



Editorial

Hacia dónde vamos en seguridad y calidad de la atención obstétrica en Colombia?

Where do we go in safety and quality of obstetric care in Colombia?

Edgar Iván Ortiz^{1,2,3}, Jack Ludmir⁴

¹ Profesor Titular. Departamento Obstetricia y Ginecología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

² Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog). Bogota, Colombia

³ Federación Latinoamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Panamá, Panamá.

⁴ Profesor y Jefe Departamento Obstetricia y Ginecología. Pennsylvania Hospital. Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania.

Ortiz EI, Ludmir J. Where do we go in safety and quality of obstetric care in Colombia?. *Colomb Med (Cali)*. 2015; 47(1): 9-10.

© 2016 Universidad del Valle. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acreditan.

Historia : Recibido: 15 septiembre 2015, Revisado: 11 marzo 2016, Aceptado: 11 marzo 2016

A pesar de los grandes logros en los indicadores en el acceso al cuidado prenatal y la atención del parto con personal calificado en Latinoamérica, la quinta meta acordada en los objetivos del milenio (ODM 5), de reducir la mortalidad materna en un 75% para el año 2015 no se hizo realidad^{1,2}. Esto puede explicarse en parte, porque los logros en cobertura no se traducen en una atención obstétrica segura y de calidad.

La Morbilidad Materna Extrema (MME) definida como una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer, es un evento anticipatorio a la muerte. Su vigilancia permite la identificación de acciones que evitan la muerte materna y por lo tanto es reconocida como un trazador de calidad. Colombia con el establecimiento de la vigilancia de la MME a nivel nacional tiene la oportunidad de constituirse en un país modelo de cómo mejorar la atención obstétrica^{3,4}.

Esto implica mejorar las competencias de los recursos humanos en el análisis de los casos, interpretar adecuadamente los indicadores que se generan a partir de su vigilancia, y elaborar e implementar planes de mejora acordes con las necesidades de las instituciones involucradas en la atención obstétrica, haciendo énfasis en la calidad y la seguridad de la atención⁵.

El análisis agregado de casos de MME realizado en Colombia en el periodo 2007-2012 reveló la presencia de demoras o retrasos en la atención obstétrica por la falta de reconocimiento de síntomas de alarma por el paciente o por falta de una adecuada atención médica. Esta información permite al país concentrarse en las áreas que podrían mejorar la atención incluyendo la educación

de la gestante, su familia y su comunidad y la implementación de protocolos de atención obstétrica segura priorizando las causas más comunes de MME como los trastornos hipertensivos del embarazo, la hemorragia post parto y la sepsis⁶.

¿Qué valor tiene reportar los casos de MME al responsable nacional de la salud, si la institución que reporta no es conocedora de sus propios indicadores y no usa la información para establecer programas específicos para mejorar la atención?

La vigilancia de la MME no puede limitarse solo a su caracterización a nivel de un país, pues se estaría subestimando el verdadero potencial del evento.

Se requiere un análisis continuo de los casos, elaborar programas de atención para mejorar la calidad y seguridad en el cuidado obstétrico y construir indicadores que permitan hacer seguimiento y evaluar el impacto de los planes de mejora a nivel institucional.

El análisis de la MME y la implementación de programas de mejoramiento en la atención, lleva consigo a una reducción de la mortalidad materna como se demostró con la evidencia contundente de reducción significativa de muertes maternas en el Hospital Universitario del Valle de Cali - Colombia del 2005 al 2010 a partir de la vigilancia y análisis de MME y la implementación de planes de mejoramiento⁷.

La atención obstétrica segura y de calidad requiere del compromiso y liderazgo tanto de autoridades gubernamentales como de las instituciones prestadoras del cuidado obstétrico, para lograr la reducción de muertes maternas, una meta consistente con los nuevos objetivos de desarrollo sostenible⁸.

Para un país es mandatario entender que la vigilancia MME no es un requerimiento burocrático, y que se requiere de la implementación de programas reales y factibles orientados a mejorar la calidad y seguridad de la atención obstétrica.

Autor de correspondencia:

Edgar Iván Ortiz: Profesor Titular. Departamento Obstetricia y Ginecología, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Presidente FECOLSOG, FLASOG. E-mail: edgar.ortiz@correounivalle.edu.co.

Pensamos que es necesario un nuevo modelo de atención obstétrica, basado en la centralidad de la gestante y su familia y no en el modelo tradicional (piramidal). El cuidado de la mujer debe ser integral, multidisciplinario y humanizado. En este nuevo modelo (circular) la mujer y su familia son el eje central y está basado en cuatro pilares: la seguridad y calidad en la atención, la satisfacción del usuario, el compromiso de todo el personal hospitalario y de salud y la sostenibilidad económica de la institución que permita una constante reinversión en el mejoramiento de la atención⁹.

Nuestro anhelo es que este nuevo enfoque centrado en la gestante y su familia nos permitan como país y continente lograr las nuevas metas de desarrollo sostenible, con el fin de asegurar el bienestar físico y emocional de mujeres y niños que les garantice alcanzar su máximo potencial.

Referencias

1. PAHO,CLAP/WR. Basic Indicators 2013. 2014. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27299&Itemid=721&lang=en.
2. Instituto Nacional de Salud. Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública. Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública Enfermedades no Transmisibles. Morbilidad materna extrema. Boletín epidemiológico. 2015; Semana Epidemiológica(52):62.

3. Ortiz EI, Quintero CA, Mejia J, Romero E, Ospino L. Vigilancia de la morbilidad materna extrema. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Dirección General de Salud Pública y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2010. p. 67.
4. Firoz T, Chou D, von Dadelzsen P, Say L, Agrawal P, Vanderkruik R. Measuring maternal healthfocus on maternal morbidity. Bull WHO. 2013; 91(10): 794–6.
5. Guerrero GJE, Ortiz LEI, Sarria GOD. Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2014. p. 133.
6. Acuña JM, Ortiz EI, Carvajal J. Morbilidad Materna Extrema. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2014. p. 51.
7. Ortiz EI. La vigilancia de la morbilidad materna extrema. No publicado. 2011.
8. ONU. Transformar nuestro mundo. 2015. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/70/PV.4>.
9. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient centered care. Ann Fam Med. 2011; 9(2): 100–3.