

EVIDENCIAS

PARA LA SALUD MATERNA Y NEONATAL

Es una publicación bimensual del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal CIDES UMSA. www.ommncides.edu.bo AÑO 4 N° 14 JULIO/AGOSTO 2020

EVITAR MUERTES MATERNAS CONTRIBUYE A FRENAR LA PANDEMIA

Marcos Paz

Una porción indefinida de la producción de servicios rutinarios de salud ha dejado de entregarse a la población por efecto de la pandemia. Buena parte del personal activo está siendo ocupado en el manejo de la nueva enfermedad y, en forma continua, médicos, enfermeras y administrativos de primera línea vienen siendo dados de baja por contagio, embarazo, edad o enfermedades preexistentes, por lo que varios servicios han sido interrumpidos o diferidos hasta que existan mejores condiciones de bioseguridad, transporte, mayor comprensión del comportamiento de la enfermedad y, sobre todo, mayor capacidad para responder exitosamente al creciente número de personas contagiadas. Mientras tanto, muchas personas con necesidades de atención diferenciada están quedando sin asistencia profesional



o a la espera de que la atención se normalice en algún momento.

Para los fines de esta nota, un elemento que es necesario puntualizar es que muchos servicios que, de alguna forma, están siendo

proporcionados a la población, en esta circunstancia especial, no están figurando en los registros del Sistema Nacional de Información en Salud, por retrasos comprensibles en el envío de los datos por parte de algunos establecimientos de salud,

en el procesamiento de los mismos en las unidades de estadística y, también, porque el sistema de vigilancia epidemiológica se concentra principalmente en el acopio y procesamiento de los datos de la nueva enfermedad.

A estas alturas, luego de cuatro meses desde que se reportaron los primeros casos de personas contagiadas, en todo el país se han logrado establecer centros centinela y de aislamiento específicos para la atención del COVID-19, dejando al resto de los establecimientos, considerados “verdes”, encargados de brindar los servicios tradicionales, cumpliendo protocolos de bioseguridad, triaje y normas actualizadas. Se sabe poco de lo que está pasando en esos centros no COVID-19, pero existen hechos que están trascendiendo públicamente, que

muestran un panorama crítico y que pueden ayudar a pensar en algunas alternativas viables para tratar de impedir que la población quede afectada gravemente por otras causas.

LA ATENCIÓN EN CONTROLES PRE Y POSNATALES

En el caso de la extensa gama de servicios de salud sexual y reproductiva, por ejemplo, hay razones para creer que se están produciendo restricciones que van a tener consecuencias lamentables. Se han visto carteles y anuncios en algunos establecimientos que informan sobre la suspensión de atenciones que no sean consideradas de emergencia, lo que incluye controles pre y posnatales, servicios de anticoncepción, atención al recién nacido, vacunaciones, atenciones a

infecciones de transmisión sexual, atención a las víctimas de violencia sexual y otros igualmente decisivos. Hay otros centros cerrados por falta de personal y muchos que no tienen equipos, medicamentos, insumos y suministros esenciales porque se ha afectado al sistema administrativo por diversos factores vinculados a las medidas de contención de la expansión de contagios en la población.

Cabe esperar que en la atención de emergencias figuren los partos y especialmente las emergencias obstétricas y neonatales, cuya falta o mala calidad de atención es causa principal de las elevadas cifras de mortalidad materna y neonatal, con las que el país ingresó a la época de las cuarentenas. Sin embargo, las agrandadas dificultades para acceder a estos servicios se traducirán en incrementos notables de embarazos no deseados, partos sin la adecuada atención, infecciones sexuales no controladas, abortos inseguros, víctimas de violencia sexual desprotegidas y mujeres afectadas por el cáncer ginecológico sin tratamiento, entre otros. Además, grupos de la población como las niñas y adolescentes que están siendo afectadas por la pandemia directa o indirectamente, con el incremento de violaciones, abusos y agresiones en sus propios entornos familiares y comunitarios, tienen mayor riesgo no solo de quedar embarazadas e infectadas sin tener opciones a la prevención o a la interrupción legal del embarazo, sino también



a la depresión y la ansiedad, con efectos poco reversibles a corto y largo plazo.

Recientemente, el Instituto Guttmacher¹ ha estimado que una disminución de solo del 10% en el acceso a la atención en salud sexual reproductiva a nivel global podría provocar: 49 millones más de mujeres con necesidades insatisfechas de anticoncepción moderna y 15 millones más de embarazos no deseados, 1.7 millones mujeres más que dan a luz y 2.6 millones adicionales de recién nacidos experimentarían complicaciones y esto resultaría en 28,000 muertes maternas adicionales y 168,000 muertes de recién nacidos.

EN BOLIVIA

Tomando como referencia los datos del SNIS del 2019 y de la EDSA 2016, UNFPA calcula que se tendría un incremento de la necesidad insatisfecha en anticoncepción de 23,2 a 25,5%; lo que significaría 68.417 mujeres que no accederían a métodos anticonceptivos. En el ámbito de la atención de mujeres embarazadas se dejarían de brindar 26.862 atenciones, y en las prestaciones de anticoncepción 69.814, teniendo unas 96,675 mujeres que dejarían



de ser atendidas, lo que implicaría un incremento en el riesgo de mortalidad materna.

Para muchas niñas y adolescentes no existen las posibilidades de atención inmediata e integral y para otras la atención que pueden obtener es limitada y superficial. Aun así, el SNIS ha registrado, en lo que va de enero a abril de este año, 557 atenciones en niñas/adolescentes menores de 15 años embarazadas y 10.749 adolescentes/jóvenes de 15 a 19 años embarazadas. Esto es 35% menos que en el 2019, en el mismo periodo, en ambos casos. Al menos una de cada tres niñas y adolescentes embarazadas no ha recibido atención por parte de los servicios de salud en esta coyuntura y las que han tenido al menos un control prenatal, no han sido informadas de sus opciones ni han

recibido apoyo social y psicológico, para no hablar de asesoramiento legal. Si a esto se le agrega la mayor exposición a la violencia sexual, al uso del tabaco, alcohol y droga, como está siendo documentado por la prensa, el impacto de las medidas de restricción va a ser muy grande, a corto y mediano plazo, en la vida de estas niñas y adolescentes.

Entrando de lleno a la fase más álgida de la pandemia, pese a los difíciles esfuerzos institucionales por construir mejores capacidades de control y tratamiento de la pandemia, es necesario también incidir en la importancia fundamental de limitar el descuido de las atenciones a la salud sexual y reproductiva de la población. El personal de salud que no está siendo empleado en la atención de pacientes contagiados debería seguir brindando servicios

1 UNFPA Bolivia, abril de 2020. Recomendaciones del Fondo de Población de Naciones Unidas para la continuidad de servicios integrales de Salud Sexual y Reproductiva ante la crisis sanitaria por el COVID-19

de consulta externa con todas las precauciones necesarias. Se han formado brigadas médicas para la detección de la mayor cantidad de sospechosos en muchas regiones, que no serían sobrecargadas si se les asignase la responsabilidad de identificar y tratar a mujeres embarazadas o con necesidades de anticoncepción. Se tiene prevista la convocatoria a estudiantes de último año de las carreras de ciencias de la salud para remplazar, en algunas funciones, al personal de salud que está siendo abatido por la enfermedad y no se necesitaría más que una capacitación virtual rigurosa para habilitarlos en la atención de la salud de las mujeres, niños y adolescentes. En muchas regiones ya se cuenta con el apoyo de Telemedicina y no estaría mal que se incluyan programas de soporte al personal para la atención a la salud sexual y reproductiva, incluyendo información sobre anticoncepción, interrupción legal del embarazo, atención de emergencias obstétricas y neonatales y muchas otras. Hay varias aplicaciones electrónicas para encontrar información y servicios que deberían extenderse a la mayor parte de la población, de una manera concertada y sistemática, incluyendo números de teléfonos gratuitos de consulta permanente, consultas y recetas virtuales, atenciones teledirigidas y determinación del alto riesgo.

¿QUÉ SE PUEDE HACER?

Los ajustes que requiere el sistema de salud, al ritmo que impone

la evolución de la enfermedad, están mostrando que preservar la continuidad de los servicios esenciales de salud es tan o más imperativo que concentrarse en afanes derivados del tratamiento a las personas con signos de una patología grave de coronavirus, es decir, camas y máquinas para cuidados de terapia intensiva, centros de aislamiento de casos de menor gravedad y testeo selectivo de muestras de laboratorio. Ya se entiende que las partículas del virus pierden agresividad con el tiempo de adaptación en medios hostiles, que la contención en la enfermedad en forma de distanciamiento físico y que el buen estado de salud de las personas, entre otros, son mecanismos eficientes de contención y aplacamiento de la pandemia. Probablemente no existan ni se produzcan muy pronto tratamientos médicos totalmente efectivos ni se logre asegurar la inmunización de una parte importante de la población, pero sí se sabe que una convivencia exitosa con un virus menos letal implica siempre un cuidado mayor en la salud de las personas.

Estar bien de salud implica cierto apoyo imprescindible del sistema de salud y, entre los mecanismos más relevantes, se encuentran los cuidados obstétricos y neonatales esenciales; es decir, quirófanos para cesáreas urgentes, sangre para transfusiones por hemorragias, manejo activo del parto, atención de las complicaciones del aborto, asistencia del recién nacido

complicado y otros procedimientos que requieren poca tecnología avanzada. Pero tan importante como eso, es la prevención del embarazo no planificado, la atención de las víctimas de violencia sexual y la detección y control de las infecciones sexualmente transmitidas y del cáncer ginecológico. Estas son intervenciones que evitan muertes y, también, daños a largo plazo en la salud de las personas.

Garantizar los cuidados de la salud de más de 250.000 mujeres embarazadas es una estrategia adicional contra la expansión y el control de la pandemia en Bolivia. Es limitada la evidencia sobre el impacto del Coronavirus en mujeres embarazadas y recién nacidos, pero se sabe de su asociación con embarazos de alto riesgo obstétrico por desnutrición, adolescencia, multiparidad, gemelar, comorbilidad, aborto incompleto, pretérmino y otros.

El embarazo conlleva cambios físicos que podrían incrementar la vulnerabilidad de estas mujeres ante infecciones virales respiratorias. Tienen un mayor riesgo de sufrir efectos adversos, condición que obliga a no subestimar los controles prenatales ni la atención calificada del parto. Al controlar y tratar adecuadamente a las mujeres en riesgo por exposición al coronavirus, se habrá realizado una importante contribución a la disminución de casos graves de la enfermedad y a la adaptación menos agresiva del virus.

LA ATENCIÓN DE PARTOS Y NACIMIENTOS EN EL AÑO DE LA COVID-19

Alberto De La Galvez Murillo C.



Es conocida la importancia de la atención del parto y el nacimiento por personal de salud calificado. También, hay evidencia de que la atención en domicilio o la que está a cargo de personal sin las destrezas apropiadas, elevan tanto la morbilidad como la mortalidad materna y perinatal¹⁻⁴.

En el año que transcurre, la preocupación sobre estos aspectos y los que tienen que ver con la oferta de servicios de salud reproductiva, se ha incrementado por la pandemia COVID-19, que ha obligado a los países adoptar medidas de protección personal y social que, a su vez, han afectado tanto la demanda como la oferta de esos servicios.

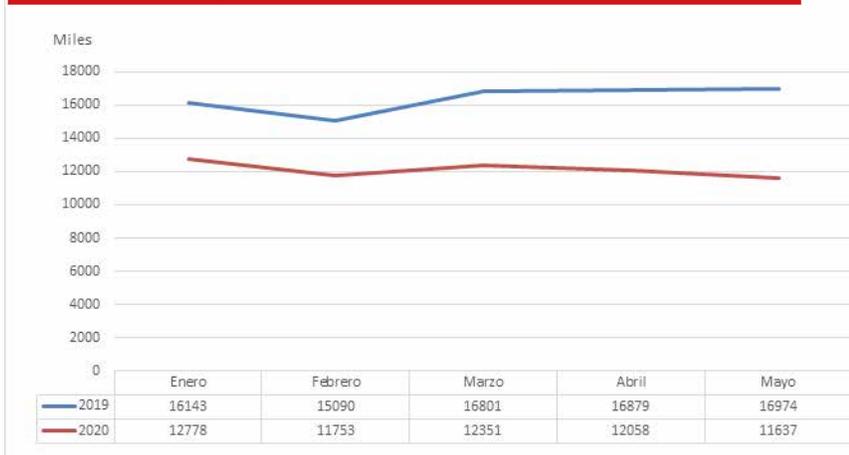
Están teniendo lugar conferencias virtuales sobre el problema, tanto a cargo de organismos internacionales de cooperación como nacionales. En el caso de Bolivia, el Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal estimó que si la cobertura de partos y nacimientos experimentara en 2020 una reducción del 10% en comparación con 2019, lo que podría significar alrededor de 20.000 partos no atendidos en instalaciones de salud, ocurrirían 25-30 muertes maternas y 150-200 perinatales adicionales, aproximadamente⁵.

Pero no solo las prestaciones de salud reproductiva han sido afectadas, sino también el registro y reporte de las mismas, en el marco de los sistemas de información en

salud que tienen los países, por lo que no siempre están disponibles datos suficientes y actualizados sobre la producción de los servicios. Por tanto, no resulta fácil medir el grado de afectación por causa de la pandemia.

En Bolivia, el reporte de esos y otros datos a cargo del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), del Ministerio de Salud, tiene un retraso habitual de dos a cuatro meses. En la actualidad, a partir de la última actualización del sistema realizada el 30 de junio (gráfico 1), hay una diferencia negativa importante en relación con 2019, que sin embargo merece ser contextualizada e interpretada con cuidado⁶.

GRÁFICO 1 PARTOS Y CESÁREAS ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE REPORTARON AL SNIS-VE, SEGUN AÑO Y MES BOLIVIA, 2019 Y 2020



FUENTE: Gráfico elaborado con datos del SNIS-VE/MS (2020 con posible subregistro)

En el gráfico 1 es posible apreciar la cantidad de partos y cesáreas registrados como atendidos en el SNIS-VE, que recibe información de todos los subsectores, aunque con cierto grado de subregistro, en especial de los privados. Los datos entre enero y mayo, con la última actualización para 2020 realizada el 30 de junio, permiten apreciar las diferencias mensuales entre un año y el otro.

COBERTURA DEL SNIS-VE EN PARTOS Y CESÁREAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE REPORTARON BOLIVIA, 2018, 2019 Y 2020

AÑO	PARTOS ESPERADOS	PARTOS Y CESÁREAS REGISTRADOS EN EL SNIS-VE	COBERTURA DEL SNIS-VE EN PARTOS Y CESÁREAS (%)
2018	251.368	194.503	77,4
2019	251.146	188.474	75,0
2020	250.772	60.577 (*)	24,2 (*)

(*) Cifras parciales hasta mayo

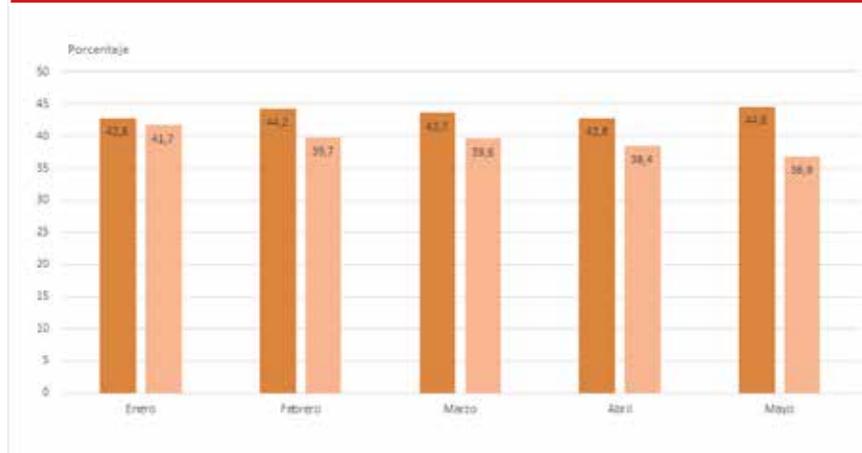
FUENTE: Cuadro elaborado con datos del INE, SNIS-VE y las referencias bibliográficas, 3, 8 y 9

De acuerdo con las estimaciones del INE⁷, basadas en el censo nacional 2011, Bolivia ha comenzado a registrar un muy leve descenso de los nacimientos a partir de 2019. Con esos datos más los registrados en el SNIS-VE^{6,7}, es posible calcular la cobertura del sistema y también los partos esperados estimados mediante un procedimiento^{8,9} desarrollado hace algún tiempo (ver el cuadro).

Los datos del cuadro indican que además de la leve disminución de los nacimientos y, consecuentemente, de los partos esperados, entre 2018 y 2019 también ha tenido lugar una disminución en 3,1% de la cobertura. Este aspecto es importante tener en cuenta a la hora de valorar las coberturas en 2020, cuando se considere que la información registrada en el SNIS-VE es confiable.



GRÁFICO 2 INDICE DE CESÁREAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE REPORTARON AL SNIS-VE, SEGÚN AÑO Y MES BOLIVIA, 2019 Y 2020



FUENTE: Gráfico elaborado con datos del SNIS-VE/MS

El análisis de los datos y su interpretación presenta varias posibilidades. Por un lado, que en 2020 existe menor cobertura en los meses reportados. Por otro, que la información no está completa. También que podrían estar sucediendo ambas cosas al mismo tiempo.

Sin embargo, los datos correspondientes a enero y febrero, incluso los de marzo, tendrían que estar completos, porque fueron meses en los que la pandemia todavía no estaba declarada en Bolivia.

También, hay otra situación que vale la pena tener en cuenta. En razón al menor acceso a la anticoncepción y al aborto (incluido el no seguro), hay la posibilidad de que el número de nacimientos estimados para 2020 sea mayor. Si esto es así, podría no quedar reflejado en la cantidad de nacimientos atendidos y registrados en los meses de abril a octubre, sino a partir de noviembre y diciembre y de los primeros meses de 2021.

También, otros datos interesantes están relacionados con el porcentaje de cesáreas en los meses de enero a mayo, comparativo con 2019, tal como es posible observar en el gráfico 2. En los cinco meses, los índices correspondientes a 2020 fueron ligeramente menores que en 2019. El mayor descenso (17,3%) ocurrió en mayo.

Si bien los índices son elevados, la disminución resulta importante frente a la evidencia reciente sobre la recomendación de parto vaginal en embarazadas con COVID-19 y la posibilidad de mayor riesgo cuando se procede a realizar una cesárea¹⁰⁻¹², incluso si está justificada.

En los próximos meses el panorama de todos estos datos podría aclararse, por lo que será conveniente darle seguimiento mediante nuevos análisis.⁴

REFERENCIAS

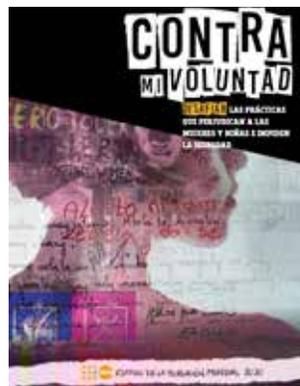
1. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the esencial antenatal and postpartum care course. Birth. 2001;28:202-207.
2. De La Galvez Murillo A, Pando Miranda R, Padilla Condori M. Obstetricia de los procesos normales. Atención del parto y nacimiento en establecimientos SAFCI con camas de tránsito. En: Médicos Consultores: Salud sexual y reproductiva. Guía práctica para su promoción, gestión y atención en las redes municipales de salud. La Paz: Imprenta Fácil; 2011:75-86 (Temas de Ginecología y Obstetricia No.6 de MEDICON)).
3. De La Galvez Murillo A. Salud materna en Bolivia. Logros al 2014. La Paz: Apoyo Gráfico; 2015 (Temas de Medicina Social No.10 de MEDICON).



ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2020: CONTRA MI VOLUNTAD. DESAFIAR LAS PRÁCTICAS QUE PERJUDICAN A LAS MUJERES Y NIÑAS E IMPIDEN LA IGUALDAD

María Dolores Castro

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, lanzó en julio de este año, su informe mundial de población, dedicado este año a la violencia contra las mujeres y las niñas, haciendo hincapié en las violaciones de los derechos de las niñas y las mujeres. Los



seis apartados del Informe presentan datos actualizados cualitativos y cuantitativos, así como testimonios de niñas y mujeres acerca de los derechos humanos violentados, la violencia de género, el matrimonio infantil, entre otros. De igual manera, el informe presenta un conjunto de acciones basadas en lecciones aprendidas para un mundo libre de daño.

En su introducción, Natalia Kanem, Secretaria General Adjunta y Directora Ejecutiva de UNFPA, hace un llamado a “tomar medidas para poner fin al sufrimiento”. Así recalca que “día tras día, a decenas de miles de niñas se les arrebató la salud, los derechos y su futuro. Algunas son víctimas de la mutilación femenina, a algunas las obligan a contraer “matrimonio” en su infancia y otras sufren desamparo y pasan hambre solo por su condición femenina”.

Destaca que en 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), los gobiernos de todo el mundo propugnaron el acceso

universal a la salud sexual y reproductiva y reivindicaron con firmeza la erradicación de las prácticas nocivas. El año pasado, en la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, los representantes de los gobiernos, las organizaciones comunitarias, los organismos de desarrollo

y el sector privado fueron más allá de las promesas y las resoluciones, comprometiéndose a cubrir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, atajar la mortalidad materna evitable y erradicar la violencia por razón de género y las prácticas nocivas. Este año marca el comienzo de una “década de acción” encaminada a alcanzar para el 2030 los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que abarcan en su meta 5.3 la eliminación de este tipo de prácticas. Para la señora Kanem “si queremos conseguir nuestro propósito y proteger la integridad física de millones de mujeres y niñas en peligro, ha llegado el momento de poner todavía más empeño. Es imperativo que avancemos con más celeridad”.

Además, tomando en cuenta la actual pandemia del COVID-19, que está causando estragos sociales y económicos y cobrándose muchas vidas. La señora Kanem manifiesta que “el UNFPA no va a dejar de defender la salud y los derechos de las niñas y las mujeres en los países y comunidades en los que desarrollamos nuestra labor”.

- Organización Mundial de la Salud, Family Care International. La atención calificada del parto. Recomendaciones para la política. Nueva York: FCI; 2003.
- De La Galvez Murillo A. Embarazo y Covid-19. Disponible en: <https://cidesomn.edu.bo/ommn/?news=embarazo-y-covid-19> (Acceso el 04 de julio de 2020).
- Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Producción de Servicio. Atención de parto en servicio. Disponible en: <https://www.snis.minsalud.gob.bo/estadisticas> (Acceso el 03 de julio de 2020).
- Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas sociales. Población. Bolivia: proyecciones de la población total e indicadores demográficos, 2012-2020. (Disponible en: <https://www.ine.gib.bo> (Acceso el 04 de julio de 2020)
- De La Galvez Murillo A. Una epidemia llamada cesárea. La Paz: Imprenta WA-GUI; 2019 (Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal).
- De La Galvez Murillo A. Mortalidad perinatal neonatal y bajo peso al nacer en Bolivia. La Paz: Imprenta WA-GUI; 2019 (Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal).
- Organización Mundial de la Salud. ¿Deben las embarazadas dar a luz por cesárea si se sospecha o se ha podido confirmar la Covid-19?. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/new-coronavirus-2019> (Acceso el 14 de junio de 2020).
- WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARS) when Covid-19 disease is suspected. Disponible en: <https://www.paho.org/clap/images/PDF> (Acceso el 16 de junio de 2020)
- Jan C. Las cesáreas aumentan el riesgo de complicaciones en las embarazadas con Covid-19. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-06-09/las-cesareas> (Acceso el 12 de junio de 2020).

El boletín “EVIDENCIAS” es una publicación bimensual del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal CIDES UMSA.

CIDES-UMSA calle 3 de Obrajes, No. 515 (sobre la Av. 14 de septiembre)
Tel/fax: (591-2) 2786169 - 2784207 - 2782361

Email: omn-cides@cides.edu.bo
www.omncides.edu.bo / www.cides.edu.bo