identificaron 80 casos de morbilidad materna grave. Las principales causas de morbi-mortalidad materna fueron: trastornos hipertensivos (50%); hemorragia (26.4%); sepsis/infección (9.4%) y otras causas (14.2%). Algunas intervenciones para hemorragia aguda grave tuvieron la más alta frecuencia de uso específico: la transfusión sanguínea se utilizó en el 90% de los casos y la cesárea oportuna en el 75% de los casos. El manejo activo del tercer período del parto se utilizó en menos de un tercio de los casos (de los 17 partos vaginales con hemorragia, solo 1 recibió el manejo). Por otra parte, para los trastornos hipertensivos el uso de sulfato de magnesio en pre-eclampsia fue de 33%; y ninguna mujer con ruptura prematura pretérmino de membranas recibió antibióticos. En total, se utilizaron

intervenciones efectivas solo en el 58% de los casos de mujeres que murieron o con morbilidad grave, lo que representa una proporción de oportunidad perdida de 42%. Independientemente de los sesgos derivados de la intervención educativa realizada en la mitad de los hospitales incluidos, es evidente que la calidad del cuidado no fue adecuada. Si bien, la cesárea fue ampliamente utilizada como un recurso para salvar la vida, cerca del 15% de las causas secundarias de morbi-mortalidad materna fueron complicaciones directas de la operación.

El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó en 2012 el documento "Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave", el cual identifica y prioriza cuatro áreas estratégicas y nueve intervenciones de impacto.¹⁰

El Plan de acción, incluye una serie de indicadores relacionados a acciones estratégicas específicas, tales como la cobertura prenatal con cuatro o más controles, la cobertura institucional del parto, control del puerperio a los 7 días del parto, el uso de oxitócicos durante el tercer período del trabajo de parto, el uso de sulfato de magnesio en los casos de preeclampsia grave/eclampsia, la disponibilidad de sangre segura en los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto, la vigilancia de la violencia intrafamiliar durante el embarazo, acciones para reducir la tasa de cesárea cuando es superior al 20%, la cobertura de la atención del parto y puerperio por personal calificado, la auditoría de todas las muertes maternas y el registro y análisis de la mortalidad materna y morbilidad materna grave.

A la fecha, existen pocos análisis de costo-efectividad de las estrategias para una maternidad segura en México. Uno de ellos es el de Hu y cols., quienes desarrollaron un modelo computacional que simula la historia natural del embarazo (planeado y no planeado) y las complicaciones relacionadas del embarazo en una cohorte de 100,000 mujeres sexualmente activas de 15 años de edad seguidas durante su tiempo de vida.¹¹ El modelo se construyó con datos regionales y específicos del país. Para el análisis, se compararon los resultados en salud y los costos asociados en tres escenarios: a) intervenciones actuales en salud materna; b) las mismas intervenciones con los niveles de cobertura recomendados por la OMS; y c) paquetes estratégicos en los que se incrementó la cobertura de intervenciones individuales seleccionadas (Por ej.: incrementar el acceso al aborto seguro en el contexto del paquete estratégico "aborto seguro + planificación familiar + acceso a servicios de emergencia obstétrica"). El modelo incluyó resultados clínicos intermedios (Por ej., aborto inseguro, preeclampsia grave/eclampsia, parto

obstruido, hemorragia y sepsis) y resultados de largo plazo (Por ej., esperanza de vida, discapacidad ajustada a la esperanza de vida y costos de por vida). El impacto de una estrategia integral se determinó por la efectividad de cada intervención individual, el conjunto de intervenciones incluidas en el paquete de servicios, y la cobertura alcanzada. En el caso de la planificación familiar su efectividad se estimó como una función de la efectividad y del nivel de cobertura del método anticonceptivo. El efecto de otras intervenciones se modeló como una reducción en la tasa de mortalidad y/o el riesgo de morbilidad por complicaciones maternas específicas.

No obstante, la reducción de la mortalidad materna con el modelo de cuidado estándar en México (2004-2006) fue sustancial, al modelar un incremento en los niveles de cobertura, el número de muertes de la cohorte de 100,00 mujeres se redujo de 175 a 92, y los casos de morbilidad grave de 4,149 a 2,755, lo que representó una reducción adicional de la mortalidad del 50%. Por otra parte, el abordaje combinado compuesto de: 1) incremento de la cobertura de planificación familiar de 59%

a 74% en mujeres de 20 años y mayores, y de 18% a 33% en mujeres menores de 20 años; y 2) acceso a aborto seguro para todas las mujeres que decidieron interrumpir su embarazo, provee de una reducción del 43% en la mortalidad materna. La estrategia más efectiva fue en la que se añadió un tercer componente a estas dos intervenciones: atención intraparto de alta calidad para todas las mujeres embarazadas, incluyendo la atención integral de la emergencia obstétrica para, al menos, el 90% de las mujeres. La estrategia con los tres componentes produjo una reducción del 75% en la mortalidad materna, 47% en la morbilidad grave y fue altamente costo-efectiva.

DISCUSIÓN

Las intervenciones existen y la mayoría de ellas son altamente costo-efectivas, el problema está en la implementación de la estrategia: incompleta, deficiente o interrumpida prematuramente. Existen intervenciones únicas que son eficaces para reducir la letalidad de algunas causas específicas, como en el caso de la administración

Cuadro 2. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. CLAP/SMR (OPS), 2012.

ÁREAS ESTRATÉGICAS	INTERVENCIONES DE IMPACTO
Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar la cobertura de métodos anticonceptivos (incluyendo los métodos anticonceptivos de emergencia) y la disponibilidad de servicios de consejería en planificación familiar antes de la concepción y luego de un suceso obstétrico.
Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a la atención asequible y de calidad para los períodos pregestacional, prenatal, del parto y puerperal, por nivel de atención materna y perinatal, considerando un enfoque por regiones en el marco de la regionalización de la asistencia materna y perinatal. ▪ Hogares maternos, cuando sea apropiado. ▪ Utilización de prácticas basadas en pruebas científicas. ▪ Asegurar la derivación y contraderivación oportunas. ▪ Prevención y detección de la violencia intrafamiliar durante el embarazo.
Recursos humanos calificados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar la disponibilidad de personal calificado para la atención pregestacional, prenatal, del parto y del puerperio, en entornos de atención obstétrica de urgencia y básicos. ▪ Aumentar la disponibilidad de recursos humanos durante 24 horas para la atención del parto y las complicaciones obstétricas.
Información estratégica para la acción y rendición de cuentas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantar y consolidar sistemas de información y de vigilancia materna y perinatal. ▪ Establecer comités de análisis de la mortalidad materna con participación comunitaria y ofrecer soluciones, cuando sea necesario.

de sulfato de magnesio en mujeres con preeclampsia grave; también las hay con un impacto que abarca todas las causas como la anticoncepción/planificación familiar. Sin embargo, los mayores impactos se observan en los paquetes de intervenciones con efectividad individual demostrada, pero que actúan sinérgicamente sobre cada uno de los factores que conducen a una muerte materna, como en el caso de los servicios de cuidados obstétricos esenciales atendidos por personal calificado en un entorno apropiado y ubicados en la proximidad de las comunidades. Sin duda, los paquetes de intervenciones más efectivos son los que proveen un cuidado continuo que inicia en la infancia y adolescencia y se extienden a través del embarazo, parto o aborto, hasta el período posterior a este. En este sentido, es necesario revalorar la utilidad del control prenatal, oportuno y de calidad, como una herramienta crucial para un embarazo saludable a través de identificar y manejar los factores de riesgo; generar adherencia de la usuaria por la utilización de los servicios de parto; y decidirse por el uso de un método anticonceptivo posterior al evento obstétrico lo que permitirá ampliar el período intergenésico o restringir la posibilidad de nuevos embarazos. Se reconoce que estas condiciones, disminuyen el riesgo de complicaciones obstétricas o de mortalidad materna.

En este recorrido por las diferentes intervenciones propuestas para reducir la mortalidad materna, destacan, por su gran potencial para influir en el resultado final, cuatro elementos concatenados: la participación comunitaria, la garantía del acceso universal, la calidad de los servicios y el sistema de referencia. Si alguno de los elementos no es debidamente atendido, el resultado no será el esperado. De nada sirve contar con personal calificado si no cuenta con los recursos básicos para poder realizar sus funciones; de nada sirve contar con establecimientos para la atención obstétrica si no cuentan con personal calificado las 24 horas del día los 7 días de la semana; de nada sirve contar con el establecimiento dotado de personal calificado y los recursos básicos si la unidad de atención obstétrica se encuentra alejada de la comunidad; de nada sirve contar con unidades de atención obstétrica básica debidamente equipadas, con recursos suficientes y personal calificado las 24 horas de los 7 días de la semana, si estas no funcionan en forma coordinada con los establecimientos resolutivos para la atención de las emergencias obstétricas.

Las intervenciones pueden clasificarse de diferentes maneras: de acuerdo al momento en el que se realiza: antes, durante y después del embarazo; en relación al contexto en el que se implementan: familia/comunidad, centro de salud, hospital básico, hospital general y hospital de alta especialidad; o por el momento de la historia

natural de la enfermedad en el que intervienen: preventivas o terapéuticas. La lección aprendida que surge desde la perspectiva de la clasificación de las intervenciones, es que los diferentes escenarios requieren de diferentes actores, de modo tal que un plan estratégico integral para reducir la mortalidad materna se debe involucrar necesariamente a los líderes y voluntarios comunitarios; a los proveedores de salud a nivel local; a los distintos niveles de gobierno, desde el municipal hasta el federal; a las parteras tradicionales y profesionales, enfermeras perinatales, médicos y obstetras; a los proveedores de insumos y equipamiento; a las universidades formadoras de recursos humanos en salud; a las asociaciones profesionales, a las organizaciones de la sociedad civil y a los tomadores de decisiones en salud pública, entre otros.

Para que una estrategia integral de reducción de la mortalidad materna pueda generar los resultados e impactos buscados se requiere de una participación intersectorial activa y del mayor nivel de decisión, lo que permitirá mejorar las condiciones laborales y el tipo de contratación del personal, principalmente del periférico; impulsar una política equitativa para el desarrollo de los recursos humanos en salud; y mejorar el uso racional en la asignación de los recursos públicos de modo que responda a las necesidades locales identificadas, sean suficientes para atenderlas y se utilicen en forma eficiente y transparente.

REFERENCIAS

1. Gray J. Evidence-based Health Care. London: Churchill Livingstone; 1997.
2. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington DC: PAHO, 2003.
3. Evaluación de impacto del Proyecto FEMME en la reducción de la mortalidad materna y su importancia para la implementación de políticas de salud en el Perú/ Ministerio de salud. Oficina General de Cooperación Internacional; CARE PERU. Lima: Ministerio de Salud; 2006.
4. Schiavon R, Troncoso E, Polo G. Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008. *Int J Gynecol Obstet* 2012; 118 (Suppl 2): S78-86.
5. Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons JE. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 95:221-6.
6. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol* 2012; 119:215-9.
7. Grupo de Información en Reproducción Elegida

- (GIRE). Cifras ILE, enero 2013. Disponible en: <http://www.gire.org.mx>
8. Althabe F, et al. A behavioral intervention to improve obstetrical care. *N Engl J Med* 2008; 358:1929-40.
 9. Karolinski A, Mazzoni A, Belizan JM, Althabe F, Bergel B, Buekens P. Lost opportunities for effective management of obstetric conditions to reduce maternal mortality and severe maternal morbidity in Argentina and Uruguay. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 110:175-80.
 10. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1593).
 11. Hu D, Bertozzi SM, Gakidou E, Sweet S, Goldie SJ. The costs, benefits, and cost-effectiveness of interventions to reduce maternal morbidity and mortality in Mexico. *PLoS ONE* 2007; 2(8): e750.doi:10.1371/journal.pone.0000750.



Del 11 al 13 de abril, 2013

Hotel Crowne Plaza W.T.C. (Dakota No. 95, Col. Nápoles,) D. F., a espaldas del WTC de la Ciudad de México.

Informes: www.amerban.org.mx