

Indicador No.1 -Razón de mortalidad materna

VALORACIÓN DEL INDICADOR

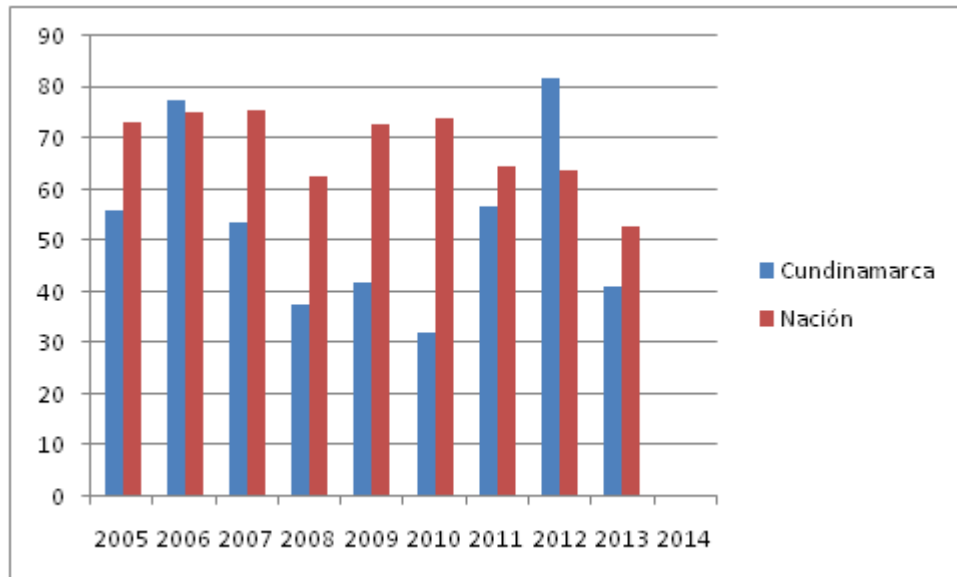
Analice y describa la tendencia del indicador

1. Descripción o interpretación del indicador

DEFINICIÓN: La razón de mortalidad materna es el número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos y mide el riesgo de morir de una mujer que se encuentre en embarazo, parto y primer año postparto, o sea, las muertes maternas hasta los 42 días posterior a la terminación de evento obstétrico. Este es un indicador muy sensible para medir el desarrollo de los países y la calidad en la prestación de servicios de salud.

2. Título y número del gráfico

Ilustración 1 Razón de mortalidad materna



3. Fuente del gráfico y fecha de la información:

Fuente: Ministerio de Salud y DANE, 2015.

4. Insertar tabla de tendencia del indicador :

Cuadro No. 1

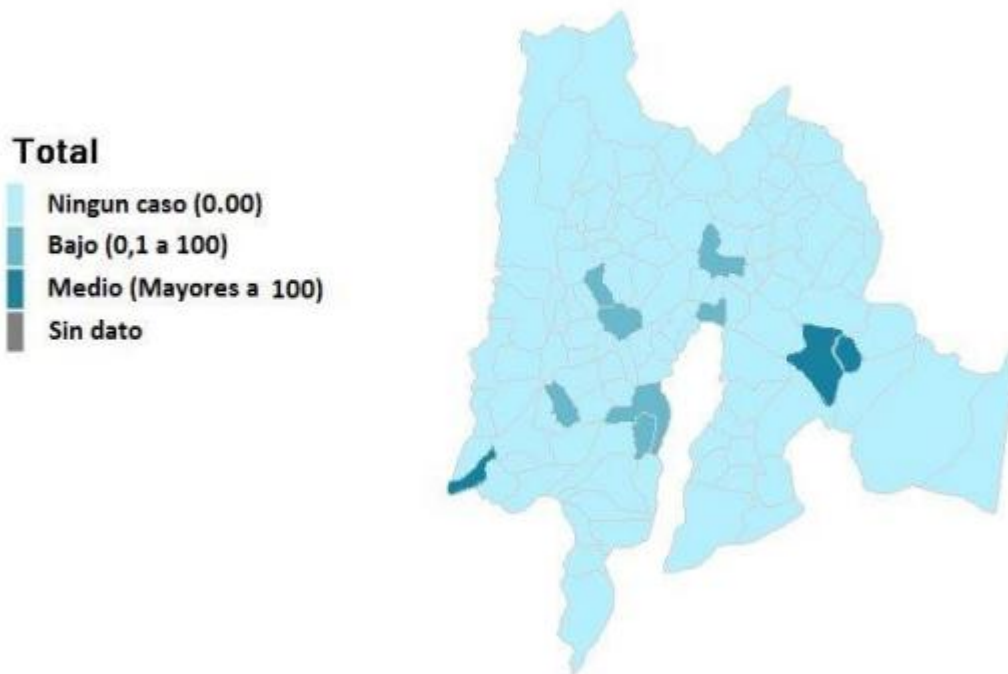
RAZON DE MORTALIDAD MATERNA 2005 a 2014										
VARIABLES	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014P
Número de defunciones de mujeres gestantes por complicaciones del embarazo, parto o puerperio	20	28	20	14	15	11	19	28	14	17
Total Nacidos vivos según lugar de residencia de la madre	35750	36080	37190	37247	35958	34475	33583	34.239	34.220	34.445

Indicador calculado Cundinamarca	55,94	77,61	53,78	37,59	41,72	31,9	56,58	81,78	40,91	49.60
Indicador calculado Nación	73,059	75,02	75,57	62,76	72,88	74,08	64,76	63,97	52,99	50.82

Fuente DANE y SIVIGILA

5. Insertar mapa georeferencial del indicador con fuente.

Ilustración 2 Razón de mortalidad materna



Fuente : Ministerio de Salud - 2014

6. Analizar la tendencia del indicador: (establecer picos y valles y la comparación con la Nación).

La razón de mortalidad materna –RMM en **Colombia** se ubicó en 64.76 X 100.000 NV. En 2011. **Cundinamarca** ese mismo año presentó una RMM de 56.5 muertes por cada 100.000 NV. Comparados los dos entes territoriales, el resultado es favorable a Cundinamarca porque los valores del indicador están por debajo del dato país. En el año 2012 la Nación disminuyó hasta 63.9 x100.000 NV, Cundinamarca tuvo la más alta RMM en los últimos 7 años llegando a 81.72 x 100.000 NV cifra que está muy por encima del alcanzado por el país. Es de anotar que en los años 2011 y 2012 Colombia y Cundinamarca no cumplieron con las meta de ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio) que establece el máximo en 45 muertes maternas por cada 100.000 NV.

En el año 2013, El País y **Cundinamarca** descienden positivamente al presentar una razón de mortalidad

materna de 53 X 100.000 NV (la cifra más baja en 8 años) y 40.9 X 100.000 NV respectivamente y cumplir exitosamente con las metas establecidas por el propio Departamento y las acordadas por ODM. Sin embargo la mortalidad materna vuelve a aumentar; con datos preliminares en 2014, el Departamento registra 9 puntos más, distanciándose brevemente de los ODM. Esto significa que de cada 100.000 nacidos vivos, mueren 50 maternas tempranas.

A continuación comparamos Cundinamarca con la Nación, Bogotá y 5 departamentos en razón de mortalidad materna.

Cuadro No. 2

RAZON DE MORTALIDAD MATERNA COMPARADA entre 2011 y 2014

AÑO	NACION	CUNDINAMARCA	BOGOTA	BOYACA	ANTIOQUIA	SANTANDER	VALLE	ATLANTICO
2011	64,76	56,58	33,86	52,27	81,13	47,50	55,83	39,93
2012	63,97	81,78	42,67	63,85	54,45	31,97	71,55	32,60
2013	52,90	40,85	27,12	73,45	40,14	39,26	38,08	23,16
2014	50,82	49,60	28,80	25,32	30,48	48,76	35,94	29,51
2015								

Fuente DANE y SIVIGILA

Observado el comportamiento de este indicador, en los cuatro años de comparación, Cundinamarca ocupa el 5 lugar en razón de mortalidad materna. El País, Antioquia y Atlántico mostraron tendencias descendentes sostenidas. En el último año (datos preliminares para todo el país) el territorio con menor razón de mortalidad materna es Bogotá, seguido de Atlántico. El departamento con mayor mortalidad materna es Cundinamarca.

Analice y describa el aporte al cumplimiento ODM

7. Aporte a los ODM:

Este indicador le aporta al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5: Mejorar la salud materna, en el que se definió para Colombia la meta de 45 por cada 100.000 nacidos vivos. Cundinamarca cumplió a los ODM en 2013 al llegar a 40.9 x 100.000 nacidos vivos y se distancia brevemente en 2014.

Describa el alcance de la cobertura del indicador (año 2011-2012-2013)

8. Se debe especificar la cobertura territorial (no todo el mundo se comporta de la misma forma, establecer de la misma forma, hacer visibles las diferencias notorias) **y poblacional** (del total de la población cuántos fueron los beneficiados; pueden ser relacionada con los prioritarios o más vulnerables).

En 2011 la razón de mortalidad materna aumentó un punto respecto del dato de origen que se remonta a 2005. En 2012 el aumento de la mortalidad materna se disparó con 25 puntos por encima de 2005 y 2011 de manera altamente preocupante y prendió las alarmas del sector y se formuló un plan de choque para contener la mortalidad materna por causas prevenibles. En 2013 se presentó una disminución significativa y verdaderamente positiva gracias a la intervención del sector salud y a la responsabilidad comunitaria y pasamos de un año 2012 crítico a un año 2013 con resultados de reducción del 50% de mortalidad materna y consecuentemente cumplir la meta del plan de desarrollo. En 2014 aumentó en 9 puntos. Se continúa trabajando persistentemente para

disminuir aún más los índices de mortalidad materna. Comparados los años 2011 y 2014 la tendencia del indicador es descendente.

Describe el alcance de la cobertura del indicador (rural-urbano año 2011-2012-2013)

9. ¿Cuál ha sido la cobertura territorial en el año 2011-12-13-14?

El balance de la distribución de la población cundinamarquesa en el territorio indica que el 75% se concentra en las áreas urbanas y el 25% en las áreas rurales. Con esta lógica de asentamiento poblacional, la mayor incidencia en las muertes maternas se genera en las áreas urbanas.

DESCRIBA LOGROS SIGNIFICATIVOS

¿Cómo está el indicador frente al Plan de Desarrollo?

Describe programas, proyectos y resultados destacables

10. Describir los logros obtenidos con los programas para reducir la mortalidad materna.

Programa: INICIO PAREJO DE LA VIDA.

Proyecto: IMPLEMENTACIÓN MODELO DE GESTION EN SALUD PARA LA PRIMERA INFANCIA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

Estrategias: MATERNIDAD SEGURA

Resultados destacables:

- En todo el territorio cundinamarqués se ha realizado fortalecimiento técnico de equipos de trabajo de IPS públicas y algunas privadas en: Control prenatal con enfoque de riesgo y estrategias que salvan vidas (código Rojo) Notificación y seguimiento a casos de morbilidad materna extrema. Implementación de la sentencia c355 de 2006 relacionada con Interrupción voluntaria del embarazo.
- Se ha tejido una relación consciente entre entes gubernamentales, administradoras de planes de beneficios e IPS y miembros de la comunidad.
- Con la esperanza de avanzar en el mejoramiento de la calidad de la atención a la gestante, desde salud pública se han coordinado acciones entre las dependencias: Inspección, Vigilancia y Control, Aseguramiento, Desarrollo de Servicios y el Centro Regulador de Urgencias para conformar el grupo funcional de maternidad segura, con el objetivo de lograr atención con calidad y calidez en la fase preconcepcional, parto y puerperio, hacer seguimiento inmediato a los casos de muerte materna y detectar fallos, para reaccionar en tiempo real con planes de mejora y seguimiento a la implementación de estos.
- Para bien de las gestantes y los bebés en formación se ha reforzado el equipo de asistencia técnica municipal con la vinculación de dos gineco-obstétricas y 2 enfermeras especializadas que apoyan la labor de acompañamiento y fortalecimiento técnico del recurso humano en temas relacionados con maternar y paternar en los 116 municipios.
- Las urgencias obstétricas han sido mejoradas con equipos e insumos, tales como doppler materno fetales, equipos para aspiración manual endouterina y Kits para la atención de la emergencia obstétrica.
- Está en ejecución del plan de capacitaciones para atención prenatal y parto con enfoque de riesgo y atención de la emergencia obstétrica.
- Se han reforzado los lineamientos de obligatorio cumplimiento para los planes de intervenciones colectivas con especial énfasis en las acciones dirigidas a las familias gestantes y sus hijos por nacer, además de todo lo relacionado con el fortalecimiento de redes de apoyo a las gestantes.
- Los COVES han sido mejorados con análisis de mortalidad materna y perinatal.
- Maternidad segura ha demandado un importante esfuerzo de gestión y liderazgo en mesas de trabajo intersectoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, Supersalud, Instituto Nacional de Salud, Procuraduría, las diferentes Direcciones de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, Administradores de Planes de Beneficios, IPS, Municipios, etc.) para mejorar y cohesionar la capacidad técnico administrativa

en torno a la estrategia de maternidad segura.

Número de la meta en el Plan de Desarrollo que apunta al indicador

11. Indicar el número de la meta del Plan de Desarrollo que le aporta al indicador y a la fecha qué logros y avances se han obtenido.

META No. 4. Reducir en el cuatrienio a 40 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna.

Nivel de cumplimiento de la meta: La razón de mortalidad materna está en 49.60 por 100.000 nacidos vivos. Nos hemos distanciado de la meta 10 puntos.

En enfoque diferencial

12. Especificar si se brinda atención afro, indígenas, rom, en condición de víctima o en pobreza extrema. (si no es visible el enfoque diferencial, incorporar en acción de mejora un compromiso).

La atención de la gestante y su hijo por nacer es diferencial y prioritaria en todo el territorio Cundinamarqués. Se tiene información sobre la población urbana, rural, las edades de las gestantes, su procedencia y se trabaja en la captura de información de etnias y víctimas del conflicto. El cuerpo médico en los hospitales presenta algún grado de dificultad para concentrar su atención en el diligenciamiento de esta información.

DIFICULTADES RELACIONADAS CON EL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR

¿Describa el problema, causa principal y por qué no se ha podido solucionar?

13. Describir por qué se está dando esa situación, en este caso por qué ocurren las muertes maternas.

Problema: MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.

Causas:

Psicobiológicas: Eclampsia, Hemorragias, Infecciones no tratadas, stress emocional.

Económicas: necesidades básicas insatisfechas que producen conductas de descuido en la gestación y el parto.

Culturales y educativas: malnutrición e inadecuadas prácticas alimenticias y de higiene y aseo.

Institucionales: organización, planeación, seguimiento, verificación, corrección en procesos, procedimientos, resultados en la red hospitalaria y alta rotación de personal en todas las áreas de atención.

Espacio público: dificultades viales y de desplazamiento de las gestantes hasta los centros de atención. **Comunitarias:** soledad de la gestante e indiferencia de los círculos de intimidad y vecindad.

Todas estas causas generan riesgos para la vida y la salud de las gestantes y sus bebés en formación.

¿Por qué no se han podido solucionar?

Aún tenemos que perfeccionar la captación temprana de las gestantes. Trabajar para mejorar la cultura de la gestación consciente, programada, deseada y acompañada.

Debe fortalecerse la estrategia de preconcepción, detección y direccionamiento adecuado frente a riesgos presentes al momento de la gestación, con participación de profesionales de la salud, IPS y EAPBS.

Las gerencias de hospitales y demás instituciones prestadoras de servicios de salud son lentas para adaptarse a propuestas que les demanden gastos y resultados medibles en bienestar y felicidad.

Conviene que el gobierno lidere campañas desde la infancia para tejer una cultura que exprese actitudes y comportamientos que reconozcan los derechos y los deberes de la ciudadanía a tener una vida saludable y una excelente preparación para la maternidad segura. Estas campañas tienen que incluir la responsabilidad de otros

sectores como: Movilidad, Ambiente, vivienda. Empresas Públicas de Cundinamarca. Educación, Competitividad y entre otros, para ofrecer condiciones y espacios públicos de calidad que acerquen y no distancien a las gestantes de los servicios de salud con el fin de garantizar efectivamente el ejercicio de sus derechos y deberes en procura de su bienestar.

Señale los 10 municipios más afectados por la dificultad

14. Señalar los 10 municipios que tienen en este caso el mayor número de muertes maternas y ¿por qué?

Los 5 municipios con la más alta razón de mortalidad materna son: Soacha, Girardot, Zipaquirá, Fusagasugá, Facatativá porque concentran la mayor cantidad de población y se ha dificultado el cumplimiento de programas y planes de mejoramiento tendientes a obtener una maternidad segura.

ACCIÓN DE MEJORA

Informar avances compromisos rendición de cuentas (LR)

15. Dado que en la rendición de cuentas del año 2011, en el libro rojo se estipularon unos compromisos por cada secretaría, aquí se debe establecer en qué se ha avanzado y si se cumplieron los compromisos.

Compromisos rendición pública de cuentas 2011: " Informe de gestión de Cundinamarca para la rendición pública de cuentas- Niñez, Adolescencia y Juventud en Cundinamarca,"

"Para reducir la mortalidad materna debemos implementar mecanismos que permitan la captación temprana de las mujeres gestantes, identificar y tratar los riesgos biológicos y psicosociales, e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes de las zonas rurales. Resulta fundamental estimular la participación de los hombres en el proceso de maternidad y en la crianza de los hijos para equilibrar las cargas que significa la reproducción, no sólo debido a los factores biológicos, sino a factores culturales y sociales"

Avances:

Captación temprana de las gestantes, diseño y aplicación del programa de maternidad segura en todo el territorio cundinamarqués, fortalecimiento técnico de equipos de trabajo de IPS públicas y algunas privadas en temas relacionadas con: Control prenatal con enfoque de riesgo. En diseñar la estrategia que salva vidas (código Rojo) Notificación y seguimiento a casos de morbilidad materna extrema. Implementación de la sentencia C355 de 2006 relacionada con Interrupción voluntaria del embarazo. Avanzamos en posicionar mesas de trabajo intersectoriales para el fortalecer la capacidad técnica administrativa de las diferentes entidades para el logro de la maternidad segura. Se está posicionando PATERNAR en los 116 municipios como un componente de responsabilidad y compromiso de los progenitores en la reproducción biológica y en la crianza de sus hijos.

Con las dificultades, logros principales recomienden soluciones

16. Se deben establecer recomendaciones o acciones de mejora basadas en las institucionales: la forma de organización, estratégicas: estrategias que se pueden poner en práctica para mejorar el indicador y políticas participativas; involucrar a otros actores.

Se recomienda:

En organización:

- Fortalecer la humanización de los servicios de manera transectorial.
- Aumentar el personal técnico y profesional para desarrollar las diferentes líneas de Maternidad segura.
- Obrar con oportunidad en la entrega de dotación de insumos para instituciones de la red pública.

- Hacer seguimiento a los procesos institucionalizados. Intensificar la vigilancia a todas las instituciones que atienden gestantes con auditorias concurrentes permanentes.
- Exigir a las entidades prestadoras de servicios de salud el reporte en tiempo real sobre los hallazgos en el estado de salud de las gestantes para reaccionar oportunamente y proteger las madres y sus bebés en formación.
- Demandar a la ACADEMIA la formación de más y mejores profesionales de la medicina con más vocación rural.
- Mejorar las condiciones laborales del personal de la SALUD para disminuir la alta rotación en todas las áreas de atención a la gestante.
- Liderar campañas desde la infancia para tejer una cultura que exprese actitudes y comportamientos que reconozcan los derechos y los deberes de la ciudadanía a tener una vida saludable y una excelente preparación para la maternidad segura.
- Capacitar a las gerencias hospitalarias para que se adapten de una mejor forma a las propuestas que les demanden gastos y resultados medibles en bienestar y felicidad.

Estratégica:

- Estimular la participación y el acompañamiento de los hombres en el proceso de gestación de las mujeres. Impulsar la estrategia Paternar.
- Demandar el cumplimiento de deberes de gestantes, familias y gobiernos locales en los cuidados y monitoreos referidos a su bienestar nutricional, biológico y emocional.
- Perfeccionar la captación temprana de las gestantes.
- Focalización para canalizar y manejar riesgo anticipado.
- Trabajar por cambiar la cultura de la malnutrición.
- Intensificar la cultura del control prenatal a través de los medios de comunicación.

En participación:

- Proteger y amar a los niños que quedan huérfanos de madre desde su primer día de vida extrauterina.
- Formar a las parteras como líderes y aliadas estratégicas en la búsqueda activa, identificación y caracterización de las gestantes.
- Vincular a otros actores que sean multiplicadores del cuidado como a los empleadores de mujeres.