



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



Policy brief

Estrategias para acelerar la reducción de la mortalidad materna: Resolver las desigualdades en la atención materna

Luz Angela Chocontá Piraquive

Revisado por:
Karol Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela

* Este trabajo fue apoyado por la iniciativa Bloomberg Philanthropies – La información para la Salud y la asistencia técnica y contenidos fueron proporcionados por Vital Strategies

Observatorio Nacional de Salud





Mensajes clave

- La mortalidad materna se considera un evento trazador de la calidad y el acceso a los servicios de salud por su impacto potencial de evitabilidad. En las últimas dos décadas en Colombia, se redujeron las cifras de 70,1 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en 2005 a 50,7 en 2019. Sin embargo, no se logró reducir en tres cuartas partes como era la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2015.
- El reto para países como Colombia no es solo reducir las cifras de mortalidad materna promedio, sino reducir la mortalidad materna en grupos vulnerables que continúan siendo desproporcionalmente afectados. En 2020, el

62% de las muertes ocurrieron en las mujeres que se encuentran afiliadas al régimen subsidiado de salud con una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 79 por cada 100 mil nacidos vivos en comparación a 46,5 entre afiliadas al régimen contributivo.

- Intervenciones útiles para mejorar el acceso y calidad a los servicios de salud materna en el embarazo y así disminuir los desenlaces maternos adversos: Mejorar el acceso y calidad de los controles prenatales, adoptar modelos de atención específicos para el contexto de las mujeres e implementar sistemas de incentivos para los prestadores.

Problema

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es un indicador de la capacidad de los sistemas de salud en su capacidad de prevenir y atender las complicaciones que surgen como producto del embarazo, el parto y el posparto. Asimismo, la RMM, en general, refleja el estado de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, es decir, es un indicador de la calidad y acceso a los servicios de salud (1).

El impacto de las muertes maternas se extiende a las familias y a la sociedad. La muerte de una madre está asociada con un menor acceso de los hijos sobrevivientes a servicios de vacunación, educación y nutrición y en general una menor expectativa de vida. Este impacto es mayor en las niñas quienes, al morir la madre, frecuentemente deben asumir labores de cuidado y responsabilidades financieras en el hogar y por tanto dejar de estudiar (2-4).

Hasta 2019, la RMM en Colombia presentaba una tendencia al descenso, ya que pasó de 70,1 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en 2005 a 50,7 en 2019. Sin embargo, esta reducción no fue suficiente para alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de 2015. La meta del país para 2030 es llegar a una RMM de 30,2 por cada 100 mil nacidos vivos, mientras que la meta de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas, 2018- 2030, es lograr una RMM menor a 30 muertes por cada 100 mil nacidos vivos para todos los grupos de mujeres vulnerables (Figura 1).

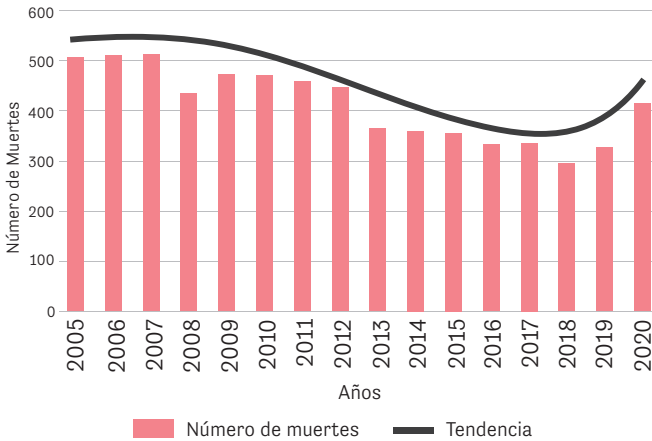
Con la pandemia por SARS-CoV-2 se revirtió la tendencia en las cifras de muertes maternas y en 2020 la razón de mortalidad materna (RMM) llegó a ser de 66 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, la cifra más alta de los últimos 10 años.

Figura 1. Panorama de la mortalidad materna en Colombia

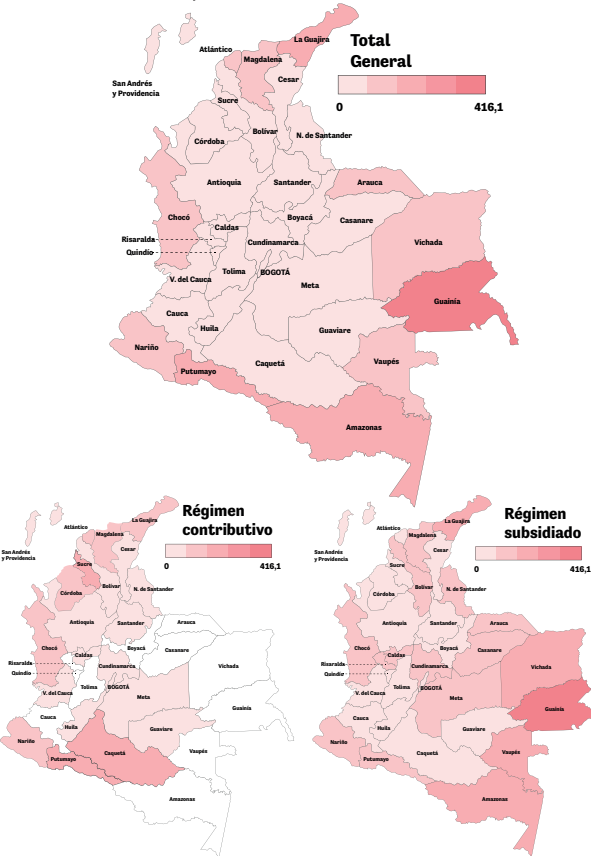


Mortalidad Materna En Colombia

Número de muertes maternas, 2005- 2020



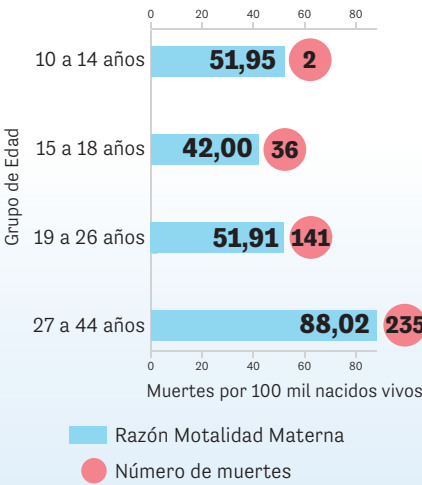
Mortalidad materna por régimen de seguridad social en salud, 2020



El número de muertes maternas en el país ha aumentado y son evidentes las desigualdades. Mientras que para el país la razón de mortalidad materna en 2020 fue de 66 por 100 mil nacidos vivos correspondiente a 414 casos, en ciertos grupos de mujeres vulnerables esta cifra fue muy superior.



Mortalidad materna por grupo de edad, 2020

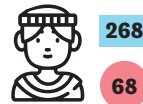


Mortalidad materna por grupos, 2020

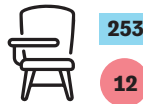


Total Nacional

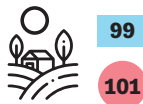
Razón Mortalidad Materna: 66
Número de muertes: 414



Indígenas



Mujeres sin educación



Residentes áreas rurales dispersas



Afiliadas al régimen subsidiado

En Colombia, se han hecho diversos esfuerzos para reducir la mortalidad materna mediante estrategias, lineamientos, normas técnicas y otras iniciativas regulatorias. Actualmente, el país cuenta con la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal cuyo objetivo es garantizar la atención integral de las gestantes mediante acciones individuales y colectivas, que van desde la atención preconcepcional hasta la atención del recién nacido (5).

Adicionalmente, se está implementando el Plan de aceleración para la reducción de mortalidad materna que busca:

- o La intensificación de intervenciones clave en salud materna como el seguimiento nominal a las cohortes de gestantes y el reporte de información al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
- o La implementación de la estrategia de hospitales padrinos con el fin de fortalecer capacidades en las redes de prestación de servicios que atienden partos (6).

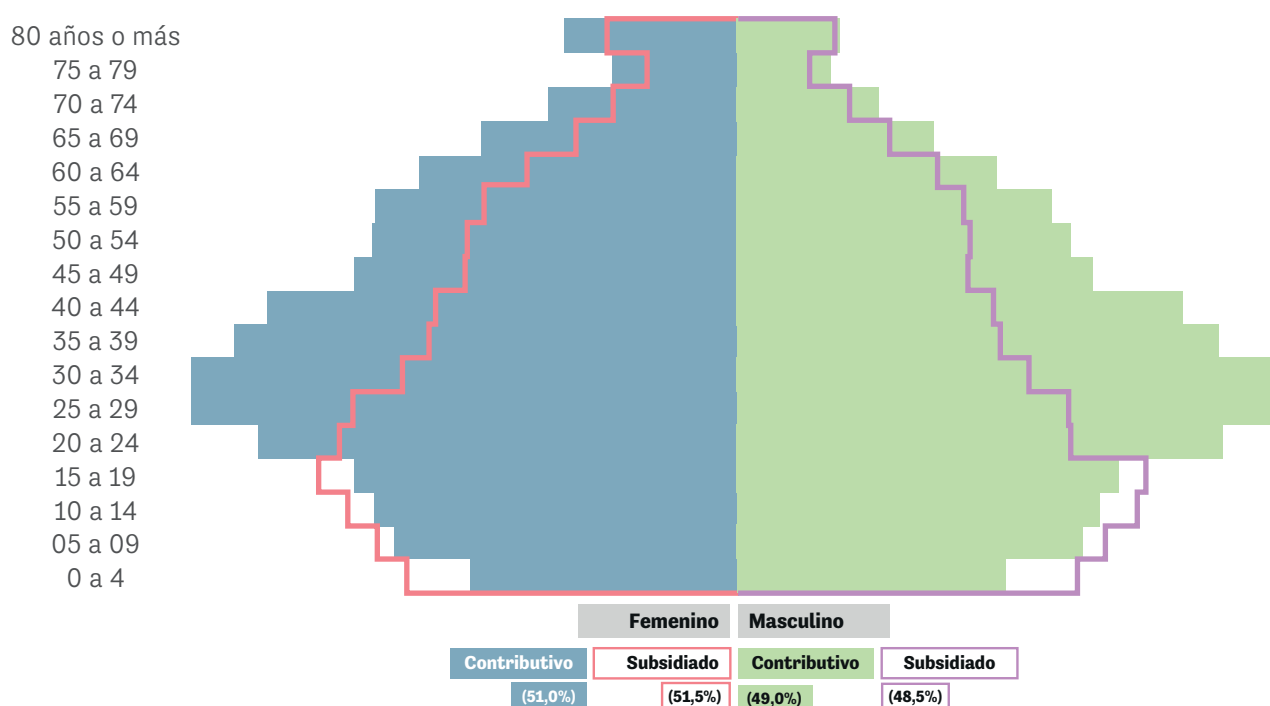
En este contexto, lograr las metas del país y la región requiere reducir las desigualdades en atención en salud que hacen que las muertes maternas se concentren en mujeres con bajo nivel educativo, indígenas, que viven en áreas rurales y afiliadas al régimen subsidiado (Figura 1).

¿Cómo las desigualdades afectan la atención en salud materna?

Colombia tiene un sistema de salud universal (Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS) desde mediados de los años 90. La cobertura de afiliación en este sistema ha aumentado desde su inicio superando el 97,1% en 2019. El SGSSS tiene dos regímenes de afiliación principales, el contributivo para los trabajadores con capacidad de pago y subsidiado para las personas sin capacidad de pago. Al inicio del sistema, los afiliados tenían derecho a diferentes servicios de acuerdo con el régimen.

Con el fin de reducir las desigualdades en el acceso a servicios de salud, en 2012 se unificaron los beneficios a los que tienen derecho los afiliados para ambos regímenes por sentencia de la Corte Constitucional (Sentencia T-760 del 2008) y desde 2015 la salud fue declarada un derecho fundamental autónomo (Ley 1781 de 2015) (7). Sin embargo, todavía se observan importantes brechas en acceso y calidad a los servicios de salud. Existen diferencias en la población afiliada de cada régimen (Figura 2) y esto tiene un impacto en la morbilidad y mortalidad observada. Sin embargo, las desigualdades en el desenlace de los embarazos no pueden atribuirse exclusivamente a estas diferencias.

Figura 2. Distribución porcentual de la población afiliada por régimen, grupo de edad y sexo, Colombia, 2022. *El régimen subsidiado afilia una mayor proporción de niñas y mujeres jóvenes.*



En la tabla 1, se presentan algunos indicadores en desenlaces en salud relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, acceso a los servicios de salud y gestión del riesgo en salud, según

régimen de afiliación. En estos datos, se evidencian las desigualdades que afectan a las mujeres afiliadas al régimen subsidiado que reflejan un menor acceso a los servicios.

Tabla 1. Indicadores demográficos, de salud sexual y reproductiva y de gestión del riesgo por régimen de afiliación.

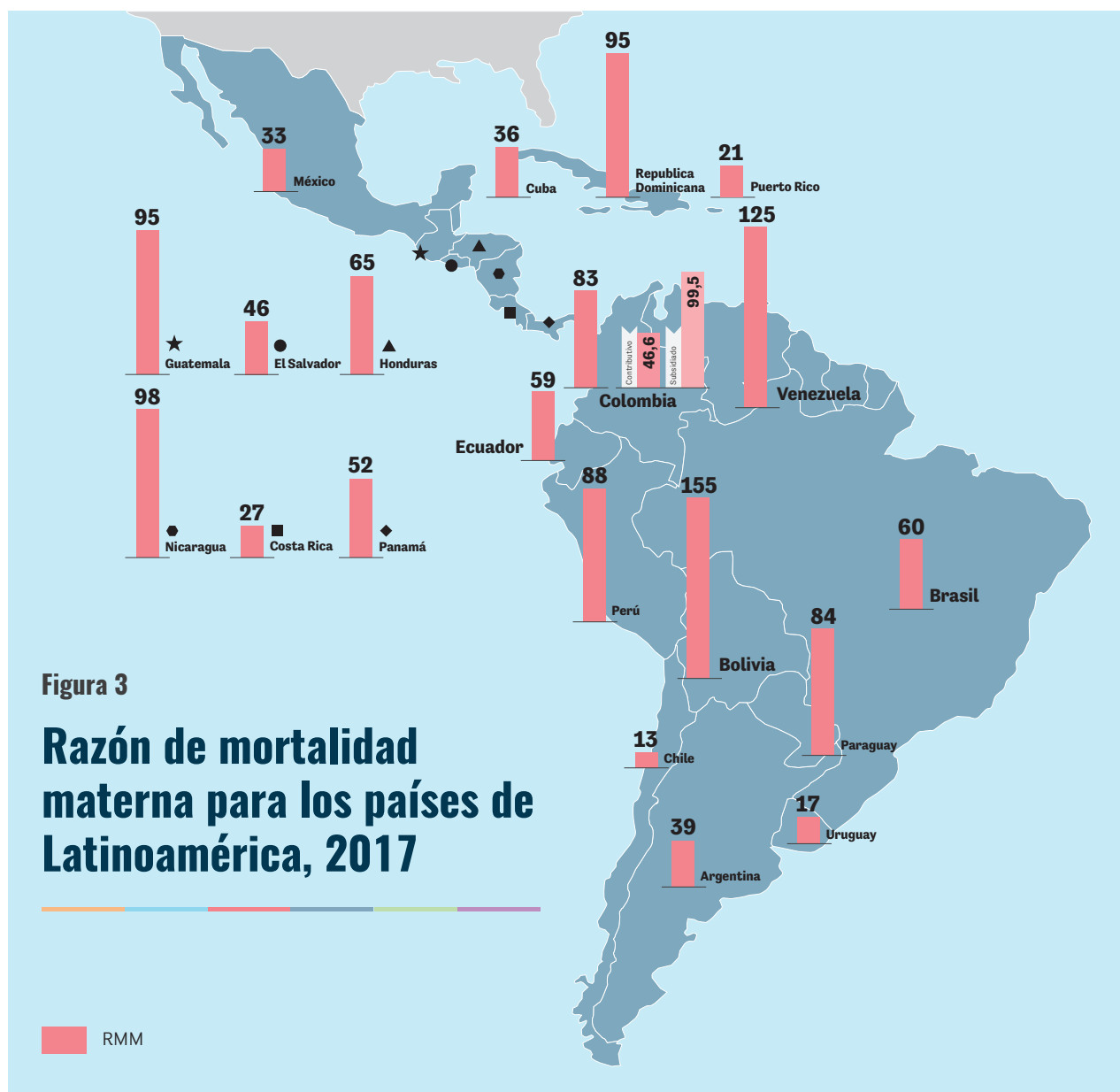
Indicadores	Contributivo	Subsidiado
Razón de mortalidad materna 2020	46,5	79
Nacidos vivos de mujeres menores de 14 años (2020)	85	774
% de defunciones maternas en residentes de áreas rurales dispersas (2020)	8,8	32,4
% de defunciones maternas con pertenencia étnica (2020)	4,9	28,7
% de gestantes tamizadas para VIH (2021)	96	94
PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas de TAR (2021)	86	79
% de casos de cáncer detectados tempranamente (2021)	50	32
Días promedio- inicio de tratamiento de cáncer (2021)	29	40
Días promedio- inicio de tratamiento de cáncer de cérvix (2021)	32	39
Prevalencia de diabetes mellitus (2017)	3,4	1,6
Prevalencia de hipertensión arterial ajustada por edad (2017)	10,1	6,5
% meta de HbA1c <7% en personas con diabetes mellitus (2021)	54,7	49,2
% de nacidos vivos con 4 o más CPN (2020)	95,1	82,0
% de partos atendidos por personal calificado (2020)	99,8	96
% en áreas rurales dispersas	98,9	87,6
% en áreas urbanas	99,9	99,3
% en población indígena	90,5	64,1
% de partos institucionales (2020)	99,8	95,7
Promedio de controles prenatales (2020)	7,2	5,6
Promedio en áreas rurales dispersas	6,3	4,7
Promedio en áreas urbanas	7,0	5,5
Incidencia de sífilis gestacional (2015)	6,1	14,6
**PVV: Personas que viven con VIH, TAR: Terapia antirretroviral, HbA1c: hemoglobina glicosilada. CPN: controles prenatales		

Al comparar el régimen subsidiado con el contributivo se observa que: el número de nacidos vivos de niñas menores de 14 años es siete veces mayor, el promedio de controles prenatales es inferior incluso para quienes residen en las zonas urbanas y la incidencia de sífilis gestacional es alta y más del doble que la incidencia en el régimen contributivo.

Las desigualdades en los desenlaces en salud materna están mediadas por desigualdades en el acceso y calidad a los servicios de salud como la atención prenatal. Las mujeres afiliadas al régimen subsidiado tienen menor frecuencia de controles y peor calidad de estos.

La desigualdad según régimen de afiliación también se encuentra en el comportamiento de la mortalidad materna (8). Mientras que la RMM en el régimen subsidiado está un 25% por encima de la RMM global, la RMM en el régimen contributivo está un 35% por debajo. Si se utiliza la relación de la RMM de los regímenes respecto a la global a la RMM estimada para Colombia y se compara con los países de Latinoamérica se puede observar que el comportamiento de la mortalidad materna – indicador del acceso y calidad de los servicios de salud – parece reflejar dos países diferentes (Figura 3).

Figura 3. Razón de mortalidad materna para los países de Latinoamérica (2017)

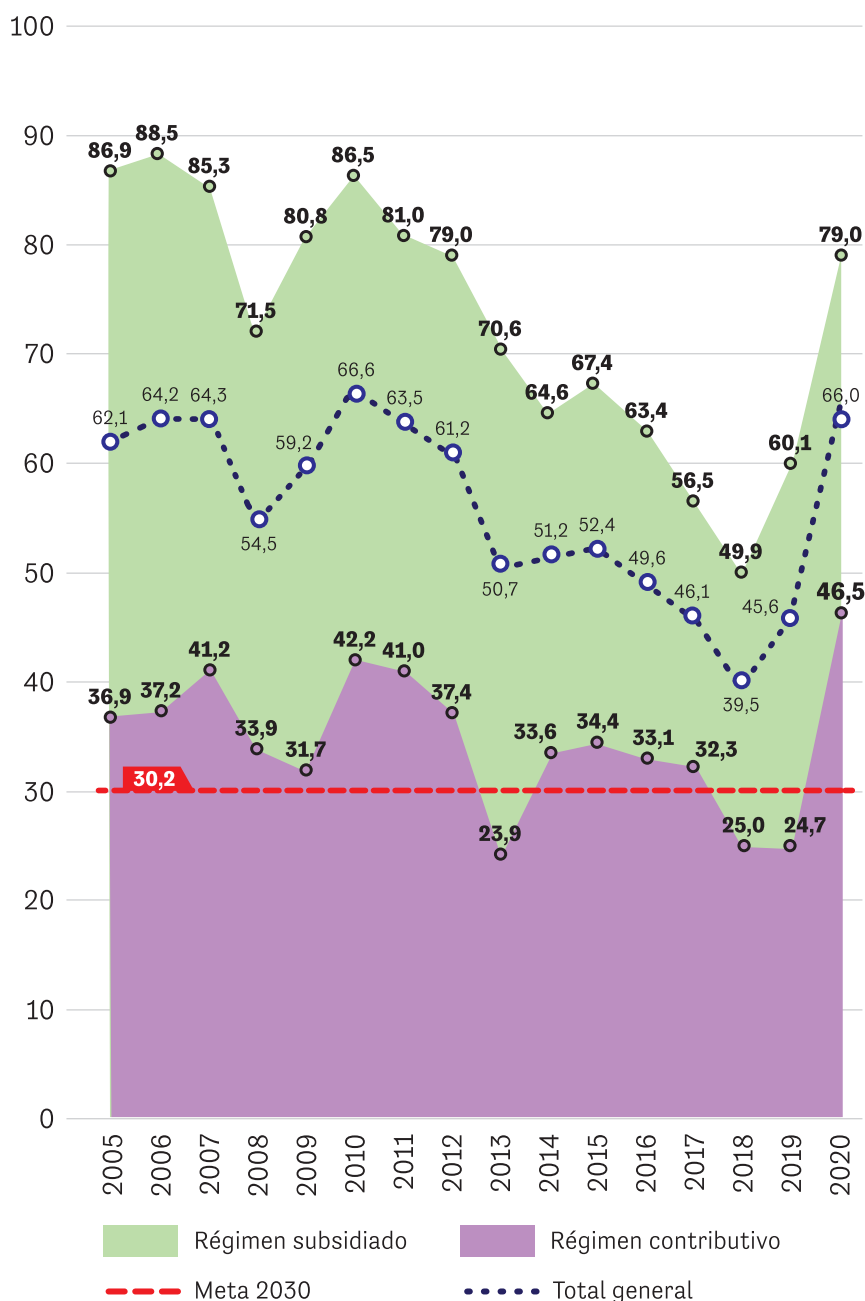


La RMM estimada por régimen comparada con las RMM para los países de la región. Las cifras de mortalidad materna en los dos regímenes se comportan como si reflejaran dos países diferentes. *La RMM por régimen es una estimación basada en la relación de la RMM global/régimen.

Fuente: UNFPA World Population Dashboard. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Estadísticas vitales.

Al comparar la RMM en el país desde 2005 a 2020 por régimen de afiliación, se observan importantes desigualdades que afectan a las afiliadas al régimen subsidiado. Notablemente, en 2018 en el régimen contributivo la RMM ya había alcanzado la meta del país, menos de 30 muertes por 100 mil nacidos vivos (Figura 4).

Figura 4. Razón de mortalidad materna por régimen, Colombia, 2005-2020

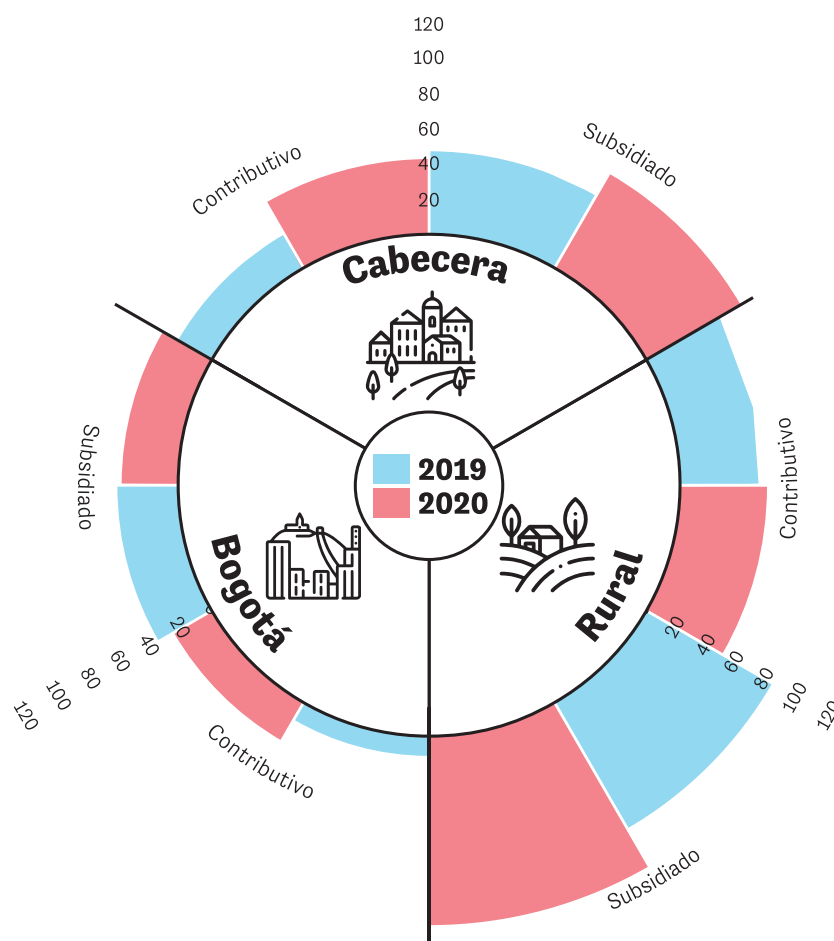


La RMM en el régimen subsidiado es casi tres veces la RMM del contributivo, para algunos años la RMM del régimen contributivo se ha encontrado por debajo de la meta nacional, en 2019 ya se observaba un aumento en la RMM en el régimen subsidiado.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Estadísticas vitales.

Esta brecha según régimen de afiliación se presenta tanto en las áreas rurales como urbanas (Figura 5). Según área de residencia, en las cabeceras municipales la RMM en el régimen subsidiado es más del doble que en el contributivo. Esta situación se observa incluso en ciudades como Bogotá, donde se concentra una alta proporción del talento humano y de la infraestructura en salud de Colombia (9). En 2019, en Bogotá la RMM en afiliadas al régimen contributivo fue de 17 muertes por 100 mil nacidos vivos comparado con 38 muertes por 100 mil nacidos vivos en el régimen subsidiado ($p = 0,00$), lo cual puede estar relacionado con desigualdades en el acceso y calidad de los servicios de salud materna.

Figura 5. Razón de mortalidad materna por régimen y área, Colombia, 2019- 2020



En las cabeceras municipales la RMM en el subsidiado es más del doble que en el contributivo, incluso se observan brechas en la capital del país que concentra la mayor infraestructura de atención en salud. Estas brechas parecen reducirse por un aumento en la mortalidad materna en el régimen contributivo durante 2020.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Estadísticas vitales

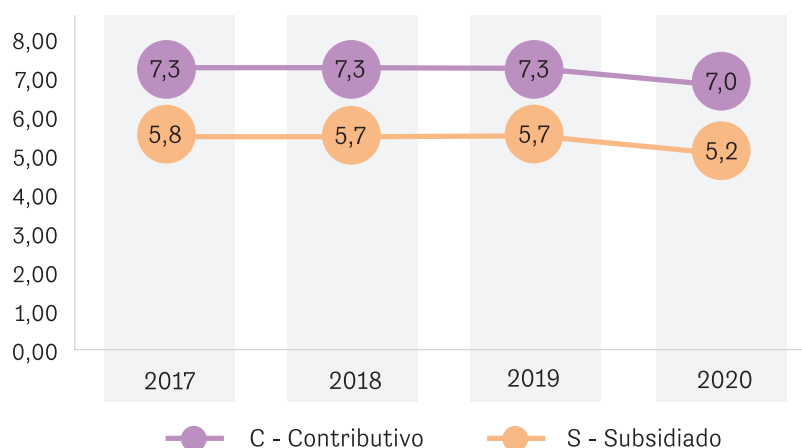
¿Cuáles son las causas de la mortalidad materna?

Existen factores que anteceden y desencadenan las muertes maternas evitables. El análisis de estos elementos conlleva a identificar que la mayoría de las muertes maternas ocurren por las demoras en la atención en salud. En Colombia, se ha descrito que las demoras I y IV (identificación de signos de alarma y calidad de la atención) son las que ocurren más frecuentemente en el régimen subsidiado (10).

Aunque a partir de la unificación de regímenes de afiliación los beneficios en salud para la población en Colombia son iguales, en la práctica persisten

las desigualdades por deficiencias en el acceso y calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, las embarazadas afiliadas al régimen subsidiado tienen un promedio inferior de controles prenatales que las afiliadas al régimen contributivo (Figura 6), incluso cuando una misma Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) tiene afiliados de ambos regímenes, la oportunidad o calidad de la atención no es igual (6). Si bien estas diferencias reflejen en parte inequidades socioeconómicas y barreras geográficas, el sistema de salud debería adaptarse para disminuir el impacto de estas desigualdades en los desenlaces en salud con el fin de promover la equidad en el acceso y calidad de los servicios (11).

Figura 6. Promedio de controles prenatales por régimen de afiliación y año



Se observa que en los cuatro años siempre hay un mayor promedio de controles prenatales en afiliadas al régimen contributivo, como se muestra en la Tabla 1 esto ocurre incluso en las áreas urbanas.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Estadísticas vitales

Se han descrito diversas causas de la mortalidad materna (Tabla 2), entre las cuales se resalta la mala calidad de los servicios de salud materna en instituciones públicas que atienden principalmente población del régimen subsidiado. Aunque la calidad percibida de la atención pueda ser buena, la calidad técnica de los controles prenatales es deficiente. Por ejemplo, es frecuente que:

- o No se realice la clasificación del riesgo obstétrico.
- o No se realicen los exámenes de laboratorio correspondientes o se cambien por otros
- o Se hacen recomendaciones no basadas en la evidencia y que no hacen parte de las guías de manejo
- o No se hace seguimiento a la embarazada que no vuelve a sus citas de control, ni a la calidad técnica de la atención prestada (12–14).

Por sí misma la mala calidad del control prenatal puede afectar la asistencia de las embarazadas durante el embarazo actual o en embarazos futuros. La carencia de personal de salud capacitado también afecta la confianza de las mujeres en el control prenatal. En algunos casos, todavía persisten barreras administrativas que dificultan y desmotivan a las mujeres a asistir a la atención prenatal (15,16).

Tabla 2. Análisis de las causas de las desigualdades en mortalidad materna

Posible causa	Modificabilidad	Impacto	Categoría	Referencia
Fragmentación de los servicios que impiden atención integral y políticas inadecuadas para la articulación institucional	T	Mayor	Calidad	(17)
Mayor proporción de demoras tipo IV (recibir tratamiento adecuado y oportuno)	T	Mayor	Calidad	(18)
Falta de competencias para la atención en salud materna del personal de salud	T	Mayor	Calidad	(14,17,19,20)
Falta de seguimiento a la embarazada para vincularla al CPN	T	Mayor	Calidad	Opinión de expertos
Falta de monitoreo a los proveedores de servicios de salud	T	Mayor	Vigilancia y monitoreo	(17)
Mayor proporción de demoras tipo I (reconocer el problema)	T	Mayor	Sensibilización-empoderamiento	(18, 21)
Falta de atención integral en servicios de salud sexual y reproductiva	T	Mayor	Calidad	Opinión de expertos
Menor frecuencia de controles prenatales en el régimen subsidiado	T	Mayor	Calidad	(22)
No se garantizan de forma permanente los servicios habilitados	P	Mayor	Vigilancia y monitoreo	Opinión de expertos
Demoras en la remisión a centros asistenciales	P	Mayor	Calidad	Opinión de expertos
Falta de incentivos por eficiencia y equidad (Decreto 441)	P	Mayor	Vigilancia y monitoreo	(17)
Falta de personal en áreas remotas y alta rotación del personal de salud	P	Mayor	Calidad	(17)
Reglamentación que obliga a las administradoras a contratar con la red pública (Relaciones asegurador/prestador)	P	Mayor	Financiación	Opinión de expertos
UPC insuficiente	P	Menor	Financiación	(17)
Falta de empoderamiento de la mujer respecto a la capacidad de tomar decisiones sobre su cuerpo	P	Mayor	Sensibilización-empoderamiento	Opinión de expertos
Dificultades de los prestadores para la compra y acceso a medicamentos e insumos	P	Menor	Calidad	(17)
Municipios en los que no hay competencia, un único prestador al que se le permite funcionar con estándares bajos	P	Menor	Financiación	Opinión de expertos
Atención inicial de la embarazada en un nivel de complejidad inferior al que requiere	P	Menor	Calidad	Opinión de expertos
Bajo gasto en salud per cápita	N	Mayor	Financiación	(17)
T: totalmente modificable, P: Parcialmente modificable, N: No es fácilmente modificable, UPC: Unidad de pago por capitación, CPN: controles prenatales				

Fuente: Elaboración de los autores

Las principales causas de las defunciones maternas podrían prevenirse o intervenir mediante una adecuada atención prenatal como otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (que incluyen afecciones crónicas pre existentes), los trastornos

hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio, e incluso complicaciones del trabajo de parto (Figura 7). El control prenatal debería permitir el diagnóstico oportuno y manejo de una parte de estos trastornos y servir para planear el parto de acuerdo con el riesgo.

Figura 7. Causas de defunciones maternas por año según Lista 6/67 CIE-10. Colombia, 1998, 2008 y 2019

	Causas 1998	%		Causas 2008	%		Causas 2019	%	ΔV
1	Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (O95-O99)	29,01		Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (O95-O99)	22,31		Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (O95-O99)	60,7	-
2	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16)	28,72		Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16)	17,12		Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16)	15,4	-
3	Complicaciones del trabajo del parto y del parto (O60-O75)	17,13		Complicaciones del trabajo del parto y del parto (O60-O75)	11,33		Complicaciones del trabajo del parto y del parto (O60-O75)	7,1	-
4	Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	8,84		Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92)	7,64		Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92)	6,7	▲
5	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92)	8,05		Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	5,95		Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	5,6	▼
6	Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (O30-O48)	5,96		Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (O30-O48)	4,16		Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (O30-O48)	2,9	-
7	Otros trastornos relacionados principalmente con el embarazo (O20-O29)	2,17		Causas especificadas en otros capítulos (A34X,B200-B24X,C58X,-D392,E230,F530-F539,M830)	3,57		Otros trastornos relacionados principalmente con el embarazo (O20-O29)	1,7	-
8	Causas especificadas en otros capítulos (A34X,B200-B24X,C58X,-D392,E230,F530-F539,M830)	0,38		Otros trastornos relacionados principalmente con el embarazo (O20-O29)	2,98		Causas especificadas en otros capítulos (A34X,B200-B24X,C58X,-D392,E230,F530-F539,M830)	0,0	-

Se observa el aumento porcentual en las muertes por otras afecciones obstétricas, es decir trastornos como infecciones o enfermedades crónicas que complican el embarazo o el parto.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Anuario nacional de estadísticas vitales 2019.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que es necesario reducir las cifras de mortalidad materna a nivel de país y también disminuir las brechas a nivel subnacional al enfocarse en la reducción de las desigualdades en las poblaciones vulnerables. Es decir, aún si el país ha logrado reducir la RMM es necesario también disminuir las desigualdades en mortalidad materna entre grupos poblacionales (22). El país requiere de políticas de salud pública específicamente enfocadas en disminuir las desigualdades en la mortalidad materna al enfocar la atención en las mujeres de bajos ingresos, de minorías étnicas y afiliadas al régimen subsidiado de salud. Acciones que se traduzcan en disminuir las desigualdades en la prestación y calidad de los servicios de salud materna como el control prenatal.

Alternativas de política pública

Luego de analizar las estrategias que viene implementando el país para reducir la mortalidad

materna y con base en la identificación de sus causas, se describen a continuación aquellas que por su potencial de impacto en la reducción de las muertes maternas pueden dar información para la toma acertada de decisiones en política pública. La perspectiva de las alternativas aquí presentadas parte de la premisa de reducir las desigualdades observadas por régimen de afiliación.

1. Modelo de pagos por desempeño en la contratación de servicios de salud

Mediante el decreto 441 de 2022 se ha modificado y actualizado la forma en que se harán los contratos para la prestación de servicios de salud. La nueva reglamentación se planea implementar a partir del segundo semestre de 2023 y obliga a pagadores y prestadores a pactar incentivos que pueden ser económicos o de otro tipo de acuerdo con indicadores de calidad, gestión y resultados en salud.

Esto se basa en que actualmente los prestadores de servicios tienen pocos incentivos para mejorar la calidad de su atención o con el fin de hacer más eficiente el manejo de los recursos. Los prestadores, particularmente en las redes públicas que contratan de forma esencial con el régimen subsidiado, presentan un bajo desempeño en actividades cruciales para la atención materno infantil como la adherencia a las guías de atención prenatal, baja calidad de historias clínicas, no realización de la clasificación de riesgo obstétrico de las embarazadas, fallas en la educación a las pacientes sobre signos y síntomas de alarma y dificultad al reconocer los mismos, lo cual generan demoras para iniciar la atención (14,17,19,20).

En este sentido, incluir incentivos financieros por el cumplimiento de indicadores de cumplimiento o penalizaciones por incumplimiento, podría tener un impacto en la calidad de la atención (23). La evidencia de la efectividad de estos incentivos es variada y se han descrito tanto efectos positivos como negativos según el contexto y la forma de implementación. Frecuentemente, se observa un mayor impacto en el manejo de condiciones crónicas y existe evidencia limitada del impacto que podría tener en la atención en salud materna (24). En Colombia, hasta el momento, no se han implementado este tipo de pagos a nivel general, si bien se han llevado a cabo pilotos de aplicación (25).

El pago por desempeño podría usarse para entregar incentivos económicos a los profesionales de salud a través de las entidades prestadoras con el fin de alcanzar un determinado nivel de cobertura del control prenatal y de cumplimiento con las actividades contempladas en el lineamiento de la ruta integral de atención en salud materno perinatal. La implementación podría llevarse a cabo de manera progresiva de acuerdo con diferentes niveles:

- Implementación del pago por desempeño únicamente en el régimen subsidiado a diferentes niveles de cobertura con el fin de focalizar los incentivos en la población más afectada por las desigualdades.
- Implementación del pago por desempeño para todo el sistema general de seguridad social en salud, como se establece en el decreto 441 de 2022.

2. Recomendaciones de la OMS para una experiencia positiva del embarazo a partir de un mayor seguimiento a la población del régimen subsidiado

Al tener en cuenta la importancia de incentivar los controles prenatales en la población del régimen subsidiado, es oportuno también considerar estrategias que mejoren la experiencia del embarazo que consideren la calidad de los servicios y la variación en las condiciones según territorio. Se ha descrito

que la calidad de la atención prenatal en Colombia es deficiente y esto se ha demostrado en múltiples análisis. Esta baja calidad afecta principalmente a las mujeres de menores ingresos, quienes son atendidas en la red de prestadores públicos y aquellas afiliadas al régimen subsidiado (26–29). También, se ha demostrado que la buena calidad de la atención es un factor incidente en que la mujer embarazada siga asistiendo a los controles prenatales y lo vuelva a hacer en sus embarazos posteriores (16).

En 2016, la OMS publicó una guía sobre el contenido esencial de la atención prenatal que incluye recomendaciones nutricionales y preventivas sobre intervenciones para mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal y sobre la evaluación materna y fetal con el fin de reducir desigualdades en los desenlaces y mejorar la experiencia del embarazo. Una de las recomendaciones es la de flexibilidad en adaptar la atención prenatal a contextos específicos y aumentar la participación de las mujeres en su propio cuidado (30).

Consecuentemente, se debería dar más consideración a la experiencia de la mujer durante el embarazo y un mayor protagonismo y flexibilidad al nivel territorial en definir aquellos aspectos de la atención prenatal que responden a las necesidades y condiciones locales. Así, se podría mejorar la experiencia del embarazo en su población, además de mantener el contenido de servicios establecidos como esenciales y necesarios por el nivel nacional. Algunos aspectos para la adaptación serían, por ejemplo, la forma de hacer seguimiento un inicio temprano de la atención en el embarazo y la identificación del riesgo. Esto implica mantener el contacto con la gestante al simplificar el proceso de atención y permitir modalidades diferentes de atención como las visitas domiciliarias, control prenatal grupal o el seguimiento telefónico de su estado de salud. El aumento del contacto entre las mujeres y el sistema de salud durante el embarazo, podría tener un impacto importante en los desenlaces maternos.

Impacto obtenido al aumentar el número de controles prenatales

En teoría, incrementar el número de controles prenatales podría reducir los desenlaces negativos del embarazo mediante la prevención, detección temprana y tratamiento de riesgos y complicaciones. Un modelo del impacto de estos supuestos sugiere que si se aumenta el número de controles prenatales, se podría impactar la morbilidad materna extrema y la mortalidad por esta causa (Tabla 3).

Tabla 3. Reducción potencial en desenlaces adversos maternos mediante el aumento de la cobertura de control prenatal comparado con el estado actual.

	Aumento del 34% en asistencia a los CPN (mediante un incentivo)	Alta cobertura de al menos 4 CPN (98%)	Alta cobertura de al menos 8 CPN (90%)
Reducción en casos de morbilidad materna extrema	2%	4%	52%
Reducción en muertes maternas	0,48%	0,94%	11,4%

Fuente: Elaboración de los autores

Sin embargo, permanecen interrogantes sobre el costo beneficio y el impacto en diferentes poblaciones vulnerables. En el caso de la inclusión de incentivos financieros en los contratos de prestación de servicios de salud su impacto dependerá de cómo se implementen. Si se terminan implementando en poblaciones de bajo riesgo que no tienen dificultades de acceso el costo beneficio podría ser menor e incluso podría llevar a reproducir y profundizar las desigualdades anteriormente descritas en el acceso y calidad de los servicios de salud materna. También hay que tener en cuenta que los modelos de probabilidad de desenlaces en el embarazo contienen supuestos sobre la cadena causal y no se cuenta con los datos para estimar su efecto por lo cual las estimaciones están sujetas a variabilidad.

Recomendaciones

La reducción de las desigualdades en mortalidad materna requiere de la implementación de intervenciones para lograr mayor equidad en los servicios de salud que reciben las mujeres embarazadas. Flexibilizar la atención, simplificar los modelos de atención prenatal de acuerdo con el contexto y al territorio, ampliar la oportunidad de contacto mediante modalidades de atención no presencial, entre otras alternativas, podrían acercar a las mujeres al sistema de salud y permitirían la identificación de riesgos y la implementación de las intervenciones basadas en la evidencia recomendadas por la OMS. Mientras que la implementación de incentivos financieros podría aumentar la cobertura de la atención prenatal y del cumplimiento de las actividades en las guías, también podría significar un impacto importante en el gasto en salud. Por esto, se recomienda como siguiente paso realizar un análisis del impacto potencial tanto en salud como económico que llegarían a tener estas intervenciones.

Definiciones

Mortalidad materna temprana: Defunción que se produce durante el embarazo, el parto o en los 42 días siguientes a la terminación del embarazo.

Mortalidad materna tardía: Defunción que se produce después de los 42 días de la terminación del embarazo y antes de un año.

Morbilidad materna extrema: estado en el que una mujer estuvo a punto de morir, pero sobrevivió, por una complicación grave del embarazo, parto o puerperio (OMS)

Razón de mortalidad materna (RMM): Defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos en un periodo de tiempo.

Referencias

1. 17. Maternal mortality ratio (MDG Indicator) and rate – Indicators and a Monitoring Framework [Internet]. Available from: <https://indicators.report/indicators/i-17/>
2. Anderson FWJ, Morton SU, Naik S, Gebrian B. Maternal Mortality and the Consequences on Infant and Child Survival in Rural Haiti. *Matern Child Heal J* 2007 114 [Internet]. 2007 Jan;11(4):395–401. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-006-0173-0>
3. Ronsmans C, Chowdhury ME, Dasgupta SK, Ahmed A, Koblinsky M. Effect of parent's death on child survival in rural Bangladesh: a cohort study. *Lancet* [Internet]. 2010 Jun 5;375(9730):2024–31. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673610607040/fulltext>
4. Bazile J, Rigodon J, Berman L, Boulanger VM, Maistrellis E, Kausiwa P, et al. Intergenerational impacts of maternal mortality: Qualitative findings from rural Malawi. *Reprod Health* [Internet]. 2015 May 6 [cited 2022 Mar 29];12(1):1–10. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-12-S1-S1>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal [Internet]. 2017 p. 1–147. Available from: http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/sreproductiva/2018/Lineamiento_Ruta_Materno_Perinatal.pdf
6. Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Trabajo. PLAN DE ACELERACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.
7. Ministerio Nacional de Salud. ABC de la Unificación del POS [Internet]. Boletín de Prensa No 186 DE 2012. 2012. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ABC de la Unificación del POS.aspx](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ABC%20de%20la%20Unificaci%C3%B3n%20del%20POS.aspx)
8. Ministerio de Salud y de Protección Social. Páginas - Salud materna [Internet]. MINSALUD. 2018. p. 1. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>
9. Servicios de Salud | Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos [Internet]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/servicios-de-salud>
10. Lizcano EIO, Jaramillo CAQ, López JM, Vélez ER, Rodríguez LO. Vigilancia de la morbilidad materna externa [Internet]. 2010. p. 70. Available from: http://colombia.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/mortalidadmaternaextrema_web.pdf
11. Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015 TT - Inequalities in health by regime of affiliation to the health system in events of obligatory notification, Colombia, 2015. *Biomédica (Bogotá)* [Internet]. 2019;39(4):737–47. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572019000400737
12. Martínez Romero E, Anichiarico Lopez W. Evaluación de la calidad del programa de control prenatal en la unidad operativa local Jose Villarreal Torres del municipio Villanueva operado por la E.S.E Clínica maternidad Rafael Calvo. Durante los meses de mayo a octubre de 2014. 2015.
13. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev la Fac Med*. 2017;65(2):305–10.
14. Ortiz Grisolle KJ, Garcia Galezo K, Gómez Cardona AP, Maestre Álvarez SJ, Vargas Guerrero GE, Ramos Navas N, et al. Adherencia a guías de atención de control prenatal en red pública de subregión norte, departamento del Magdalena (Colombia) TT - Adherence to guidelines for prenatal care in public health care network of the north subregion, department of Magdalena (Colo. Duazary [Internet]. 2019;16(1):115–27. Available from: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2511/1919>
15. Enrique Prieto D, Lopez Rosero E. Bajo control prenatal en maternas atendidas en el Hospital Occidente de Kennedy y desenlaces del recién nacido en el año 2014. Universidad Militar Nueva Granada; 2016.
16. Miranda Mellado C, Castillo Avila I. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. *Rev Cuid*. 2016;7(2):1345.
17. Rivillas JC, Devia-Rodríguez R, Ingabire M-G. Measuring socioeconomic and health financing inequality in maternal mortality in Colombia: a mixed methods approach. *Int J Equity Health*. 2020 Jul;19(1):98.
18. Alvarez-Sierra SP. Demoras en mortalidad materna en el departamento de Santander 2012 a 2015 TT - Delays related to maternal mortality in the department of Santander from 2012 to 2015. *Rev salud pública* [Internet]. 2018 Nov;20(6):699–706. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000600699
19. Amaya-Arias AC, Cortés ML, Franco D, Mojica JD, Hernández S, Eslava-Schmalbach J. Comportamientos seguros y aceptación de listas de verificación en tres unidades de ginecología de tres instituciones de áreas urbanas de Colombia TT - Safe behaviours and acceptance of the use of checklists in urban obstetric units in Colombia. *Rev colomb anestesiología* [Internet]. 2017;45(1):22–30. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472017000100005
20. Rodríguez Leal D, Sánchez de Parada B, Dueñas Granados PE. Experiencia familiar de la muerte materna TT - Family experience of maternal death TT - Experiência dos parentes diante da morte materna. *Rev cienc Cuid* [Internet]. 2019;16(1):71–85. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1534>
21. Mera-Mamián AY, Alzate-Sánchez RA. Mortalidad materna en el departamento de Cauca, un estudio en el régimen subsidiado TT - Maternal mortality in the state of Cauca: a study in the subsidized system TT - Mortalidade materna no departamento do Cauca, um estudo no regime subsidiado. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2019;37(3):64–73. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2019000300064
22. WHO. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). 2015.
23. NEJM Catalyst Insights Council. What Is Pay for Performance in Healthcare? [Internet]. NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery journal. 2015. Available from: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0245>
24. Das A, Gopalan SS, Chandramohan D. Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low- and middle-income countries: A systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2016;16(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-2982-4>
25. Domínguez Londoño JI. Experiencia en la implementación de un modelo de pago por desempeño aplicado al sector de la salud en Colombia en 2012. Trabajo de grado para optar al título de magister en administración. [Internet]. Repositorio Institucional Universidad de los Andes. 2013. Available from: <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/12466>
26. García-Balaguera C. Obstacles and quality of prenatal care. *Rev Fac Med*. 2017;65(2):305–10.
27. Londoño-Cadena P del C, Ibáñez-Correa LM, Valencia-Rivas WY, Anaconda-Cruz MY, El Barkachi Abou-Trabi R, Pacheco-López R. Frequency and associated factors of non-adherence to prenatal care in pregnant women 35 years of age or older in Cauca, Colombia, 2016–2018. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2022;73(3):175–84.
28. Hoyos-Vertel LM, De Rodríguez LM. Barriers to antenatal women with severe maternal morbidity in Antioquia, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2019;21(1):17–21.
29. Ministerio de Salud y Protección Social, UNICEF, UNFPA S. Seguimiento a casos expuestos a la transmisión Materno infantil del VIH y evaluación de la calidad del control Prenatal Retos y propuestas para el mejoramiento de la salud materno infantil en Colombia. 2012. 254 p.
30. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva, Switzerland; 2016.