

Demoras en mortalidad materna en el departamento de Santander 2012 a 2015

Delays related to maternal mortality in the department of Santander from 2012 to 2015

Sandra P. Álvarez-Sierra

Recibido 8 octubre 2017 / Enviado para modificación 18 julio 2018 / Aceptado 20 septiembre 2018

RESUMEN

SA: MD. Especialista Gestión de Servicios de Salud. Especialista Gerencia de Empresas. M. Sc. Gestión de Servicios de Salud. Hospital Internacional de Colombia. Fundación Cardiovascular de Colombia. Santander, Colombia. sandra12md@gmail.com

Objetivo Caracterizar las muertes maternas en el departamento de Santander y las demoras que contribuyeron a dichas muertes, durante los años 2012 a 2015, mediante los análisis de las atenciones en salud, con el fin de ofrecer un insumo que permita plantear acciones para disminuir desenlaces fatales.

Materiales y Métodos Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el cual se determinaron las características de la mortalidad materna en las mujeres gestantes o en puerperio a quienes se les realizaron unidades de análisis completas y que no fueron por causas externas o violentas.

Resultados La demora que más se presentó en los 49 casos de muertes maternas fue la tipo IV relacionada con recibir un tratamiento médico adecuado y oportuno (87,8%), debido principalmente a deficiencias en los servicios de promoción y prevención (63,2%). La mayor parte de las muertes fueron evitables (61,2%), en el puerperio (84%) y en usuarias del régimen subsidiado (57,1%).

Conclusiones Las mujeres afiliadas al régimen subsidiado presentaron mayor frecuencia del evento, lo cual refleja que existen importantes oportunidades de mejora en la atención que se brinda a las gestantes en el régimen subsidiado.

Palabras Clave: Muerte materna; embarazo; periodo posparto; prestación de atención de salud; Colombia (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To characterize maternal deaths in the department of Santander, Colombia, and the delays that contributed to these deaths during the period 2012-2015, through a systematic review of health care, in order to offer an input that allows proposing actions that contribute to reduce these fatal outcomes.

Materials and Methods Descriptive, retrospective, cross-sectional study that determines the characteristics of maternal mortality in pregnant or postpartum women who were administered complete analysis units and whose death was not caused by external or violent causes.

Results The most frequent delay in the 49 cases of maternal deaths was type IV, which refers to the delay in receiving adequate and timely medical treatment (87.8%), mainly due to deficiencies in promotion and prevention strategies (63.2%). The majority of the deaths were avoidable (61.2%) in the puerperium (84%), and in users of the subsidized insurance scheme (57.1%).

Conclusions Although 98% of mothers were affiliated to the health system (subsidized, contributory, special or exceptional schemes), it was possible to demonstrate that women who were affiliated to the subsidized regime showed a greater frequency of the event, which reflects that there are important opportunities for improvement in the care provided to pregnant women in this type of scheme.

Key Words: Maternal death; pregnancy; postpartum period; delivery of health care; Colombia (*source: MeSH, NML*).

La muerte materna es un resultado catastrófico de varios factores que afectan a una mujer en edad fértil. La razón de mortalidad materna es un indicador trazador de las condiciones de vida y la calidad de la atención en los servicios de salud de una región. Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), fue mejorar la salud materna a través de la reducción de la tasa global de mortalidad materna en un 5.5% anualmente, logrando en algunos países, entre 2000 y 2015, reducciones superiores en países desarrollados (1). No obstante, vencido el plazo para el cumplimiento de los ODM, se encontró que el objetivo concerniente a la mortalidad materna fue uno de los más rezagados, evidenciando una reducción solo de un 2,3% anual (2).

Para el 2015, en países en vía de desarrollo, la razón de mortalidad materna fue de 239 por 100 000 nacidos vivos y en los países desarrollados fue de 12 por 100 000 (3), por lo cual, en los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) planteados en 2016 y en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, se adoptó la meta de disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos (2).

En el CONPES 140 de 2011, que incluye las metas de Colombia para los ODM se estableció que para el año 2015 esta sería de 48,8 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos; sin embargo, de acuerdo con información del Instituto Nacional de Salud (3), la media nacional preliminar de la razón de mortalidad materna, fue de 52 por cada 100 000 nacidos vivos y según el último dato oficial registrado por el DANE en 2013 la RMM en Colombia fue de 55 por 100 000 nacidos vivos.

Con el fin de obtener datos confiables, a nivel mundial se decidió trabajar en el fortalecimiento de los sistemas de información en salud, en los que las defunciones constituyen una fuente importante de datos para la elaboración de los informes de Situación de Salud en las Américas (5).

De acuerdo al comportamiento de las causas de muerte materna, en Colombia, en el periodo 2010 - 2012, las diez primeras causas fueron: trastornos hipertensivos, complicaciones hemorrágicas, sepsis no ginecoblástica, sepsis ginecoblástica, infecciones respiratorias, causas en estudio, aborto, tromboembolismo pulmonar, cardiopatías y causas oncológicas (6).

En Santander para el periodo de 2007 a 2012, los municipios que hacen parte del área metropolitana de Bucaramanga y Barrancabermeja, registraron más de la mitad de las muertes maternas reportadas al Sistema de Vigilancia, la mayor parte de las muertes se presentaron en las cabeceras municipales. El promedio de edad de las mujeres que fallecieron fueron los 28 años. La razón de mortalidad

materna para el año 2011 fue de 98,5 por 100 000 nacidos vivos, en centro poblado, 37,5 por 100 000 nacidos vivos, en cabecera municipal y 17,9 por 100 000 nacidos vivos en área rural dispersa y la demora que predominó fue la relacionada con la atención en los servicios de salud (7).

Durante el periodo 2009-2014, en Santander se notificaron 82 muertes maternas, con una razón entre 54 y 72,9 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (NV); encontrándose que el máximo valor se presentó en el año 2009; no obstante Santander estaría cumpliendo en algunos municipios con las metas propuestas por el Plan Decenal de Salud Pública (meta para mortalidad materna menor de 62,4 por 100 000 NV) (8).

Los casos de mortalidad materna durante el periodo 2009-2014 se agruparon según la información notificada al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila). El 70,7% ocurrieron en la cabecera municipal, más de la mitad pertenecieron al régimen subsidiado y poco menos de un tercio de las gestantes fallecidas tuvo como nivel de escolaridad más frecuente la secundaria (9).

MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el cual se investigó la mortalidad materna en el departamento de Santander y las demoras ocurridas durante los años 2012 a 2015. La población base fueron las mujeres gestantes o en puerperio del departamento de Santander que fallecieron durante años 2012 a 2015 a quienes la Secretaría de Salud Departamental realizó unidad de análisis.

Se recolectaron las unidades de análisis de mortalidad materna, que registraron las variables de interés. Las unidades fueron elaboradas por referentes de la Secretaría de Salud del departamento de Santander y suministradas por la Dirección de Salud Integral y el Grupo de Mortalidad Materna de la Secretaría de Salud Departamental, teniendo en cuenta la información registrada en las bases de datos del Sivigila a través de las fichas de notificación del evento de interés en salud pública, en los certificados de defunción, expedidos por el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) y en las bases de datos del Registro Único de Afiliados, módulo defunciones (RUA-F-D).

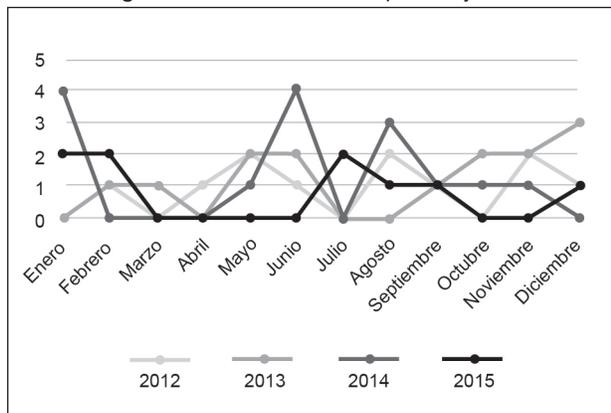
RESULTADOS

Variables socio-demográficas

El mayor porcentaje de los fallecimientos, ocurrieron en el año 2014 correspondiendo al 30,6% (IC95%:18-45) de los casos; de este porcentaje el 14,2% (IC95%:5,9-27) se presentaron en junio, seguido de los meses de ene-

ro y agosto. (Figura 1); el rango de edad más frecuente fue en el de 22 a 35 años, con un porcentaje de 57,1% (IC95%:42-71); el régimen de salud que predominó, fue el subsidiado con el 57,1% (IC95%:42-71).

Figura 1. Mortalidad Materna por año y mes



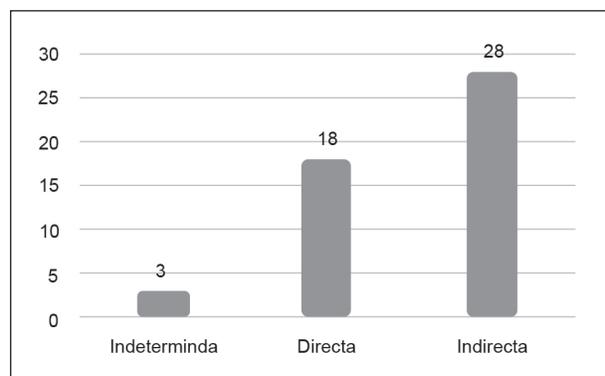
La provincia con mayor frecuencia de casos, correspondió a la de Soto Norte, con 18 casos, correspondiendo al 36,7% (IC95%:23-51) del total, y el municipio con mayor frecuencia del evento fue Bucaramanga con el 48,98% (IC%:34-63). El 63,27% (IC95%:48-76) se presentaron en las cabeceras municipales. En las unidades de análisis no se registró el nivel de escolaridad de todos los casos, estableciendo un 71,43% (IC95%:61-86) como indeterminado. Respecto al estado civil, el 77,4% de los casos contaron con pareja, distribuidos el 48,9% para unión libre (IC95%:34-63), seguido del 28,5% para estar casada (IC95%:16-43) (Tabla 1). En la provincia en la que más casos de muertes maternas se registraron, de acuerdo con el lugar de residencia, fue Soto Norte, seguida de Mares. En la que menos casos se presentaron fue la provincia de García Rovira.

Variables clínicas

Se evidenció que la muerte materna ocurrió en mayor porcentaje durante el puerperio mediano (de 2 a 10 días posterior al parto), siendo este el momento de la muerte del 30,6% (IC95%:18-45); el 65,3% (IC95%:50-78); de las pacientes registraban antecedentes médicos en su historia clínica (IC95%:50-78); el 38,7% de las mujeres tuvieron varios tipos de antecedentes; el 71,4% (IC95%:57-83) de los casos, correspondiente a 35 pacientes realizaron controles prenatales, de este porcentaje el 42% (IC95%:28-57) de los casos, iniciaron control prenatal en el primer trimestre. El riesgo obstétrico en el 48,9% (IC95%:34-63), de los casos fue alto; el diagnóstico de causa de muerte que más se evidenció fue otros diagnósticos de causa de muerte con el 34,7% (IC95%:21-49), discriminados así: tromboembolismo pulmonar cuatro casos, sepsis de ori-

gen gineco-obstétrico cuatro casos, neumonía tres casos, THAE tres casos, dengue dos casos y con un caso: choque anafiláctico, taquicardia supraventricular, aneurisma, tuberculosis meningea, meningitis, pancreatitis, hígado graso asociado al embarazo, y enfermedad cerebro vascular isquémica; el 57,1% (IC95%:42-71) de las muertes se presentaron como consecuencias de causas indirectas (Figura 2). El 61,2% (IC95%:46-74) de los casos que se registraron fueron muertes evitables (Tabla 2). El 27% de las muertes ocurrieron en el puerperio inmediato (desde el nacimiento hasta las 24 horas) y el 26% en el puerperio alejado o tardío (desde las seis semanas en adelante) evidenciando de manera importante que el 84% de las muertes ocurrieron en el puerperio.

Figura 2. Clasificación de la muerte registrada en la unidad de análisis



En el 8% de los casos que corresponden a cuatro mujeres gestantes, la evitabilidad de la muerte no fue determinada, debido a que no se conoció su causa en tres de los casos y en el caso restante el resultado de la autopsia médico-científica, no fue concluyente; en el 31% de los casos la muerte no fue evitable, mientras que en el 61% de los casos se determinó que la muerte era evitable (Figura 3).

Figura 3. Evitabilidad de la muerte registrada en la Unidad de Análisis

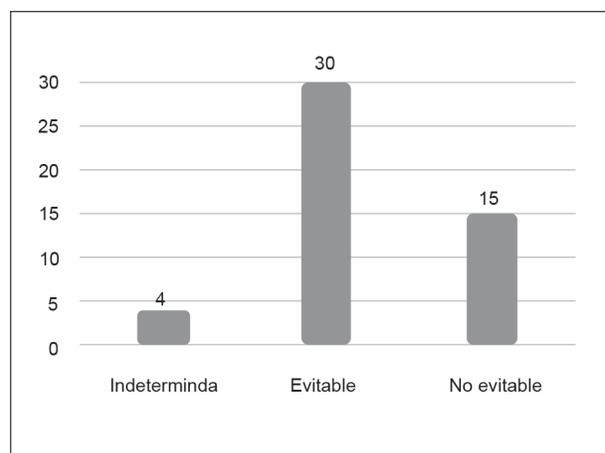


Tabla 1. Variables Sociodemográficas

Características	n	%	95% Intervalo de Confianza
Año en el que ocurrieron las muertes maternas			
2012	11	22,4	11-36
2013	14	28,5	16-43
2014	15	30,6	18-45
2015	9	18,3	8,7-32
Total	49	100	
Mes en el que ocurrieron las muertes			
Enero	6	12,2	4,6-24
Febrero	4	8,1	2,2-19
Marzo	1	2	0,05-10
Abril	1	2	0,05-10
Mayo	5	10,2	3,3-22
Junio	7	14,2	5,9-27
Julio	2	4	0,4-13
Agosto	6	12,2	4,6-24
Septiembre	4	8,1	2,2-19
Octubre	3	6,1	1,2-16
Noviembre	5	10,2	3,3-22
Diciembre	5	10,2	3,2-22
Rango de edad de las maternas en el momento del fallecimiento			
10 a 16 años	1	2	0,05-10
17 a 21 años	6	12,2	4,6-24
22 a 35 años	28	57,1	4,2-71
36 a 54 años	14	28,5	16-43
Régimen de salud			
Subsidiado	28	57,1	4,2-71
Contributivo	18	36,7	23-51
Especial o de excepción	2	4	0,4-13
Ninguno	1	2	0,05-10
Lugar de residencia de las maternas fallecidas			
Provincia de Soto	18	36,7	23-51
Provincia Guanentina	2	4	0,4-13
Provincia Comunera	3	6,1	1,2-16
Provincia de Velez	8	16,3	7,3-29
Provincia de Mares	17	34,6	21-49
Provincia García Rovira	1	2	0,05-10
Área de residencia de las maternas fallecidas			
Cabecera municipal	31	63,3	48-76
Centro Poblado	2	4	0,4-13
Rural Disperso	14	28,6	16-43
Indeterminado	6	12,2	4,6-24
Estado civil			
Soltera	5	10,2	3,3-22
Casada	14	28,5	16-43
Unión libre	24	48,9	34-63
Indeterminado	6	12,2	4,6-24
Nivel de escolaridad			
Indeterminado	35	71,4	61,1-86
Ninguno	7	14,2	5,9-27
Primaria	3	6,1	1,2-16
Secundaria	1	2	0,05-10
Universitaria			
Lugar del fallecimiento			
Bucaramanga	24	48,9	3,4-63
Floridablanca	2	4	0,4-13
Barrancabermeja	11	22,4	11-36
Tunja	3	6,1	1,2-16
Sabana de Torres	2	4	0,4-13
Ocamonte	1	2	0,05-10
San Gil	1	2	0,05-10
Socorro	1	2	0,05-10
Velez	1	2	0,05-10
Cimitarra	1	2	0,05-10
Zapatoca	1	2	0,05-10
La Guajira	1	2	0,05-10

Tabla 2. Variables clínicas

Características	n	%	95% Intervalo de Confianza
Momento de la muerte			
De 0 a 12 semanas de gestación	2	4,0	0,4-13
De 13 a 24 semanas de gestación	3	6,1	1,2-16
De 25 a 42 semanas de gestación	1	2,0	0,5-10
Indeterminado	2	4,0	0,4-13
Puerperio inmediato (primeras 24 horas post parto)	13	26,5	14-41
Puerperio mediano (2 a 10 días posterior al parto)	15	30,6	18-45
Puerperio alejado o tardío (6 semanas en adelante)	13	26,5	14-41
Antecedentes médicos			
Indeterminado	7	14,2	5,9-27
Si	32	65,3	50-78
No	10	20,4	10-34
Tipo de antecedentes médicos			
Indeterminado	7	14,2	5,9-27
Quirúrgicos (no obstétricos)	0	0	0
Patológicos	9	18,3	8,7-32
Alérgicos, farmacológicas-toxicológicos	2	4,0	4-13
Gineco-obstétricos	2	4,0	4-13
Otros	19	38,7	25-53
No tiene	10	20,4	10-34
Presencia del control prenatal (CPN)			
No se realizó CPN	12	24,4	13-38
Si se realizó CPN	35	71,4	57-83
Indeterminado	2	4,0	0,4-13
Trimestre de inicio del CPN			
Indeterminado	0	0	0
Primer trimestre	21	42,8	28-57
Segundo trimestre	10	20,4	10-34
Tercer trimestre	6	12,2	4,6-24
Sin CPN	12	24,4	13-38
Riesgo obstétrico definido en el CPN			
Indeterminado	18	36,7	23-51
Alto riesgo	24	48,9	34-63
Bajo riesgo	7	14,2	5,9-27
Diagnóstico de causa de muerte			
Trastornos hipertensivos asociados al embarazo			
Sepsis gineco-obstétrica	4	8,1	2,2-19
Complicaciones hemorrágicas	12	24,4	13-38
Cáncer	11	22,4	11-36
Otros	17	34,7	21-49
Indeterminado	2	4,0	0,4-13
Clasificación de causa de muerte			
Indeterminada	3	6,1	1,2-16
Directa	18	36,7	23-51
Indirecta	28	57,1	42-71
Evitabilidad de la muerte materna			
Indeterminada	4	8,1	2,2-19
Evitable	30	61,2	46-74
No evitable	15	30,6	18-45

Variables de demoras

En un solo caso de muerte materna se pueden presentar varias demoras como indica la Tabla 3; por ejemplo, la demora I, la demora II y la demora IV se presentaron en la paciente X, es decir que para el análisis de los datos se contó la paciente X=demora I, demora II, y demora IV; por lo cual el porcentaje se calculó de la siguiente manera:

- La demora I se presentó en 32 muertes maternas de las 49 analizadas
- La demora II se presentó en 21 muertes maternas de las 49 analizadas

- La demora III se presentó en 29 muertes maternas de las 49 analizadas
- La demora IV se presentó en 43 muertes maternas de las 49 analizadas

Para el cálculo, por ejemplo, de la demora I, se estableció que se presentó en 32 muertes maternas y que no se presentó en 17 casos, lo que dio como resultado:

$$\% = 32 * 49 / 100 = 65,31\% \text{ (Se presentó la demora I)}$$

$$\% = 17 * 49 / 100 = 34,69\% \text{ (No se presentó la demora I)}$$

$$\text{Demora I} = 65,31\% \text{ (total si se presentó)} + 34,69\% \text{ (total no se presentó)} = 100\%.$$

La demora que más se presenta es la demora tipo IV en un 88% de los casos, que corresponde a lo registrado en 43 de las 49 unidades de análisis, seguida de la demora tipo I, la demora III y en último lugar la demora tipo II; de acuerdo al régimen de afiliación la demora tipo I ocurrió en el régimen subsidiado en 20 ocasiones, en el régimen contributivo en 11 y en una ocasión en una mujer que no tenía ningún tipo de afiliación al sistema de salud, la demora tipo II se presentó en el régimen subsidiado en nueve ocasiones y en el régimen contributivo en 12.

La demora tipo III se presentó en el régimen subsidiado en 15 ocasiones, en el régimen contributivo en 12, en una ocasión en paciente afiliada al régimen especial o de excepción y en una ocasión en la materna que no tenía afiliación al régimen de salud, la demora tipo IV se presentó en el régimen subsidiado en 26 ocasiones, en el régimen contributivo en 16 y en una ocasión en la materna que no tenía ningún tipo de régimen de salud.

La demora tipo I se presentó con una frecuencia de 20 en las muertes evitables, nueve en las muertes no evitables y dos en las muertes que no fueron determinadas; la demora tipo II se presentó con una frecuencia de 15 entre las muertes evitables y de cinco en las no evitables. La demora tipo III, se presentó con una frecuencia de 18 en las muertes evitables, cinco en las muertes no evitables y de tres en las no determinadas. La demora tipo IV se presentó con una frecuencia de 27 muertes evitables, 14 muertes no evitables y dos muertes que no fueron determinadas.

Tabla 3. Frecuencia de demoras

	n	%
Demora I reconocer el problema		
Se presenta	32	65,3
No se presenta	17	34,7
Demora II Decidir sobre la búsqueda de atención		
Se presenta	21	42,9
No se presenta	28	57,1
Demora III En llegar al servicio de salud		
Se presenta	29	59,1
No se presenta	20	40,8
Demora IV En Recibir Tratamiento Adecuado y Oportuno		
Se presenta	43	87,8
No se presenta	6	12,2

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio indican que el 63,27% de las muertes maternas se registraron en las cabeceras municipales, el 28,57% en la zona rural dispersa y el 4,08% en centros y poblados concuerdan con el estudio realizado en Santander por el Observatorio de Salud Departamental (9) sobre mortalidad materna, encontrando también mayor frecuencia de mortalidad materna en las cabeceras municipales (69%), seguida de la registrada

en la zona rural dispersa (25,4%) y en menor escala en centros y poblados (5,6%). Por otra parte, se registró en este mismo estudio el promedio de edad de las gestantes fallecidas fue de $28,4 \pm 7,2$ años, con un menor promedio de 24 años en 2009 y un máximo de 32 años en 2011, el grupo de edad que más casos de muertes maternas aportó se encontró entre los 20 a 24 años (23,9%) y en general la mayoría de muertes ocurrieron en mujeres menores de 35 años (77,5%). Las muertes notificadas en mujeres de 40 y más años representaron la minoría del total (4,2%) en contraste con las ocurridas en adolescentes (de 15 a 19 años) que representaron el 11,3%, grupo en el cual durante el 2012 no se registraron muertes. En la presente investigación, se encontró un aumento de un año en el promedio de edad de las gestantes fallecidas, siendo de $29,8 \pm 7,1$ años, con un rango de edad mínimo de 15 años y máximo de 43 años. El grupo de edad que más casos de muertes aportó fue de 22 a 35 años (57,1%) y en la mayoría de muertes ocurrieron en gestantes mayores de 29 años (59%). Las muertes notificadas en mujeres de menos de 21 años representan la minoría (14,28%) en contraste con las ocurridas en las mujeres de (22 a 35 años) que representan el 57,1%.

Un aspecto importante de resaltar en la edad materna es que a pesar de que ser una gestante añosa o gestante precoz, son de por sí factores que clasifican a las gestantes como de alto riesgo obstétrico, esta no fue un factor relevante al no evidenciarse como rangos de edades con mayor ocurrencia del evento, puesto que el rango predominante fue en mujeres con edades entre los 22 años a 35 años, representando el 57,1% de los casos, mientras que las gestantes precoces entre 10 a 16 años y 17 a 21 años, representaron el 14,2% de los casos y las gestantes añosas (mayores de 35 años) presentaron el evento en un 28,5%.

Los hallazgos de esta investigación concuerdan con lo encontrado en el estudio de morbilidad y mortalidad materna en el departamento de Santander (10), en el que la mayor demora fue la I, seguida de la IV, siendo esta última la de mayor prevalencia en el presente estudio, es decir, el tipo de demora relacionada con la calidad de la atención de los servicios de salud. En concordancia directa con el estudio de Uribe (10), en la que aspectos relevantes como la inexistencia del inicio oportuno del control prenatal y la ausencia de garantías para una adecuada atención en salud en el nivel requerido, son aspectos relevantes que influyen de manera determinante en la presencia de casos de morbilidad materna externa y de mortalidad materna.

El estudio de Acelas y colaboradores (11), pretendió establecer las causas de morbilidad materna extrema, como desencadenantes de mortalidad materna debido a que factores que influyen en la morbilidad materna extre-

ma pueden considerarse importantes para la mortalidad materna; los aspectos sociodemográficos, la calidad de los servicios de salud y la actitud del paciente hacia al sistema, también fueron relevantes en el presente estudio y permiten afirmar que la atención inicial de una paciente en institución de salud no adecuada se relaciona con el retraso en su traslado a una institución de mayor complejidad con capacidad para manejo de pacientes gestantes incrementando el riesgo presentar complicaciones. La mayoría de las muertes en el presente estudio mostraron como régimen de salud el subsidiado en un 57,1%, igual que en el estudio de Acelas en el que en dicho régimen se encontró el 80% de los casos. Los sitios de presentación del evento, la mayor frecuencia se presentó en Bucaramanga (29%), seguido de Floridablanca (7%) y otros municipios (50%), siendo similar a lo encontrado en este estudio: Bucaramanga con el (48,6%), Floridablanca (4%), Barrancabermeja (22,4%) y otros municipios (24%).

En el estudio realizado por Mazza y colaboradores (12), se analizaron las características de la mortalidad materna en la ciudad de Bogotá-Colombia; para los años de 2008 al 2009, aplicando el modelo de las tres demoras, en las que se presentó con mayor frecuencia la demora tipo III en que se incluyó lo definido en la demora IV del presente estudio; sin embargo en Santander fue menor la deficiencia relacionada con el personal asistencial (20,4%), mientras que en Bogotá el 56,4% de los casos no tuvieron disponible personal médico suficiente; en cuanto a la atención, el 14,3% en Santander y el 38,5% en Bogotá fueron atendidas en el nivel de atención no adecuado, diferente a lo encontrado en relación con equipos e insumos, en Santander se registró que el 28,5% de los casos contaron con insumos y equipos médicos adecuados para la atención requerida, situación distinta a la que se registró en el 25,6% de los casos en Bogotá, en los que no se contó con las mismas condiciones.

A pesar de que la educación en derechos sexuales y reproductivos en Colombia ha venido mejorando a través de los años, aún persisten deficiencias en la calidad y acceso al control prenatal, encontrando un porcentaje importante (24,4%) de mujeres que no se realizaron control y que no tuvieron la oportunidad de tomar conductas de prevención de la muerte. Por otra parte, en muchos de los casos no fue posible determinar el nivel de escolaridad, dado que no se registró en la unidad de análisis. El alto riesgo obstétrico fue determinado en casi la mitad de los casos lo cual sugiere posibles fallas en la consejería preconcepcional no solo por gineco-obstetras, médicos generales o enfermeras del primer nivel de atención sino por todas las especialidades y de manera particular por parte de oncólogos e internistas que atienden pacientes con patologías crónicas. En la

mayoría de los casos no se identificó el riesgo y no se clasificó adecuadamente, lo que conllevó a prestar servicios inapropiados requiriendo acciones más contundentes para favorecer las atenciones que informen adecuadamente sobre los factores de riesgo (signos y síntomas de alarma), como el control prenatal, escenario en el que se educa frente a los riesgos que trae consigo la gestación, sus derechos y deberes, tarea también del sector educativo y en general de toda la comunidad.

Adicionalmente es necesario priorizar las necesidades reales de dotación en los centros asistenciales y estandarizar el formato de recolección de datos, implementar estrategias de información, educación y comunicación (IEC) de acuerdo con el nivel de escolaridad para reforzar aspectos relevantes en los procesos formativos y culturales y la divulgación de los derechos y deberes sexuales y reproductivos. Para lo anterior se propone que las variables puedan ser recopiladas a través de un único instrumento para ser diligenciado en las unidades de análisis que realiza el departamento que permita realizar un análisis más completo en futuras investigaciones. Teniendo en cuenta que el momento de la muerte más recurrente fue en el puerperio mediano, seguido del inmediato y del alejado/tardío, se debe prestar especial atención a las puérperas. Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, la sepsis de origen gineco-obstétrico y las complicaciones hemorrágicas, siguen siendo las causas más importantes de muerte materna directa.

La mayoría de las muertes en Santander, fueron evitables, por lo cual se requiere mayor trabajo interdisciplinario que permita: Realizar un censo de las mujeres en estado de gestación para determinar su nivel educativo, actualizar datos sociodemográficos para hallar herramientas que mejoren el acercamiento entre las diferentes entidades prestadoras de salud y los pacientes, optimizar la calidad de la educación, la concientización de la necesidad de los controles prenatales y la identificación temprana de riesgos. Se requiere un modelo de nuevas masculinidades en donde los hombres se involucren en el reconocimiento de los problemas y colaboren activamente en la búsqueda de atención, realizar capacitaciones con periodicidad definida para mejorar la adherencia a los protocolos y guías de manejo, optimizar y mejorar el registro de historia clínica, actividades de formación al núcleo familiar, seguimiento preciso a los planes de mejora de las entidades del sector salud y sanciones en caso de requerirse ♦

Agradecimientos: A Dios quien es la fuente de todo lo que soy y lo que seré, por darme la vida y la oportunidad de crecer personal y profesionalmente. A mi familia por su apoyo constante. A todos mis docentes, directores de investigación y al programa

de maestría en gestión de servicios de salud de la Universidad de Santander, compañeros y amigos por sus valiosos aportes. Al coordinador del grupo de epidemiología y demografía de la Dirección de Salud Integral y a las coordinadoras de Maternidad Segura de la Secretaría de Salud de Santander.

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. [Internet]. Health systems financing the path to universal coverage. 2015. Geneva. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/en/>. Consultado en enero de 2017.
2. United Nations Population Fund. [Internet]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/news/maternal-deaths-continue-fall-new-data-show>. Consultado en enero de 2017.
3. MINSALUD. ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, Bogotá: Dirección de Epidemiología y Demografía 2015. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2RsuriQ>. Consultado en enero de 2017.
4. World Health Organization. [Internet]. Statistics. 2016. Genova. Disponible en: <http://bit.ly/2MVf66M>. Consultado en enero de 2017.
5. Ministerio de Salud. [Internet]. Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 2012-2021. Disponible en: <http://bit.ly/2IW8owP>. Consultado en enero de 2017.
6. López L, Esquiaqui F, Plata S. Perfil de mortalidad materna y morbilidad en Santander, Informe epidemiológico de Santander, 2015; 2:1-16.
7. Observatorio De Salud Pública de Santander. [Internet]. Análisis y Comentarios de los indicadores básicos situación de salud en Santander. 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2FhAm5m>. Consultado en diciembre de 2016.
8. Observatorio De Salud Pública de Santander. [Internet]. Análisis y Comentarios de los indicadores básicos situación de salud en Santander. 2015. Disponible en: <http://web.observatorio.co/?s=indicadores+2015>. Consultado en enero de 2017.
9. Otero JA. Mortalidad Materna en Santander: Antecedentes y Comportamiento. Bucaramanga: Informe Epidemiológico Santander. 2012. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2FjkeQV>. Consultado en diciembre de 2016.
10. Gonzales P, Uribe JC. Morbilidad Materna Extrema en Santander. Informe Epidemiológico de Santander, 2012; [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/31yGT54>. Consultado en enero de 2017.
11. Acelas DF, Orostegui A, Alarcón MA. Factores de Riesgo para Morbilidad Materna Extrema en Gestantes sin Demora en la Atención Médica Según la Estrategia Camino para la Supervivencia. Revista chilena obstetricia y ginecología, 2015; 8.
12. Mazza M, Vallejo CM, Blanco MG. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela, 2012; 72 (4).