



El Estado y la obligación de garantizar la salud materna y perinatal

Hernando Gaitán-Duarte, MD, MSc¹.

En este número de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (RCOG) se presenta una investigación original y un consenso de expertos que tocan aspectos centrales en la salud pública en general, en especial en la salud materna, como son el control prenatal y la atención de la urgencia obstétrica. Estos 2 estudios permiten, en el contexto de una posible reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, hacer una evaluación del desempeño de esta política pública en salud que ya cumple 30 años en estos dos grupos de población, especialmente vulnerables, y que son objeto de la práctica clínica de la especialidad.

En primer lugar, el estudio de Londoño Cadena et al., describe que en el departamento del Cauca, en el sur del país, el 60 % de la población de gestantes mayor a 35 años no cumplió con el estándar mínimo propuesto de 6 controles prenatales, y que se solicitó la prueba de tamización para sífilis gestacional en el 88 %. Las pacientes son mayormente indígenas y están afiliadas a una empresa de aseguramiento subsidiado por el Estado. Estos hallazgos son consistentes con los del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPPS) del 2020, los cuales informan que el 44 % de las gestantes asistió al control prenatal a la semana 10 o antes (1). En esta misma fuente se informa que solo el 80 % de las gestantes fueron tamizadas para sífilis gestacional y HIV.

Respecto a la cobertura del control prenatal, definida como el número de mujeres que asisten al menos 1 vez a control prenatal, en relación con el número total de partos, el MSPPS reporta que en el departamento del Vaupés la cobertura fue del 66 %, en el Chocó del 78,8 %, Guainía 89,4 %, en la Guajira del 91,8 %, Nariño y Amazonas 93 %, Vichada y Putumayo 94 % (2). *El plan nacional de salud pública 2012- 2021* indica como meta que para el 2021 el 95 % de las gestantes tendría 4 o más controles prenatales en el 94 % de los entes territoriales (3), estamos así lejos aún de esas metas. Vale la pena recordar que estos departamentos son habitados principalmente por las comunidades indígenas y afrocolombianas, grupos en los que se han descrito importantes inequidades en salud materna, especialmente en el régimen de aseguramiento subsidiado por el Estado (4), situación que no ha cambiado en los últimos 10 años (5).

En cuanto a la sífilis, principal causa de sepsis y muerte neonatal temprana, los indicadores nacionales están en un nivel inferior a las metas fijadas en la *Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil de la sífilis y el VIH (EETMI)* para el 2021, que son del 80 % para el control prenatal temprano y del 95 % para la tamización de sífilis en la gestación (6). Sin embargo, no son solo estos datos lo que preocupa, pues, al parecer, la situación ha ido de mal en peor. El Instituto Nacional de Salud informaba un incremento en la prevalencia (RP) del 8,8 en el 2018 al 13,5 x 1.000 Nacidos Vivos (NV) en el 2020 (7), además,

1. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (RCOG), Bogotá (Colombia).

en Bogotá se informa una RP de 7,7 x 1.000 NV más Muertes Fetales (NVMF) para el año 2021, y de 9,2 x 1.000 NVMF para el primer semestre de 2022 (8). Es posible que la situación en los departamentos del pacífico y antiguos territorios nacionales sea mucho peor. El escenario para la sífilis congénita también desmejora con una incidencia del 1,5 x 1.000 NV en el 2018, y del 2,7 x 1.000 NV (7) en el 2020, 5 veces superior a la meta de eliminación (0,5 x 1.000 NV).

En Brasil se consideró que se estaba ante una epidemia de sífilis en el 2017 cuando la prevalencia de sífilis gestacional del 17 x 1.000 NV (9). Estos datos hacen pensar que estamos ante una epidemia de sífilis en la población colombiana, pero dado que no hay tamización en mujeres en edad fértil, ni en hombres, en especial aquellos hombres que tienen sexo con hombres (HSH) quienes se consideran la principal fuente de la infección a nivel mundial con una prevalencia del 10,6 % en Latinoamérica y el Caribe (10), ni tampoco es obligatorio su reporte, es difícil confirmar esta epidemia silenciosa que seguirá afectando a la niñez sino se inician programas poblacionales multifacéticos como se hizo en Brasil (11).

Por otra parte, en el consenso de expertos para el manejo de Espectro de Acretismo Placentario, se plantea la dificultad para la adecuada atención de las urgencias obstétricas por la falta de coordinación entre instituciones en el sistema de seguridad social en Colombia (aseguradoras, hospitales y clínicas, entes nacionales regionales de salud y entidades de vigilancia y control) y la ausencia de centros especializados para la atención de las urgencias obstétricas, estrategia que ya ha sido validada en otros escenarios (12).

En el reporte del Sistema de Vigilancia en salud pública del Ministerio de salud (13) se informa que entre los años 2017 y 2020 la razón de Morbilidad Materna Extrema (MME) paso de 35,3 x1.000 NV a 39,5 x 1.000 NV, y que esta MME es más frecuente en el régimen subsidiado por el Estado (47 %) que en el régimen contributivo de los trabajadores (38 %). Es interesante que, por el contrario, la razón de MME es mayor en el régimen contributivo con 44 x 1.000

NV, en comparación con el régimen subsidiado con 37 x 1.000 NV. Respecto a la Mortalidad Materna (MM) el Ministerio de Salud (14) informa la razón de MM permaneció en cifras cercanas al 51 x 100.000 NV en los años 2016, 2017 y 2019, pero subió en el año 2020 a 66,7 x 100.000 NV, cifras similares a las del año 2011. Esto en parte fue atribuido a la pandemia de la COVID-19. Al analizar la MM por tipo de aseguramiento se encuentra que el 62,7 % perteneció al régimen subsidiado y el 25 % al régimen contributivo. En cuanto a la razón de MM, esta se redujo del 60,3 x 100.000 NV en 2016 al 49,8 x 1.000 NV en el 2018, y subió al 79,8 x 100.000 NV en el 2020 en el régimen subsidiado. Por otra parte, el dato para el régimen contributivo fue del 33,2 para el 2016, del 25,0 para el 2019 y del 47,7 x 100.000 NV. No es clara la razón por la cual MME es mayor en el régimen contributivo, pero la razón de MM es mayor en el régimen subsidiado. Habría que explorar si hay mayor acceso a las unidades de cuidados intensivos para las mujeres con MME en el régimen contributivo.

Queda claro que crear normas no es suficiente, no da los resultados esperados en la salud materna y perinatal de la población pobre y rural. De esta manera, el SGSSS creado por la ley 100 de 1993, que entregó las actividades de protección y atención individual en salud a las empresas administradoras de régimen de beneficios, no ha cumplido con los objetivos trazados en el regimen subsidiado, no ha reducido las inequidades, ni se ha llegado a metas planteadas; seguir haciendo más de lo mismo no va a cambiar la situación. Se requieren cambios profundos en el sistema de salud para garantizar el derecho a estas poblaciones en desventaja para que el Estado colombiano garantice su derecho a la salud.

El gobierno actual debe considerar que se requiere que el Ministerio asuma directamente la coordinación, vigilancia y gestión de muchos programas de salud individual y colectiva, en especial aquellos dirigidos a la población infantil, la salud sexual y reproductiva y la salud materna, especialmente, en la población que pertenece al régimen subsidiado. Antecedente similar

ocurrió con el plan ampliado de inmunizaciones (PAI), el cual debió ser de nuevo gestionado por el MSPPS para recuperar los logros de los años 80 en términos de cobertura de vacunación y protección infantil. Por ejemplo, para asegurar el acceso a métodos de anticoncepción seguros, para reducir la tasa de embarazo en adolescentes que perpetúa los ciclos de pobreza, la garantía al derecho a la interrupción voluntaria y segura del embarazo y la cobertura y acceso al control prenatal oportuno, y también en la atención de las infecciones de transmisión sexual, además del HIV, en términos de vigilancia epidemiológica y programas de tamización poblacional de la sífilis, la gonorrea multirresistente y la infección por virus del papiloma humano (15) la infección por HTLV y por *C. trachomatis* que afectan sobre todo a las poblaciones afro, indígenas y jóvenes.

Por otra parte, es importante que el MSPPS fortalezca los hospitales públicos, entre ellos el Instituto Materno Infantil, hospital insigne en Colombia, como centro de referencia, investigación, innovación y entrenamiento para la atención de emergencias obstétricas, medicina materna fetal y atención neonatal en Bogotá, y se construyan instituciones similares en otras regiones del país, así como crear una red de atención materno perinatal que funcione de manera efectiva y segura a un costo razonable, sin trabas administrativas y con la liquidez financiera necesaria para la provisión oportuna de servicios de alta calidad en la red pública, y ¿por qué no?, en alianza con la red privada.

Es muy importante que los médicos y los trabajadores de la salud participemos activamente en las discusiones y propuestas para mejorar el sistema de salud colombiano y no seamos espectadores pasivos, como sucedió en 1993, para lograr que se implemente integralmente la Ley Estatutaria de la salud y se logren condiciones dignas de trabajo.

REFERENCIAS

1. Protección Específica Detección Temprana. [Consultado el 20 de septiembre]. Disponible en http://rsvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/
2. Ministerio de Salud y protección social Colombia. Indicadores en Salud. Disponible en <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/cobertura-prestacional/cobertura-de-control-prenatal-georeferenciado>
3. Ministerio de salud y Protección social Colombia. Plan decenal de salud pública 2012- 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
4. Rivillas JC, Devia-Rodríguez R, Ingabire MG. Measuring socioeconomic and health financing inequality in maternal mortality in Colombia: a mixed methods approach. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):98. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01219-y>
5. Cáceres-Manrique F, Molina-Marín G. Inequidades sociales en atención materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2010; 61(3): 231-238. <https://doi.org/10.18597/rcog.269>
6. Ministerio de Salud y protección social Colombia ETMI plus Colombia 2018-2021: Marco para la eliminación de la transmisión Materno Infantil del VIH, la Sífilis, la Hepatitis b y la Enfermedad de Chagas. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/eliminacion-transmision-materno-infantil-vih-sifilis-chagas-hepetitib-etmi-colombia-2018.pdf>
7. Ministerio de Salud y protección social Colombia, Alerta n.º 1 comportamiento de la sífilis gestacional y congénita. Septiembre de 2021.
8. Secretaría de salud de Bogotá. Salud data. Salud sexual y reproductiva. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-sexual-y-reproductiva/sifilis-gestacional/>
9. Brasil M da S. Sífilis 2018. Disponible en http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66163/boletim_sifilis_04122018.pdf?file=1&type=node&id=66163&force=1

10. Tsuboi M, Evans J, Davies EP, Rowley J, Korenromp EL, Clayton T. Prevalence of syphilis among men who have sex with men: a global systematic review and meta-analysis from 2000-20. *Lancet Glob Health*. 2021;9(8):e11110-e11118. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00221-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00221-7)
11. Rocha MAd, dos Santos MM, Fontes RS, de Melo ASP, Cunha-Oliveira A, Miranda AE, et al. The text mining technique applied to the analysis of health interventions to combat congenital syphilis in Brazil: The case of the “Syphilis No!” project. *Front Publ Health*. (2022) 10:855680. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.855680>
12. Nyamtema AS, Urassa DP, van Roosmalen J. Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:30. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-30>
13. Instituto Nacional de Salud. Morbilidad materna extrema. Colombia 2020. Disponible en https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA_2020.pdf
14. Departamento nacional de estadística DANE. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada. Mortalidad Materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19. ISSN: 2805-6345. Disponible en <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>
15. World health Organization. Elimination of STI. Disponible en <https://www.who.int/southeastasia/activities/elimination-of-sti>