

La vigilancia de las muertes maternas como herramienta para el logro del ODM 5

Zulma Ortiz, Maria Eugenia Esandi

1. La muerte materna en la Argentina: una prioridad, un evento trazador y un evento adverso prevenible
2. ¿Se vigilan las muertes maternas en nuestro país?
3. Acerca de los comités de muerte materna en la Argentina
4. ¿Cómo se podría mejorar la vigilancia para que ayude a evitar muertes maternas?

Una buena vigilancia no necesariamente asegura tomar las decisiones correctas, pero reduce las chances de tomar las incorrectas.
Alexander D. Langmuir (1963)

En la Argentina, la muerte materna constituye un problema de salud pública prioritario, un evento trazador de la calidad de atención y un evento adverso prevenible: estas tres razones son sustento suficiente para que la muerte materna sea objeto de vigilancia por parte del sistema de salud.

“[...] La Organización Mundial de la Salud ha calculado que más de 1,500¹ mujeres y niñas mueren cada día como resultado de complicaciones prevenibles que ocurren antes, durante y después del embarazo y parto; y que, a nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva [...] la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad maternas son prevenibles; y que la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles son retos para la salud, el desarrollo y los derechos humanos, lo cual también requiere de la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de mujeres y niñas, en especial su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva [...]”.

Asamblea General Naciones Unidas.
Consejo de Derechos Humanos, 2009.

1. La muerte materna en la Argentina: una prioridad, un evento trazador y un evento adverso prevenible

- **La muerte materna es un problema de salud prioritario en nuestro país:** su magnitud, gravedad y vulnerabilidad a intervenciones probadamente efectivas han sido claramente expuestas en reportes previos.¹
- **La muerte materna constituye un evento trazador:** se trata de un problema de salud que permite a los evaluadores determinar debilidades y fortalezas de una práctica médica específica o de una red de servicios de salud.¹
- **La muerte materna es un evento adverso prevenible:** se considera como evento adverso toda injuria o complicación no intencional que ocasiona una prolongación de la estadía hospitalaria, discapacidad al momento del alta o muerte de la persona, y que es causado más por el proceso de atención del paciente que por su enfermedad subyacente. Un evento adverso que ocurre debido a un error en el proceso de atención es definido como un evento adverso prevenible.²

2. ¿Se vigilan las muertes maternas en nuestro país?

- **Las defunciones maternas no están incluidas entre los eventos de notificación obligatoria del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).**

En la Argentina, la vigilancia epidemiológica se implementó en 1960, con la promulgación de la ley 15.465, de Notificaciones Médicas Obligatorias. En 1966, se modificaron esta ley y su reglamento. El último cambio se realizó en 1979, a través del decreto 2.771, modificación que incluyó un nuevo agrupamiento de enfermedades que no interfirió con el espíritu de la ley. En 1993, se establecieron acuerdos sobre conceptos generales e instrumentos de la vigilancia, que dieron lugar a la resolución 394 del Ministerio de Salud de la Nación y se incorporaron las “Normas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica” al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. La muerte materna no se incluye en este listado de eventos de notificación obligatoria.

- **Hasta la fecha, la información y el análisis de las muertes maternas se encuentran sustentados fundamentalmente en el Sistema Nacional de Estadísticas de Salud, a través del subsistema de Estadísticas Vitales.**

De acuerdo con la definición de vigilancia de la salud, la información y el análisis de las muertes maternas podrían encuadrarse en sólo uno de los tres pilares de la vigilancia: la recolección de datos y generación de información. En el año 2007, con la implementación de la resolución 640/07 se buscó incorporar la obligatoriedad de un sistema centinela de la mortalidad materna al sistema de vigilancia epidemiológica nacional en el ámbito de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. El objetivo general era mejorar la accesibilidad a la información sobre las defunciones maternas en forma continua en el nivel nacional, pero su implementación no alcanzó los resultados esperados.

- **Desde 1996 se implementaron en el nivel provincial, los “comités de análisis de muerte materna”,* sin embargo, su funcionamiento y efectividad son muy variables.**

Nuestro país implementó esta iniciativa en 1996, cuando se creó, en el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, la Comisión Nacional Asesora de Vigilancia y Control de la Mortalidad Materna, que en el año 2002 se transformó en la Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbimortalidad Materna y la Mortalidad Infantil, mediante la resolución ministerial 672/2002.

Los “comités de análisis de muerte materna”, similares a los que treinta y cinco años antes habían comenzado a funcionar en otros países, como Reino Unido o Estados Unidos, no fueron normatizados y hasta el presente no han sido evaluados por la Comisión Nacional, debido a que esta Comisión no ha funcionado regularmente.

Vigilancia en salud pública: no se trata sólo de un sistema de información...

El rasgo distintivo de la vigilancia es la recolección sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento, análisis, y su oportuna utilización por quienes deben tomar decisiones de intervención para la prevención y el control de los riesgos o daños correspondientes. Sus componentes esenciales son:

1. El sistema de información: detección, notificación, análisis e interpretación de los casos.
2. La intervención: acciones de control que implementa el sistema de salud como respuesta al problema detectado (ajustes en la planificación de programas y políticas de salud, retroalimentación, evaluación y monitorización del sistema).
3. Los recursos para la vigilancia: varían desde la fijación de estándares, la capacitación y supervisión hasta los recursos físicos y humanos adecuados.

** La experiencia de trabajo más conocida de los comités de muerte materna es la del Reino Unido, que se destacó por la calidad de los datos recolectados y por la eficacia de las medidas propuestas para reducir las muertes maternas.*

A partir de esta exitosa experiencia, la implantación de los comités de mortalidad materna ha sido recomendada internacionalmente, por ser un valioso instrumento para detectar y analizar, así como para intervenir en la reducción de la mortalidad materna.

3. Acerca de los comités de muerte materna en la Argentina³

- En general, los comités están constituidos por un grupo de profesionales del equipo de salud que se asigna a la tarea de análisis de los casos de muerte materna e infantil. Sin embargo, esta designación no suele acompañarse de un tiempo protegido para dedicarse en profundidad a investigar lo ocurrido o de algún tipo de incentivo que jerarquice la tarea adicional a las funciones habituales.
- **Los equipos no han recibido una capacitación especial para la tarea de análisis y se espera de ellos que utilicen su experiencia y juicio clínico en la identificación de los factores que pudieron conducir a la muerte.** La falta de entrenamiento en el uso de técnicas cualitativas y cuantitativas para el análisis de los casos de muerte limita la posibilidad de tener una visión holística y sistémica de los procesos, lo cual puede llevar a observaciones insuficientes, cuando no erróneas.
- La actividad de los comités se centra, fundamentalmente, en la revisión de las historias clínicas. **La falta de uso de otras fuentes de información complementarias, como por ejemplo, las entrevistas en profundidad a personas relacionadas con la atención de la mujer o el niño fallecido, limitan o incluso sesgan el análisis del caso.**
- En numerosos casos, los análisis se realizan varios meses después de ocurrida la muerte, sobre la base de documentación que no cuenta con toda la información necesaria o que en muchos casos no resulta claramente legible. **La falta de una visión sistémica en el análisis instaura la tendencia a culpabilizar a los profesionales involucrados en la atención durante las últimas horas de vida de la mujer y a no contemplar otros factores que determinan, condicionan o predisponen a la muerte.**
- El foco del análisis suele centrarse, en primer lugar y a veces casi exclusivamente, en el error activo o la falla humana. Este enfoque se denomina “centrado en la persona”. En contraste, cuando se continúa preguntando y explorando en profundidad lo sucedido, el análisis se centra en las fallas latentes, y así se adopta el “**enfoque centrado en el sistema**”. **En este último enfoque no se buscan responsables sino que se focaliza la atención en las condiciones de trabajo del equipo de salud.**
- La búsqueda, explícita o no, del “culpable” ha promovido mayor temor en los profesionales de la salud y generado una creciente tendencia a ocultar los errores.⁴ Los errores siempre ocurrirán, pero es posible minimizar su ocurrencia o sus consecuencias, sólo si se los enfrenta y se los entiende como oportunidades para mejorar el sistema. **Es necesario avanzar más allá de “qué le pasó a ese médico, a esa enfermera”, al por qué sucedió, tratando de encontrar las causas primarias o los factores determinantes,⁵ que generalmente radican en la estructura y los procesos de un sistema que deben ser mejorados.⁶**
- En menor medida, los comités se ocupan de la implementación de acciones correctivas y de su seguimiento. **Se realizan esfuerzos para lograr un análisis de lo ocurrido que contrasta con la escasa capacidad observada para implementar acciones correctivas y mucho más para sostenerlas y evaluarlas.**

4. ¿Cómo se podría mejorar la vigilancia para que ayude a evitar muertes maternas?

Se presenta a continuación una lista con la que se procura contribuir a evaluar cómo se vigilan las muertes maternas y, de acuerdo con los resultados que arroje, a identificar espacios y oportunidades para mejorar.

Para cada uno de los 10 puntos se presentan sugerencias para ser contempladas por los diversos niveles del sistema de salud que han demostrado ser efectivas en otros países que han desarrollado acciones de vigilancia sistemáticas para disminuir las muertes maternas.⁷⁻⁸⁻⁹

En el nivel de los ministerios de salud

1. La vigilancia de las muertes maternas es entendida como una responsabilidad tanto de los trabajadores de salud como de los funcionarios de gobierno que se desempeñan en áreas programáticas, regiones o nivel jurisdiccional según la provincia.

La inserción de los comités de muertes maternas en la estructura ministerial para que puedan funcionar efectivamente como un sistema de vigilancia es un tema de enorme complejidad que requiere ser revisado. En algunas provincias depende o está vinculado en forma directa al Departamento de Epidemiología y Bioestadística; en otras, en cambio, tiene dependencia directa o está estrechamente vinculado a las áreas de Maternidad e Infancia. **La eficiencia de un sistema de vigilancia está estrechamente relacionada con su grado de organización, así como con el grado de prioridad que le sea asignada por todos aquellos que se desempeñan en el sistema de salud: la vigilancia de la muerte materna debe ser entendida como actividad programática.**²

2. Los programas de maternidad e infancia coordinan las acciones de vigilancia de muerte materna que incluyen los análisis causa raíz de cada muerte materna en el nivel institucional y proveen no sólo instrumentos válidos y confiables para el análisis de los casos sino también para el monitoreo de las acciones correctivas.

La vigilancia de las muertes maternas debería estar coordinada por quienes dirigen los programas de maternidad e infancia. Los responsables de la vigilancia deberían entrenar a los equipos de salud en el uso en “tiempo real” de métodos sistemáticos para el análisis de las muertes maternas, como el Análisis-Causa Raíz (ACR), y facilitar instrumentos que, sin dejar de atender a las particularidades locales, releven un mínimo de información unificada que permita la comparación entre centros asistenciales, áreas programáticas, regiones y provincias.

El ACR es una metodología sistemática y comprensiva para identificar las fallas en los procesos de atención y sistemas hospitalarios que pueden no ser aparentes en forma inmediata, y que pueden haber contribuido a la ocurrencia de un evento adverso y/o casi daño. El objetivo de un ACR es establecer: ¿qué sucedió?, ¿por qué sucedió? Y ¿qué puede hacerse para prevenir que suceda de nuevo? Los instrumentos para el análisis de las muertes maternas deberían ser producto de un trabajo compartido y consensuado entre los diferentes niveles (nacional, provincial y local). Finalmente, es recomendable que el análisis de los casos se realice en "tiempo real", esto es, lo más cercano posible al evento. Este punto reviste particular importancia, pues cuanto mayor sea la demora entre la ocurrencia de la muerte y su análisis, las acciones correctivas se verán dilatadas innecesariamente.

3. La vigilancia de las muertes maternas es promovida como un evento de notificación obligatoria y bajo las normas de una vigilancia intensificada.

Los sistemas intensificados de vigilancia se han desarrollado en respuesta a programas de control específicos, como la erradicación de la viruela, del tétanos neonatal, de la difteria y de la poliomielitis, y sus objetivos requieren modelos de alta calidad, oportunidad, sensibilidad y especificidad.³ La búsqueda activa de casos es un modelo complejo, que debe incluir una caracterización detallada de los pacientes, múltiples fuentes de información, definiciones operacionales de cada caso, formato estandarizado y confirmación diagnóstica. Si bien permiten la obtención de información de mayor calidad respecto de otras estrategias, su mayor complejidad constituye su principal desventaja. En contraste con la vigilancia de eventos de declaración obligatoria, caracterizada por ser un estrategia pasiva que jerarquiza sólo la información más relevante de cada evento, la vigilancia intensificada requiere una búsqueda activa de casos de la enfermedad y/o un estudio en profundidad de cada caso que se reporta en un lugar o una institución determinada.

En el nivel de los servicios asistenciales

4. Las maternidades priorizan el análisis de las muertes maternas y consensuan, implementan y comunican la iniciativa a los miembros del equipo de salud.

El conocimiento, compromiso y respaldo de las autoridades de la institución respecto del análisis causa raíz de las muertes maternas es un elemento crítico para garantizar el éxito de la vigilancia. El análisis de las muertes maternas aborda temas sensibles y requiere la participación de todo el equipo de salud. Por ello, el respaldo de las autoridades debe ser explícito, y la institución debe definir, establecer y comunicar la política que adoptará para la implementación del análisis.

5. Los servicios de salud deben estar preparados para garantizar la contención de los familiares más cercanos, corregir toda situación que ponga en riesgo la vida de otras mujeres y comunicarse de inmediato con los responsables de los comités de análisis.

Las primeras horas transcurridas después de la muerte son clave para permitir al equipo reunir todo tipo de información útil en el análisis y para ayudar a los miembros del comité en la reconstrucción de los hechos. No es infrecuente que las fallas del sistema pongan en riesgo la vida de otras mujeres, razón por lo cual algunas acciones correctivas deben ser instrumentadas de inmediato.

Para aprender de una falla y comprender su causa, debe conocerse exactamente qué fue lo que sucedió. Toda muerte materna debe notificarse de inmediato a los responsables de conducir los análisis. Con el fin de facilitar el reporte, la institución debería contar con un listado de personas clave dentro y fuera de la institución a las que se debería notificar la ocurrencia de la muerte. El listado debería incluir todos los datos necesarios para facilitar el contacto inmediato. Una vez que se ha notificado, el equipo de profesionales responsables del análisis debería comenzar por dar contención a los equipos que asistieron durante las últimas horas a la mujer fallecida.

6. La institución cuenta con un equipo de profesionales capacitados y entrenados para realizar un análisis sistemático de la muerte materna, en el que se consideren “las voces” de todos los posibles actores involucrados.

No debe olvidarse que una muerte materna es un evento trazador del funcionamiento de los servicios de salud y de la calidad de atención y, como tal, refleja el estado en que éstos se encuentran. Sin embargo, las recomendaciones actuales recogidas de resultados de investigaciones y de los organismos que destinan recursos para la investigación, implementación de políticas y evaluación de resultados de la vigilancia de la muerte materna establecen que los comités de muertes maternas no sólo deben ocuparse de los procesos de enfermedad y atención. También deben recoger las voces de otros actores que representen sectores distintos al de salud. Los comités deberían ser, además de intersectoriales, interinstitucionales, multi e interdisciplinarios. En ellos, la comunidad debería estar representada.

7. En cada análisis de muerte materna se revisan exhaustivamente los factores individuales, de equipo, de comunicación, ligados a la tarea asistencial, a la formación y entrenamiento, al equipamiento y recursos, a las condiciones de trabajo, factores organizativos y estratégicos y factores de los pacientes.

El análisis de la muerte materna no debe limitarse sólo al error humano, el que en definitiva no es más que el último eslabón de una cadena de errores o fallas que ocurren a lo largo de todo el proceso de atención de la mujer desde el inicio de su embarazo. El interés del análisis está en el sistema, es decir, en el origen de la cadena de errores, donde se sitúan los factores contribuyentes y/o las causas-raíz del problema. Una causa-raíz es la razón fundamental (o una de las razones fundamentales) que explica la falla o ineficiencia del proceso de atención. Cuando las soluciones se dirigen a estas causas y se emplea el enfoque basado en el sistema, tanto el impacto sobre la seguridad de la atención como la prevención de nuevas muertes maternas serán mayores.

8. La cultura organizacional de la institución entiende sobre la importancia de preservar toda evidencia que facilite el análisis de la muerte materna.

Con frecuencia, ya sea deliberadamente por temor a las sanciones o los juicios, o bien, involuntariamente, por descuido, se omite o pierde evidencia física o documental de suma importancia para el análisis del evento. Por ello, el equipo de análisis de las muertes maternas debe comunicar a los miembros del equipo de salud la importancia de conservar toda evidencia relacionada con la muerte, como, por ejemplo, la historia clínica.

9. Los equipos de salud son conscientes y están predispuestos a documentar los hechos más relevantes que faciliten el análisis de la muerte materna.

Si bien durante el proceso de análisis se profundizará la investigación de la muerte materna inmediatamente después de su ocurrencia, los equipos de salud relacionados con el evento deben documentar los hechos principales de manera cronológica.

10. El equipo que realiza el análisis de las muertes maternas desempeña funciones investigativas, evaluativas, informativas, educativas, normativas, y de intervención, garantizando en todos los casos la confidencialidad de la información que manejan.

El equipo de análisis debería generar gradualmente un clima de confianza. Con ese fin, deberá comunicar al equipo de salud, el sentido **no punitivo** del análisis, los resultados de cada experiencia y los logros alcanzados, así como la importancia que posee la preservación temprana de toda evidencia vinculada al evento para la revisión y el análisis del proceso de atención. Asimismo, antes de implementar la estrategia, sus responsables deberán consultar a los asesores legales de la institución, respecto de las medidas que se adoptarán en resguardo y protección de la confidencialidad de toda información generada para o a partir del análisis, de manera de que no pueda ser utilizada en una eventual demanda judicial. Estas medidas deberán ser formalmente comunicadas a los miembros del equipo de salud.

¿Qué es vigilancia epidemiológica?

- Actitud de alerta responsable
- Información para la acción
- Recolección sistemática de información para la acción

Principales limitaciones del sistema actual de vigilancia de muerte materna

- Carácter opcional de la notificación
- Ausencia de participación activa y de integración de la comisión nacional con comisiones provinciales
- Carencia de instrumentos validados
- Inexistencia de procedimientos e instrumentos unificados
- Escasa o nula participación del subsector privado en vigilancia de MM
- Limitada implementación de acciones a partir de los resultados del análisis
- Escasa devolución de las acciones implementadas
- Deficiencias relativas a la información, tanto en la recepción de datos y/o en el análisis de MM (en muchos casos los análisis se realizaron meses después de la muerte)

BIBLIOGRAFÍA

1. OSSyR. Hoja Informativa OSSyR Número 1 y Hoja Informativa OSSyR Número 2. Abril 2010. Disponibles en http://www.ossyr.org.ar/hojas_informativas.html. Acceso: 4 de octubre de 2010.
2. Agrest A, Ortiz Z. Enfrentando el error. Buenos Aires: CIE, Academia Nacional de Medicina. Disponible en <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>, julio de 2005. Acceso: 4 de octubre de 2010.
3. Ortiz Z, Fernández S. La vigilancia de muerte materna. Estudio Colaborativo Multicéntrico 2005. CEDES-CONAPRIS-Ministerio de Salud de la Nación.
4. Reason J. Human Error. Cambridge MA: Cambridge University Press; 1990.
5. Agrest A. Errores de diagnóstico: análisis prospectivo de sus causas. Medicina. 1988;48:99-100.
6. Institute of Medicine. Why do Errors Happen? En To Err is Human. Building a Safer Health System. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. Committee of Quality in Health Care in America. Washington D.C.: Institute of Medicine. National Academic Press; 1999.
7. Dogba M., Fournier P. Human resources and the quality of emergency obstetric care in developing countries: a systematic review of the literature. Human Resources for Health. 2009 Feb 6;7:7. Disponible en <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/7>. Acceso: 4 de octubre de 2010.
8. Kwast BE. Quality of care in reproductive health programs: concepts, assessments, barriers and improvements--an overview. Midwifery. 1998 Jun;14(2):66-73. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10382474>. Acceso: 4 de octubre de 2010.
9. Pattinson RC, Say L, Makin J, Bastos MH. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD002961. DOI: 10.1002/14651858.CD002961.pub2

Desde el OSSyR esperamos facilitar el acceso a información y herramientas de calidad a quienes toman decisiones de salud pública. El propósito es contribuir a la reducción de las muertes maternas en el menor plazo posible, en cumplimiento de las metas comprometidas, fundamentalmente para evitar muertes prevenibles e injustas. Este es el compromiso que hemos asumido con las mujeres de nuestro país.

www.ossyr.org.ar