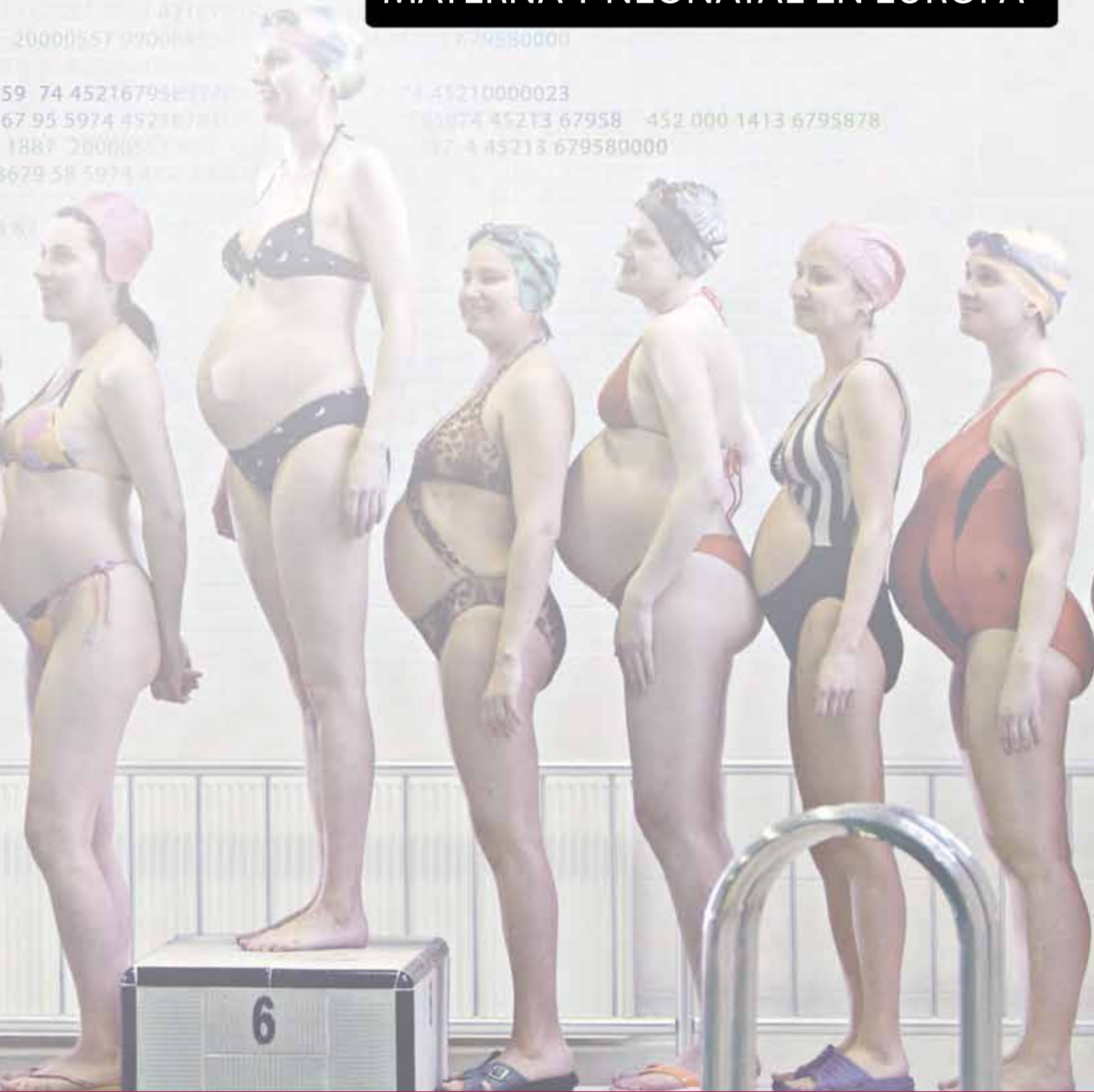


DATOS Y EXPERIENCIAS: LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA SALUD MATERNA Y NEONATAL EN EUROPA



Entre Nous

LA REVISTA EUROPEA SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Nº70 - 2010



Entre Nous es una publicación de:
Departamento de Políticas y Sistemas Nacionales
Oficina Regional para Europa de la OMS
Schersfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen
Dinamarca
Tel. (+45) 3917 1602
Fax: (+45) 3917 1818
E-mail: entrenous@euro.who.int
www.euro.who.int/entrenous

Editora Jefe

Dra. Gunta Lazdane

Editora

Dra. Lisa Avery

Ayudante de edición

Ida Strömngren

Maquetación

Kailow Creative, Dinamarca

www.kailow.dk

Imprenta (España)

Estilo Estugraf Impresores, S. L.

Entre Nous está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, y apoyada por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en Copenhague, Dinamarca. La tirada actual es de: 3.000 ejemplares en inglés, 700 en español, 2.000 en portugués, 1.000 en búlgaro y 1.500 en ruso.

Entre Nous se edita:

En búlgaro: por el Ministerio de Sanidad en Bulgaria, en el marco de un proyecto financiado por el FNUAP.

En portugués: por la Dirección General de Salud, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056, Lisboa, Portugal.

En ruso: por la Oficina Regional para Europa de la OMS en Riga, Komercfirma S&G.

En español: por el Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Condesa de Venadito, 34. Madrid, España.

Las versiones española y portuguesa se distribuyen directamente por la representación del FNUAP y las Oficinas Regionales de la OMS en los países de lengua española o portuguesa de África y América del Sur.

Entre Nous puede traducirse a cualquier idioma y ser reproducida en publicaciones, periódicos y revistas, así como en páginas web, siempre que se indique la fuente de información *Entre Nous*, FNUAP y Oficina Regional para Europa de la OMS.

Los artículos publicados en *Entre Nous*, no representan necesariamente la opinión del FNUAP o de la OMS. Toda solicitud de información debe ser remitida a las personas firmantes de cada artículo.

Para más información sobre las actividades impulsadas por la OMS, así como sobre los documentos de esta organización, por favor contacte con la Dra. Gunta Lazdane, Unidad de Sistemas y Políticas del País, oficina T-316 en la dirección señalada al principio.

La solicitud de publicaciones de la OMS deberá dirigirse directamente a la agencia de ventas de la OMS en cada país o a Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza.

ISSN: 1014-8485.

NIPO: 867-11-081-9

Impreso en papel reciclado libre de cloro

Editorial

Por Daisy Mafubelu

3

Más allá de los datos: metodologías para la investigación de las muertes maternas para un embarazo más seguro.

Gwyneth Lewis

4

Implantación de la iniciativa “más allá de las cifras” en la región europea de la OMS: medidas adoptadas, retos, logros y situación actual.

Alberta Bacci

6

La interpretación de los datos: la recogida de información cuantitativa sobre salud materna y neonatal en la Región Europea de la OMS.

Lisa Avery

8

Mejora de la calidad en la atención sanitaria perinatal a través de “investigaciones confidenciales” en la república de Moldavia.

Petru Stratulat, Jason Gardosi, Ala Curtaneau, Tatiana Caraus y Victor Petrov

10

“Investigaciones confidenciales” de las muertes maternas: Su repercusión en la mejora de la calidad de la atención sanitaria en la Región Europea de la OMS.

James Drife

12

El compromiso de actuación para reducir mortalidad materna en Europa del Este y Asia Central: Conferencia regional sobre el Objetivo de Desarrollo del Milenio nº 5 (ODM,5).

Rita Columbia y Raquel Wexler

14

Las voces de las madres: ¿Qué podemos aprender de las madres que sufren complicaciones obstétricas graves o la pérdida de la o del bebé?, ¿y de sus familias?. ¿Puede esto suceder en su país?

Alberta Bacci

16

Atención sanitaria sobre salud reproductiva en Ucrania. ¿Qué nos indica el personal sanitario?.

Iryna Mogilevkina, Nikolay Shpatusko, Natalia Morozova, Alexander Kulik, Vyta Senikas, Liette Perron y Andre Lalonde

18

¿Por qué la mortalidad materna es “relativamente reducida” en la República de Moldavia? Un paso más allá de los datos a favor de las conductas de demanda de servicios sanitarios.

Oxana Gavrilita

20

Morbilidad materna grave: La experiencia noruega con las investigaciones de casos de morbilidad materna grave o “near miss”.

Babill Stray-Pedersen

22

Investigaciones confidenciales sobre muertes maternas en la república de Kazajistán. Resultados preliminares

Gaukhar Abuova, Talshyn Ukybassova y Assel Mussagaliyeva

24

Implantación de las encuestas de morbilidad materna grave o “near miss” en Uzbekistán: El papel de los llamados prikazes.

Klara Yagdarova y Feruza Fazilova.

26

Prueba piloto de investigaciones de casos de morbilidad grave o “near miss” en Kazajistán: la mejora de la calidad de la atención sanitaria materna.

Stelian Hodoroagea

28

Recursos

Por Lisa Avery

30

CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

Dra. Assia Brandrup-Lukanow
Asesora Sénior para la Red de Trabajo Matrix sobre Salud en la Sede de la OMS en Ginebra

D. Bjarne B. Christensen
Jefe de Secretariado, Asociación Danesa de Planificación Familiar

Dña. Vicky Claeys
Directora Regional de la Federación Internacional de Planificación Familiar de la Red Europea en Bruselas

Dra. Helle Karro
Catedrática del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tartu, Estonia

Dr. Evert Ketting
Investigador Jefe de la Radboud University Nijmegen, Departamento de Salud Pública

Dña. Nell Rasmussen
Consultora Jefa Centro Danés para la Investigación sobre la Vulnerabilidad Social.

Dra. Rita Columbia
Consejera sobre Salud Reproductiva de la Oficina Regional del FNUAP para la Región de EEAC



A medida que se acerca el año 2015 y reflexionamos sobre los avances realizados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, quienes trabajan en el ámbito internacional, en relación con la salud materna, no se sorprenderán al saber que los avances se han producido lentamente. Teniendo en cuenta que la inversión en la salud de las mujeres ha sido considerada, desde hace tiempo, como un elemento importante para el desarrollo sostenible de las sociedades, es llamativo que en el año 2010, de todos los indicadores de desarrollo humano, las mayores brechas en equidad se encuentren vinculadas a la salud materna.

El embarazo y el parto deberían ser motivo de alegría y felicidad, pero para muchas mujeres también es motivo de sufrimiento y de consecuencias adversas. Cada año fallecen más de medio millón de mujeres en todo el mundo debido a complicaciones derivadas del embarazo y el parto; y muchas más aumentan la tasa de morbilidad materna al padecer diversas complicaciones. Mientras que en la Región Europea de la OMS se disfruta, en general, de una buena salud materna, puesto que la tasa de mortalidad es reducida y el acceso a la atención sanitaria especializada está extendido existen diferencias considerables, tanto entre los distintos países como dentro de cada uno, ya que en algunos países, la tasa de mortalidad es 42 veces superior a la de otros.

Casi siempre, quienes trabajamos en el sector de la salud materna, tendemos a hablar de estos hechos en términos cuantitativos. Se los presentamos a los Gobiernos, creamos organizaciones en defensa de la salud materna, y utilizamos las cifras para comparar y revisar los avances en este ámbito, pero desatendemos, con demasiada frecuencia, las historias personales de las mujeres y de sus familias y criaturas, cuyas voces quedan acalladas no porque no hablen, sino porque como sociedad nos olvidamos de escuchar. Sin embargo, quienes recabamos y utilizamos información cuantitativa, tenemos cada vez más claro que las estadísticas por sí solas no bastan. A efectos de eliminar estas inequidades en salud materna, debemos ir más allá del mero reconocimiento de estas diferencias y profundizar más en buscar las causas. Más allá de las cifras (BTN, Beyond The Numbers), que es una herramienta desarrollada por el Programa de la OMS destinado a reducir los riesgos del embarazo (Making Pregnancy Safer Programme) proporciona, a los países,

el marco metodológico y las técnicas para hacerlo. Gracias a determinadas técnicas, como el análisis en la propia comunidad sobre las muertes maternas, las investigaciones confidenciales sobre las mismas, los análisis de casos de morbilidad materna grave o “near missy”, las auditorías clínicas, se estudian los casos individuales, que nos proporcionan datos contextuales y socioculturales que es imposible extraer con la simple recogida de datos cuantitativos. Dichos datos son los que necesitamos conocer si de verdad queremos mejorar la salud materna.

La reunión de junio de este año, en Kazajistán, supuso importantes logros para avanzar en la mejora de la salud materna en la Región Europea de la OMS. Las conclusiones, los éxitos, los retos y las tendencias del futuro compartidas en la reunión, revisten importancia no sólo para aquellos países de la Región implicados en la iniciativa del Programa «Reducir los Riesgos del Embarazo» (MPS, Making Pregnancy Safer), sino para todo el personal relacionado con la salud materna. La Oficina Regional para Europa de la OMS, otros organismos de la ONU, diversas organizaciones internacionales y entidades profesionales de ámbito nacional y los propios Gobiernos nacionales, han estado trabajando conjuntamente para que la salud materna se convierta en un asunto prioritario en la Región, especialmente en los países con menor ingreso per capita. Hasta el momento el desarrollo de directrices y normas basadas en experiencias, la implantación de estrategias validadas en materia de salud materna, y la evolución desde un proceso de revisión de casos basado en medidas sancionadoras, a un sistema de mejora de la calidad y de formación y evaluación continuas, constituyen tan sólo algunos de los logros obtenidos. Es más, el compromiso y la actitud de todas las personas implicadas han resultado decisivos para el éxito general de la implantación de la herramienta Beyond the Number, lo que pone de relieve que siempre que exista voluntad de cambiar la situación en este ámbito, también habrá un modo de hacerlo.

Para finalizar, pido a lectores y lectoras de este número de la revista Entre Nous que, al tiempo que analizan minuciosamente dichos artículos, se tomen un tiempo para reflexionar sobre el papel desempeñado por las mujeres en los embarazos y los partos

que han tenido lugar, en sus propios contextos personales y sociales, además de preguntarse si esto sería posible en su país, o si les podría ocurrir a ustedes o a un ser querido. A pesar de su importancia, programas como «Reducir los Riesgos del Embarazo» e iniciativas como «Más allá de las cifras», no ofrecen una solución definitiva, puesto que mientras que la sociedad en conjunto no decida y reivindique que se tenga en cuenta a las mujeres, no se podrán reducir las inequidades en materia de salud materna. Sus historias han permanecido silenciadas durante demasiado tiempo.

Daisy Mafubelu
Subdirectora General de Salud
de la Familia y Comunitaria de la OMS

MÁS ALLÁ DE LOS DATOS: METODOLOGÍAS PARA LA INVESTIGACIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS PARA UN EMBARAZO MÁS SEGURO

En respuesta a la evidente y lamentable ausencia de avances en la reducción de la mortalidad materna en todo el mundo (1), muchas instituciones, regiones y países están empezando a recopilar y analizar los datos sobre las causas de las muertes maternas. Aunque se trata de un primer paso bien recibido, el mero hecho de recabar estos datos, o de identificar las causas de las muertes a través de datos estadísticos, no proporciona las pruebas requeridas que necesitamos para tener estrategias que permitan eliminar las barreras asistenciales de carácter clínico, social y poblacional a las que se enfrentan las madres.

A efectos de desarrollar estrategias locales y nacionales concretas para una maternidad segura, debemos contar con un método de diagnóstico más preciso que nos permita identificar las barreras que obstaculizan el acceso a la asistencia sanitaria y sus principales causas. Las tasas de mortalidad materna, que constituyen la herramienta internacional normalizada, generalmente utilizada para establecer puntos de referencia y evaluar los avances en materia de salud materna, no proporcionan información sobre los cuadros clínicos que finalizan en la muerte materna, los factores que determinan dichas muertes, el modo en que se podrían prevenir o los grupos específicos a los que pertenecen.

Mientras que las causas clínicas de muerte materna tienden a ser generalmente las mismas (abortos de riesgo, hemorragias, sepsis, eclampsias y partos oclusivos) (1), las causas directas son diversas. Por ejemplo, las barreras a la atención sanitaria podrían deberse a las normas y creencias culturales, a la precaria situación de las mujeres, a la falta

de recursos económicos, de medios de transporte o de centros sanitarios, o a una deficiente atención clínica. Muchos de quienes trabajamos en el ámbito de la salud de las mujeres a nivel internacional utilizamos el modelo de los “tres retrasos” (“Three Delays”) con el fin de identificar las barreras a las que se enfrentan las mujeres gestantes a la hora de recibir la atención sanitaria que necesitan (2). Dichas barreras pueden encontrarse en la propia familia, en la comunidad o en el sistema de salud, y habitualmente están interrelacionadas. Por ejemplo, la causa de la muerte materna:

1. ¿está asociada con la demora en buscar asistencia?; ¿desconocían estas mujeres, o sus familias la necesidad de recibir asistencia médica, o los síntomas de posibles problemas?; ¿fueron las barreras económicas, familiares o socioculturales las que impidieron que las mujeres buscaran recibir asistencia sanitaria?, o
2. ¿se debió a un retraso en la llegada al recurso de atención sanitaria?; ¿existían, en principio, dichos servicios?; ¿había una carencia de medios de transporte o eran demasiado caros?; ¿o eran los centros de salud inaccesibles por otros motivos, como la mala reputación?, o
3. ¿fue a causa de una demora en una atención eficaz?; ¿contaba el centro sanitario con el equipamiento y el personal adecuados y fue incorrecta la atención sanitaria recibida o incluso perjudicial?

En distintos países, se está demostrando que tanto la generalizada recogida de datos como los controles más exhaustivos sobre la mortalidad y la morbilidad ma-

ternas está contribuyendo a responder a estas preguntas, proporcionando información necesaria para avanzar hacia una atención sanitaria materna modernizada. Los resultados de estos análisis permiten que los factores evitables y las oportunidades desaprovechadas e identificadas en los estudios constituyan la base para la elaboración de recomendaciones que den lugar a cambios beneficiosos en los servicios sanitarios y maternoinfantiles en general, así como en la práctica clínica (3, 4). Dichos análisis tienen por objetivo investigar las muertes maternas sobrevenidas durante el embarazo, el parto y el posparto y extraer lecciones. En ellos se analiza, se evalúa y se identifica la atención clínica que recibió la madre, así como las causas que provocaron las muertes, lo que nos permite extraer información relevante para desarrollar y aprobar recomendaciones para la eliminación en el futuro de las barreras y los obstáculos existentes en el ámbito de la asistencia sanitaria relacionada con la maternidad.

Las metodologías que se pueden emplear son variadas, tal y como se expone en la Tabla 1, en función de las circunstancias y el alcance del estudio propuesto, y del porcentaje de población que vaya a participar. Ninguna de estas técnicas se utiliza para el simple recuento de muertes con fines estadísticos, ya que aportan pruebas que identifican los principales problemas que impiden evitar la mortalidad materna, permiten analizar lo que se puede hacer en términos prácticos, destacan las áreas clave que requieren recomendaciones para el sector de salud y la acción comunitaria, así como pautas para mejorar los resultados clínicos.

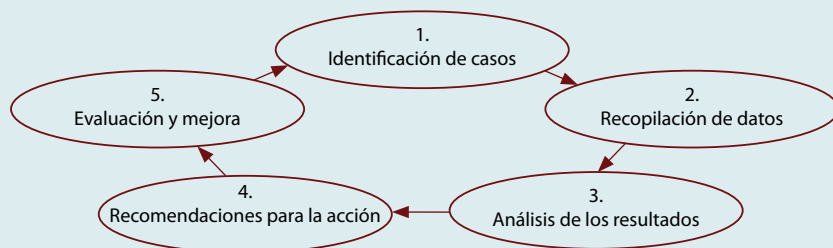
Estas metodologías se encuentran analizadas y descritas en *Beyond The Numbers* (5), una iniciativa de la OMS que tiene por objeto reducir los riesgos del embarazo (*Making Pregnancy Safer*), actualmente también promovida por las principales organizaciones internacionales que trabajan en la promoción de la maternidad segura. En el Cuadro 1 se exponen los principales puntos comunes de las diversas metodologías, y en la Figura 1 se expone el importante proceso de actuación y vigilancia de la mortalidad y la morbilidad maternas, que nos muestra que la intervención es la meta fundamental de los análisis, ya que sin ella éstos serían inútiles. Hasta ahora más de 50 países han participado en la iniciativa BTN como asistentes u organizadores de talleres sobre esta materia; y la mayoría de los países de la Región Europea de la OMS ya han puesto en marcha sus propias investigaciones o se plantean, y otros están a punto de ello.

Tabla 1. Más allá de las cifras; métodos para la investigación de la mortalidad o morbilidad materna (5)

Enfoque	Definición
Análisis de factores socio-comunitarios de las muertes maternas	Constituyen un método para distinguir entre las causas médicas de las muertes y diferenciar los factores personales, familiares o colectivos que pudieron incidir en el fallecimiento de las mujeres, independientemente de las dependencias médicas.
Estudio de las muertes maternas relacionada con los servicios médicos	Consiste en una investigación cualitativa y exhaustiva de las causas y circunstancias que rodean las muertes maternas que tienen lugar en dependencias médicas. Los fallecimientos se identifican primero a nivel de la institución médica, pero dichas investigaciones también tienen por objeto identificar la combinación de factores presentes en las dependencias de salud y en la comunidad que contribuyeron a la muerte, diferenciando los factores que pudieron ser evitables.
Investigaciones confidenciales de muertes maternas	Esta metodología consiste en la realización de investigaciones sistemáticas, multidisciplinarias y anónimas de todas las muertes maternas o de una muestra representativa de las ocurridas en un área, región (Estado) o país. Identifica las cantidades, las causas y los factores asociados evitables o remediables.
Encuestas de morbilidad grave (“near miss”)	Con ellas se identifican y valoran los casos en los que la gestante sobrevive a complicaciones obstétricas graves.



Figura 1. Investigación de mortalidad y morbilidad materna y ciclo de acción



Extraer un aprendizaje y actuar a partir de los resultados de la investigación representa el objetivo general para utilizar estos enfoques. Todos los enfoques diseñados para investigar la mortalidad o la morbilidad materna, o las prácticas clínicas que pretenden mejorar la salud materna, utilizan como principio rector el ciclo de vigilancia o de control, que es el proceso secuencial para la identificación de casos, recogida y análisis de una información, formular recomendaciones prácticas que habrán de aplicarse, para entonces finalizar con la evaluación de los resultados y la mejora del programa, tal y como muestra la Figura 1. El objetivo fundamental del proceso de vigilancia es la acción, no el mero recuento de casos y el cálculo de índices y tasas. Todos estos pasos (identificación, recogida y análisis de datos, acción y evaluación) son cruciales y deben aplicarse en secuencia para justificar los esfuerzos dedicados y cambiar la situación, y dado que la acción es el objetivo principal de estos estudios, es importante que las personas con capacidad para llevar a cabo los cambios recomendados participen activamente en el proceso.

Los resultados de estos estudios determinarán, si los hubiera, qué factores evitables de carácter clínico, institucional o comunitario estuvieron presentes en el momento de prestar la atención sanitaria a las madres. Las conclusiones extraídas permitirán al personal sanitario y a las personas relacionadas con la planificación de servicios de salud identificar y abordar las oportunidades desaprovechadas y/o cualesquiera factores evitables, ya que presentarán pruebas sobre dónde residen los problemas y señalarán las áreas que requieren recomendaciones prácticas para el sector sanitario y la acción comunitaria, así como directrices clínicas. Los resultados también pueden servir para comparar y controlar los logros. Lo que es importante es que las recomendaciones sean sencillas, factibles, eficaces y ampliamente difundidas.

Por último, ya en el año 1954, tras la puesta en marcha en el Reino Unido de la Investigación Confidencial de Muertes Maternas, el ejemplo que más ha permanecido se reconoció que la participación en investigaciones confidenciales ejercía un «poderoso efecto secundario» (6). Dicho efecto secundario era el siguiente: «cada persona involucrada en las investigaciones, sin importar cuán experimentada era la persona o si su trabajo se desarrollaba en un hospital universitario, en un hospital local, en la comunidad o en la casa del paciente, se beneficiaba de su efecto educativo» (7). La experiencia personal se considera, por tanto, una valiosa herramienta para beneficiarse de los avances en la práctica profesional individual.

Referencias

1. Ronsmans C, Graham WJ, en nombre del grupo directivo de The Lancet Maternal Survival Series. Maternal mortality: who, when, where and why? The Lancet 2006;368: 1189-200
2. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Social Science and Medicine; 1994:1091-110.
3. Lewis G. Reviewing maternal deaths to make pregnancy safer. En Moodley J (ed). Recent advances in obstetrics. Elsevier (en prensa). Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Vol. 22, N° 3, pp. 447-463, 2008. www.sciencedirect.com.
4. Bacci A, Lewis G, Baltag V, Betrán A. "Beyond The Numbers": introduction of maternal mortality and severe morbidity audit in the European Region. Reproductive health matters. Octubre de 2007.
5. Organización Mundial de la Salud. Más allá de las cifras. Revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura. OMS. Ginebra: 2004. www.who.int
6. Ministry of Health. Report of the Confidential Enquiry into Maternal Deaths in England and Wales, 1952-

1954. Reports on Public Health and Medical Subjects N° 97: HMSO. 1954.
7. Godber G. The Confidential Enquiry into Maternal Deaths. En: A Question of Quality? Nuffield Provincial Hospitals Trusts; Oxford University Press: 1976.

Gwyneth Lewis, MD, FRCOG, FFPH, FACOG

Catedrática, Directora de Salud Materna Internacional del Departamento de Salud, Editora de Inglaterra de Beyond The Numbers
Gwyneth.lewis@dh.gsi.gov.uk

Cuadro 1. Rasgos comunes y aspectos fundamentales de todas las metodologías de BTN en materia de mortalidad y morbilidad maternas

Los objetivos son:

- salvar más vidas de mujeres y recién nacidos o nacidas, reducir la morbi-mortalidad materna y mejorar la calidad de los servicios de maternidad en beneficio de todas las gestantes y sus bebés,
- desarrollar un sistema de evaluación de casos confidencial o, preferiblemente, anónimo e independiente del marco legal, con el fin de que las personas encargadas de rellenar los formularios y las que tienen la tarea de analizarlos se sientan seguras para revelar la verdadera etiología que podría haber contribuido al desencadenamiento de la muerte materna, sin temor a posibles medidas punitivas contra ellas,
- a través del uso de directrices y recomendaciones derivadas de los casos evaluados, ayudar a garantizar que todas las mujeres embarazadas y que hayan dado a luz recientemente reciban los mejores cuidados posibles, en entornos apropiados y de manera que se tengan en cuenta y se satisfagan sus necesidades individuales, e
- identificar fuera del sistema sanitario las barreras más comunes que interfieren en la atención sanitaria materna y tomar medidas al respecto o defender los cambios beneficiosos, como la mejora de la situación de la mujer, los programas de educación sanitaria y la mejora de los medios de transporte para la comunidad.
 - Los enfoques pueden utilizarse en los ámbitos comunitario, institucional, regional o nacional.
 - Los distintos enfoques son adecuados para distintas circunstancias y niveles heterogéneos, dentro de los servicios de salud, y sirven para analizar diversos resultados, un abanico de situaciones y sus consecuencias, además de la muerte de la madre.

IMPLANTACIÓN DE LA INICIATIVA “MÁS ALLÁ DE LAS CIFRAS” EN LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS: MEDIDAS ADOPTADAS, RETOS, LOGROS Y SITUACIÓN ACTUAL

Antecedentes

Aunque la maternidad se considera una experiencia positiva y satisfactoria, el embarazo y el parto también pueden estar asociados al sufrimiento, la mala salud y e incluso la muerte. No existe un factor más importante para el bienestar global que la salud materna y perinatal y, sin embargo, todos los años mueren mujeres y recién nacidos/as por complicaciones que podrían haberse evitado.

La OMS editó en el año 2000 el programa Making Pregnancy Safer (MPS), que teniendo como objetivo reducir los riesgos del embarazo, ofrece una herramienta que sirva para ayudar a los países a implantar intervenciones con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal y mejorar la salud. Entre las distintas directrices estratégicas ofrecidas por el MPS de la Oficina Regional para Europa, en 2004 se introdujo una nueva metodología para la investigación y el control de casos de mortalidad y morbilidad materna, el manual “Más allá de las cifras» (BTN, Beyond the Numbers), que se implantó con éxito en los países de la Región Europea de la OMS, en colaboración con otros socios y bajo la dirección de los Ministerios de Sanidad. Este nuevo método que se centra en enfoques anónimos participativos basados en pruebas, que evita la culpabilización e imposición de sanciones, que conlleva una recopilación de datos y de oportunidades de aprendizaje desaprovechadas, tiene por objeto mejorar la calidad de la atención sanitaria.

¿Qué es “Más allá de las cifras”?

«Más allá de las cifras» (BTN) es una guía práctica elaborada por cualificados expertos y expertas internacionales, que describe cinco enfoques de eficacia demostrada para la investigación de casos de mortalidad o morbilidad materna. La filosofía de BTN es sencilla: se pueden evitar las muertes maternas en países con recursos limitados y se pueden diseñar e implantar intervenciones eficaces si se conoce y analiza la información sobre los factores que incidieron en las muertes. Aunque los principales determinantes y causas de la mortalidad y la morbilidad maternas (hemorragia, trastornos hipertensivos, sepsis, abortos y partos de riesgo) han quedado bien documentados en el ámbito internacional, dichos factores difieren según las regiones, los países, los municipios y las comunidades. Por

consiguiente, es necesario contar con enfoques individuales específicos para cada situación con el fin de analizar y hacer frente a estos factores.

Dichos enfoques pueden abarcar todos los niveles del sistema sanitario o aplicarse únicamente en los centros sanitarios. Por ejemplo, los análisis individualizados de casos pueden aportar pruebas de dónde residen los principales problemas, analizar qué se puede hacer en términos prácticos y destacar las áreas clave que requieren intervenciones por parte del sector de salud y de la comunidad, contribuyendo todo ello al desarrollo de directrices clínicas actualizadas y basadas en la experiencia. Además, combinando sistemáticamente hallazgos de investigaciones individuales de muertes de mujeres con otras más amplias sobre la mortalidad o la morbilidad maternas, se puede llevar a cabo un análisis fiable. Los resultados de dichas investigaciones han supuesto cambios en la prestación de cuidados maternos que han supuesto mejoras relativas a la atención sanitaria, y pueden ser útiles para comparar y controlar el éxito de las intervenciones. Este método de seguimiento de la aplicación de las recomendaciones es una parte esencial del sistema, ya que fomenta la acción del sector sanitario y recuerda a los comités de evaluación que sus recomendaciones tienen que basarse en pruebas. Los resultados de las investigaciones de casos también pueden desempeñar una función de promoción y defensa y se pueden utilizar por el Ministerio de Sanidad, el Gobierno y las personas que ostentan el poder para aumentar la concienciación y movilizar los recursos, tanto nacionales como de los organismos donantes.

Pasos hacia la aplicación de BTN

Con el fin de lograr la puesta en práctica eficaz de las investigaciones y el control de casos de morbilidad y mortalidad materna, la Oficina Regional para Europa de la OMS realizó una serie de actividades: organización de reuniones multinacionales, talleres de BTN y otras actividades previas a nivel nacional, la aplicación piloto, la investigación llevada a cabo por equipos de personas expertas nacionales e internacionales, y el desarrollo y aplicación de estrategias de difusión.

Talleres regionales

El primer taller regional sobre BTN se celebró en Kirguistán en 2004 y en él

participaron cinco países: Kazajistán, Kirguistán, la República de Moldavia, Tayikistán y Uzbekistán.

Un año después se celebró otro taller regional en Armenia, en el que participaron siete países: Armenia, Albania, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Rumanía, la Federación Rusa, Turquía y Turkmenistán, con representantes de los Ministerios de Sanidad, entidades profesionales y distintos socios. El equipo de expertos y expertas internacionales llevó a cabo la presentación de los cinco métodos de BTN, a la que siguió un debate y la posterior elaboración de recomendaciones sobre cómo introducir la iniciativa BTN, incluyendo los requisitos previos necesarios. La mayoría de los países participantes solicitaron el apoyo de la OMS para la incorporación de la iniciativa BTN y comenzaron a elaborar el marco jurídico para recibir la aprobación oficial de BTN tales como la modificación o el desarrollo de las leyes, órdenes y “prikazes” (un tipo de decreto) pertinentes.

Prerrequisito: unas directrices clínicas clave actualizadas

Según la OMS, la existencia de directrices clínicas basadas en la evidencia y que se actualizan teniendo en cuenta las principales enfermedades y complicaciones, constituye un requisito para la prestación de atención sanitaria de calidad y para dirigir las investigaciones y el control de casos. Por consiguiente, en varios países, como primer paso para la aplicación de la BTN, la Oficina Regional de la OMS para el programa MPS concedió prioridad al desarrollo de capacidades en este ámbito a través de talleres sobre atención sanitaria materna y neonatal basada en experiencias, dirigidos a un equipo integrado por personal clínico de primer nivel y por un conjunto de personas encargadas del desarrollo de las directrices. El objetivo último consistía en utilizar pruebas científicas en la formulación y actualización de directrices, normas y reglamentos clínicos, con la meta final de introducir cambios en la praxis clínica.

Durante los años posteriores, estas actividades dieron lugar, por parte de grupos de trabajo nacionales, a una serie de directrices clínicas para las principales complicaciones obstétricas, que eran evaluadas por personas expertas de la OMS y después eran ratificadas y difundidas por los Ministerios de Sanidad. El proceso



de desarrollo, aprobación oficial y difusión fue reforzado y motivado por las recomendaciones de la OMS que indicaban que las directrices actualizadas basadas en la evidencia constituyen un requisito fundamental para la mejora de la praxis clínica y una base sólida para la introducción de la auditoría sobre la atención sanitaria materna y perinatal; además, el hecho de basar las sesiones de auditoría en directrices clínicas actualizadas refuerza el uso y la adopción de éstas en la praxis clínica.

Talleres nacionales sobre BTN

A solicitud de los Ministerios de Sanidad, la OMS, con el apoyo de diversos socios, organizó talleres nacionales sobre BTN en Armenia, Kazajistán, Kirguistán, Rumanía, Tayikistán, la República de Moldavia, la Federación Rusa, Ucrania y Uzbekistán. A ellos acudieron obstetras y especialistas en ginecología, matronas/es y representantes de diversas áreas de la psicología y de los servicios sociales, así como de las principales instituciones médicas y docentes, de asociaciones profesionales y de los Ministerios de Sanidad.

Durante estos talleres nacionales, las y los participantes decidieron aplicar dos de los enfoques de BTN con el fin de mejorar la calidad y los resultados de la atención sanitaria materna: la Investigación Confidencial de Muertes Maternas (CEMD), para su aplicación en el ámbito nacional, y las encuestas de casos near-miss (NMCR), para su aplicación en los servicios sanitarios. Posteriormente, se desarrollaron planes de acción a efectos de aplicar estos dos métodos en el ámbito nacional, con la celebración, asimismo, de talleres técnicos en Armenia, Kazajistán, Kirguistán, Rumanía, Tayikistán, la República de Moldavia, la Federación Rusa y Uzbekistán. El objetivo de dichos talleres consistía en desarrollar herramientas y mecanismos para la introducción de las NMCR en tres o cuatro instituciones piloto y potenciar recursos y el marco preciso para poner en marcha las CEMD en el ámbito nacional.

Fase piloto

El siguiente paso del proceso de implantación consistía en la aplicación piloto de los dos métodos escogidos. Las NMCR se pusieron a prueba en determinados hospitales de maternidad de seis países, con el apoyo técnico de personas expertas de la OMS.

La aplicación de las CEMD se puso en marcha en 6 países por equipos nacionales de personal formado.

Las Oficinas Nacionales y Regionales de la OMS, junto con las personas designadas por los Ministerios de Sanidad para la coordinación nacional de la aplicación de las NMCR, proporcionaron un mayor apoyo técnico y seguimiento, organizando visitas a las maternidades piloto y formulando observaciones y comentarios técnicos en las reuniones de NMCR y CEMD. También se organizaron actividades formativas a partir de las conclusiones y las recomendaciones, como el taller sobre «Cómo dirigir las investigaciones» celebrado en Uzbekistán por un experto local.

Evaluación

El último paso para la aplicación de estos nuevos métodos consistía en que determinadas personas expertas en la materia observaran y analizaran el desarrollo de las experiencias piloto de BTN. También se realizó un taller para la aplicación de los enfoques de BTN a mayor escala, celebrado en la República de Moldavia y en Uzbekistán.

Estas actividades dejaron claramente documentado el hecho de que tan sólo tras la realización de unas pocas investigaciones de casos se podían obtener datos precisos sobre la atención sanitaria materna y desarrollar soluciones prácticas factibles y eficaces para mejorar la calidad de los servicios de salud, siendo su mayor reto el garantizar la aplicación de estas alternativas con el fin de mejorar la calidad de la atención. Dichas actividades demostraron, asimismo, que las personas implicadas en las investigaciones conocían el fin y la metodología de estos enfoques, centrando su atención en la detección de oportunidades perdidas y la elaboración de estrategias para mejorar la praxis clínica, antes que en identificar y castigar al/ a la culpable. Conviene señalar que se vio que los mayores logros se obtuvieron en centros en los que se habían introducido o ya estaban en marcha cursos de formación y recomendaciones de la OMS, como el curso de Atención Perinatal Eficaz (Effective Perinatal Care).

Los retos, los logros y las lecciones extraídas de la iniciativa BTN

Basándose en la experiencia de la iniciativa BTN en la Región Europea de la OMS, se celebró entre el 14 y el 19 de

junio, en Uzbekistán, un taller en el que participaron países seleccionados de la Región con el fin de revisar los retos y los logros de BTN y compartir conclusiones sobre el proceso de implantación de esta iniciativa.

Uno de los mayores retos que se presentaron a la hora de implantar estos nuevos métodos fue el dilatado periodo de tiempo requerido para garantizar los marcos jurídicos y las directrices clínicas correspondientes. No obstante, este mismo reto brindó, una excelente oportunidad para fomentar y aumentar el desarrollo de capacidades en estos ámbitos en los países participantes. En la actualidad, con el apoyo de la OMS, cinco de estos países (Kazajistán, Kirguistán, la República de Moldavia, Tayikistán y Uzbekistán) utilizan dos de los enfoques de la iniciativa BTN: las CEMD en el ámbito nacional, y las NMCR en las maternidades. Entre los retos que se presentaron, destaca la dificultad para superar las reticencias que mostraba el personal sanitario y administrativo de las dependencias de salud a aceptar un nuevo sistema de auditoría, después de haber estado aplicando durante años un sistema de asignación de responsabilidades y sanciones, por lo que, al principio, el temor a duros castigos dificultó la obtención de historias clínicas, la exposición transparente de los hechos y el trabajo dirigido a lograr soluciones; pero dicho temor se fue diluyendo con el tiempo y con el reconocimiento de que se había producido un cambio en relación a las muertes maternas. Una clave fundamental del éxito del proceso completo, desde su implantación hasta su difusión, fue la implicación y el compromiso de los Ministerios de Sanidad, las entidades asociadas y las principales partes interesadas.

Alberta Bacci, MD

Coordinadora Regional del Programa para la Reducción de los Riesgos del Embarazo (Making Pregnancy Safer), Oficina Regional Europea de la OMS
aba@euro.who.int

LA INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS: LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA SOBRE SALUD MATERNA Y NEONATAL EN LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS

La información puede expresarse de muchos modos, como, datos y/o estadísticas, y se pueden interpretar de diferentes maneras, en función de quien lo haga pero, para las personas que trabajan en el ámbito de la salud materna e infantil internacional (SMI), representan mucho más: representan a las personas, especialmente a madres, bebés, niños/niñas y familias cuyas vidas se han visto alteradas debido a una grave morbilidad materna y neonatal (MN) y, en demasiados casos, a la mortalidad.

El porqué de la recogida de datos cuantitativos

La recogida de datos sobre morbilidad y mortalidad MN es necesaria como un primer paso para abordar el problema de los resultados adversos en salud materna y neonatal (MN) pero, para que los países y los Gobiernos puedan ir más allá y analicen los factores de ámbito cultural, socioeconómico o institucional que inciden en ellos, hay que evaluar previamente la magnitud del problema.

La ratio de mortalidad materna, las tasas de mortalidad neonatal y perinatal y las de mortalidad infantil constituyen indicadores internacionalmente aceptados para medir y evaluar los avances de los países y las regiones que buscan, con su trabajo, mejorar la salud MN. Dichos indicadores proporcionan a los Gobiernos una idea de la situación existente en sus propios países y una visión comparativa global, además de que estos datos constituyen una información importante que, en el ámbito nacional, se utiliza para planificar la salud reproductiva, la investigación y las actividades de promoción y, en el ámbito internacional, se utilizan para la adopción de decisiones relativas al apoyo financiero a los países para la mejora de la salud materna, neonatal e infantil. La situación global de la población femenina e infantil se ha utilizado desde hace mucho como indicador del desarrollo de un país, y como una unidad de medida sensible del estado de salud general de la población en conjunto.

Retos en la recogida de datos

Son muchas las dificultades que se presentan al intentar determinar con precisión estos indicadores, por lo que la declaración del número de muertes MN inferior al real suele ser más la regla que la excepción. Para informar sobre los resultados hay que contar con un sistema de salud que funcione correctamente y que pueda identificar los sucesos adversos y ponerlos en

conocimiento de los organismos estatales correspondientes. En países con escasos recursos, en los que tienen lugar la mayoría de las muertes maternas y neonatales, la infravaloración del verdadero alcance del problema aumenta por el mal funcionamiento de los departamentos de estadísticas, por un elevado índice de atención sanitaria domiciliaria no cualificada, y por unos sistemas sanitarios precarios. En segundo lugar, en aquellos casos en los que los Gobiernos recurren al sistema punitivo y de atribución de responsabilidades para hacer frente a las muertes MN, es probable que se lleve a cabo deliberadamente una clasificación errónea de las mismas o que no se informe de ellas por temor a las consecuencias legales. Además, sigue constituyendo un reto el hecho de detectar y registrar las muertes en etapas tempranas del embarazo y las debidas a causas no obstétricas.

Sin embargo, la infravaloración de muertes MN no es un fenómeno que se presente únicamente en los países con recursos limitados, puesto que en los países que tienen ingresos medios y altos también se dedican grandes esfuerzos a obtener estos datos de forma fiable. En la Región Europea de la OMS, los índices de mortalidad MN varían significativamente de unos países a otros, según sea la fuente de datos utilizada (figura 1), omitiéndose con frecuencia en las estadísticas oficiales casos de muertes de este tipo, debido a una clasificación errónea de las mismas.

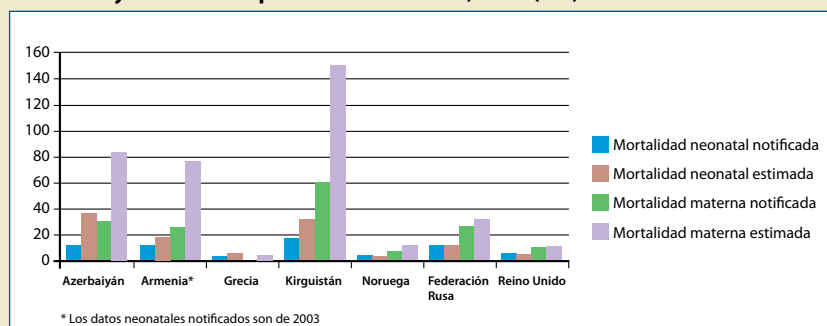
Por los motivos expuestos anteriormente, los cálculos de las tasas de mortalidad materna (MM) llevarán siempre inherentes un cierto grado de incertidumbre, puesto que los diferentes métodos de cálculo de dichas tasas pueden mostrar distintos resultados en función de las hipótesis utilizadas, algo que siempre hay que tener en cuenta a la hora de interpretar los datos,

situación sobre la que el reciente artículo sobre MM, publicado en *The Lancet*, hace hincapié. El estudio, en el que se utilizaron nuevos datos disponibles y el modelado geoespacial, presentó estadísticas y tendencias de MM que preveían una caída más acusada de la tasa de MM que las previsiones de la ONU (387.000 muertes en 2005 frente a 536.000) (1, 4). Es probable que la diferencia entre estas estimaciones se deba tanto a los nuevos datos disponibles como a los diferentes métodos utilizados para el cálculo, ya que el modelado geoespacial es una metodología avanzada más moderna. Incluso aplicando esta metodología, es importante destacar que las tasas de MM siguen siendo inaceptablemente elevadas y que las diferencias entre las distintas estimaciones de MM reflejan, en última instancia, una falta de datos fidedignos.

¿Qué es lo que pueden y lo que no pueden decirnos los datos?

Es importante ser consciente de lo que pueden y lo que no pueden decirnos las estadísticas oficiales. Aunque se pueden utilizar para medir los avances realizados, comparar situaciones en distintas zonas de un mismo país y presentar perspectivas comparativas entre datos de distintos países y regiones, no sirven para identificar los grupos de mujeres que mueren (es decir, minorías, refugiadas, pobres) ni para determinar cuáles fueron las causas que incidieron en sus muertes. Además, determinados indicadores, particularmente los relativos a la mortalidad perinatal, dependen en gran medida de la definición o la terminología utilizadas para la recogida de datos (es decir, el término mortinato puede hacer referencia al fallecimiento intrauterino del feto de más de 500 gramos de peso tras 20 semanas de gestación, o puede estar restringido al fallecimiento intrauterino del feto

Figura 1. Mortalidad materna y neonatal (por cada 100.000 nacidas/nacidos vivos) notificada y estimada en países seleccionados, 2004 (1-3).





Lisa Avery

con más de 28 semanas de gestación). Por lo tanto, siempre hay que prestar atención a estos datos a la hora de realizar comparaciones entre países, dado que actualmente en la Región Europea de la OMS hay muchos indicadores de la salud reproductiva que no están normalizados. Por eso, dichos indicadores resultan pobres para desarrollar estrategias eficaces para mejorar la salud materna y neonatal, por lo que el hecho de basarse únicamente en estas cifras podría no traducirse en progresos hacia la consecución de los ODM. Si no sabemos quién muere, ni por qué, ni dónde, no se pueden diseñar ni aplicar estrategias adecuadas que garanticen un acceso equitativo a la atención de calidad y una buena salud materna e infantil. Por ello, para conocer este tipo de información debemos ir más allá de las cifras y llevar a cabo investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas y neonatales, análisis de las informaciones recogidas en la comunidad, auditorías clínicas y encuestas sobre casos “near miss”.

Situación en la Región Europea

Aunque desde 1994 se ha verificado en la Región Europea de la OMS una caída general, tanto en la mortalidad materna, como en la mortalidad neonatal, existen importantes diferencias. Los datos notificados correspondientes a 2008 oscilan entre 0 muertes maternas por cada 100.000 nacidas/nacidos vivos en Estonia y en la Antigua República Yugoslava de Macedonia, y la cifra más elevada de 58,9 en Kirguistán, y entre la cifra más baja de 1,65 muertes neonatales en Islandia y la cifra más elevada de 7,89 en la República de Moldavia (1). También siguen existiendo importantes diferencias entre los datos notificados y los datos estimados en los propios países con respecto a estos indicadores (figura 1).

La UE, al reconocer que un mejor sistema de salud demanda mejores estadísticas mejoradas, creó en 1999, como parte integrante de su Programa de vigilancia de la salud (Health Monitoring Programme), el proyecto EURO-PERISTAT, que tenía por objeto desarrollar indicadores de salud materna y perinatal válidos y coherentes que se pudieran utilizar para hacer un seguimiento de la salud perinatal en toda la Unión Europea, para ello el personal médico, estadístico y epidemiológico de Noruega y de 25 Estados miembros de la UE desarrollaron y consensuaron un conjunto de 10 indicadores principales

y 24 indicadores recomendados (véase cuadro de texto 1). Aunque la iniciación en el uso de indicadores seleccionados en el ámbito nacional ha demostrado ser complicada, a través del proyecto se elaboró en 2009 el informe sobre la salud perinatal europea llamado “The European Perinatal Health Report: comparing the health and care of pregnant women and newborn babies in Europe”, el primer informe realmente detallado sobre salud perinatal en la Región Europea que recogía gran cantidad de información comparativa sobre la situación actual de la salud materna, neonatal e infantil, tanto entre los distintos países como en cada uno de ellos (5).

Orientaciones para el futuro

Toda iniciativa de mejora para mejorar la salud materna, neonatal e infantil depende del conocimiento que tengamos sobre la situación actual, por consiguiente, disponer de datos constituirá siempre un prerrequisito para la mejora. Las iniciativas que se emprendan en el futuro para mejorar las estimaciones y la recogida de estadísticas de salud MN deberían centrarse en:

- Aumentar la colaboración entre instituciones académicas y Gobiernos para desarrollar nuevos modelos y cuotas para la estimación y recogida de datos;
- Invertir en reforzar los sistemas de información de la salud de ámbito nacional;
- Desarrollar capacidades de ámbito nacional para la recogida, el análisis y la interpretación de datos; y
- Normalizar e implantar indicadores de salud materna y perinatal que permitan realizar comparaciones entre países y regiones.

Por último, así como es necesario plantear como prioridad la adopción de iniciativas para mejorar la fiabilidad de los datos cuantitativos en los ámbitos regional, nacional e internacional, dichas iniciativas se deben aplicar junto con métodos cualitativos, como los descritos en la herramienta Beyond the Numbers de la OMS. Ello contribuirá a garantizar que, además de reconocer el alcance del problema, se identifiquen también las causas que contribuyan al mismo o lo originen, y que se actúe en consecuencia.

Lisa Avery, MD, MIH
Editora Entre Nous
avery@cc.umanitoba.ca

Referencias

1. Base de datos Salud para Todos (HFA) de la OMS, enero de 2010.
2. OMS. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, la UNICEF, el FNUAP y el Banco Mundial. Ginebra: OMS, 2007.
3. Ahman E. y Zupan J. Neonatal and perinatal mortality. Country, Regional and Global Estimates 2004. Ginebra: OMS, Departamento para Reducir los Riesgos del Embarazo, 2007.
4. Hogan M, Foreman K, Naghavi M et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980 – 2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. The Lancet 2010; 375:1609-1623.
5. The European Perinatal Health Report: comparing the health and care of pregnant women and newborn babies in Europe. Proyecto EURO-PERISTAT con SCPE, EUROCAT y EURONEOSTAT, 2009. Se puede consultar en: <http://www.europeristat.com/>

Principales indicadores de salud perinatal del proyecto EURO-PERISTAT.

SALUD FETAL, NEONATAL E INFANTIL

- C: Tasa de mortalidad fetal por edad gestacional, peso al nacer y multiparidad
- C: Tasa de mortalidad neonatal por edad gestacional, peso al nacer y multiparidad
- C: Tasa de mortalidad infantil por edad gestacional, peso al nacer, multiparidad
- C: Peso al nacer según la situación vital, la edad gestacional y la multiparidad
- C: Distribución de la edad gestacional según situación vital y la multiparidad

SALUD MATERNA

- C: Tasa de mortalidad materna por edad y tipo de parto

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN/FACTORES DE RIESGO

- C: Tasa de nacimientos múltiples en relación al número de fetos
- C: Distribución de la edad materna
- C: Distribución de la paridad

SERVICIOS DE SALUD

- C: Tipo de parto según paridad, multiparidad, presentación y cesáreas previas

La lista de todos los indicadores se encuentra disponible para su consulta en www.europeristat.com

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA PERINATAL A TRAVÉS DE “INVESTIGACIONES CONFIDENCIALES”, EN LA REPÚBLICA DE MOLDAVIA

En 2002, se elaboró la iniciativa internacional de la OMS Programa para la Reducción de los Riesgos del Embarazo, (MPS, del inglés Making Pregnancy Safer), y para ello se escogió a la República de Moldavia como país piloto dentro de la Región Europea. Uno de los principales objetivos que se consensaron fue la realización de auditorías en el ámbito de la salud materna y neonatal con el fin de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria a estos grupos de población. En el ámbito perinatal, esta iniciativa fue respaldada por el Programa para la promoción de la maternidad sin riesgo y de la salud neonatal (Safe Motherhood and Newborn Health), de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y fue bautizada como “Beyond the numbers: implementation of new approaches for reviewing perinatal deaths in the Republic of Moldova.”

El proyecto de Auditoría Perinatal

Aunque la República de Moldavia ha experimentado una reducción en mortalidad perinatal desde 2001, no se verificó ningún cambio en la tasa de mortalidad de bebés que han alcanzado el desarrollo completo que representaba aproximadamente el 50% de todas las muertes perinatales. El análisis de casos realizado en dependencias sanitarias era complicado y a menudo no servía para determinar las causas de dichas muertes. También preocupaban las medidas punitivas sancionadoras, y no es de sorprender que en ocasiones fuera difícil conseguir que el personal médico colaborara en evaluaciones internas de resultados perinatales adversos. Tras consultar al catedrático Jason Gardosi, del Perinatal Institute de Birmingham, Reino Unido, mentor del Proyecto de Vigilancia Perinatal de la FIGO en Moldavia, se decidió establecer el programa de “investigaciones confidenciales”, que fue implantado con la ayuda de la Sociedad moldava de Obstetricia y Ginecología, la Asociación de Matronas y la Asociación de Medicina Perinatal.

“Investigaciones confidenciales”

Las “investigaciones confidenciales” constituyen un método especial de auditoría perinatal de revisión, para ello se forman grupos multidisciplinares que analizan casos anónimos mediante la evaluación de la calidad de la atención prestada en base a normas localmente aplicables y mediante la estimación de los resultados. Este modelo ha estado funcionando en el Reino Unido para la evaluación de muertes maternas (CEMD) y de muertes

Nivel	Definición	Número	Porcentaje
0	atención no deficiente	2	0,9
1	atención deficiente, un manejo diferente del caso no cambiaría los resultados	25	10,8
2	atención deficiente, un manejo diferente del caso podría haber cambiado los resultados	121	52,4
3	atención deficiente, un manejo diferente del caso, probablemente habría conllevado cambios en los resultados	83	35,9

Tabla 1. Clasificación de la calidad de la atención en investigaciones confidenciales de muertes perinatales.

perinatales (CESDI), y en los últimos años ha sido objeto de un desarrollo más profundo por parte del Perinatal Institute in the West Midlands como programa permanente que proporciona información continua para reforzar el compromiso de las partes interesadas y el desarrollo de buenas prácticas. El elemento fundamental de este método consiste en que las personas encargadas de analizar los casos no han participado en la prestación de la atención sanitaria y ni siquiera conocen la identidad de la paciente, ni del personal clínico. Por consiguiente, pueden llevar a cabo una valoración externa:

- independiente, objetiva y sin sesgos;
- constructiva y exenta de atribución de responsabilidades, en lugar de sancionadora;
- y pueden analizar el caso individual, revisando las cuestiones relacionadas con el sistema de salud, como los protocolos, los procesos, el personal y el equipamiento.

Generalmente, el grupo analiza en media jornada 4-5 casos y la composición del mismo depende del tipo de casos que vayan a estudiarse, estando integrado por 6-8 personas, habiendo una o dos especialistas de cada uno de los siguientes departamentos: medicina de familia, obstetricia, matronas, patología para los casos de mortinatos anteparto, y neonatología para las muertes intraparto y neonatales.

Aunque no todos los factores correspondientes a un caso se encuentran recogidos en las historias clínicas, la mayoría de las principales cuestiones puede deducirse de aquéllas. Además, también se está evaluando la calidad de archivo de expedientes, fundamental en cualquier tipo de atención clínica correcta. Una ventaja añadida es que este método constituye una valiosa fuente de aprendizaje para las y los miembros del grupo, dado el valor educativo de los

errores que pueden haber tenido las personas que lo integran en su propia praxis médica, y la posibilidad de analizar los casos libremente junto con compañeros y compañeras; además de, a su vez, convertirse en agentes para la introducción de reformas en sus propias unidades hospitalarias.

El proyecto comenzó en 2006 con reuniones de entidades nacionales interesadas en la revisión y la auditoría de casos con el fin de consensar normas y desarrollar herramientas, entre las que se encuentran:

- normas clínicas basadas en la evidencia para la atención sanitaria prenatal, intraparto y neonatal,
- cuestionarios para la evaluación de los historiales sobre los casos por parte del grupo investigador, y
- un cuestionario para entrevistar a la madre/familia que haya sufrido una muerte perinatal.

Después de llevar a cabo una prueba piloto en las tres maternidades más importantes, el programa se ha extendido a todas las unidades de maternidad de la República de Moldavia. El objetivo inicial consistía en valorar las muertes anteparto, intraparto y neonatales de bebés maduros (+37 semanas de gestación o peso al nacer > 2.500 gramos).

Hallazgos

Hasta marzo de 2010, han participado en “investigaciones confidenciales”, 282 profesionales que han analizado un total de 231 muertes perinatales, siendo el hallazgo más sorprendente el que la mayoría de ellas se podían haber evitado. Los casos se encuentran clasificados en función del nivel de deficiencia en la atención y de si dicho nivel se consideró causante de los resultados. Tal y como muestra la tabla 1, en 204 de los 231 casos (el 88,3%), se consideró que habría sido posible (Nivel 2) o probable (Nivel 3) evitar el resultado si la atención sanitaria prestada hubiera sido de mejor calidad.



Petru Stratulat



Jason Gardosi



Ala Curtaneau



Tatiana Caraus



Victor Petrov

Las investigaciones de casos proporcionaron informaciones sobre cada fase de la atención perinatal en relación a la vigilancia del crecimiento y de los movimientos del feto, sobre una adecuada monitorización con partógrafo y cardiotocografía (monitorización electrónica del corazón del feto) durante el parto, sobre la intervención a tiempo en caso de parto quirúrgico, la reanimación neonatal y los cuidados de recién nacidos y nacidas en turnos de noche y fines de semana. Otras observaciones señalaban la necesidad de concienciar a las y los agentes sociales y de ofrecer una información más completa y asesoramiento a las madres para que éstas supieran cuándo debían solicitar asistencia médica.

Acciones y beneficios

El programa de investigación confidencial de muertes perinatales se ha traducido en un aumento considerable de la concienciación en lo que respecta a las dos cuestiones: en muchos de los casos se pueden evitar los resultados adversos y que hay que mejorar la calidad de la atención médica. El nivel general de conocimientos del personal médico ha aumentado, al igual que ha ocurrido con la colaboración entre las y los miembros del personal de atención sanitaria, tanto en el ámbito hospitalario como comunitario. En términos más concretos, el programa ha proporcionado mejoras en el diseño del partógrafo y en los expedientes obstétricos, neonatales y patológicos.

Las auditorías de seguimiento con arreglo a las directrices de las buenas prácticas han demostrado que en el año 2009 ya se manejaban muchos más casos, con un incremento del 39% en el uso de grá-

ficos de crecimiento prenatal y del 31% en el uso de partógrafos, el uso de la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal (31%) en ingreso hospitalario, y una mayor reanimación neonatal (40%). Durante el periodo comprendido entre 2005 y 2009, el porcentaje de muertes de “bebés maduros” se redujo de un 49% a un 38%.

La iniciativa de abordar el problema de la mortalidad perinatal a través de estas “investigaciones confidenciales”, forma parte de un proceso más detallado en el que «el todo es mayor que la suma de las partes». Todas las partes implicadas en el proceso trabajan coordinadamente basándose en pruebas obtenidas a través del análisis de resultados adversos con el fin de mejorar la praxis. El proceso mantiene la confidencialidad de los datos de pacientes y profesionales, al tiempo que proporciona una valiosa fuente de aprendizaje e importantes mensajes al personal médico, al personal directivo y a las personas encargadas de la planificación de los servicios sanitarios. En su evaluación independiente del programa de auditoría perinatal llevado a cabo en la República de Moldavia en nombre de la FIGO, la agencia OPTIONS de Londres concluyó que «El éxito de este proyecto demuestra que Moldavia podría considerarse un modelo internacional de la aplicación de las buenas prácticas en la implantación del programa de auditoría de la mortalidad perinatal» (1).

Referencias

1. Henderson-Nichol, K. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Project in Moldova – Baseline Review. Options, 2009. www.pi.nhs.uk/figo

Petru Stratulat, MD, PhD

Catedrático, Instituto para la Asistencia Sanitaria Maternoinfantil, Chisinau, República de Moldavia
perinat@mtc.md

Jason Gardosi, MD, FRCOG,

Catedrático, West Midlands Perinatal Institute, Birmingham, Reino Unido
gardosi@pi.nhs.uk

Ala Curtaneau, MD, PhD

Directora del Departamento de Perinatología, Instituto para la Asistencia Sanitaria Maternoinfantil, Chisinau, República de Moldavia
perinat@mtc.md

Tatiana Caraus, MD

Investigadora, Instituto para la Asistencia Sanitaria Maternoinfantil, Chisinau, República de Moldavia
perinat@mtc.md

Victor Petrov, MD, PhD

Profesor Asociado, Instituto para la Asistencia Sanitaria Maternoinfantil, Chisinau, República de Moldavia
perinat@mtc.md



“INVESTIGACIONES CONFIDENCIALES” DE LAS MUERTES MATERNAS: CÓMO ESTÁN MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS

Antecedentes

En Europa Occidental, por cada 10.000 embarazos muere una mujer durante el mismo o en las seis semanas posteriores al parto, cifra que se multiplica por diez en los Países del Este de la Región Europea de la OMS. Iniciativas como las “Investigaciones Confidenciales de Muertes Maternas” (CEMD) se llevan a cabo en determinados países, como el Reino Unido, donde dichas CEMD han sido consideradas durante décadas como una herramienta de control indispensable para mejorar la atención sanitaria (1). Los beneficios proporcionados por las CEMD están teniendo un mayor reconocimiento y diversos países de la Región Europea de la OMS están adoptando este método con el fin de reducir los riesgos del embarazo (2).

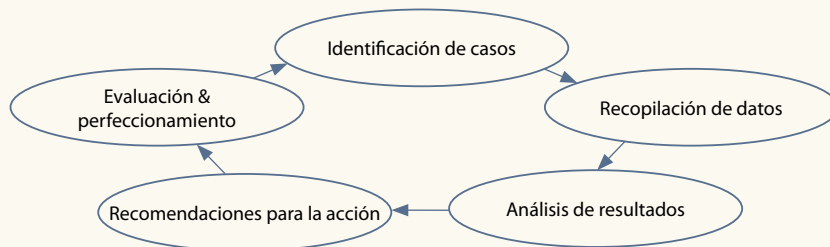
¿Cómo mejoran las CEMD los resultados?

En la mayoría de los países, a una muerte materna le siguen investigaciones locales con el objetivo de descubrir si se han infringido las leyes o identificar fallos en la atención sanitaria prestada. También, es posible que se derive la incoación de procedimiento civil, ya que dichos procesos son sancionadores aunque rara vez analizan qué lecciones se pueden extraer a escala local o nacional. Dado que la muerte materna es infrecuente, el funcionamiento local tiene poca experiencia en la conducción de este tipo de investigaciones, siendo posible que se responsabilice injustamente a las personas y que se pasen por alto fallos sistémicos.

Las CEMD, por el contrario, tienen por objeto identificar factores evitables y elaborar recomendaciones para eliminarlos en caso de ser posible. Esto forma parte de un ciclo de vigilancia (figura 1) puesto que se solicita información concisa a las personas implicadas en el caso y las explicaciones que presentan por escrito pasan al anonimato antes de ser transmitidas a un comité nacional integrado por personal clínico con experiencia que analiza todas las muertes que tienen lugar en todo el país y busca identificar las prácticas erróneas en cada uno de los casos, incluidos, entre otros, factores de riesgo, signos de alarma tempranos y dificultades comunes en el diagnóstico o en el manejo del caso.

Las atribuciones del comité son amplias. Sus recomendaciones abordan cometidos muy variados, desde mejorar el acceso a la atención sanitaria, hasta facilitar asesoramiento detallado sobre la técnica anestésica, además

Figura 1. El ciclo de vigilancia.



de poder solicitar una nueva guía de directrices nacionales o que se lleve a cabo una investigación más exhaustiva cuando falten pruebas. Se han de evitar los sesgos políticos y es posible que, en ocasiones, requiera valentía para señalar hechos difíciles de aceptar. Sus recomendaciones deben tomar en consideración las pruebas más determinantes y deben ser, en todo caso, realistas, aunque en ocasiones supongan un reto.

¿Existen pruebas de que las CEMD mejoran la atención sanitaria? Es imposible llevar a cabo ensayos controlados aleatorios, es complicado interpretar las tendencias históricas, y generalmente las tasas de mortalidad tardan en reflejar cambios. No obstante, en el Reino Unido está claro que las CEMD han mejorado a un ritmo constante el manejo de la preeclampsia, con la eliminación de muertes por sobrecarga de líquidos. Las directrices del Reino Unido redujeron drásticamente las muertes por embolismo pulmonar tras la práctica de cesárea y se espera que pronto produzcan los mismos efectos en lo que respecta al tromboembolismo prenatal (3).

Variaciones entre los países de Europa

En Europa, las tasas de mortalidad materna (TMM), calculadas por cada 100.000 nacidas/nacidos vivos, varían de unos países a otros, aunque sin la aplicación de las CEMD pueden no ser fiables. En el Reino Unido, por ejemplo, la TMM es de 13,95 según las CEMD, de 7,05 según los datos recogidos en los certificados de defunción, y de 8 según los cálculos de la OMS (4). Las CEMD identifican muertes que de otro modo no se detectan, particularmente las de las mujeres socialmente excluidas, sin hogar o las inmigrantes. Teniendo en cuenta este hecho, Irlanda (cuya TMM de “1” es la más baja de Europa) tiene previsto adherirse a la iniciativa de las CEMD del Reino Unido, que entonces cubrirá a Gran Bretaña y a toda Irlanda. No

existen planes similares en España, Italia, Dinamarca o Suecia, cuya TMM es de “3”.

Las tasas de mortalidad materna son mucho más elevadas en Europa del Este. Por ejemplo, según las estadísticas oficiales, la TMM en la República de Moldavia es de 22/100.000; en Albania de 92/100.000, y en Kazajistán de 140/100.000, siendo poco probable que dichas tasas estén sobrevaloradas. Estos datos reflejan barreras geográficas, dificultades económicas y el hecho de que la atención clínica no se practica en estos países con arreglo a la medicina basada en evidencias, así mismo, estas TMM reflejan las reticencias del pasado a aprender de la mala praxis, prevaleciendo la idea de sancionar a las y los profesionales responsables (5).

Estrategias de apoyo para la implantación

El primer paso en la implantación de las CEMD consiste en garantizar que el Gobierno regional o nacional sea consciente de los beneficios que aportan. Los equipos ministeriales tienen que saber que la confidencialidad no se utilizará para excusar errores y tienen que confiar en los equipos de profesionales que llevarán a cabo las investigaciones. Los sistemas existentes no tienen por qué quedar inmediatamente abolidos, pero las CEMD deben percibirse claramente como una actividad independiente, tanto con respecto a dichos sistemas, como con respecto a los procedimientos civiles. Es necesario establecer garantías jurídicas para garantizar que las y los abogados y la clase política no tengan acceso a la información facilitada de manera confidencial al personal médico.

(En el Reino Unido, la documentación sobre los casos se quema o se destruye antes de publicar el informe final.) Esta estrategia de apoyo es vital. Las CEMD no se pueden realizar por organismos externos o entidades profesionales sin la aprobación de las máximas instancias del Gobierno.



James
Drife

Retos que se presentan con la implantación de las CEMD

Se necesita tiempo para convencer al personal ministerial y al funcionariado de que las CEMD constituyen una mejora de los sistemas existentes. En la mayoría de los países, existe una rotación frecuente de los cargos políticos. Todos ellos deben saber que las CEMD no son una «solución rápida»: de hecho, a corto plazo parecerá que la TMM aumenta. Una vez convencidos, el ministro o la ministra de Sanidad debe convencer a sus compañeros y compañeras, particularmente al equipo del Ministerio de Justicia, para que otorguen su aprobación.

Los organismos profesionales, que tienden a preferir mantener el status quo, deben mostrarse motivados para cambios. Es necesario dedicar mucho empeño para convencer al personal médico de que se respetará la confidencialidad. Todo el personal médico del país debe conocer los principios de las CEMD y analizar detalladamente la metodología aplicable, de manera que las propuestas sean aceptables y factibles en su propio país (imagen 1). En la mayoría de los países, las retribuciones del personal médico se ven afectadas por el tiempo dedicado al trabajo altruista en comités, hecho que debe tenerse en cuenta. Asimismo, puede resultar complicado persuadir al personal médico de que en el comité deben participar también matrones y matronas.

El papel de las alianzas

Las CEMD constituyen tan sólo un apartado de la iniciativa «Reducir los Riesgos del Embarazo». La introducción de la práctica clínica basada en evidencias y de las encuestas de morbilidad grave o «near

miss» realizadas en dependencias hospitalarias conlleva generalmente la creación de alianzas con otros organismos externos. Cuando el comité de las CEMD pone en marcha su trabajo, necesita contar con información facilitada como mínimo por una o un asesor externo. La experiencia, tanto en la República de Moldavia como en el resto de los países, ha demostrado que sin estas directrices iniciales, al comité le resulta difícil romper con los viejos esquemas de pensamiento.

La necesidad de obtener ayuda externa disminuye rápidamente, pero siempre es necesario que existan alianzas, tanto en el seno del país, entre el personal médico y el personal político y de la administración, como en el seno del comité, entre el personal médico y los y las matronas. Todas las áreas del país deben participar en la iniciativa, con el fin de garantizar un sentimiento compartido de identificación con la misma, y el comité debe fomentar las alianzas con los organismos profesionales que regulan la praxis clínica, así como con las facultades de medicina de las que saldrá la siguiente generación de médicos y médicas.

El papel de la sociedad civil

Es importante que se publiquen los hallazgos obtenidos en las CEMD. Tanto la clase médica, como la política se ganan el respeto gracias a su honestidad con la población y con los medios de comunicación, y a la clase política le resulta complicado no tener en cuenta las recomendaciones respaldadas por estos medios. Aunque a la gente en general no le entusiasma la idea de leer informes muy detallados, suele tranquilizarle el hecho de que éstos no se mantengan en secreto. Los grupos de presión y los medios de comunicación serán quienes informen a

las mujeres del nivel de calidad que tienen derecho a esperar en la atención sanitaria. Al mismo tiempo, las expectativas son realistas y el informe recuerda a las mujeres, permanentemente, los riesgos inherentes al embarazo. Una atención sanitaria de calidad requiere la colaboración entre mujeres y profesionales sanitarios, y sólo si garantizamos que ellas están bien informadas podremos continuar reduciendo los riesgos del embarazo.

Referencias

1. Lewis G (ed). The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. Londres: CEMACH, 2007.
2. Bacci A, Lewis G, Baltag V et al. The introduction of Confidential Enquiries into Maternal Deaths and near-miss case reviews in the WHO European Region. *Reprod Health Matters* 2007; 15: 145-52.
3. Drife J. Maternal mortality in well-resourced countries: is there still a need for confidential enquiries? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2008; 22: 501-15.
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, la UNICEF, el FNUAP y el Banco Mundial. Ginebra: OMS, 2007.
5. Borchert M, Bacci A, Baltag V et al. Improving maternal and perinatal health care in the Central Asian Republics. *Int J Gynecol Obstet* 2010: presentado para su publicación.



James Drife, MD, FRCOG

Catedrático,
Departamento de
Obstetricia y Ginecología,
Universidad de Leeds,
Leeds,
Reino Unido
j.o.drife@leeds.ac.uk

Imagen 1.
Taller de CEMD en Rostov-on-Don.

EL COMPROMISO DE ACTUAR PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA EN EUROPA DEL ESTE Y ASIA CENTRAL: CONFERENCIA REGIONAL SOBRE EL OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO N° 5 (ODM, 5)

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) de 1994 puso de relieve la importancia de la salud materna y del acceso universal a la salud sexual y reproductiva (SSR). En dicha Conferencia, 179 Estados estuvieron de acuerdo en que todo ser humano tiene derecho a la SSR y en que la capacitación de la mujer constituye en sí un fin de la mayor importancia, siendo indispensable para lograr avanzar en el desarrollo social y económico de las naciones. Seis años después, en septiembre de 2000, mejorar la salud materna pasó a ser el quinto de los ODM adoptados por los Estados miembros, por lo que reducir la mortalidad materna (MM) y lograr el acceso universal a la SSR constituyen factores determinantes para la consecución de dicho objetivo.

Desde 1994 se ha avanzado mucho en materia de SSR y de derechos reproductivos. En comparación con otras regiones del mundo, la Región de Europa del Este y Asia Central (EEAC) ha avanzado adecuadamente en la reducción de la MM, ya que se ha verificado una reducción de las mismas, aunque es posible que en determinados países se notifiquen menos muertes maternas que las que realmente existen (Figura 1). En la actualidad, los países de EEAC tienen una cobertura sanitaria prenatal prácticamente universal, y casi todos los partos están asistidos por personal sanitario especializado. En diversos países, la MM se ha reducido a la mitad.

Sin embargo, pese a estas tendencias positivas, los avances en la reducción de las tasas de MM en la Región no han sido universales o sistemáticos. En países como Georgia, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Ucrania, Bulgaria y Bielorrusia, donde se han realizado avances importantes en la consecución de los objetivos de 2015 de reducir la MM, es necesario mantener los avances realizados y mejorar la calidad de los servicios en materia de SSR. En 2008, la República de Moldavia, Serbia y Kirguistán registraron una tasa más elevada de MM que en 2000, y la Federación Rusa, Kirguistán, Turkmenistán y Armenia también presentaron en 2008 una ratio de MM superior a la que tenían en 1990 (1). A pesar de que este incremento puede deberse en parte a un control y una comunicación más precisos de los datos, siguen existiendo diversas razones por las que no han sido universales en toda la Región.

En muchos de los países, existen desigualdades en la prestación de servicios de atención sanitaria materna y en la información facilitada a este respecto, y también es evidente la falta de acceso a servicios de calidad; también existen disparidades evidentes en la distribución del personal sanitario entre las zonas rurales y las zonas urbanas, así como obstáculos en el acceso a los servicios de planificación familiar, que son fundamentales para reducir el número de abortos de riesgo y, por lo tanto, para reducir el riesgo de muerte materna.

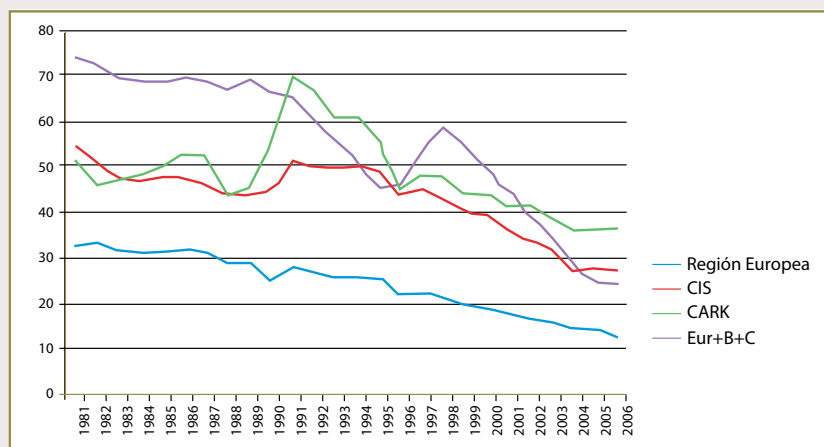
Tanto las inequidades en la distribución del personal sanitario cualificado, como el coste de los servicios, la falta de concienciación pública, las desigualdades por razón de sexo y la precaria infraestructura, incluida aquí la falta de medios de transporte a los centros sanitarios, son factores que contribuyen a un acceso limitado a los servicios de salud materna. Aunque en ningún país de la Región exista un grupo concreto que se encuentre excluido del acceso a los servicios sanitarios y/o a la información, sabemos que, en la práctica, determinados grupos de población, como la gente joven, las personas refugiadas, las minorías étnicas y la población inmigrante, se sienten excluidos y es menos probable que utilicen dichos servicios. En general, la repercusión que tienen todas estas barreras en la atención sanitaria es bien conocida, pero no se basa en pruebas, por lo que constituyen un importante objetivo para la investigación en un futuro en el seno de la Región (cuadro de texto 1).

Pese a que el uso de los métodos anticonceptivos es comparativamente más elevado en determinados países de la Región, el uso de métodos modernos es muy reducido en países como Albania, con un 5% (2), Azerbaiyán, del 9% (3), y Armenia, del 12% (4), superándose en otros países como en Ucrania con el 37%, el 29% en Rumanía, el 34% en Armenia, el 16% en Kazajistán, y el 13% en Uzbekistán (5). Los elevados índices de abortos inducidos en numerosos países de la Región confirman que no se está atendiendo la necesidad de contar con métodos eficaces de planificación familiar.

En los últimos quince años, el índice de interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) ha caído de los 1.049 por cada 1.000 nacidas o nacidos vivos, a los 493, y ha aumentado el número de mujeres que utilizan anticonceptivos (1). No obstante, en toda la Región sigue habiendo mujeres que recurren al aborto como medio para controlar la fecundidad. El acceso a los anticonceptivos modernos y al asesoramiento en materia de planificación familiar es esencial para reducir los índices de aborto, particularmente en la juventud.

Es igualmente importante reducir la edad promedio de la primera experiencia sexual coital y aquella en que las mujeres tienen el primer parto. La tasa de fecundidad de adolescentes de 15 a 19 años de edad en la Región es de 29 por cada 1.000 mujeres, encontrándose las tasas más elevadas en Bulgaria, Turquía, Uzbekistán, Rumanía y la República de Moldavia,

Figura 1. Tendencias en las tasas de mortalidad materna entre 1981 y 2006, Región Europea de la OMS.



Fuente: OMS/Base de datos Salud para Todos 2009.
 CIS = Comunidad de Estados Independientes (Commonwealth of Independent States).
 CARK = Repúblicas de Asia Central.
 Eur+B+C = Albania, Armenia, Bielorrusia, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Estonia, Georgia, Hungría, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Montenegro, Polonia, República de Moldavia, Rumanía, Federación de Rusia, Serbia, Eslovaquia, Tayikistán, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Turquía, Turkmenistán, Ucrania.



Rita
Columbia



Raquel
Wexler

siendo la fecundidad juvenil más elevada, generalmente, en los grupos más pobres de la población (6). La juventud, generalmente, desea tener más información en materia de planificación familiar y contar con más servicios. Satisfacer sus necesidades podría reducir los riesgos en materia de SSR, salvar vidas y dotar de recursos a las mujeres jóvenes de la Región.

Para hacer balance de la situación en el ámbito de la salud materna y del acceso a los servicios de SSR, el 11 de noviembre de 2009, a convocatoria del FNUAP, se celebró en Estambul una Conferencia sobre el 5º ODM, en la que se reunió a representantes de 20 Estados de la Región, así como a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), la OMS, la CEPE y la UNICEF. Las partes redactaron conjuntamente una Declaración de Compromiso y Medidas Clave para alcanzar el ODM nº 5 para el año 2015 en Europa del Este y Asia Central, en el que se consensuaba el trabajar con los Gobiernos de la Región las medidas clave con el fin de garantizar el acceso universal a los servicios de SSR:

- Aumentar la asignación de recursos nacionales y de organismos donantes en todos los ámbitos, garantizar el despliegue adecuado del personal sanitario y de los recursos económicos para sanidad, y desarrollar mecanismos de financiación innovadores y con fines específicos a efectos de reforzar los servicios de SSR, incluida la seguridad de los productos básicos utilizados en ellos, y mejorar el control de estos flujos financieros;
- Revisar las políticas y la legislación relativas a la SSR, a los derechos y a las opciones existentes; eliminar barreras a la prestación de servicios y al suministro de productos sanitarios básicos, especialmente en el caso de la juventud y los grupos vulnerables, y desarrollar mecanismos para aplicar y hacer cumplir las leyes;
- Garantizar que se establezcan vínculos y referencias entre la SSR y programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH/sida, incluido el acceso a programas de reducción de conductas de riesgo cuando sea pertinente, y la atención sobre planificación familiar, con el fin de disminuir el número de personas afectadas por el VIH en la Región;
- Garantizar la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer,

y hacer que los servicios de SSR tengan en cuenta las diferencias por sexos;

- Garantizar el acceso universal a información exhaustiva, educación y servicios de SSR orientados para la juventud, asegurando que sean confidenciales, no recriminatorios, accesibles y basados en el reconocimiento y en el respeto a la diversidad;
- Reforzar la investigación y la recopilación de datos sobre muertes maternas, planificación familiar y comportamientos reproductivos, así como sobre las necesidades de los grupos vulnerables de la población, con el fin de garantizar que tanto la adopción de decisiones como la formulación de políticas se basan en la evidencia;
- Elevar el compromiso ante los resultados reforzando los sistemas de control y evaluación de los programas de SSR; y
- Crear asociaciones con entidades de la sociedad civil para educar a comunidades y grupos vulnerables en materia de SSR, incluida la atención sanitaria materna; aumentar la demanda de servicios de SSR, especialmente de planificación familiar, y promover conductas saludables, particularmente en la juventud, la población migrante, los grupos minoritarios y pobres.

Esperamos que estos compromisos y estas medidas se utilicen para promover la salud materna y el acceso universal a la SSR y para reforzar el compromiso político con respecto a la SSR y los derechos correspondientes en la Región de EEAC.

Rita Columbia, MD,
Consejera sobre Salud Reproductiva
de la Oficina Regional del FNUAP para
la Región de EEAC
columbia@unfpa.org

Raquel Wexler
Consultora en Comunicaciones
Regionales de la Oficina Regional
del FNUAP para la Región de EEAC
wexler@unfpa.org

Referencias

1. Base de datos Salud Para Todos de la OMS. <http://data.euro.who.int/hfadb> Consultada el 29 de marzo de 2010.
2. CDC, USAID, FNUAP, UNICEF, INSTAT [Albania], IPH [Albania] y Ministerio de Sanidad [Albania]. Albania: Encuesta sobre Salud Reproductiva, 2002. Informe Final. CDC: Atlanta, 2005.
3. CDC, USAID, FNUAP, ACNUR, ADRA [Azerbaiyán], SCS [Azerbaiyán], MC [Azerbaiyán] y Ministerio de Sanidad [Azerbaiyán]. Encuesta sobre Salud Reproductiva. Azerbaiyán, 2001. CDC: Atlanta, 2003.
4. Servicio Nacional de Estadísticas [Armenia], Ministerio de Sanidad [Armenia] y ORC Macro. Encuesta Demográfica y sobre Salud, 2005. Armenia. Calverton, Maryland: Servicio Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad y ORC Macro, 2006.
5. CDC y ORC Macro. Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report. CDC: Atlanta y ORC Macro: Calverton, 2003. <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Surveys/SurveyCountries.htm#33>
6. Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial, 2007; <http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>

EL ACCESO DE LAS MUJERES ROMANÍES A LOS SERVICIOS SANITARIOS

La población romaní constituye el 2,2% de la población de la Antigua República Yugoslava de Macedonia, teniendo, la mayoría de ella, un acceso limitado a las instituciones oficiales, dado que el 76% no tiene pasaporte, prácticamente la mitad (48%) carece de certificado de matrimonio, y una décima parte no dispone de documentación que acredite su nacionalidad. La tasa de fecundidad entre las mujeres romaníes es elevada, la edad promedio del primer embarazo está comprendida entre los 15 y los 18 años, y el índice de uso de anticonceptivos es bajo. Estas mujeres han sufrido discriminación por parte del personal sanitario, quedando patente en el uso que éstas hacen de los servicios sanitarios, ya que tanto el índice de asistencia prenatal, como el índice de partos hospitalarios, son más inferiores en la población romaní que en la población en general. (Fuente: Informe sobre el 5º ODM, Oficina Regional de EEAC)

LAS VOCES DE LAS MADRES: ¿QUÉ PODEMOS APRENDER DE LAS MADRES QUE SUFREN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS GRAVES O LA PÉRDIDA DE LA O DEL BEBÉ?, ¿Y DE SUS FAMILIAS? ¿PUEDE OCURRIR ESTO EN SU PAÍS?

Desde 2004, mediante el programa “Reducir los Riesgos del Embarazo” (MPS, Making Pregnancy Safer) de la OMS, se han aplicado en una serie de países de la Región Europea diversos enfoques y metodologías de la iniciativa “Más allá de las cifras” (BTN, Beyond The Numbers), incluidas las encuestas de casos de morbilidad materna grave o “near miss” (NMCR).

Las NMCR ofrecen la posibilidad de escuchar las voces de las mujeres a través de entrevistas realizadas por personal debidamente capacitado, inicialmente considerado por el personal de atención sanitaria como algo menos importante, ha demostrado tener un gran potencial como fuente de información, ya que informa sobre la dignidad y la capacidad de las personas usuarias para soportar con paciencia ante la atención prestada por parte de los servicios sanitarios, asimismo se obtienen datos sorprendentes sobre las dificultades a las que se tienen que enfrentar, a menudo, las mujeres y las familias durante el parto que, en ocasiones, termina con la muerte de la madre y/o de la o del bebé. Las declaraciones de las madres han demostrado ser útiles para mejorar la calidad y la organización de los servicios sanitarios, así como para promover el acceso a los servicios básicos durante el embarazo y el parto.

Como Coordinadora Regional para Europa del programa MPS, me resultaría muy sencillo redactar un artículo que pusiera de relieve las inequidades en la atención sanitaria materna y sus consecuencias, pero para ilustrar el peso que subyace tras cada uno de los relatos relacionados con las NMCR, nada resulta más convincente que escuchar la historia, en palabras de la propia madre. La historia narrada a continuación hará justamente eso: permitirá a quien la lee ir más allá de las cifras y escuchar la voz de esta madre, ya que es una historia real, narrada por la propia protagonista durante el desarrollo del trabajo en un país de la Región Europea de la OMS. Tanto los datos personales, como los lugares o las personas involucradas en la historia, se han suprimido en favor de la confidencialidad. Antecedentes: se trata de una gestante de una zona rural que acude a la capital y sufre graves trastornos hipertensivos durante el embarazo. Al final de este peregrinaje su bebé fallece, y ella casi pierde la vida debido a graves complicaciones del embarazo. Reto a quien lea este relato a que vaya más allá de los meros hechos y se centre realmente en la historia de esta mujer, en cómo pide ayuda en diferentes dependencias sanitarias y unidades hospitalarias, los desafíos a los que se enfrentó, los largos periodos de espera, las idas y venidas, las facturas que pagó y el sentimiento de duelo que sufren tanto ella como su familia.

Después de 7 años de trabajo en el ámbito concreto de BTN y NMCR, reconocemos que casos como éste

pueden darse todos los días en muchas zonas de esta Región, pero mientras lea esto, pregúntese: **¿Es posible que ocurra esto en mi país?**

La voz de una madre

“Alquilé una casa en un barrio de reciente construcción de la capital. Vine con mi familia de una pequeña ciudad con el fin de ganar dinero: vinimos mi marido, mis dos hijas y yo. Yo trabajaba en la fábrica de ropa de punto y obtuve un permiso de residencia temporal. A finales de noviembre fui a que me hicieran una ecografía a la policlínica y me dijeron que estaba embarazada de 8 semanas. Acudí a la oficina de registro de la policlínica a la que pertenecía según la tarjeta sanitaria que disponía antes del embarazo y en la que, según mi permiso de residencia temporal, tenía derecho a pedir la baja por enfermedad y el tratamiento ambulatorio. Me dijeron que volviera a mi médica de familia.

Ésta inicialmente se negó a atenderme a pesar de los motivos que expuse (permiso de residencia temporal, tarjeta sanitaria) y, a continuación me dijo que tenía que pagar (un importe equivalente a 5,6 dólares) y que me tenía que examinar el especialista en medicina interna. Yo no llevaba dinero en esos momentos y volví a los 4 días y pagué la suma de dinero que me habían solicitado. Me hice todas las pruebas y por cada una de ellas pagué de 1,2 dólares a 1,4 dólares.

En la primera consulta, el tocólogo me dijo que los resultados de la prueba del frotis vaginal no eran muy buenos y que me tenían que pinchar, para lo que también tenía que pagar. Pero, como no tenía dinero ni tiempo, pregunté si era posible que me hiciera una irrigación en casa. Me derivaron al especialista de medicina interna para que me examinara y éste relleno otra tarjeta y me pidió dinero a cambio. Le dije que en 2002, cuando estaba en Xx (otro país) tuve TB pulmonar y recibí el tratamiento completo.

Seguí acudiendo a la ginecóloga, aunque ella nunca me citaba ni me proporcionaba ningún tipo de asesoramiento. Nunca me tomaba la tensión cuando acudía a su consulta. En una ocasión tenía fiebre, gripe, frío y pedí ayuda a la ginecóloga, que se negó a darme el certificado de baja por enfermedad para presentarlo en mi empresa, aduciendo que sólo los internistas pueden emitir este tipo de certificados. Volví al internista, quien también se negó al principio, pero que



me dijo que si pagaba 5,6 dólares me extendería el certificado de baja. En aquella época no tenía dinero (necesitaba el dinero para el colegio de mi hija), así que me fui a casa. Seguí trabajando y pasando frío.

Durante las consultas con la doctora, yo notaba que me atendía a regañadientes, haciendo caso omiso de mis quejas acerca del edema y del peso que había cogido, que yo misma expuse. En mi última visita, cuando volví por mis dolores de cabeza y el edema, la doctora me tomó la tensión por primera vez: tenía 145/100. Me pusieron una inyección IM de sulfato de magnesio y llamaron a la ambulancia. Cuando llegó la ambulancia, la doctora hizo unas declaraciones erróneas, ya que dijo que me habían puesto una inyección IV de sulfato de magnesio, habiéndome pesado.

Para avisar a mis familiares, pedí que me dejaran llamar a mi hermana, pero desgraciadamente nadie me ayudó. Mis familiares no supieron nada de mi ingreso hasta última hora de la tarde, cuando les llamé desde la unidad de ingresos del hospital de maternidad. Mi hermana se puso muy nerviosa y mis hijas, que se quedaban con ella después del colegio, también estaban muy nerviosas.

En la unidad de maternidad me examinaron, me hicieron pruebas, y los resultados parecían ser malos y me pusieron tratamiento. Hablaron conmigo y me dijeron que el bebé no estaba creciendo en el útero, que seguía siendo bastante pequeño. Mi marido compró el medicamento Actovegin. Por una u otra razón, me derivaron a un laboratorio privado para que me hicieran una citología. Tuve que ir andando al laboratorio, pagué la factura y me hicieron las pruebas. Según los resultados de las pruebas, había que consultar al urólogo, por lo que me derivaron al de un gran hospital, pero como estaba muy lejos, fui andando al hospital que quedaba cerca de allí. Me hicieron una ecografía, pero no vieron nada. Cuando pregunté entonces por qué tenía un edema, no me contestaron. Pagué por la consulta y por la ecografía.

Después me empecé a encontrar mal: tenía vómitos y dolor de cabeza. Me tomaron la tensión y parecía alta, así que me pusieron una inyección, no sé qué tipo de inyección, y después me llevaron a la unidad de cuidados intensivos. Allí me atendieron durante 2 días. La persona responsable de la unidad me habló de los síntomas adversos y me

derivó a la unidad de patología. Esa misma noche tuve dolores abdominales y dolores de parto. Tenía náuseas y vómitos y un ligero dolor de cabeza. El médico de guardia me examinó y me dijo que la frecuencia cardiaca del feto era normal. Por la mañana, el médico de sala y el jefe de unidad me examinó y me dijo que el corazón del feto no estaba bien, que estaba débil. Me derivaron a una clínica privada para que me hicieran una ecografía Doppler. No sabía cuánto dinero me iban a costar las pruebas allí y pedí a mi compañera de habitación que me dejara irme con ella en el mismo taxi. De camino, tuve dolores abdominales bastante fuertes, difíciles de soportar. En la clínica privada había una lista de espera y tenía que esperar 4 días hasta que me atendieran. Me dijeron que si era urgente tenía que pagar más, pero no tenía suficiente dinero (aproximadamente 8,5 dólares) y los dolores abdominales eran cada vez más fuertes.

Volví a la unidad de maternidad y el doctor me derivó a otra consulta privada para que me hicieran la ecografía. Durante la ecografía me dijeron que el latido del feto era débil y que la posición del feto no era la correcta, que estaba colocado de modo transversal. Al ver los resultados, el doctor me derivó a otro centro médico para que me repitieran la ecografía. Mi marido y mi hija ya habían llegado, llamaron a un taxi y yo tuve que ir andando hasta el coche. Mi hija, al verme, se asustó: me dijo que parecía un «armario». Cuando llegamos al centro médico, la ecografía no estaba, así que tuve que esperar. Cuando me examinó, me dijo que tenía una hemorragia interna y que el corazón del feto estaba débil. Me preguntó si tenía hemorragia vaginal externa y que cómo iba soportando los dolores. Le respondí que tenía dolores abdominales bastante fuertes. La ecógrafa habló con otro especialista por teléfono, pagué la factura y volví a la unidad de maternidad en taxi. Era difícil de soportar, los dolores abdominales no cesaban.

Llegamos a las 11:30 h. El médico de sala y el jefe de unidad me preguntaron cuándo había comido algo por última vez, y como les dije que esa mañana había tomado cereales y que a las 10:00 h. había tomado agua y 100 ml de zumo, me dijeron que como había ingerido alimentos, la operación no tendría lugar hasta las 16:00 h. o las 17:00 h. Permanecí en mi habitación y mis familiares empezaron a acudir a visitarme. En torno a las 16:00 h. me

encontraba realmente mal: los dolores abdominales eran impresionantes e iban a peor, se me nublaba la vista. Mi hermana quería entrar y ayudarme, pero no la dejaron entrar porque era la hora de dormir. A pesar de ello consiguió entrar en la unidad y buscó al doctor. El personal sanitario dijo que la sala de operaciones estaba ocupada; mi hermana llevó a la habitación a una mujer rusa que me examinó y dijo que el feto no tenía latido. Esa misma mujer me dijo que el quirófano estaba vacío y que sólo habían tenido dos operaciones por la mañana.

Me llevaron a la sala de operaciones. Dijeron que tenía una hemorragia grave, llegó el especialista. Por la noche me hicieron una transfusión de sangre. Al principio, mi marido compraba y traía la sangre y allí me hacían la transfusión gratis. Me cuidaron bastante bien, me examinaban todos los días. Me gustaría agradecer el trabajo del jefe de cuidados intensivos y del especialista.

Mi marido rechazó la realización de la autopsia a mi hija fallecida, llamada Amina. El empresario nos proporcionó ayuda por un importe de 28 dólares. No sé quién emitirá el certificado de baja por enfermedad que dé derecho a una baja por maternidad; a lo mejor algún día lo hacen aquí.»

¿Es posible que ocurra esto en su país?

Alberta Bacci, MD
 Coordinadora Regional del Programa
 “Reducir los Riesgos del Embarazo”
 Oficina Regional para Europa de la OMS
 Copenhague, Dinamarca
aba@euro.who.int

ATENCIÓN SANITARIA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN UCRANIA. ¿QUÉ NOS INDICA EL PERSONAL SANITARIO?

El personal sanitario desempeña un papel fundamental en la promoción de los derechos y la salud sexual y reproductiva de la mujer (DSSR) por lo que su concienciación sanitaria con respecto a los obstáculos y las prácticas perjudiciales debería constituir el primer paso para la salud materna.

El Programa Internacional ALARM (AIP), es una iniciativa consistente en un curso de formación de 5 días diseñado por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá (SOGC) para el personal sanitario implicado en la prestación de asistencia obstétrica básica, teniendo por objetivo sensibilizar respecto a los factores sociales, económicos, culturales y legales que impiden el acceso de las mujeres a los servicios y a la información sobre salud sexual y reproductiva (SSR), y defiende la mejora de la SSR de las mujeres como una cuestión de justicia social.

En Ucrania, el AIP se presentó como un proyecto que tenía por objetivo actualizar los conocimientos, las capacidades del personal de obstetricia y de los y las matronas, que se inscribía en una iniciativa apoyada por la FIGO entre 2006 y 2009. Durante el curso, se dedicaba una jornada a sensibilizar al personal sanitario sobre la importancia del enfoque de la SSR en la prestación de asistencia sanitaria materna y neonatal. El personal sanitario elaboraba una autoevaluación sobre los que consideraba que eran los principales obstáculos a los que se enfrentan las mujeres al solicitar los servicios de SSR y sobre las prácticas perjudiciales que observaban en los centros sanitarios y que afectaban negativamente a la salud. Se recogieron y analizaron los datos facilitados en 16 cursos, en los que participaron más de 800 personas. Posteriormente, se analizaron dichos factores aplicando el modelo de los “tres retrasos”, con el fin de conocer mejor cuáles eran las barreras a la asistencia sanitaria y qué es lo que había que hacer para reducirlas.

Evaluación de los factores desde el prisma del modelo de los “Tres retrasos”

Retraso 1: solicitud de ayuda

Cuando surgen las complicaciones, la decisión de solicitar ayuda es el primer paso que deben adoptar las mujeres, sus familias y/o sus acompañantes para garantizar el acceso a la asistencia médica adecuada que se requiere. El personal sanitario destacó

Tabla 1. Factores que influyen en la decisión de solicitar asistencia en materia de SSR en Ucrania

Educación sanitaria inadecuada	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia general de educación sanitaria, incluida aquí la información sobre un estilo de vida saludable • Ausencia de educación sexual, tanto en el ámbito familiar como en el escolar • Conocimientos precarios y falta de información sobre DSSR, incluida una información inadecuada sobre ITS, IVEs y anticoncepción.
Calidad precaria de la información y el asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de asesoramiento previo y posterior al aborto • Calidad precaria de la información relativa a la elección de tratamiento
Falta de información	<ul style="list-style-type: none"> • En lo que respecta a dónde solicitar una adecuada asistencia médica, si se necesita, e imposibilidad de escoger médico/a
Cuestiones relacionadas con el tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de tiempo para acudir a la o el médico por motivo del trabajo y de una larga jornada laboral • Mucho tiempo de espera en las clínicas maternas y prenatales • El horario de los centros sanitarios es el mismo que el de la jornada laboral de las y los pacientes • Largas esperas para obtener los resultados de las pruebas antes de prescribir el tratamiento • Poco tiempo con el personal sanitario (restringido a 12 minutos)
Coste de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado coste de los anticonceptivos, los tratamientos de infertilidad, los procedimientos de diagnóstico y otra medicación • Costes suplementarios de los servicios, a pesar de que se supone que son gratuitos
Barreras religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionadas con la educación sexual, la anticoncepción, el aborto, las transfusiones de sangre
Factores culturales, como la desigualdad de género	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio de poder económico en el matrimonio, con dependencia absoluta del hombre • Incapacidad de las mujeres para tomar decisiones asociada a la situación de desventaja en la familia • Desigualdad de género en el puesto de trabajo (por ej., bajos salarios, inexistencia de baja por maternidad remunerada, oportunidades de trabajo no igualitarias para mujeres embarazadas) • Violencia contra las mujeres (por ej., violencia sexual, violencia doméstica, tráfico de mujeres, ausencia de programa estatal para ayudar a las víctimas de violencia)

Tabla 2. Barreras psicosociales asociadas a la solicitud de servicios de SSR en Ucrania

A menudo en Ucrania no se respetan ni la autonomía de la mujer, ni la confidencialidad	<p>El personal sanitario no apoya el proceso de toma de decisiones que permite a las mujeres adoptar elecciones informadas con respecto a su SSR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información y educación inadecuadas con respecto al aparato genital y reproductor, su funcionamiento y su relación con la gestación y las opciones y las consecuencias de la misma • Ausencia de comprensión adecuada del concepto de consentimiento informado • Negativa del personal sanitario a asesorar a la paciente • No se respetan las decisiones de las pacientes
No se garantiza/respetar la confidencialidad:	<ul style="list-style-type: none"> • La intimidad constituye un problema (por ej., cuando las mujeres acuden a dar a luz o a abortar, a menudo se las coloca en la misma habitación). • Las mujeres, especialmente las pobres, tienen miedo a que se les haga daño o se les mire mal • No existe la posibilidad de recibir los servicios sanitarios de manera anónima
No se respeta el principio de no discriminación:	<ul style="list-style-type: none"> • Varios tipos de mujeres se enfrentan a discriminación (por ej., las mujeres con embarazos múltiples, las adolescentes, las madres solteras, las mujeres con ITS, las mujeres infectadas por VIH, las discapacitadas y las pertenecientes a minorías religiosas). • A aquellas que padecen enfermedades comunes graves puede verse denegado el acceso a la asistencia prenatal con el fin de disminuir las complicaciones.
Precarias habilidades de asesoramiento:	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de empatía del personal médico (por ej., la actitud del personal sanitario puede ser negativa, crítica y carente de apoyo) • Falta de habilidades de asesoramiento (por ej., falta de habilidades para entablar conversación con la/el paciente, para escuchar activamente)



**Iryna
Mogilevkina**



**Nikolay
Shpatusko**



**Natalia
Morozova**



**Alexander
Kulik**



**Vyta
Senikas**



**Liette
Perron**



**Andre
Lalonde**

Tabla 3. Factores que obstaculizan el acceso a los servicios de SSR en Ucrania

Barreras geográficas
<ul style="list-style-type: none"> Largas distancias, incluso a los centros de asistencia médica de nivel secundario y terciario Zonas rurales remotas carentes de dependencias médicas Organización geográfica de la sanidad, en la que para tener derecho a la asistencia en la región, se necesita una dirección en la misma
Problemas de transporte
<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de medios de transporte en algunas zonas rurales Precaria infraestructura de carreteras Falta de vehículos de emergencias en las dependencias médicas para proporcionar transporte a los y las pacientes si es necesario
Problemas de comunicación
<ul style="list-style-type: none"> Falta de medios de comunicación

Tabla 4. Factores que obstaculizan el acceso a la atención sanitaria de calidad en Ucrania

Disponibilidad y preparación del personal sanitario
<ul style="list-style-type: none"> El número de personas dedicadas a la atención sanitaria es, a menudo, insuficiente, especialmente en las zonas rurales Bajo nivel de conocimientos y habilidades (es decir, conocimientos/habilidades restringidas de los médicos/as de familia, el personal médico tiene una experiencia/unas habilidades técnicas insuficientes para ejecutar determinadas tareas, ausencia de criterios de calidad en la formación médica)
Problemas de manejo de casos
<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de enfoque de trabajo en equipo Las comunicaciones e interacciones entre el personal médico son a menudo ineficaces Es posible que las prácticas no se ajusten a las mejores evidencias médicas y más actuales Ausencia de protocolos de actuación en atención sanitaria urgente Inexistencia de una cultura de control

diversos factores que pueden influir en la toma de esta decisión en Ucrania (Tabla 1 y Tabla 2). Un entorno caracterizado por la falta de confianza en el personal médico, el miedo a ser malinterpretada, la insatisfacción sobre la calidad de la atención recibida y, en última instancia, el retraso a la hora de tomar la decisión de acudir a un servicio sanitario.

Retraso 2: acceso a los servicios médicos adecuados

Una vez que se ha tomado la decisión de solicitar asistencia médica, los servicios adecuados deben estar disponibles. Entre los factores clave identificados como barreras al acceso a la atención sanitaria se referían: la ubicación geográfica, los problemas de transporte y las dificultades de comunicación (Tabla 3).

Retraso 3: acceso a una atención sanitaria de calidad

Una vez que la mujer llega a la dependencia sanitaria, también es igualmente importante que pueda acceder a los servicios de cuidados de urgencia necesarios. El retraso en el acceso a la atención sanitaria depende generalmente de una serie de factores, como el número de integrantes del personal sanitario y el nivel

de preparación del mismo, la disponibilidad del material médico y la ubicación del centro sanitario (Tabla 4).

Prácticas perjudiciales

El personal sanitario también citó diversas **prácticas** perjudiciales que, en su opinión, repercuten negativamente sobre la SSR de las mujeres en Ucrania, como:

- o ingreso temprano en la unidad de maternidad antes del parto, lo que lleva a más intervenciones;
- o manejo agresivo del parto, como la amniotomía temprana, la inducción al parto sin indicaciones adecuadas y frecuentes exámenes vaginales intraparto;
- o los partógrafos se completan tras la expulsión (no en el intraparto);
- o legrado uterino rutinario tras la expulsión;
- o los procedimientos se llevan a cabo sin el consentimiento de la mujer, como la esterilización durante la práctica de una cesárea y la inserción de dispositivos intrauterinos tras los IVEs inducidos; y
- o la polipragmasia (administración de varios fármacos simultáneamente)

Así pues, las mujeres tienen en Ucrania una apremiante necesidad de ver mejorada la protección de sus DSSR.

Resumen

Todo el personal sanitario implicado en los servicios de SSR tiene la obligación de conocer las barreras subyacentes a la utilización de los servicios y sus resultados, así como de tomar medidas para desarrollar estrategias eficaces. Dichas estrategias deben corresponderse con responsabilidades profesionales identificadas por el Código Deontológico de la FIGO y deben contemplar tres áreas específicas: la competencia profesional; la autonomía de la mujer, la confidencialidad de sus datos y la responsabilidad ante la comunidad (1). El personal sanitario implicado en la prestación de servicios de SSR debería defender y promover los derechos y la SSR de las mujeres en base a su compromiso de garantizar los derechos humanos y los principios éticos relacionados con la SSR. A través de la asociación con la FIGO y la SOGC, en calidad de proveedores sanitarios, estamos trabajando para que esto sea una realidad para todas las mujeres de Ucrania.

Iryna Mogilevkina, MD, PhD,
Catedrática de la Universidad Nacional Donetsk de Medicina, Ucrania

Nikolay Shpatusko, MD, PhD,
Profesor Asociado de la Universidad Nacional Donetsk de Medicina, Ucrania

Natalia Morozova, MD, PhD,
Profesora Asociada en la Universidad Nacional Donetsk de Medicina, Ucrania

Alexander Kulik, MD,
Jefe de Obstetricia y Ginecología en la Administración de Salud Pública Regional de Vinnitsa, Ucrania

Vyta Senikas, BSc, MDCM, FRCSC, MBA,
Vicepresidenta Ejecutiva Asociada de la SOGC, Canadá

Liette Perron,
Gestora de Proyectos del Programa de Alianzas de la SOGC, Canadá

Andre Lalonde, MD, FRCSC,
Vicepresidente Ejecutivo de la SOGC, Canadá

Dirección de contacto:
imogilevkina@gmail.com

Referencias

1. Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología. *FIGO Professional and Ethical Responsibilities Concerning Sexual and Reproductive Rights*. FIGO; noviembre de 2003.

¿POR QUÉ LA MORTALIDAD MATERNA ES “RELATIVAMENTE REDUCIDA” EN LA REPÚBLICA DE MOLDAVIA? UN PASO MÁS ALLÁ DE LOS DATOS, A FAVOR DE LAS CONDUCTAS DE DEMANDA DE SERVICIOS SANITARIOS

Antecedentes

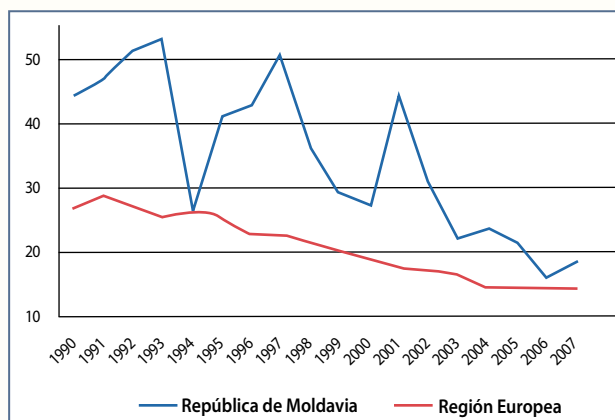
Las estadísticas demuestran que la República de Moldavia es el país más pobre de Europa, con una frágil economía que depende en gran medida de los ingresos que aportan quienes trabajan en el extranjero. Desde su creación como nación, tras la caída de la Unión Soviética, este pequeño país interior situado en Europa del Este atravesó un largo periodo de transición que originó un repentino aumento de la pobreza y la interrupción de los sistemas de sanidad y seguridad social cuando más se necesitaban. En 2007, el Producto Interior Bruto (PIB) per cápita de Moldavia sólo ascendía a 2.930 USD (PPA int \$), lo que representa poco más de una décima parte del PIB medio per cápita de la Región Europea (esto es, 21.612 USD (PPA int \$)) (1). No obstante, a pesar de los problemas económicos, la pobreza y la inequidad social, la República de Moldavia ha realizado importantes avances en mejorar la salud materna. La ratio de mortalidad materna experimentó cambios entre 1990 y 2007, con un pico de 52,89 muertes por cada 100.000 nacidas-nacidos vivos en 1993, y la cifra mínima de 15,96 muertes por cada 100.000 en 2006 (figura 1).

Así, con este artículo se pretende entender cómo consiguió la República de Moldavia mejorar la salud materna y mantener la ratio de mortalidad materna en una tendencia decreciente a pesar de las circunstancias económicas y sociales del país.

El sistema de gobierno

Una de las razones de estos logros reside en el compromiso y los permanentes esfuerzos del Gobierno de la República de Moldavia por garantizar unos mejores servicios de atención sanitaria. Desde la década de 1990, cuando el país adquirió la independencia, el Gobierno moldavo ha invertido entre el 9% y el 12% de sus presupuestos generales en la mejora del sistema sanitario del país, por lo que, en conjunto, gasta el 9,4% de su PIB en sanidad (estadísticas de 2006), lo que en términos nominales asciende a 242 USD per cápita (1). No se trata de una elevada cantidad, teniendo en cuenta que países vecinos como Rumanía y Ucrania se gastan como mínimo el doble. Sin embargo, pese a sus escasos recursos, la República de Moldavia ha introducido una serie de reformas para optimizar su

Figura 1. Tendencias en la tasa de mortalidad materna en la República de Moldavia (1990-2007).



Fuente: Base de datos europea Salud Para Todos [base de datos online]. Copenhague, Oficina Regional para Europa de la OMS (<http://data.euro.who.int/hfad/b>) consultada en febrero de 2010

sistema de atención sanitaria. A través de su plan de seguro sanitario obligatorio, se proporcionan una serie de servicios. Además, el Estado garantiza una serie de servicios mínimos de asistencia médica a las personas que no se encuentran aseguradas (sector informal). Las mujeres gestantes quedan automáticamente cubiertas por el seguro sanitario, tanto del sector formal como del sector informal; es más, por ley, las mujeres tienen derecho durante el embarazo, el parto y el posparto, a servicios sanitarios financiados por el Estado. La atención sanitaria materna e infantil en la República de Moldavia se proporciona en dependencias de atención primaria y, para actos sanitarios más complicados, existe una red de hospitales con consultas por especialidades. Desde 1997, la atención prenatal ha pasado de ser asumida por especialistas en obstetricia y ginecología, a ser prestada por especialistas en medicina general (médico/a de familia). Las gestantes acceden generalmente a la atención prenatal a través de atención primaria, en particular, a través de los ambulatorios de medicina de familia de los centros sanitarios y de las consultas de medicina de familia. La atención al parto se realiza en unidades de obstetricia y ginecología en maternidades situadas en hospitales de distrito y municipales, así como por centros sanitarios terciarios, como el Instituto de Investigación Científica en el sector de la Asistencia Sanitaria Maternoinfantil. Además, las mujeres embarazadas no tienen por qué quedarse en su área sanitaria y pueden elegir los servicios de maternidad que deseen. El estudio Demográfico y de Salud de 2005 confirmó que prácticamente todos los partos en la República de Moldavia

eran atendidos por profesionales cualificados. Según los datos del estudio, casi el 91% de los partos eran atendidos por un/una médico/a, y en el resto de los partos intervenía personal de enfermería o matronas (2).

En el ámbito nacional, las prioridades a largo plazo para mejorar la salud materna se contemplan en la Estrategia Nacional de 2005-2015 para Promover la Salud Reproductiva, que plantea un conjunto de actividades y medidas que compromete al personal sanitario y a los/las responsables políticos/as a impulsar la colaboración para mejorar la salud materna y reproductiva. Además, desde 2001, la República de Moldavia participa, como país piloto, en la iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” (MPS, Making Pregnancy Safer) de la OMS en la Región Europea, llevándose a cabo, como parte de esta iniciativa, diversas intervenciones en los ámbitos político y sanitario, como la actualización de políticas, normas y reglamentos, y el desarrollo de recursos humanos. Además, la iniciativa también sirvió para dotar al personal sanitario de conocimientos actualizados con respecto a las tecnologías pertinentes (3). Beyond the Numbers ha sido una de las intervenciones puestas en marcha en el país y ha proporcionado información importante con respecto a la atención sanitaria materna y a sus resultados. Parte de la información recabada ha servido para identificar los factores culturales que han intervenido en la mejora de la salud materna.

Conductas ante la demanda de atención sanitaria

Además del compromiso y el apoyo prestados por el Gobierno, un im-



portante factor que ha contribuido al mantenimiento de la tasa de mortalidad materna en niveles relativamente bajos reside en las conductas de demanda de atención sanitaria de la sociedad moldava en general. La cultura del país sitúa al núcleo familiar como la piedra angular de la sociedad. Sin embargo, el último estudio sobre población y salud, de 2005, indica que las mujeres y los hombres moldavos generalmente prefieren las familias pequeñas. En cualquier caso, según las expectativas, cada matrimonio joven tendrá al menos un hijo o hija, ya que las parejas sin hijas o hijos son consideradas anómalas y se las sitúan al margen de las normas y los valores tradicionales. Por lo tanto, las y los progenitores y familiares de los matrimonios jóvenes animan a éstos a tener descendencia, ya que es un componente del éxito y de la prosperidad de la familia moldava. Por consiguiente, cuando una pareja espera una o un bebé, generalmente se percibe como algo extraordinario y se hace todo lo posible por garantizar la atención sanitaria adecuada, aun si ello implica pagar una cantidad de dinero a escondidas, por lo que la población moldava, al igual que la de muchos otros países del antiguo Bloque Soviético, se muestra dispuesta a estas prácticas con el fin de recibir los mejores servicios sanitarios (4), especialmente en el momento del parto. Las familias de ambos progenitores, ya unidas, ahorran con el fin de pagar por la seguridad y la salud de la madre y de la/del bebé. Existen anécdotas que señalan que en la mayoría de los casos, la gestante, busca utilizar medios de pago alternativos para financiar la atención sanitaria correspondiente al parto (con dinero de su propio bolsillo), como son los préstamos intrafamiliares o interfamiliares.

Es más, actualmente casi todo el mundo paga directamente los servicios de salud, ya sea oficial u extraoficialmente, algo que, por desgracia, se ha convertido por lo general en un acto socialmente aceptable. Generalmente, se piensa que la calidad de la atención sanitaria depende de la capacidad de la paciente para aportar dinero en señal de agradecimiento. Sin embargo, a menudo, se hace a costa del principio de equidad e igualdad en el acceso a la atención sanitaria: por ej., las personas acomodadas reciben mejores servicios

que las pobres y vulnerables. Este hecho también explica por qué la mayoría de las muertes maternas (58%) tienen lugar en las zonas rurales (5), donde la pobreza es más acusada.

Conclusión

Las tasas relativamente bajas de mortalidad y morbilidad maternas en la República de Moldavia son el resultado de los esfuerzos del Gobierno y de las conductas sociales de demanda de atención sanitaria. La salud materna es, sin duda, una prioridad en el programa del Gobierno, hecho que resulta evidente por la participación de la República de Moldavia en las diversas iniciativas internacionales, como el Programa de Acción de la ICPD y los proyectos de la OMS, como el de "Reducir los Riesgos del Embarazo", quedando aquí incluida la iniciativa "Más allá de las cifras". Junto con otros países, la República de Moldavia manifiesta su compromiso de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). A este respecto, el ODM nº 5 sobre la mejora de la salud materna se definió en el marco nacional como la reducción en un 75% de la mortalidad materna para 2015. Esto inicialmente significaba que, por cada 100.000 nacidas o nacidos vivos, había que reducir las 28 muertes maternas que se producían en 2002, a 23 para el año 2006, 21 para el año 2010, y 13,3 para el año 2015. El objetivo intermedio de 2006 fue alcanzado con éxito, lo que llevó al Gobierno a modificar el objetivo de 2010 y reducirlo a 15,5, dejando inalterado el de 2015 en 13,3. Además, la salud materna constituye una prioridad en las estrategias nacionales, tal y como se desprende de la Estrategia Nacional para la Promoción de la Salud Reproductiva y de la Política Nacional de Salud y del compromiso del Gobierno con respecto a la calidad de la atención sanitaria, en particular durante el embarazo y el parto. Los errores con resultado de muerte, además de ser castigados oficialmente, también mantienen la mala fama de las y los profesionales responsables ante sus homólogos y el resto de la sociedad.

Es más, en lo que respecta al embarazo y al parto, la implicación y los permanentes esfuerzos asumidos por el Gobierno se ven complementados por los patrones de conducta de la sociedad moldava a favor de recibir servicios de

atención sanitaria, ya que la población de la República de Moldavia manifiesta una preocupación por la salud materna puesto que la maternidad se considera una experiencia gratificante y representa uno de los mayores logros de la vida privada. El embarazo tiene un significado social importante. Así pues, tanto los hombres como las mujeres estarían dispuestos/as a prescindir de sus escasos recursos para así ofrecer la mejor atención a las mujeres gestantes, las futuras madres y a sus bebés.

Por último, la mortalidad materna es un fenómeno tan complejo que, para comprenderlo en profundidad, es necesario llevar a cabo más trabajos de investigación, en particular de índole antropológica y social.

Referencias

1. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009, Tabla 7: Gastos en salud, disponibles en: <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>
2. Medicina del Ministerio de Sanidad y Protección Social y ORC Macro. Estudio sobre Población y Salud de 2005, Centro Nacional Científico Aplicado de Medicina Preventiva (NCPM) [Moldavia] y ORC Macro. 2006. *Estudio Demográfico y de Salud de 2005*. Calverton, Maryland: Centro Nacional Científico Aplicado de Medicina Preventiva del Ministerio de Sanidad y Protección Social y ORC Macro.
3. Stratulat P, Baltag V, Curteanu A. et al. Assessment of maternity practice in the Republic of Moldova, *Entre Nous*, N° 60 - 2005. Disponible en www.euro.who.int/entrenous
4. Balabanova D, McKee M, Pomerleau J et al. *Health Service Utilization in the Former Soviet Union: Evidence from 21 Eight Countries*, HSR: Health Services Research 39:6, Parte II (diciembre de 2004).
5. Página web del Ministerio de Sanidad: <http://www.ms.gov.md/public/international/ONU/Obiective/Componente/Obiectivul5/>, consultada en febrero de 2010.

Oxana Gavrilita

Investigadora, MA en Relaciones Internacionales y Políticas Públicas
oxanagavrilita@gmail.com

MORBILIDAD MATERNA GRAVE: LA EXPERIENCIA NORUEGA CON LAS INVESTIGACIONES DE CASOS DE MORBILIDAD MATERNA GRAVE O "NEAR MISS"

Antecedentes

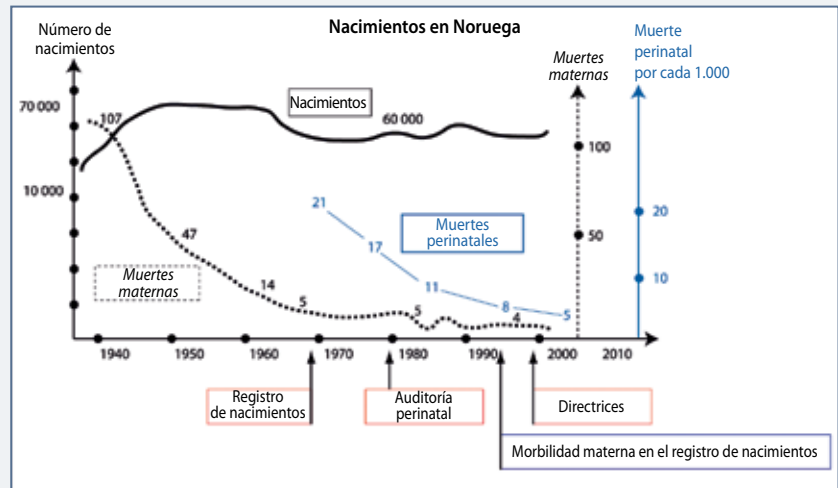
Según el Índice de Desarrollo Humano de 2009 del PNUD, que evaluaba globalmente a 182 países, la población que reside en Noruega disfruta de una alta calidad de vida. Con una población de 4,8 millones de habitantes y aproximadamente 60.000 nacimientos anuales, Noruega ha conocido una extraordinaria reducción de la mortalidad materna (MM) desde la II Guerra Mundial. En las tres últimas décadas, la MM directa se ha estabilizado en una tasa de 4-6 muertes maternas/100.000 nacidas o nacidos vivos (figura 1) (1, 2). La mortalidad perinatal también ha descendido durante las dos últimas décadas, siendo en 2008 de 4,3 por cada 1.000 nacimientos (en lo que respecta a las y los nacidos a partir de una edad gestacional de 28 semanas) y de 5,8 por cada 1.000 nacimientos (respecto a las y los nacidos a partir de una edad gestacional de 22 semanas); dicha mortalidad perinatal es menor, (en ambos casos), cuando son niñas que niños.

Noruega también cuenta con un registro sanitario detallado de nacimientos, creado en 1967 para el control de la salud perinatal, en el que se inscriben todos los que tienen lugar a partir de las 16 semanas de gestación, junto con información sobre la madre, su embarazo, el parto, y de la o el neonato. (El registro fue creado en 1967 para el control de la salud perinatal). Desde 1999 se han incluido morbilidades maternas graves, registrándose hemorragias maternas de sangrado superior a 1.500 mililitros, sepsis, preeclampsia grave, el síndrome de HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia) e ingresos en la unidad de cuidados intensivos durante el embarazo o en los 42 días posteriores al parto.

¿Qué es lo que ha influido en el descenso de las muertes maternas y perinatales?

La caída en la mortalidad ha estado vinculada a diversos factores, especialmente al acceso universal a la medicina obstétrica y neonatal y la introducción de la "Auditoría perinatal" en los casos con resultado de muerte desde finales de la década de 1970 (Figura 1). En la actualidad, dicha auditoría también se lleva a cabo con respecto a la morbilidad grave materna y neonatal. Otros factores importantes son la reducción de maternidades pequeñas en las que se atendían unos 500 partos, en favor de las maternidades

Figura 1. Mortalidad materna y perinatal en Noruega desde la II Guerra Mundial. (1,2)



estatales, que no llegan a 50, entre ellas 4 clínicas universitarias. En Noruega no hay hospitales privados, tan sólo está el sistema sanitario público, en el que la atención sanitaria prenatal y materna es gratuita y la utilizan más del 99% de las gestantes. La mayor parte de los cuidados de las gestantes de bajo riesgo quedan en manos de los y las matronas y cada municipio cuenta al menos con una/uno. Toda mujer gestante acude 2-3 veces a su médico/a de cabecera y de 4 a 7 veces a su matrona o matrona. Normalmente las mujeres eligen la maternidad más cercana en términos geográficos. El índice de partos en casa es muy bajo (<0,6%), y de ellos, la mitad no están planificados.

También los sistemas de derivación a especialistas y la atención de los servicios de urgencia son factores importantes que han contribuido a mejorar la salud materna. Los embarazos de alto riesgo se derivan a los principales hospitales antes del parto y existe una estrecha colaboración entre el personal de medicina general y las unidades de obstetricia.

El índice de intervención es aproximadamente del 25% (cesáreas y parto instrumental) y el índice de lactancia materna supera el 99%.

La calidad de la atención sanitaria se ha visto constantemente mejorada y ha sido objeto de atención permanente gracias a la elaboración de guías clínicas nacionales, que se encuentran disponibles en Internet, son revisadas cada 3-5 años por la Sociedad Noruega de Obstetricia y Ginecología desde 1992. En las juntas anuales de la sociedad se aborda, siempre, su actualización y cada hospital las adapta elaborando su propio protocolo.

Morbilidad materna grave ("near miss")

En Noruega, la seguridad de las madres se da por sentada. Resulta paradójico que en una época en la que muchas mujeres solicitan la cesárea, cada vez hay más madres que también demandan dar a luz en sus casas y tener partos naturales, como es el caso de Holanda. Las mujeres desean experimentar el proceso del parto sin ningún tipo de interacción médica por lo que hemos introducido "unidades de parto en casa" en los hospitales, clínicas de partos alternativos y clínicas dirigidas por matrones y matronas para embarazos de bajo riesgo, en un intento de satisfacer este deseo de las mujeres de tener partos "no medicalizados".

Sin embargo, pese a este giro paradigmático, todavía existe poca información sobre el alcance y los factores de riesgo de la morbilidad materna durante el embarazo o en el momento del parto. La morbilidad materna grave o "near miss" se define como toda complicación grave que pone en peligro la vida de la gestante, quien sobrevive gracias a la "buena suerte" o al acceso a cuidados obstétricos de urgencia de alta calidad. La morbilidad materna grave, cuyas principales patologías son la hemorragia grave, la sepsis y trastornos hipertensivos vinculados al embarazo, constituye una gran preocupación en materia de salud materna, no sólo para los países de escasos recursos, sino también para los países desarrollados y de elevados recursos, como Noruega. Dicha morbilidad suele darse incluso en mujeres sanas y con embarazos de bajo riesgo. En algunos países, como es el caso de Noruega, visto



Babill Stray-Pedersen

que gracias al acceso a los servicios obstétricos de urgencia la muerte materna es actualmente un problema poco frecuente, el centrar la atención únicamente en el control de muertes podría traducirse en la pérdida de oportunidades para mejorar la atención sanitaria, y aunque dicho control ha desempeñado un papel importante a la hora de garantizar la calidad de la atención sanitaria y contribuir al descenso del número de muertes maternas, no por ello deberíamos darnos por satisfechos; aún tenemos mucho que aprender sobre nuestras prácticas obstétricas y sobre el modo de mejorar la salud materna, especialmente en el caso de la morbilidad materna grave y los casos “casi fatales” (near miss).

Particularmente en países europeos en los que las muertes maternas son raras (3,6), se han propuesto como indicadores de medición alternativos las investigaciones sobre la morbilidad materna grave y los casos de “near miss”. Además, las entrevistas con las gestantes en situación muy grave pueden aportar una valiosa información sobre los factores de riesgo y la atención sanitaria deficiente.

La experiencia de Noruega con la investigación de casos “near miss” comenzó en la década de 1990 con el proyecto “The MOthers’ Mortality and Severe Morbidity” (MOMS), que se trataba de una iniciativa europea integrada por un equipo internacional que cubría 9 países europeos, entre ellos, Noruega, y que tenía por objeto mejorar la salud materna mediante el aumento de los conocimientos y análisis sobre la mortalidad y de la morbilidad materna grave. Se utilizaron definiciones comunes para mortalidad materna y tres patologías obstétricas graves: preeclampsia, hemorragia posparto (definida como la pérdida de ≥ 1500 ml de sangre o la necesidad de transfusión de sangre/plasma) y sepsis (4, 5). Según los datos poblacionales recogidos, la tasa de mortalidad materna directa de los 9 países participantes era de 8,7 por cada 100.000 nacidas y nacidos vivos (4), siendo en Noruega, esta tasa de 3,3/100.000.

Desde el prisma de la morbilidad materna grave, el estudio identificó a 1.734 mujeres de los 9 países que sufrieron al menos una de las tres patologías graves; el 48% de ellas presentó una hemorragia grave; el 46%, preeclampsia grave, y el 8%, sepsis grave. La frecuencia de la complicación grave más común en el estudio europeo era la hemorragia grave,

de 4,6 por cada 1.000 partos, aunque la frecuencia variaba entre los distintos países, oscilando entre el 0,8% y casi el 9% (5). También existían diferencias considerables en cuanto a la incidencia de las tres patologías combinadas (un indicador compuesto de medición de la morbilidad materna grave), que oscilaba entre 15 por cada 1.000 partos en Bruselas (Bélgica), a 6 por cada 1.000 partos en Alta Austria. En Oslo, Noruega, la incidencia era de casi 1 por cada 100 partos (5). Asimismo, observamos que en Noruega dos tercios de dichas complicaciones no eran previsibles en el momento del ingreso en la unidad de maternidad, por lo que una madre de cada ciento cincuenta gestantes normales tenía un alto riesgo de sufrir complicaciones graves. Sin el acceso a los cuidados obstétricos de urgencia, dichas madres podrían acabar con problemas de salud graves, como disfunciones orgánicas o, en el peor de los casos, podrían morir.

Según nuestra experiencia en la iniciativa MOMS, continuamos llevando a cabo investigaciones sobre la morbilidad materna grave que desembocaba en casos de “casi muerte” o “near miss” en Noruega. En nuestro estudio más reciente (6), que abarcaba a 300.000 madres del Registro de Nacimientos, la hemorragia obstétrica grave afectaba al 1,1% de todas ellas, siendo la atonía uterina la causa principal. El tipo de parto era el factor de riesgo más importante, especialmente el parto por cesárea, seguido del parto por cesárea voluntario. La alta prevalencia de la hemorragia obstétrica grave indicaba que era necesario revisar nuestros procedimientos en el proceso de parto y nos orientaba a la hora de revisar los protocolos y conocimientos pertinentes a estos efectos. Así, la información que obtuvimos del estudio de la iniciativa MOMS y de nuestras propias investigaciones nos permitió comparar nuestros resultados con los de otros países y preguntarnos el porqué de las diferencias existentes y cuáles eran los factores que contribuían en estos casos de “near miss”. Ampliando nuestras miras más allá de las meras auditorías de muertes maternas, hemos podido documentar que a pesar de que no haya muertes maternas, aún existe margen para mejorar en lo que respecta a la calidad de la atención sanitaria, algo que nosotros y nosotras, como profesionales de la salud, no debemos perder de vista.

Conclusión

Estudios sobre la letalidad, la gestión, los factores de riesgo y los resultados de los casos de “near miss” pueden aportarnos información esencial sobre el sistema de atención sanitaria y, en países en los que los casos de muerte materna son raros, podrían funcionar como métodos de medición más directos de la calidad de la atención materna. A efectos de continuar mejorando los resultados en salud materna, los casos de “near miss” deberían incorporarse a las auditorías de mortalidad materna en el ámbito local y/o al método de investigación confidencial de muertes maternas en el ámbito nacional.

Babill Stray-Pedersen, MD,

Catedrática, Departamento de Obstetricia y Ginecología de Rikshospitalet, Hospitales universitarios de Oslo e Instituto de Medicina Clínica, Universidad de Oslo, Noruega
babill.stray-pedersen@medisin.uio.no

Referencias

1. Vangen S, Bergsjø P. Do women die from pregnancy today? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123:3544–5. En noruego.
2. Andersgaard AB, Langhoff-Roos J, Øian P. Direct maternal deaths in Norway 1967–1995. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87:856–61.
3. Minkauskiene M, Nadisauskiene R, Padaiga Z et al. Systematic review on the incidence and prevalence of severe maternal morbidity. *Medicina (Kaunas)*. 2004; 40(4):299–309.
4. Salanave B, Bouvier-Colle MH, Varnoux N et al. Classification differences and maternal mortality: a European study. Grupo MOMS. MOthers’ 23 Mortality and Severe morbidity. *Int J Epidemiol*. 1999; 28(1):64–9.
5. Zhang WH, Alexander S, Bouvier-Colle MH et al. Grupo MOMS-B. Incidence of severe pre-eclampsia, postpartum haemorrhage and sepsis as a surrogate marker for severe maternal morbidity in a European population-based study: the MOMSB survey. *BJOG*. 2005; 112(1):89–96.
6. Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L et al. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. *BJOG*. 2008; 115(10):1265–72.

INVESTIGACIONES CONFIDENCIALES SOBRE MUERTES MATERNAS EN LA REPÚBLICA DE KAZAJISTÁN: RESULTADOS PRELIMINARES

La República de Kazajistán introdujo la herramienta “Más allá de las cifras” (BTN, Beyond the Numbers) de la OMS en enero de 2009. De los cinco enfoques distintos que ofrecía la herramienta BTN para mejorar los resultados en salud materna y perinatal, el país ha escogido dos para su implantación: las investigaciones confidenciales de muertes maternas (CEMD) y las encuestas de morbilidad materna grave o “near miss” (NMCR). Este artículo tratará sobre la implantación del enfoque CEMD y se centrará en los resultados al año de su implantación.

Contexto nacional

En la Región de Europa de la OMS, la República de Kazajistán se considera un país con una mortalidad materna y perinatal relativamente alta, a pesar de que existen una plena conciencia y un importante compromiso político por mejorar la salud materna e infantil (SMI) y disminuir la mortalidad.

La mortalidad materna y neonatal tiene lugar en un sistema sanitario con una infraestructura sólida, un alto nivel de cobertura sobre atención prestada por personal sanitario, unas prestaciones mínimas de servicios sanitarios básicos gratuito garantizados por el Gobierno y un amplio acceso a los servicios de SMI. Según los resultados de la última Encuesta Agrupada de Indicadores Múltiples (2006), el 99,8% de los partos del país se llevan a cabo en las maternidades y son asistidos por personal especializado (99%). Asimismo, existe una elevada cobertura de atención sanitaria prenatal de las mujeres gestantes (99,9%) (1).

Así, la atención sanitaria perinatal inadecuada y la elevada mortalidad materna y neonatal se debe a la baja calidad de los servicios: un uso irracional de los recursos existentes y una organización deficiente. El mecanismo de control de la mortalidad materna existente no es perfecto y no tiene en cuenta todos los errores administrativos y clínicos. Por consiguiente, las recomendaciones son formales y genéricas y no tienen aplicación práctica, y las medidas para mejorar la situación son ineficaces y a menudo están dirigidas a encontrar y castigar a la persona responsable. Los principios de una gestión sancionadora y el inadecuado análisis de la calidad de los servicios sanitarios se han traducido en una amplia variedad de interpretaciones de datos estadísticos y también ha limitado

la capacidad del sistema sanitario para identificar y resolver los problemas y los retos existentes en materia de SMI.

Implantación del enfoque CEMD

Teniendo en cuenta la gravedad del asunto, el Ministerio de Sanidad de la República de Kazajistán puso en marcha en enero de 2009 el enfoque CEMD basado en la metodología “Beyond the Numbers” de la OMS, ha sido implantado en el ámbito nacional en el marco del programa del Ministerio de Salud “Sobre la disminución de la mortalidad materna y neonatal en Kazajistán en el periodo 2008-2010”. Dicha implantación se ha llevado a cabo con el apoyo técnico de la Oficina Regional para Europa de la OMS, el FNUAP y UNICEF.

El proceso de implantación fue precedido de un importante trabajo preparatorio, iniciándose con la presentación y la selección de los enfoques de auditoría en la Reunión Regional de la OMS (Kirguistán, 2004), seguido de talleres técnicos sobre la introducción de métodos de control de la mortalidad materna, conceptualmente nuevos, basados en la experiencia y los conocimientos técnicos de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Durante 2007 y 2008, la República de Kazajistán realizó talleres nacionales que congregaba a expertos y expertas internacionales con el fin de formar a las personas que se encargarían de la coordinación, el desarrollo de un plan de acción, adoptar herramientas de control y desarrollar protocolos nacionales, basados en la evidencia, para su aplicación en las complicaciones del embarazo y los cuidados obstétricos y neonatales.

Resultados alcanzados

Las 134 muertes maternas que se produjeron en la República de Kazajistán durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009 fueron objeto de estudio conforme al enfoque de las CEMD. La investigación oficial de cada caso, equipos regionales de coordinación especialmente formados a tal fin, llevaron a cabo los estudios confidenciales pertinentes. Enviaron cuestionarios cumplimentados con los resultados de las entrevistas a las personas participantes en el proyecto y la documentación sanitaria anónima a un comité especial confidencial de control designado por el centro de Salud Nacional Materno-infantil de Astana. El comité pudo trabajar de manera eficaz,

analizando los 134 casos en 10 sesiones que se celebraron en el plazo de un año. La persona de secretaría encargada a estos efectos, garantizaba la confidencialidad y el análisis de los resultados proporcionados por los expertos y expertas del comité. Según el formato acordado, los resultados del trabajo de control se publicarán cada tres años y se presentarán a la sociedad médica.

Los resultados preliminares de las CEMD indicaron que de las 134 muertes maternas, el 85,4% se podían haber evitado utilizando los recursos normalizados, el 12,6% con la utilización de otros servicios y el 2% no se podrían haber evitado (2). Así, los resultados de las CEMD diferían sustancialmente de las estadísticas oficiales puesto que las principales discrepancias se hallaron en las áreas de muertes ocasionadas por hemorragias obstétricas, o por complicaciones médicas no obstétricas durante el embarazo y por una infravaloración de la sepsis (figura 1).

Etiologías de las muertes

Las CEMD demostraron que las etiologías de las muertes por hemorragia fueron las siguientes: rotura uterina (25,8%), abrupcio placentae antes de las 37 semanas de gestación (22,6%), durante o después de la cesárea (19,3%), hemorragia posparto tardía en el último periodo posnatal (19%), placenta previa (9,7%) e inversión uterina (6%) (2). Asimismo, la información obtenida a través de las CEMD reveló que en el caso de las muertes por hemorragia, una de cada cuatro mujeres murió por rotura uterina, y una de cada cinco, de abrupcio placentae. Estos datos diferían ampliamente de los recogidos en las estadísticas oficiales, que indicaban las siguientes etiologías de muertes maternas: hemorragia posparto tardía en el último periodo posnatal (51,9%), abrupcio placentae antes de las 37 semanas de gestación (37%), placenta previa (11,1%) y rotura uterina (4,5%) (3). La proporción de muertes notificada oficialmente por rotura uterina se encontraba infravalorada – 5,4 veces menos que las identificadas en el proceso de las CEMD (3). Para la mortalidad materna por complicaciones no obstétricas se identificaron dos causas principales: enfermedades respiratorias (58,1%) y enfermedades cardiovasculares (41,9%). Las CEMD también concluyeron que una de cada cinco muertes maternas se había producido por sepsis.

El proyecto "Support for Maternal and Child Health in Kazakhstan" de la OMS se está implantando con fondos financiados por la Unión Europea (2009-2011)



Gaukhar Abuova

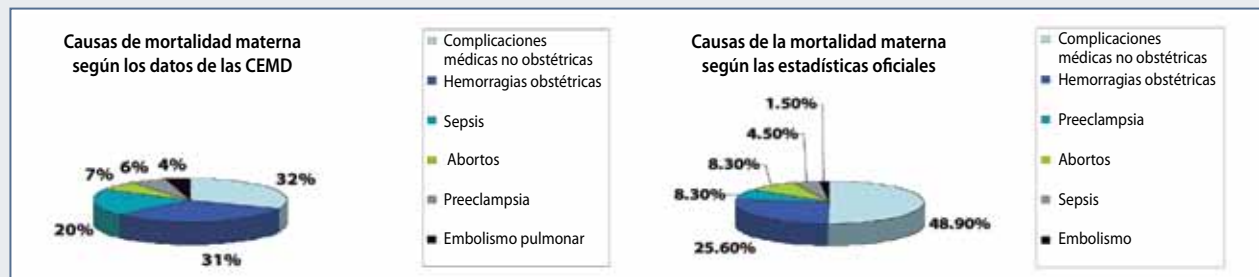


Talshyn Ukybassova



Assel Mussagaliyeva

Figura 1. Causas de la mortalidad materna según las CEMD y los datos oficiales.



Deficiencias en la calidad de la atención sanitaria

La implantación de las CEMD en el ámbito nacional permitió tener un mayor conocimiento de las significativas deficiencias en la calidad de los servicios de atención sanitaria materna prestados en la actualidad en la República de Kazajistán. El incumplimiento de los protocolos nacionales (72%), la hemostasis quirúrgica intempestiva (38%), la falta de plasmas sanguíneos (23%), conocimientos precarios sobre el uso de la técnica aplicada en la hemostasia quirúrgica (40%), la experiencia insuficiente en las situaciones de emergencia y la prestación de servicios sanitarios de urgencia inadecuados (20%), y el diagnóstico adecuado tardío (23%) fueron identificados como los principales factores que contribuyeron a las muertes ocasionadas por obstétricas, lo que puso de relieve las significativas deficiencias y problemas en la calidad de los servicios de atención sanitaria prestados y recibidos. Estas deficiencias en la prestación de servicios sanitarios de calidad basados en evidencias también quedaron patentes en las conclusiones del análisis de las muertes por rotura uterina, ya que el estudio de estos casos reveló que el 100% de las muertes se debían a causas iatrogénicas, provocadas por inducciones injustificadas al parto (100%), incumplimiento de las directrices y protocolos clínicos (100%) y baja cualificación del personal sanitario (100%). También se hallaron oportunidades perdidas de ofertar una atención obstétrica de calidad cuando se analizaron más a fondo las muertes por sepsis y por complicaciones médicas no obstétricas. Según los datos recabados de las CEMD con respecto a las muertes por sepsis, la calidad en las operaciones quirúrgicas (10%), el diagnóstico/screening tardío (60%), el retraso en el tratamiento (40%), el incumplimiento de los protocolos (35%) y la hospitalización tardía (20%) fueron señalados como los factores principales que provocaron la muerte. En los

casos en los que las muertes se debían a complicaciones médicas no obstétricas, se señalaron como factores subyacentes: las contraindicaciones al embarazo (42%), el diagnóstico tardío de las complicaciones médicas no obstétricas (60%), la hospitalización tardía (20%) y la falta de coordinación y competencia entre el personal sanitario durante el proceso de parto y la expulsión (19,8%).

Observaciones y conclusión

Los resultados de la aplicación de las CEMD fueron notificados ante el Ministerio de Sanidad en la reunión celebrada el 1 de febrero de 2010, en la que participaron los principales Centros de Salud Materno-infantil y los equipos directivos de los Departamentos de Salud Regional. Los datos notificados fueron bien recibidos y las personas participantes subrayaron las ventajas de las CEMD para reducir la mortalidad materna en la República de Kazajistán. Las conclusiones principales a las que se llegó durante la reunión fueron las siguientes:

1. Las CEMD habían demostrado ser un método de gran contenido informativo que permitía al personal responsable tener una imagen real de la mortalidad materna y tomar las medidas necesarias.
2. La confidencialidad del mecanismo de control proporcionó información objetiva de diferentes fuentes.
3. El personal sanitario pasó a considerar las CEMD como una fuente de expresión personal. Este es el motivo de que el mecanismo de control fuera aceptado, tanto por la clase dirigente, como por el personal sanitario del país.
4. Los datos notificados podían utilizarse como pruebas complementarias para promover y adoptar tecnologías maternas y perinatales eficaces recomendadas por la OMS.

En la actualidad, también se están tomando medidas para abordar las deficiencias

clave en la calidad de los servicios sanitarios y en la preparación y cualificación del personal sanitario identificadas en las CEMD, en cumplimiento del compromiso del Gobierno de mejorar los resultados en el ámbito de la salud materna. En conjunto, nuestra experiencia ha demostrado que las CEMD han evidenciado ser una herramienta extraordinariamente beneficiosa en la tarea destinada a cumplir el objetivo de disminuir la mortalidad materna en la República de Kazajistán.

Referencias

1. UNICEF. *Monitoring the situation of children and women. Encuesta Agrupada de Indicadores Múltiples de 2006, Informe final*. UNICEF e Instituto de Estadísticas de la República de Kazajistán, 2007.
2. Organización Mundial de la Salud. *Report on BTN implementation in Kazakhstan*. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS, 2008.
3. *La salud de la población en la República de Kazajistán y actividades de organismos sanitarios en 2008. Informe estadístico*. Ministerio de Sanidad de la República de Kazajistán, 2008.

Gaukhar Abuova, MD, PhD

Funcionaria Profesional Nacional, Salud Materno-infantil
Oficina de la OMS en Kazajistán
gaa@euro.who.int

Talshyn Ukybassova, MD, PhD

Subdirectora de Atención Obstétrica, Centro de Salud Nacional Materno-infantil
Presidenta del Comité de Control Confidencial de Kazajistán
talshynu@yandex.ru

Assel Mussagaliyeva, MA, MPP

Funcionaria Profesional Nacional, Oficina de la OMS en Kazajistán
asm@euro.who.int

IMPLANTACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE MORBILIDAD MATERNA GRAVE O “NEAR MISS” EN UZBEKISTÁN: EL PAPEL DE LOS LLAMADOS PRIKAZES

El Gobierno de la República de Uzbekistán adquirió el compromiso de dar prioridad a la salud materna e infantil (SMI) y a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desde que el país se independizó en 1991 ha hecho avances tangibles en la mejora de la SMI, ya que la tasa de mortalidad materna descendió de las 65,5 muertes/100.000 nacidas-nacidos vivos en 1991, a las 25,0 muertes en 2007 (1). La implantación de programas nacionales tendientes a aumentar la concienciación de la población para la planificación familiar, la prevención de embarazos no deseados, el espaciamiento entre nacimientos y la reducción del número de IVEs, ha contribuido a mejorar los indicadores de salud reproductiva de las mujeres en Uzbekistán. A pesar de estos logros, existen en el país deficiencias significativas en comparación con otros países de la Región Europea. En consecuencia, la mejora de la calidad de los servicios de SMI es una de las prioridades del programa permanente del Gobierno para la reforma del sistema sanitario.

Programa “Reducción de los Riesgos del Embarazo” (MPS, Making Pregnancy Safer) y otras alianzas

La iniciativa MPS de la OMS implantada en Uzbekistán desde 2002, se ha centrado en afianzar las funciones del sistema sanitario, incluidas la administración, la prestación de servicios y la generación de recursos.

A efectos de implantar programas de SMI se establecieron alianzas con organismos responsables del desarrollo, con donantes y con el Ministerio de Sanidad (MS), incluidos dos grandes proyectos de salud financiados con fondos del Banco Mundial y del Banco de Desarrollo Asiático (BDA), con el fin de apoyar estrategias dirigidas a reducir la morbilidad y la mortalidad materna e infantil y plantear mejoras en el sistema. En el marco del proyecto financiado por el BDA “Desarrollo de la salud femenina e infantil”, las maternidades del país reciben equipamiento médico moderno para la atención obstétrica y neonatal, además de hacer hincapié en la optimización de los servicios mediante la actualización de los conocimientos médicos y paramédicos del personal sanitario sobre la atención obstétrica y neonatal básica

y de urgencia, con el fin de cumplir las exigencias y los niveles de calidad internacionales.

Creación de un entorno en el que se intervenga mediante instrumentos legislativos

El Gobierno de Uzbekistán y el MS realizaron una gestión eficaz para mejorar la SMI, a través de la modificación y el diseño de una serie de instrumentos jurídicos conocidos como prikazes.

En 2003, el MS de Uzbekistán fue el primero de Asia Central que revisó su política sobre atención sanitaria materna y neonatal y que adoptó una política nacional a partir de la que se reestructuraron los servicios y los cuidados sanitarios en los hospitales de maternidad y de acuerdo a las recomendaciones de la OMS sobre las tecnologías perinatales eficaces. Los principales cambios introducidos en la política nacional fueron la promoción e integración de enfoques orientados a la familia, y la introducción en la praxis clínica de la medicina basada en la evidencia. Entre los enfoques orientados a la familia se planteó el acceso de familiares de las gestantes a las unidades de maternidad, permitir la estancia de las parejas, promover la lactancia materna y desmedicalizar el proceso de parto y el expulsivo, así como la elección por parte de la gestante de la posición deseada durante el mismo. Entre los enfoques basados en pruebas, estaban el uso del partógrafo, protocolos normalizados para la prevención de infecciones nosocomiales, y recomendaciones para la reanimación de neonatos y para los cuidados básicos de la o del recién nacido. El protocolo también contemplaba las actuaciones para prevenir el VIH (en la madre, en el/la bebé y en el personal sanitario) en las maternidades, y establecía que las mujeres con hepatitis y seropositivas debían dar a luz en los centros normalizados y no ser discriminadas.

En los años posteriores, el MS aprobó una serie de documentos jurídicos, los prikazes, que promovían la difusión de las prácticas basadas en evidencias y las recomendaciones de la OMS. Entre dichos documentos se aprobaron los siguientes:

- “Introducción de tecnologías basadas en experiencias para aumentar la eficacia de los cuidados prenatales en los centros de atención primaria de la

República de Uzbekistán”;

- “Programa de reducción de la mortalidad infantil”;
- “Introducción e implantación de las investigaciones confidenciales tanto de casos de complicaciones obstétricas graves o “near miss” como de muertes maternas en el sistema sanitario de Uzbekistán”; y
- “La incorporación en la atención sanitaria perinatal de mecanismos de prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo o hija”.

La aplicación de los prikazes para crear un entorno propicio para introducir cambios y mejoras en materia de SMI acabaría siendo un elemento importante para la implantación de la iniciativa “Más allá de las cifras” (BTN, Beyond The Numbers) del programa MPS de la OMS (3) en Uzbekistán.

Implantación de la iniciativa “Más allá de las cifras” (BTN, Beyond the Numbers)

Diversos representantes del MS de Uzbekistán participaron en el primer taller regional sobre la iniciativa BTN, celebrado en Issyk Kul en 2004 (4). Dado el interés suscitado, el MS, la Oficina Regional para Europa de la OMS y el FNUAP organizaron un taller nacional que se celebró, en Uzbekistán, en 2005, al que asistieron personal del MS, profesionales docentes en el ámbito de la medicina, personal sanitario (incluidos especialistas en obstetricia y ginecología y matronas/matrones), representantes de los ámbitos de la psicología y servicios sociales, representantes de Agencias de la ONU, organizaciones internacionales y entidades donantes involucradas en programas de promoción de la SMI. Durante el taller, las personas asistentes analizaron los diversos enfoques y recomendaron que se incorporaran e implantaran en Uzbekistán, a nivel nacional, las investigaciones de casos “near miss” (NMCR) en dependencias sanitarias, y las investigaciones confidenciales de muertes maternas (CEDM). Posteriormente, se celebró un taller técnico de BTN sobre las NMCR en junio de 2007, y se desarrolló un plan de acción para su implantación piloto.

La introducción de las NMCR tendría lugar en dos fases: una fase preparatoria



**Klara
Yadgarova**



**Feruza
Fazilova**

y una fase introductoria. Requisitos muy importantes para la implantación de este enfoque eran la adaptación del marco legal de Uzbekistán y el desarrollo de protocolos para el manejo de complicaciones obstétricas. La adaptación del marco legal era necesaria para evitar la adopción de medidas disciplinarias y el procesamiento judicial del personal sanitario implicado en el manejo de los casos analizados en las reuniones de NMCR. Los protocolos eran fundamentales a la hora de comparar el manejo de los casos analizados con criterios clínicos basados en la evidencia y aprobados en el ámbito nacional.

Las actividades preparatorias avanzaron rápidamente y el MS aprobó el decreto (prikaz) sobre la introducción de las NMCR en 4 centros de maternidad piloto de Uzbekistán: el Centro Perinatal Republicano, la sede de Karshi del Centro Republicano Médico-Práctico Especializado de Obstetricia y Ginecología, y los centros de maternidad de las regiones (oblast) de Andijan y Fergana. Este prikaz, que fue aprobado por el Comité de NMCR Nacional, incluyó su ámbito de competencia y sus funciones e indicó los criterios que debían utilizarse en la implantación de las NMCR, estableció las normas locales para el manejo de las complicaciones obstétricas más frecuentes y de los procedimientos para la documentación/regulación, elaboración de informes y organización de las reuniones de NMCR.

Durante la fase introductoria se destacó que el MS desempeñaría un papel de coordinación muy importante, ya que estaría implicado en todas las tareas de las NMCR, como la recopilación de datos de los centros piloto, la identificación de las principales deficiencias o barreras, y las alternativas y recomendaciones propuestas, incluidas las estrategias para reducir la mortalidad materna y perinatal en el país.

Aunque las NMCR se iniciaron, en 2007, en 4 centros de maternidad piloto, en todos los centros sanitarios se llevaron a cabo simulaciones de NMCR, con el fin de probar todas las herramientas y capacitar al personal para dirigir y promover las reuniones de NMCR. Durante estas sesiones simuladas, se subrayó la importancia de respetar los principios de confidencialidad y no culpabilizar. Además, las personas participantes en estas entrevistas recordaron que un elemento muy importante a la

hora de llevar a cabo las NMCR es tener en cuenta el punto de vista y la experiencia de la mujer. Un elemento clave para la puesta en marcha en dichos centros fue la implicación del Gobierno en el proceso de implantación de las recomendaciones propuestas, así como en la supervisión del proceso de implantación.

Hasta este momento, en los 4 centros piloto se han llevado a cabo 46 reuniones de control y se han analizado 46 casos (25 de hemorragia obstétrica, 17 de preeclampsia y 4 de sepsis) desde un planteamiento global, realizándose “puerta a puerta”. La implicación de expertos y expertas internacionales y la realización de visitas de seguimiento revistieron importancia en lo que respecta a la formación del personal y a la identificación de deficiencias. En todos los casos analizados se anotaron, se subrayaron y se documentaron las buenas prácticas y las oportunidades perdidas: los buenos ejemplos se ponían en común con todo el personal para asegurar una gestión eficaz en el futuro. Se propusieron recomendaciones sencillas, factibles y efectivas. Los resultados preliminares de la evaluación de la calidad de los servicios de atención sanitaria de los centros de maternidad han indicado que en las unidades en las NMCR existe una mejora en la organización de la prestación de cuidados obstétricos de urgencia, en el manejo de casos complicados y en el seguimiento, en comparación con los centros no participantes (4).

Próximos pasos

Un grupo de expertos y expertas internacionales evaluaron el proceso en 2008 y las conclusiones extraídas del mismo fueron puestas en común en un taller nacional en el que se recomendó llevar a cabo la expansión de las NMCR a otros hospitales y la introducción de las CEMD en el ámbito nacional. En 2009 se implantaron las NMCR en 5 centros más y se creó el Comité Nacional de CEMD. La experiencia en estos 5 centros se utilizará para perfeccionar el proceso de investigación antes de implantar las NMCR en el ámbito nacional.

Entre los retos están el de aumentar la confianza y la capacidad del personal sanitario en el proceso de las NMCR y el de garantizar un apoyo técnico y financiero a largo plazo por parte de organismos asociados, a efectos de ampliar el alcance del proyecto a una escala nacional.

Conclusión

Para mejorar la calidad de los servicios en SMI, resulta muy importante contar con un entorno propicio y con apoyo institucional, ante lo que el Gobierno de Uzbekistán ha colaborado a través de decretos legislativos (prikazes). En consecuencia, el sistema sanitario de Uzbekistán se encuentra en una situación de transición, pasando de un sistema sancionador a un sistema basado en entrevistas y en el principio de confidencialidad. El MS está coordinando a diversas entidades asociadas para la implantación, expansión y documentación del enfoque estratégico para mejorar la SMI, apoyándose en los conocimientos técnicos de la OMS.

Referencias

1. Yadgarova K. Analysis of maternal mortality (1991-2007) in Uzbekistan. Proceedings of 7th Congress of Obstetricians and Gynecologists of Uzbekistan. 2009. Tashkent. 9-14.
2. Organización Mundial de la Salud. *Más allá de las cifras: Revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura*. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, OMS, 2000.
3. Primer Taller Regional sobre la iniciativa Beyond The Numbers. Kirguistán, 2004. Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la OMS. En: www.euro.who.int/pregnancy/mortality/20051103_1
4. Taller nacional sobre Beyond The Numbers, investigación de las muertes y complicaciones maternas, Uzbekistán. Informe, 2005. En: www.euro.who.int/pregnancy/mortality/20051103_1

Klara Yadgarova, MD

Instituto de Posgrado de Tashkent
Educación Médica,
Uzbekistán
yadgarovaklara@gmail.com

Feruza Fazilova

Encargada del Programa Nacional de Salud Reproductiva,
Oficina Nacional del FNUAP, Uzbekistán
fazilova@unfpa.org

PRUEBA PILOTO DE INVESTIGACIONES DE CASOS DE MORBILIDAD MATERNA GRAVE O “NEAR MISS” EN KAZAJISTÁN: LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA MATERNA

Visión general

El término “near miss” se utiliza para definir toda complicación obstétrica grave que pone en peligro la vida de la gestante, quien sobrevive gracias al azar o al acceso oportuno a cuidados sanitarios apropiados (1). La investigación en centros locales de lo que les ocurrió a estas mujeres y de los cuidados que recibieron puede resultar una herramienta útil para modificar las conductas y la praxis clínica, mejorando así la gestión clínica y los resultados de los servicios de atención sanitaria (1). Kazajistán es uno de los 12 países en transición de la Región Europea de la OMS que está implantando en centros sanitarios piloto las investigaciones de casos near miss (NMCR), con la posibilidad de generalizar esta metodología a otros centros de maternidad y regiones del país. Se espera que este enfoque confidencial, participativo, “no acusatorio” y respetuoso con el personal sanitario sustituya al antiguo y disfuncional sistema exsoviético de control de calidad.

Sistema punitivo

Tradicionalmente, en Kazajistán, una de las principales consecuencias, desafortunadamente, casi inevitable, que se derivaba de las investigaciones de casos de mortalidad era el castigo que se imponía a las instituciones sanitarias y al personal que había prestado la atención sanitaria a la mujer gestante. En la mayoría de los casos de muerte materna y en muchos casos de mortalidad perinatal y complicaciones obstétricas graves se imponían diferentes tipos de sanciones, incluida la destitución del personal sanitario, con independencia de que la calidad de los servicios sanitarios prestados fuera o no aceptable. Además, las investigaciones y el número de profesionales sanitarios sancionados, se consideraban una prueba de la eficacia del sistema y del equipo de supervisión del mismo.

Las personas participantes en los Talleres “Más allá de las cifras” (BTN, Beyond the Numbers), organizados por la Oficina Regional para Europa de la OMS con objeto de introducir enfoques de BTN en Kazajistán, indicaron de manera unánime que la práctica sancionadora existente con respecto al personal sanitario no ayudaba a identificar los verdaderos problemas y además obstaculizaba la implantación eficaz de las investigaciones de muertes maternas y las NMCR. Teniendo en cuenta lo anterior, el Ministro

de Salud de Kazajistán aprobó una moratoria en la aplicación de sanciones tras el acaecimiento de muertes maternas y se comprometió a apoyar al personal sanitario y a la administración de los centros en la puesta a prueba de las NMCR.

Actividades preparatorias

Durante los Talleres Técnicos sobre BTN se decidió implantar las NMCR en 6 hospitales piloto con unidades maternas de 3 regiones de Kazajistán: Maternidad N1 de Almaty, Centro Perinatal de Almaty, Centro Nacional Materno-infantil de Astana, Centro Perinatal de la región de Chimkent, Maternidad N4 de Chimkent y Maternidad de Turquestán. Todos estos centros tienen una larga trayectoria en la implantación de tecnologías para una Maternidad Segura, como la línea formativa de la OMS para el cuidado prenatal, perinatal y de posparto y el desarrollo y uso de protocolos locales para partos normales y para el manejo de complicaciones obstétricas. Y lo que es más importante, las plantillas de estos centros también están integradas por personal sanitario muy motivado por su trabajo y con una excelente reputación en el ámbito local. Cinco de los centros son centros especializados y, en la mayoría de ellos, ya se había observado durante los años anteriores una mejora importante en los resultados sanitarios perinatales y en el número de complicaciones graves (2). En el Taller Técnico sobre BTN participaron equipos de cada uno de los centros de maternidad, integrados por una persona responsable nombrada por la institución, una persona especializada en obstetricia, un o una matrona y una persona especializada en trabajo social o en psicología. En dichos talleres se les expusieron las ventajas de las NMCR y la metodología. En la fase preparatoria para la puesta en marcha del proceso de control de las NMCR, el Ministerio de Salud aprobó unas directrices clínicas nacionales basadas en buenas prácticas para el manejo de los casos de hemorragia obstétrica y preeclampsia grave/eclampsia, las dos principales causas de la mortalidad materna y de los casos near miss.

Logros de la implantación de las NMCR en dependencias sanitarias piloto

Un logro muy importante de la implantación de las NMCR en estos centros piloto fue la implicación activa en el análisis

de casos y un papel más destacado del personal sanitario de nivel intermedio: matronas y enfermería. En determinados centros, es este personal de nivel intermedio quien dirige la investigación como personal designado para la coordinación de los grupos de NMCR. Anteriormente, sólo participaba el personal médico ya que el papel de los y las matronas y del personal de enfermería se restringía a ejecutar las instrucciones de médicos y médicas, poniendo inyecciones y controlando la presión arterial, las contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca del feto. Durante las sesiones de NMCR, los y las matronas aportaron información adicional sobre el manejo de los casos analizados, propusieron recomendaciones para mejorar la calidad de la atención sanitaria y, al igual que hicieron otros y otras profesionales, aprendieron de los casos analizados. En consecuencia, pasaron a ser miembros activos e importantes de los equipos de atención sanitaria, ya que por ejemplo, en la mayoría de los centros piloto, son las personas clave involucradas en el manejo de los partos naturales y del puerperio. Dada su implicación y aprendizaje en las sesiones sobre las NMCR, las hemorragias obstétricas están siendo objeto de un diagnóstico más temprano y el tratamiento adecuado de las mismas se está llevando a cabo de manera inmediata. Antes de que entre en acción el personal de obstetricia, los y las matronas inician las actividades de reanimación y de control del sangrado, como la administración de uterotónicos y la sustitución de fluidos, controlando además los signos vitales y recogiendo muestras de sangre para analizar en laboratorio. Este protocolo de actuación tiene lugar asimismo al ingreso de una gestante con pre-eclampsia grave o eclampsia, asegurándose que se adopten las medidas necesarias (administración de sulfato de magnesio y fármacos antihipertensivos, control de la presión arterial y demás parámetros necesarios) mientras se espera la llegada del personal médico. Otra importante consecuencia de la implantación de las NMCR ha sido el desarrollo y uso sistemático de protocolos y normas en el proceso de investigación, para lo que se formó al personal de todos los centros en materia de protocolos y normas y se les informó del papel fundamental que desempeñan a la hora de garantizar una atención sanitaria de calidad que, en última instancia, aumenta



las posibilidades de supervivencia de las mujeres con complicaciones obstétricas graves. Es más, durante la investigación de casos, se refuerza positivamente al personal en caso de haber actuado conforme a los protocolos. Así, la mayor parte del personal médico, de los y las matronas y del personal de enfermería están familiarizados con los protocolos y hacen lo posible por atenerse a sus recomendaciones. En muchos centros piloto, el personal también propuso y desarrolló nuevos protocolos que no existían anteriormente en el ámbito nacional, como los de la analgesia epidural y el manejo de abortos en el segundo trimestre, así como una lista de verificación para el control del posparto tras un parto natural y/o por cesárea.

Durante las NMCR, el personal también empezó a tener en cuenta y a aceptar la utilización e incorporación de tecnologías promovidas por los protocolos nacionales, traduciéndose en un aumento de especialistas de la salud que practican las sencillas y efectivas técnicas alternativas a la histerectomía, como la ligadura de la arteria uterina o las suturas de compresión uterina; consideran que la compresión bimanual del útero es más eficaz que el masaje intrauterino; y optan por la aspiración manual endouterina en lugar de practicar un legrado en casos de aborto tardío en el primer trimestre de embarazo. Los equipos de auditoría también han aprendido a proponer soluciones realistas y eficaces para resolver los problemas existentes y prevenir complicaciones obstétricas graves en el futuro. Con el fin de mantener la formación de los centros para atender a las mujeres con complicaciones que ponen en riesgo su vida, se organizan con regularidad prácticas de formación para la gestión de casos de hemorragia obstétrica y eclampsia. Por último, la incorporación de las opiniones de las mujeres al proceso de análisis de las NMCR es una de las ventajas que ofrece este método con respecto a otras metodologías de investigación de casos (1). En muchos de los centros piloto, la información facilitada por ellas y sus familias no sólo aportó nuevos detalles sobre el manejo de sus casos, sino que también se utilizó como una eficaz herramienta para mejorar la calidad de los servicios sanitarios y aumentar la satisfacción de las pacientes, que constituyen los criterios más importantes de la calidad de los servicios médicos.

Creación de un entorno de apoyo

Durante la puesta a prueba de las NMCR, se dedicaron importantes esfuerzos a crear y mantener un entorno abierto y respetuoso durante las sesiones de control, así como a respetar los principios de confidencialidad y de ausencia de castigo, hechos que el personal integrante de los equipos supervisados percibía como prerequisites fundamentales para el éxito del proceso de investigación. Evitando la cultura del castigo y fomentando una actitud positiva, el personal sanitario pudo facilitar información acerca de detalles importantes de los servicios sanitarios prestados, lo que ayudó a identificar problemas y a elaborar protocolos y recomendaciones necesarias para mejorar. Un elemento clave en la promoción de este entorno seguro, respetuoso y confidencial fue el apoyo del proceso de control por parte del personal administrativo de los centros, y su sensibilización respecto a la importancia del carácter no punitivo del sistema. Este apoyo fue importante para el éxito de las NMCR; muchas recomendaciones y soluciones propuestas tras las investigaciones están directamente vinculadas a los sistemas sanitarios y a la organización de los servicios de atención sanitaria. Sin la implicación y la vigilancia permanente del personal administrativo de los centros, es complicado implantar cambios y mantenerlos.

Barreras y retos

El cambio de una cultura punitiva a una de apoyo sigue planteando un gran reto. A pesar del compromiso inicial de apoyar el proceso de implantación de las NMCR, algunas autoridades sanitarias locales continúan solicitando información de manera rutinaria sobre cada uno de los casos de resultados adversos en atención sanitaria materna o perinatal y reaccionan sancionando al personal sanitario implicado en el manejo de los mismos. Tales actuaciones y medidas de supervisión con fines sancionadores hacen que al personal sanitario le resulte incómodo informar sobre las circunstancias reales de los casos y hablar con franqueza durante las sesiones de control. En determinadas circunstancias, dicho control punitivo ha surtido también el efecto indeseable de interrumpir el proceso de seguimiento de las NMCR durante periodos de tiempo indefinidos por miedo a la aplicación de sanciones.

También sigue planteando un reto la capacitación del personal sanitario de los centros de la periferia puesto que muchas de las personas que trabajan en ellos carecen de los conocimientos y competencias necesarios para identificar las deficiencias en la gestión o para proponer medidas correctivas realistas y eficaces con el fin de resolver los problemas existentes y evitar los resultados adversos en el futuro. Una de las soluciones propuestas para superar esta barrera consiste en vincular a una/un profesional sanitario de uno de los centros de maternidad terciarios con el personal de los centros de la periferia para que les sirva de referente y de apoyo en el proceso de investigación. Especialmente en la elaboración de nuevas recomendaciones/soluciones eficaces.

Conclusiones

El desarrollo de normas y protocolos basados en la evidencia, así como el entusiasmo, la motivación y la voluntad del personal para participar en la vigilancia de las NMCR, así como la experiencia previa en la implantación de tecnologías perinatales y el liderazgo local, fueron elementos fundamentales del éxito de la puesta a prueba de las NMCR en Kazajistán. La persistencia de la supervisión punitiva en busca de los y las profesionales "culpables" para aplicar medidas sancionadoras no hará sino obstaculizar el despliegue de las NMCR a otros centros menos motivados y preparados.

Stelian Hodoroagea, MD

Profesor Adjunto del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Estatal de Medicina, Chisinau, República de Moldavia. stelian21@hotmail.com

Referencias

1. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquires. *British Medical Bulletin* 2003; 67: 231-43.
2. Borchert M, Bacci A, Baltag V et al. Improving maternal and perinatal health care in the Central Asian Republics. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2010, doi:10.1016/j.ijgo.2010.02.021.



Más allá de las cifras: revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura, OMS, 2004.

Excelente herramienta dirigida al personal sanitario, a las personas responsables de las políticas sanitarias y a los equipos de administración que trabajan en el ámbito de la salud materna y neonatal, que expone distintos enfoques para analizar las causas de las muertes maternas y de las complicaciones del embarazo y así mejorar el sistema sanitario. Disponible en inglés, francés, ruso y español en:

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241591838/en/index.html.



Trabajando con las personas, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal, OMS, 2010.

Nueva publicación de la iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo” (MPS, Making Pregnancy Safer) de la OMS, que propone un marco metodológico de intervención individual, familiar y comunitaria para mejorar la salud materna y neonatal, organizado en torno a 4 áreas prioritarias: el desarrollo de capacidades, el aumento de la concienciación, el fortalecimiento de los vínculos y la mejora de la calidad de los servicios/cuidados sanitarios. Disponible en árabe, inglés, francés, ruso y español en:

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_fch_rhr_0311/en/index.html



WHO recommended interventions for improving maternal and newborn health, OMS, 2007.

Este breve folleto es una guía de consulta rápida en formato tabular de las intervenciones clave que repercuten sobre la salud materna y neonatal en los ámbitos individual, familiar, comunitario y sanitario. Disponible en árabe, inglés y francés en:

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_mps_0705/en/index.html



Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills, OMS, 2009.

Valiosa herramienta que propone un enfoque de aprendizaje autodirigido para reforzar en el personal sanitario las capacidades de asesoramiento y comunicación con el fin de mejorar la salud materna y neonatal. Disponible en inglés en:

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9789241547628/en/index.html



Key publications: maternal and newborn health, OMS, 2009.

Útil compilación en CD de las últimas directrices técnicas, estrategias y marcos de actuación, así como de las publicaciones de seguimiento y evaluación y de defensa de la mejora de la salud materna y neonatal. Se puede solicitar por internet la versión en inglés en:

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/key_publications_cd/en/index.html



Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia: manual, OMS, FNUAP, UNICEF y AMDD, 2009.

Esta versión actualizada proporciona útiles herramientas e indicadores clave para el seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia, así como para su accesibilidad, disponibilidad, utilización y calidad. Se puede consultar por internet en inglés en:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html>



Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para profesionales de obstetricia y medicina, OMS, FNUAP, UNICEF y el Banco Mundial, 2003.

Manual útil y fácil de utilizar que se puede aplicar en diversos entornos clínicos, tanto de altos recursos como de recursos limitados. Disponible en árabe, inglés, francés, indonesio, italiano, ruso y español en:

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241545879/en/index.html



The European Perinatal health Report: comparing the health and care of pregnant women and newborn babies in Europe, EURO-PERISTAT, 2009.

Informe exhaustivo sobre la salud perinatal en 26 países de Europa. Disponible en inglés en:
<http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report.shtml>

European strategic approach for making pregnancy safer: improving maternal and perinatal health, Oficina Regional para Europa de la OMS, 2008.

Documento que identifica una estrategia regional para mejorar la salud materna y perinatal en la Región de Europa de la OMS. Disponible en inglés en:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/98796/E90771.pdf

Making Pregnancy Safer: Tool for assessing the performance of the health system in improving maternal, newborn, child and adolescent health, Oficina Regional para Europa de la OMS, 2009.

Dirigido al personal sanitario, a las personas responsables de las políticas y a los equipos de administración, este documento proporciona herramientas para evaluar e identificar las áreas que requieren una mejora en los sistemas sanitarios para mejorar la salud materna, neonatal, infantil y juvenil. Disponible en inglés en:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/98795/E93132.pdf

Making pregnancy safer: assessment tool for the quality of hospital care for mothers and newborn babies, Oficina Regional para Europa de la OMS, 2009.

Útil herramienta de análisis semicuantitativo que se puede utilizar como componente de estrategias de mejora de la calidad de la salud perinatal. Disponible en inglés y en ruso en:
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications2.html>

Páginas web de utilidad

Salud materna de la OMS:

http://www.who.int/topics/maternal_health/es/

Salud materna y neonatal (en inglés), Oficina Regional para Europa de la OMS:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health>

EURO-PERISTAT:

www.europeristat.com

UNICEF:

www.unicef.org

JHPIEGO:

<http://www.jhpiego.jhu.edu/>

FNUAP:

www.unfpa.org

Engender health:

www.Engenderhealth.org

FIGO:

www.figo.org

Entre Nous

*La Revista Europea de Salud sexual
y reproductiva*

Entre Nous es una publicación de:

Oficina Regional Europea de la OMS

Departamento de Políticas y Sistemas Nacionales

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhague

Dinamarca

Tel. (+45) 3917 1602 ó 1451

Fax: (+45) 3917 1818

Correo electrónico: entrenous@euro.who.int

www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous

