

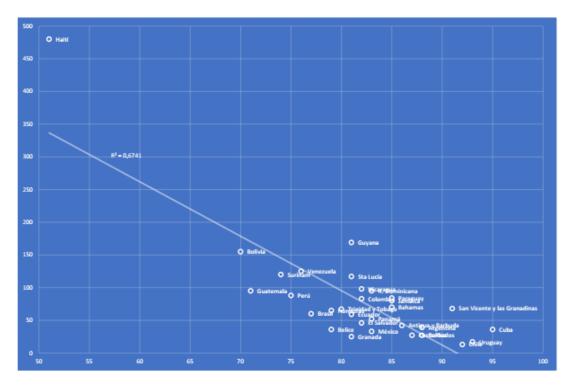
Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe: situación, desafíos y recomendaciones

Dra. Alma Virginia Camacho-Hübner Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva UNFPA/LACRO

Abril 8, 2022

Progresos: Disminución de la razón de mortalidad materna con el aumento del índice de cobertura SRMNN

■ Gráfico 1. Disminución de la razón de mortalidad materna con el aumento del índice de cobertura SRMNN



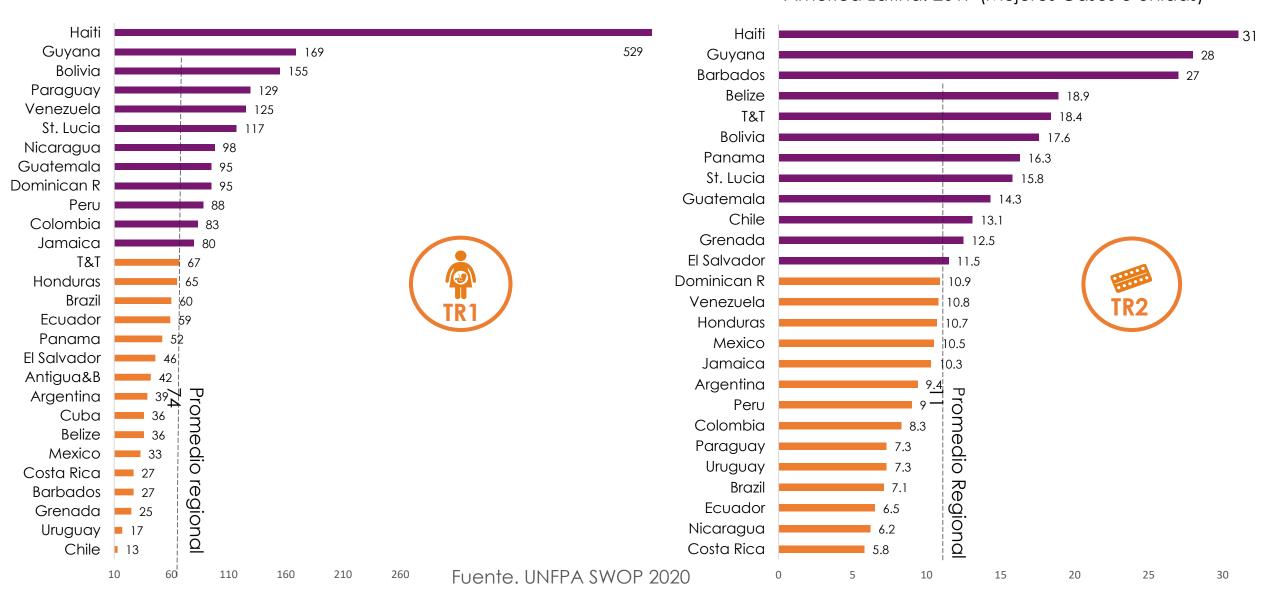
Fuente: Elaboración propia a partir de State of the World's Children 2019 (Nueva York: UNICEF, 2019) (28) y Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report (OMS: Ginebra, 2019) (27).

Fuente: Tulane University - A Castro 2020

¿Cuál era la situación de la región antes del Covid-19?

Razón de Mortalidad Materna en países de América Latina. 2017

Necesidades insatisfechas de PF en países de América Latina. 2017 (Mujeres Casos o unidas)

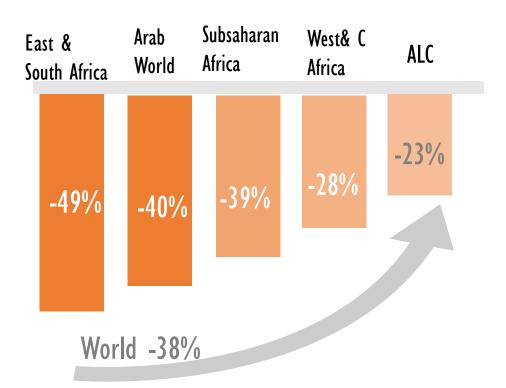




Donde estamos en terminus de la reduccion de la MM prevenible en ALC

Mortalidad Materna en ALC, 2017)

ALC es la region que menos redujo la RMM en el siglo 21 (2000-2017)



 Brecha de equidad entre paises y dentro de los paises

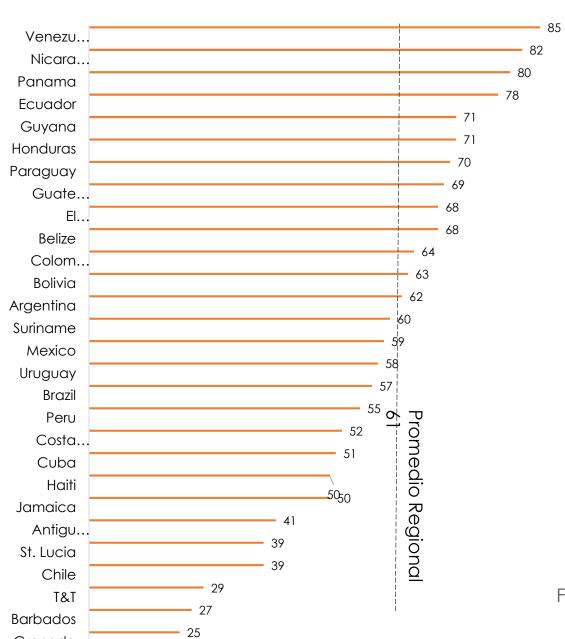
Muertes maternas
 concetrada en LNOB
 especialmente indigenas,
 poblacion rural, viven en
 pobreza,
 afrodescendientes,
 discapacitadas, jovenes)

Average MMR is 74 per 100,000 live births



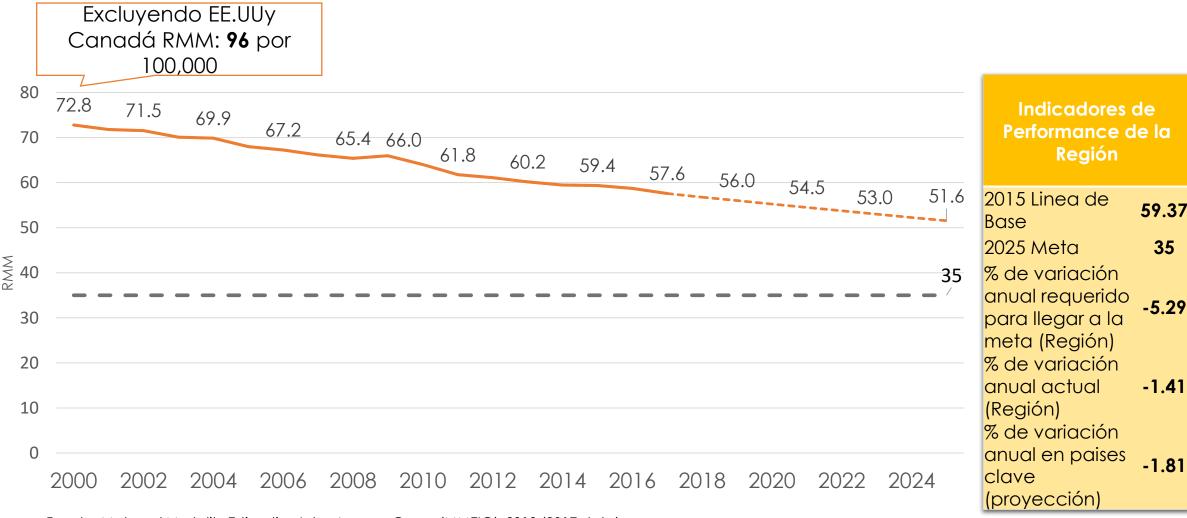
Grenada

Tasa Específica de Fecundidad Adolescente en países de ALC. 2019



Fuente. UNFPA LACRO Infomre MILENA Regional 2021

Evolución y proyección de la RMM en las Americas.2000-2025

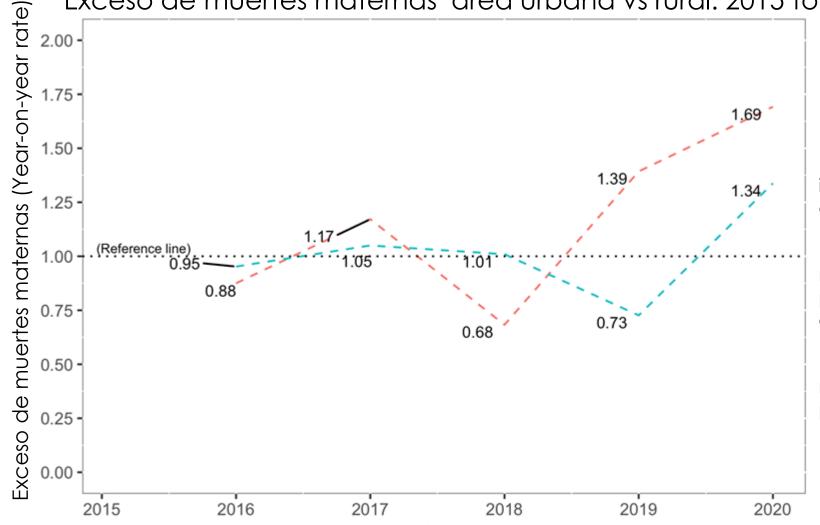


Fuente: Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG), 2019 (2017 data)
*Key countries: Belize, Bolivia (Plurinational State of), Guatemala, Haiti, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Suriname



Como ha impactado el Covid-19 a la mortalidad materna?





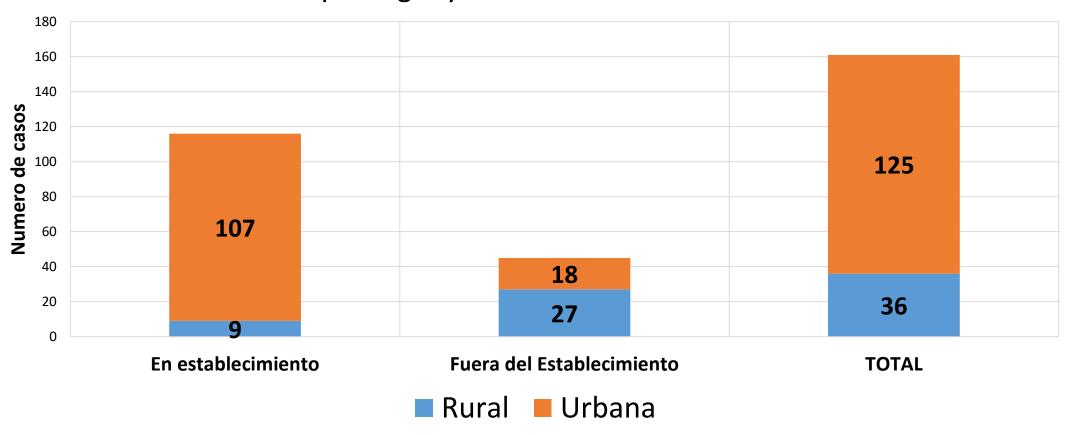
Rates with value = 1 (Reference) non decrease or increase of number of maternal deaths cases against previous year

Rates with values >1 represents an increase of number of maternal deaths cases against previous year. For example 2020 has an increase of 69% of cases againts 2019 in Rural área.

Rates with values <1 represents a decrease of number of maternal deaths cases against previous year

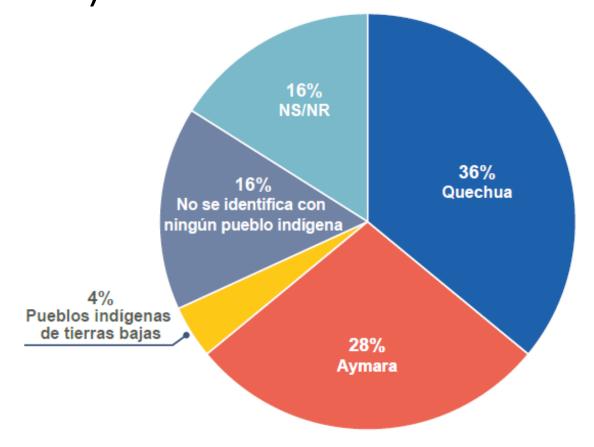
Source: UNFPA NACER UDEA

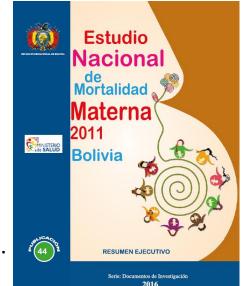
Bolivia: Numero de casos con sospecha de Muerte Materna Ene - Dic 2021 por lugar y ambito de ocurrencia



Fuente: Sistema Nacional de Informacion en Salud (SNIS) 2021. Ministerio de Salud y Deportes. https://estadisticas.minsalud.gob.bo/Reportes_Vigilancia/Form_Vigi_2021_302a.aspx

Bolivia: Mortalidad Materna según pertenencia étnica (2011)





Fuente: Estudio Nacional de Muerte Materna. Publicacion oficial 2016. Ministerio de Salud y Deportes.

Tabla No.1 Número y proporción de muertes maternas por departamento de residencia de enero a septiembre de 2021 Guatemala







No.	Departamento	Número de muertes	Proporción
1	Quiché	44	14.86
2	Guatemala	29	9.80
3	Huehuetenango	28	9.46
4	Quetzaltenango	28	9.46
5	Alta Verapaz	26	8.78
6	Petén	17	5.74
7	San Marcos	17	5.74
8	Escuintla	16	5.41
9	Totonicapán	15	5.07
10	Jutiapa	13	4.39
11	Chimaltenango	10	3.38
12	Chiquimula	9	3.04
13	Sololá	9	3.04
14	Izabal	8	2.70
15	Suchitepéquez	8	2.70
16	Baja Verapaz	4	1.35
17	Santa Rosa	4	1.35
18	El Progreso	3	1.01
19	Sacatepéquez	3	1.01
20	Zacapa	3	1.01
21	Jalapa	1	0.34
22	Retalhuleu	1	0.34
	Total	296	100.00

 Los departamentos de Quiché, Guatemala, Huehuetenango, Quetzaltenango y Alta Verapaz, reportaron 52.36.% de la mortalidad materna a nivel nacional (155/296).

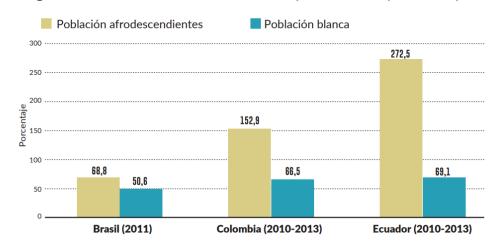
Fuente: RENAP, Reporte de Hospitales, IGSS, y Áreas de salud de enero a septiembre de 2021 n= 296 casos MM

Elaborado: Vigilancia Muerte Materna/Departamento de Epidemiología/MSPAS

^{*}Datos preliminares sujetos a cambios según investigación, actualización de datos de los servicios de salud y certificación de "Mesa Técnica de Análisis de Muerte Materna Nivel Central".

Razon de mortalidad materna por etinicidad

Figura 20. Razón de mortalidad materna, por etnicidad y color de piel



afrodescendientes triplica la tasa de mortalidad materna general.
En Colombia, la tasa de las mujeres

En Ecuador, la razón de mortalidad

- En Colombia, la tasa de las mujeres afrodescendientes es 1,8 veces mayor,
- En Brasil es 36% mas alta

materna de las mujeres

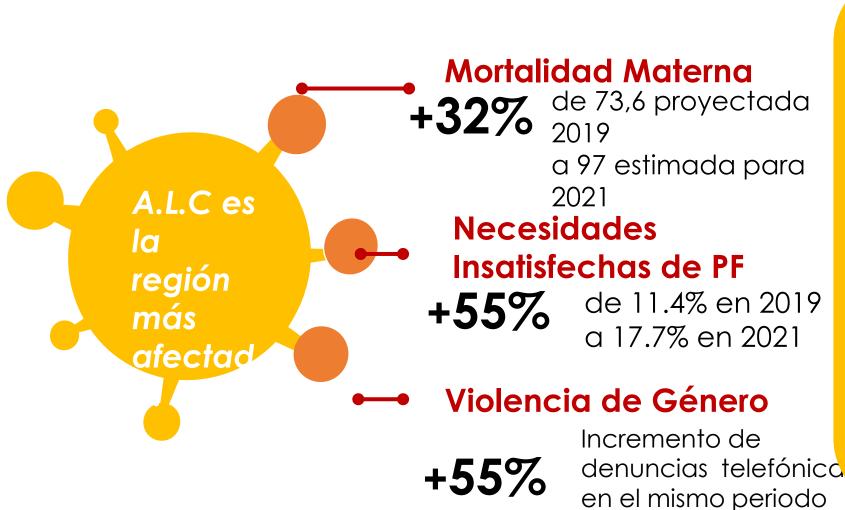
Notas: Países seleccionados de América Latina. Número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos.

Fuente: Adaptada de Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos. [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2017. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/42654/51701063_es.pdf.

Fuente:La salud de la población afrodescendiente en América Latina. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275323847

¿Cómo afectó el Covid-19 a la region?

de 2019 vs 2020





Millones

Mujeres discontinuaron el uso de anticonceptivos.

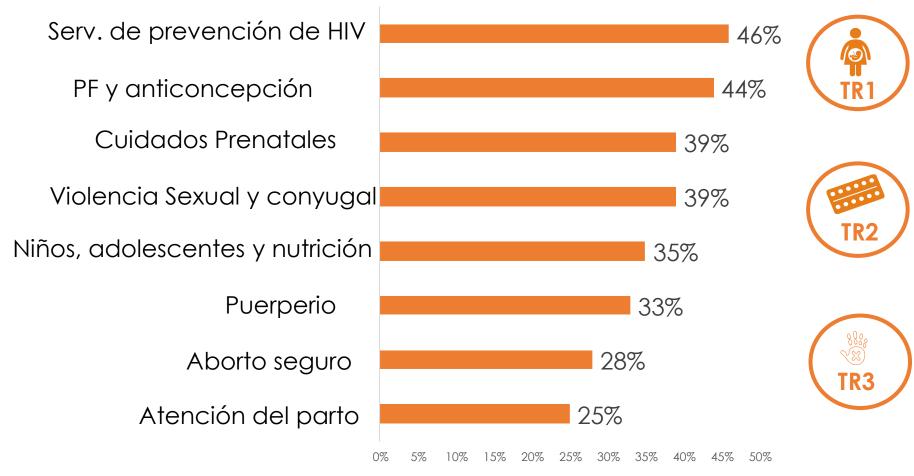
Incremento esperado en la puntos Tasa de Fecundidad Adolescente Retroceso en términos de las personas dejadas atrás.

Fuene: UNFPA LACRO



¿Cómo impactó el Covid-19?

Interrupción de servicios de salud durante la pandemia (2021). 135 paises -30 de ALC



Source: WHO

COVID-19 y MM en LAC: relacion winter temporal con la incidencia de COVID-19

- Los casos de COVID-19 entre las embarazadas superaron los 365.000 en la región en los últimos dos años y las muertes sobrepasaron las 3.000
- La pandemia ha socavado gravemente el progreso para poner fin a las muertes maternas prevenibles y la necesidad insatisfecha de planificación familiar para 2030
- Interrupción de los servicios de salud esenciales en la mayoría de los países (largos períodos de confinamiento)
- Hasta la fecha la pandemia ha tenido un impacto desfavorable en las tasas de mortalidad materna en varios ALC y ha profundizado las desigualdades sociales
- Las muertes maternas por COVID-19 reportadas oficialmente por el Ministerio de Salud apuntan a un aumento en la RMM en 2020-2021 en comparación con 2019

CITOIG	400	V 1 D T	
	Número de	Número de defunciones	Tasa de
País/Territorio	embarazadas positivas	entre embarazadas	letalidad
Anguila	a SARS-CoV-2	positivas a SARS-CoV-2	(%)
Antigua y Barbuda**	4	0	0.00
Argentina	22.484	215	0,96
Aruba	38	0	0.00
Bahamas**	101	1	0.99
Belice	626	10	1,60
Bermuda	20	0	0.00
Bolivia**	3.405	51	1,50
Brasil	15.360	1.302	8,48
Canadá**	8.552	3	0.04
Chile**	16.093	16	0,10
Colombia	18.759	193	1,03
Costa Rica	1.383	12	0,80
Cuba	5.949	95	1,60
Ecuador	2.844	57	2.00
El Salvador**	564	15	2,66
Estados Unidos de América	147.516	240	0,16
Guatemala**	1.958	15	0,77
Guyana**	13	0	0,00
Haití**	106	4	3,77
Honduras**	818	56	6,85
Islas Caimán	11	0	0,00
Islas Turcas y Caicos	29	0	0.00
Islas Vírgenes Británicas**	3	0	0,00
México	30.858	636	2,06
Panamá	2.619	14	0,53
Paraguay	2.162	89	4,10
Perú	55.440	190	0,34
República Dominicana	1.586	45	2,84
Saint Kitts y Nevis**	15	0	0,00
Santa Lucía	46	0	0,00
Sint Maarten	21	0	0,00
Suriname	580	22	3,79
Uruguay**	1.765	12	0,68
Venezuela**	777	16	2,06
Total	342.513	3.309	0,97

January 2020- November 2021

Total 342,513 Pregnant women positive for SARS-CoV-2 infections reported

3.309 Reported maternal deaths due to COVID/19 infections

Situación crítica

- El exceso estimado de MM anuales según las variaciones de cobertura de atención por la pandemia sería de 1210 muertes más con un 5% de reducción de la cobertura (LiST, 2020, que incluye 23 países ALC)
- Una reducción del 10% en la cobertura de los servicios esenciales de salud materno-infantil por efectos de la pandemia podría causar 28 mil muertes maternas y 168 mil neonatales en la región de las Américas (LiST, 2020)
- Como efecto directo de la pandemia se reportaron aumentos significativos en mortinatos en casi un 30% y en muertes maternas en un 37% tanto de países de ingresos bajos como medianos (Chmielewska et Al., 2021)

Prioridades criticas



- La llegada de la pandemia COVID-19 a principios de 2020 trajo nuevos desafíos para la prestación segura de atención de salud sexual y reproductiva esencial, así como nuevos riesgos para la salud de médicos y parteras profesionales como proveedores de atención primaria.
- Centrarse en el fortalecimiento de la partería profesional : abordar las necesidades de la partería profesional
- Mejor comprensión de los factores que contribuyen a las muertes maternas asociadas a COVID-19
- Se requieren grandes esfuerzos para restaurar y fortalecer los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva y salud materna en el marco de la CUS
- Centrarse en no dejar a nadie atrás

Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030: Contexto y llamada a la acción

- Estancamiento de la RMM Pre Pandemia + retroceso de 10+ años por la emergencia de COVID-19
- Llamado a los gobiernos y socios estratégicos para reposicionar la reducción de la mortalidad materna prevenible en América Latina y el Caribe en la agenda política como PRIORIDAD
- Instar a asignación de recursos y adopción de estrategias innovadoras con base a la última evidencia disponible
- Causas de mortalidad materna prevenibles y a expensas de las causas médicas directas, (hemorragia e hipertensión inducida por el embarazo) causas indirectas y hoy un incremento de las mismas por COVID-19. El aborto inseguro sigue siendo un problema de salud pública.
- Poner énfasis en los determinantes sociales y económicos de la mortalidad materna (por ej., desigualdad y violencia de género, pobreza, discriminación, pertenencia étnica, etc.)
- Foco en lo territorial
- Acciones urgente de recuperación de coberturas y acceso a servicios esenciales de SSR



Estructura del DCEI

- Contexto y última evidencia
- Llamada a la acción
- Orientaciones estratégicas por nivel y área:
 - Políticas públicas
 - Sistemas de salud
 - Sistemas de información y vigilancia
 - Paquete esencial de SSR (incluye anticonceptivos)
 - Abordaje al aborto inseguro
 - SSR en la adolescencia y juventud
 - Mortalidad materna y COVID-19
 - Impacto de la migración y emergencias humanitarias
- Recuadros informativos por temática basados en evidencia

Recomendaciones clave: políticas públicas

- Políticas públicas para lograr cobertura y acceso universal en salud materna y salud sexual y reproductiva
- Asignación de recursos
- Usar la evidencia: Políticas y programas basados en la evidencia
- Cooperación Sur-Sur
- Participación ciudadana y rendición de cuentas

Recomendaciones clave: sistemas de salud

- Enfoque de derechos y equidad (no dejar a nadie atrás)/financiamiento
- Mejorar la calidad de la atención en salud materna y SSR
- Fortalecer la capacidad resolutiva de los sistemas de salud a través de las redes integradas
- Detección temprana y manejo efectivo de las principales causas directas e indirectas de mortalidad materna. Contar con protocolos y guías clínicas basadas en la mejor evidencia disponible
- Embarazo y parto como una **experiencia positiva**, centrada en la mujer (cuidados maternos respetuosos)
- Personal de salud: inversión en formación, capacitación, despliegue y condiciones laborales
- Fortalecer el **rol de las parteras profesionales** en su contribución a la reducción de la morbi-mortalidad materna. Las parteras profesionales salvan vidas.(Atención Primaria)

Recomendaciones clave: información y vigilancia

- Identificación de y respuesta a **barreras de acceso** a servicios en las personas más vulnerables
- Mejora de la **recolección y uso de datos** desagregados por estratificadores de equidad
- Mejora y mantenimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica y respuesta a la morbilidad materna grave y a la mortalidad materna. Énfasis en la oportunidad y respuesta.

Recomendaciones clave: Acceso, uso y calidad en la anticoncepción

- Mejorar el acceso consejería y métodos anticonceptivos eficaces (LARCs)
- Reconocimiento de su rol esencial para asegurar el derecho a decidir libremente el número, espaciamiento y cuándo tener hijos y su contribución a la reducción de la mortalidad materna.
- Abastecimiento de insumos de SSR (salud materna y anticoncepción)

Recomendaciones clave: respuesta integral al aborto inseguro

- Asegurar:
 - capacidad de respuesta del sistema de salud
 - acceso a la interrupción del embarazo según marcos legales de cada país
- Brindar:
 - cuidados dignos y respetuosos
 - información completa y verídica
 - consejería, cuidados y anticoncepción postaborto

Recomendaciones clave: Mortalidad materna y COVID-19

- Reducir el impacto perjudicial de la pandemia de la COVID-19 en la SSR y en la morbi-mortalidad materna
- Asegurar la continuidad de los servicios de calidad y oportuna en la atención primaria y funcionamiento de la red de referencia
- Reconocer a las personas gestantes como grupo con alto riesgo de enfrentar la COVID-19 de forma severa
- Priorizar vacunación de personas gestantes (según recomendaciones de la OMS, UNFPA, UNICEF y FIGO, etc.)
- Reconocer al personal de SSR como proveedor de primera línea en la pandemia y protegerles
- Reconocer el carácter esencial de los servicios e insumos de SSR

Recomendaciones clave: salud materna, la migración y las crisis humanitarias

- Asegurar adopción de políticas públicas y de sistemas de protección para atender a las necesidades en SSR de las mujeres migrantes, desplazadas y refugiadas.
- Incorporar el paquete inicial mínimo de servicios de SSR dentro de los planes nacionales de preparación y respuesta a emergencias.
- Adquirir, disponer y usar oportunamente los insumos y equipos esenciales de SSR durante las emergencias.

Los cuidados maternos respetuosos

Las evidencias demuestran que el maltrato y el abuso siguen siendo comunes en los servicios sanitarios, lo que contribuye a la subutilización de los servicios y a los malos resultados de salud. En los últimos años se han implementado varias iniciativas a nivel global y regional dirigidas a promover una atención materna de calidad, respetuosa y enmarcada en la equidad y los derechos humanos. El marco de los "Cuidados maternos respetuosos" enfatiza los derechos y las necesidades fundamentales de las mujeres e incluye:

- El empoderamiento de la mujer y su familia y su participación activa en la toma de decisiones sobre su salud.
- El derecho a la información y a la privacidad.
- La atención basada en las evidencias, evitando el uso excesivo de medicamentos, intervenciones y tecnologías, tales como la episiotomía

- de rutina y la cesárea innecesaria, entre otros.
- La prevención del maltrato, el abuso y la violencia institucional contra la mujer.
- La apreciación, compensación y respeto a quienes prestan servicios de salud, con garantía de buenas condiciones laborales.

Con el fin de abordar este tema y orientar la acción, el GTR ha organizado una serie de consultas subregionales; y ha promovido conversaciones en varios eventos globales, regionales y nacionales enfocados en la identificación de oportunidades e intervenciones prioritarias para promover los cuidados maternos respetuosos, como una estrategia clave para reducir la morbi-mortalidad materna en la región y contribuir al respecto de los derechos de las mujeres y las niñas.

El impacto de las parteras profesionales en el cuidado de las mujeres

Según la definición internacional de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), una partera profesional* es una persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería reconocido en el país correspondiente y que está basado en las "Competencias esenciales para la práctica básica de la partería" (ICM), y en el marco de las "Normas globales de la formación de la partería" (ICM); que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de «matrona»; y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería.

El alcance de la práctica de una partera profesional incluye la preconcepción, cuidado prenatal, atención en preparto, intraparto, posparto, puerperio y control del recién nacido, junto a servicios de planificación familiar. También incluye el control ginecológico y la consejería relevante sobre infecciones de transmisión sexual y climaterio; y el acompañamiento de la mujer en situación de aborto.

¿Cuál es el impacto que tienen las parteras profesionales en la salud sexual y reproductiva? A comprehensive, highquality care in professional midwifery could help:

 Con una atención integral de calidad en partería profesional se podrían:

- Prevenir el 83% de todas las muertes maternas, mortinatos y muertes de recién nacidos.
- Mejorar más de 50 resultados de salud, incluyendo la disminución del número de intervenciones innecesarias.
- Las parteras profesionales pueden brindar el 87% de todos los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, materna y neonatal.

Para ser efectivas, las parteras profesionales deben estar capacitadas según las competencias de partería de la ICM, certificadas por la autoridad formadora, reguladas por la autoridad sanitaria, trabajando en equipos multiprofesionales y plenamente integradas en el sistema de salud.

¿Qué países en Latinoamérica y el Caribe tienen partería profesional?

En América Latina y el Caribe encontramos dos modelos de formación en partería profesional. En Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Uruguay, Paraguay y Perú las parteras profesionales son formadas con base en modelos de entrada directa; mientras que en otros países las parteras se forman mediante una especialización posterior a enfermería. Este es el caso de Brasil, México, Costa Rica, Guyana, Haití, Jamaica, Trinidad y Tobago. Es importante considerar que no existe formación de parteras profesionales en todos los países de la región.

El parto como una experiencia positiva

Muchas mujeres embarazadas no logran obtener acceso a un parto de calidad. En algunos casos esto ocurre porque los servicios de atención materna adecuados no están disponibles o porque las mujeres no logran acceder a estos oportunamente. La contraparte de esta falta de acceso ha sido el uso excesivo y rutinario de intervenciones innecesarias. En otros casos, las mujeres llegan a los servicios, pero no son tratadas con dignidad y respeto a sus derechos humanos. Para lograr aumentar la cobertura universal en salud materna, y asegurar el acceso a servicios de salud materna de calidad, en 2019, la OMS publicó las "Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva".

Las recomendaciones incluyen 56 prácticas basadas en la evidencia, que permiten el manejo de cada una de las etapas del trabajo de parto y el nacimiento, y buscan garantizar que:

• El parto sea **seguro**

- El parto sea una **experiencia positiva** para la mujer, su bebé y su familia
- Se brinde una atención respetuosa
- Se permita el **acompañamiento** de la mujer durante el trabajo de parto y el nacimiento
- Se respete el derecho a la confidencialidad y a la privacidad
- Se brinde una atención centrada en la mujer
- Exista una comunicación efectiva entre la mujer y quienes prestan los servicios de salud
- La mujer cuente con información para poder **tomar decisiones** acerca del manejo del dolor y las posiciones durante el trabajo de parto y el parto
- Se evite el uso de tecnologías e intervenciones médicas innecesarias y eventualmente dañinas

Prácticas clínicas obsoletas

Según las últimas recomendaciones de la OMS, se mencionan algunas prácticas clínicas que se suelen aplicar rutinariamente durante los diversos períodos del parto y que, sin embargo, no responden a la evidencia existente.

En casos de partos sin complicaciones no se recomiendan:

- La progresión de la dilatación del cuello uterino menor a 1 cm por hora como un indicador de rutina para la intervención obstétrica.
- El uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina y la cesárea) antes de los 5 centímetros de dilatación. En la decisión de acelerar el parto o nacimiento debe considerarse la condición materna y fetal y las condiciones obstétricas.

Durante el ingreso a la sala de parto no se recomiendan:

- La pelvimetría clínica de rutina a embarazadas sanas.
- El rasurado púbico o perineal, ni el enema.

Durante el trabajo de parto no se recomiendan:

- La cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en embarazadas sanas. En cambio, se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para este propósito.
- El alivio farmacológico del dolor, a fin de evitar y reducir el uso de conducción

en el trabajo de parto. Sin embargo, para embarazadas sanas que solicitan analgesia durante el trabajo de parto — dependiendo de las preferencias de la mujer— se puede ofrecer la anestesia peridural, los medicamentos parenterales, las técnicas de relajación, o las técnicas manuales, entre otras.

- La irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones.
- Los cuidados para el manejo activo del trabajo de parto con el fin de acortarlo, como la amniotomía, y el uso de la oxitocina, antiespasmódicos y fluidos intravenosos.

Durante el período expulsivo (nacimiento del bebé) no se recomiendan:

- La episiotomía de rutina.
- La aplicación de presión del fondo uterino para facilitar la salida del bebé.

En el post parto no se recomienda:

 El masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica.

Adaptado de: Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435