

Bases para la discusión sobre lineamientos estratégicos para un Plan de Acción ENIA 2015-2020

EMBARAZO

Setiembre 2014



Documento elaborado por Valentina Curto, Melisa Sánchez y Rafael Tejera (Equipo Unidad de Apoyo a la ENIA-División de Protección Social-DNPS), con revisión a cargo de Andrés Scagliola (Director Dirección Nacional de Políticas Sociales) y Maira Colacce (ex Directora División de Protección Social). El documento incorpora comentarios de Gustavo De Armas, María Ester Mancebo, Marcelo Setaro y Cecilia Zaffaroni.

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento se crea como insumo de trabajo para el proceso de discusión e intercambio sobre lineamientos estratégicos en pos de la elaboración del próximo Plan de Acción de la ENIA 2015-2020. Este documento se centrará en el Embarazo, elaborándose documentos de similares características para los demás ciclos de vida planteados en la ENIA, Primera Infancia, Infancia y Adolescencia. Para ello se tomaron como referencias centrales los documentos elaborados en el proceso de la ENIA durante los años 2008 y 2009, y otras fuentes documentales y bibliográficas.

2. SITUACIÓN ACTUAL: DESPLIEGUE DE POLÍTICAS E IMPACTO EN SALUD

La descripción del estado de situación se estructura, siguiendo el planteo de la matriz del Plan de Acción la ENIA, la cual consta de dos dimensiones, una referida a despliegue de políticas en salud que implica identificar los problemas o las carencias en los servicios públicos y privados cuya superación es lo que se denomina productos y otra de impactos en salud referente a los principales problemas identificados en las personas y sus condiciones de vida cuya superación se denomina impacto e implica el propósito del Plan. En ambas dimensiones se establecen objetivos y metas a alcanzar para mejorar los servicios e impactar en las condiciones de vida de niños, niñas, adolescentes y sus familias.

En implementación de políticas dichas metas se refieren a: captación temprana del embarazo, cantidad de controles, existencia de mecanismos de visita en caso de que la embarazada no asista a control, y participación de población vulnerable en actividades de preparación para el parto y de trabajo sobre roles paternales. Por su parte, los impactos en salud involucran: mortalidad materna, prematuros y bajo peso al nacer referidos en todos los casos al promedio general y al valor específico por subsistema público y privado.¹

A su vez, se incorporan al documento temas complementarios que podrían ser tomados en cuenta en una nueva formulación de la ENIA.

2.1. Despliegue de políticas

Las políticas en salud se han orientado principalmente al control y seguimiento de los niños desde su nacimiento hasta los tres primeros años de vida. Esto supone como desafío reforzar el seguimiento de la etapa del embarazo además de continuar con el estricto monitoreo en la etapa de la primera infancia.

El Plan Aduana comienza a funcionar en 1974 con el objetivo de asegurar el control de recién nacidos y lactantes. La extensión del Plan Aduana a nivel nacional y la aplicación de su lógica a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a través de las metas prestacionales supuso implementar dispositivos de control que buscan captar a todos los niños en sus primeros años de vida. Actualmente trabaja con niños desde su nacimiento hasta los 3 años.

En cambio el control del embarazo, a diferencia del control de los niños/as a partir de su nacimiento, ha carecido de un despliegue de políticas capaz de asegurar su captación.

¹ Mortalidad materna: "defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con, o agravada por, el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales" (MSP, 2006). Nacidos prematuros: Nacidos antes de las 37 semanas de gestación. Bajo peso al nacer: Nacidos con menos de 2500 gramos de peso.

En el sector privado los controles tienen pautas de seguimiento estrictas mediante la realización de una llamada telefónica a las embarazadas para asegurarse que cumplen cada fecha de control. En general en las IAMC existe un alto nivel de cumplimiento el cual está vinculado a, por un lado, al perfil social de las usuarias donde, en comparación con Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), pesan más los sectores medios y medio-altos; y por el otro a la lógica de las metas prestacionales que actúan como incentivos para maximizar el nivel de controles.

En cambio, ASSE presenta un nivel de cumplimiento en los controles inferior al de las IAMC.

Entre los factores involucrados pueden mencionarse, en primer lugar un menor desarrollo y eficacia en los instrumentos de captación.

En segundo término, no están siendo operativos hasta el momento los incentivos económicos en función del cumplimiento de las metas prestacionales. A su vez, podría ser necesario redefinir esas metas, con un contenido no necesariamente idéntico al formulado para el sector privado.

Por último, se atiende mayoritariamente a usuarios de sectores más vulnerables y con mayor tendencia a mantenerse desligados del sistema de salud en la fase del embarazo.

Para mejorar los niveles de captación en el embarazo, ASSE cuenta con figuras como los médicos de familia, las parteras comunitarias y los agentes socioeducativos, éstos últimos realizan visitas en casos de embarazo adolescente. En ese sentido estas figuras deben desarrollar parte de su tarea desde un enfoque comunitario con el objetivo de instalar en la comunidad la importancia de la prevención en salud dentro de lo cual se puede incluir la captación de embarazos no controlados. También existen espacios interinstitucionales entre ASSE y CAIF como lo son las Salas de Encuentro que trabajan fundamentalmente desde la lógica de la prevención e instalan temáticas referidas al embarazo y a la salud integral de los niños recién nacidos. Asimismo se crea el programa Uruguay Crece Contigo el cual tiene un componente focalizado de atención a las embarazadas en sectores de extrema pobreza mediante el fortalecimiento de las capacidades familiares.

Si bien existe este conjunto de políticas aún no se logra alcanzar una cobertura completa respecto a la captación temprana² del embarazo y a la realización de controles según pauta del MSP.

La diferencia descrita entre los subsistemas público y privado se expresa en las cifras sobre control del embarazo. En 2011 la proporción de embarazadas controladas según las pautas del MSP rondaba el 90% en las IAMC, mientras que en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) se situaba en aproximadamente 65%. Por otra parte, la cifra de embarazadas que no cumplen la cantidad de controles estipulada es seis veces mayor en el CHPR que en las IAMC.³

En relación a la captación temprana del embarazo la Junta Nacional de Salud (JUNASA) ha registrado para 2012 un promedio de 82% para el conjunto del sistema. Mientras que, desagregada por subsectores, la cifra es de 69% para el público y 95% para el privado. No obstante, esta diferencia tiende a reducirse, ya que el nivel de cumplimiento de controles y la captación temprana del embarazo han tendido a crecer de manera estable en el subsistema público en los últimos años.⁴

2 Captación de la embarazada en el primer trimestre de embarazo.

3 MSP-Unidad de Información Nacional en Salud-División Epidemiología. Dato relevado 2011.

4 En relación al porcentaje de embarazadas visitadas en caso de no asistir a control, y la participación de padres y madres en actividades preparatorias para el parto, no se dispone de información.

2.2. Indicadores de impacto en salud

Respecto a los indicadores de impacto en el Plan de Acción de la ENIA se propone monitorear la incidencia de la prematuridad, el bajo peso al nacer y la mortalidad materna. A continuación se establece la situación actual en estas dimensiones.

Acerca de la prematuridad el porcentaje de recién nacidos prematuros se mantuvo estable si comparamos el año 2009 y el 2012 ubicándose en un 9.2% para ambos años⁵, para una meta pautada por la ENIA para 2015 de 5%.

En relación a esta meta, se ha planteado revisarla en función de las tendencias en el comportamiento reproductivo de las mujeres que llevan a un mayor número de nacimientos en edades a partir de los 35 años. Este grupo presenta mayor riesgo de prematuridad debido a las características del ciclo reproductivo de la mujer. En menor medida los embarazos en la adolescencia presentan las mismas dificultades.

En 2001 los nacimientos de mujeres de hasta 19 años eran aproximadamente 9 mil, entre 20 y 34 años alcanzaba 36 mil, y 7 mil en 35 años y más. En 2012 los nacimientos de mujeres de hasta 19 años se reducían a unos 8 mil, los de 20 a 34 años se reducían a unos 32 mil, y los de 35 años y más ascendía a unos 8 mil.

Los nacimientos en mujeres de 35 años y más, que se situaban en torno a un 13% del total en 2001, pasan a ubicarse aproximadamente en 16% del total en 2012.⁶

Esto implica en primer término adaptar las estrategias sanitarias existentes para poder incidir sobre la prematuridad. También es necesario revisar las metas establecidas, en tanto la postergación de los nacimientos impacta en la reducción de la prematuridad. A su vez, estos cambios en el comportamiento reproductivo puede suponer que se deba plantear metas diferenciales para las distintas franjas etarias.

Si nos detenemos en el bajo peso al nacer el porcentaje según los datos obtenidos por la Unidad de Información Nacional en Salud (UINS) en base al Certificado de Nacido Vivo (CNV) es de un 8,35% para 2009 y de 8,05% para 2012 según el Informe de Mortalidad Infantil elaborado por la UINS⁷. Esta cifra se mantiene por debajo del máximo de 9,1% registrado por dicha Unidad en 2003, pero en los últimos años permanece estable presentando en el último año registrado un leve descenso. Por tanto, no se alcanza en dicho período la meta planteada por ENIA que fue la reducción de su incidencia, aunque sin pautar valores de meta específicos. Para este análisis se deben tener en cuenta los cambios y características demográficas del país.

Respecto a la mortalidad materna, si bien el comportamiento de este indicador ha sido inestable en los últimos años ha tendido a reducirse. Según el MSP en 2011 se situó en 8,6 cada 100.000 nacidos vivos y se encuentra próxima a la cifra de 7,0 planteada como meta a 2015 por la ENIA⁸. La preocupación a nivel mundial y en el Uruguay continua siendo atacar las causas evitables de mortalidad materna ya que se constata que las causas de la mortalidad materna son evitables en la gran mayoría de los casos.

Finalmente, en cuanto a la trasmisión vertical de enfermedades como la sífilis congénita y la infección por VIH, a pesar de ser una dimensión que no está planteada en la ENIA, resulta

5 Estadísticas de Natalidad del Ministerio de Salud Pública. Extraído de: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/estad%C3%ADsticas-de-natalidad>

6 Estadísticas de Natalidad del Ministerio de Salud Pública.

7 MSP-Dirección General de la Salud-División Epidemiología-UINS-Programa de Salud de la Niñez. "Mortalidad Infantil en Uruguay año 2012". 30 de junio de 2013. Datos relevados en el año 2012.

8 MSP-Unidad de Información Nacional en Salud-División Epidemiología. Dato relevado 2011.

central su abordaje ya que su adquisición perinatal es evitable. Para ello resulta fundamental la captación temprana del embarazo, la realización de los controles según lo establecido, así como las pruebas diagnósticas y el tratamiento oportuno. Si nos detenemos en las cifras, según el MSP, Uruguay presenta sífilis connatal en un 0,8% de los embarazos. Respecto al VIH desde el MSP se advierte que disminuyó la cantidad de casos de transmisión vertical de madre a hijo durante el embarazo.⁹

En síntesis, en cuanto al despliegue de políticas propuestos por la ENIA en el Plan de Acción hay brechas significativas respecto a la meta en el control de embarazo, que se focalizan en el sector público y cuyas causas obedecen a diversos factores que refieren al tipo de población atendida, dotación de recursos presupuestales, infraestructura, entre otros.

Respecto a los impactos en salud, la evolución en mortalidad materna se encuentra muy próxima a la meta. Por otra parte la reducción de la prematuridad requiere de mayores esfuerzos para consolidarse, en lo referente al bajo peso al nacer no se observa una evolución favorable representando un desafío a abordar.

3. DESAFÍOS A ASUMIR, NUEVAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y PROPUESTAS

3.1. Propuestas generales

- Embarazo como fase específica. En el actual Plan de Acción de la ENIA 2010-2015 la línea estratégica propuesta para la etapa del embarazo coincide con la planteada para la Primera Infancia. Ambos enunciados comprenden embarazo y primera infancia sin diferenciar las dos etapas. Para la elaboración del próximo Plan de Acción 2015-2020 se debería discutir y definir si se realizará una reformulación de esta línea estratégica hacia una específica para embarazo, o si quedará dentro de Primera Infancia. En relación a este punto surgen diversas posturas por lo que el desafío consiste en pensar si esta etapa debe ser abordada en sí misma, o como una fase preliminar y por ende quedar incluida en Primera Infancia.
- Vulnerabilidad: Finalmente, tanto en materia de productos como de impactos, el planteo de la ENIA en materia de vulnerabilidad fue medir indicadores con cortes específicos en pobreza. Dada la escasa disponibilidad de datos de salud con este corte, se hace recomendable repasar otras formas de aproximación posibles, como el corte por subsistemas de salud público y privado.

3.2. Respeto al despliegue de políticas

- Captación temprana del embarazo. El desafío consiste en elaborar estrategias para mejorar el porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre. Para ello se deben implementar acciones que se adecuen a las características, necesidades y problemáticas de la población que atiende. La tarea es, por lo tanto, brindar respuestas diferentes con un objetivo en común. En relación a las políticas de captación centradas en población en situación de pobreza y pobreza extrema, el sistema público tendría que reforzar las estrategias existentes para asegurar la captación temprana del embarazo. Este desafío trasciende al sector salud y supone realizar un esfuerzo intersectorial e interinstitucional para su abordaje. A

9 Balance de gestión del MSP. 15 de abril de 2014. “Más cobertura, baja de mortalidad materno infantil y política sexual y reproductiva”.

su vez, en un abordaje más amplio, esto se inscribe en la posibilidad de establecer un diálogo sobre el modo de hacer operativos incentivos al logro de metas prestacionales en el sector público.

- Sistema de información. Desarrollar un sistema de información es esencial, ya que es una herramienta de suma utilidad tanto para la gestión, planificación e implementación de las políticas, como para la elaboración de estrategias. “El adecuado manejo y generación de la información es fundamental ya que ésta no posee un valor en sí mismo como elemento aislado y/o descontextualizado, sin embargo cuando se tienen buenos sistemas de información actualizados y de fácil acceso su uso puede ser inestimable”¹⁰. En el proceso de relevamiento de indicadores para valorar el grado de cumplimiento de las metas planteadas en el Plan de Acción de la ENIA 2010-2015 se ha identificado como un obstáculo la falta de sistemas de información actualizados y disponibles. Los motivos son diversos, pero algunos tienen que ver con que las instituciones no relevan el dato, o el dato está desactualizado perdiendo validez para el análisis, o los formatos en que es relevado no son compatibles entre las diferentes instituciones. Sensibilizar a los equipos técnicos e instituciones que tienen a cargo la generación, el relevamiento y el procesamiento de la información, es otro de los desafíos identificados y contribuiría a mejorar la comunicación y el flujo de información interinstitucional e intersectorial.

3.3. Respecto a impactos en salud

- Mortalidad materna. En este campo se está próximo a la meta fijada, pero su reducción representa igualmente un desafío porque, si bien Uruguay es uno de los primeros países de América Latina en alcanzar el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, el bajo número de muertes maternas que ocurren en el país pueden ser en su mayoría evitadas. Tener un diagnóstico claro resulta imprescindible para poder elaborar estrategias desde los diferentes sectores e instituciones involucradas para impactar sobre esta problemática.
- Nutrición. El estado nutricional de las embarazadas es un problema identificado tanto en el sector público como en el privado, presentándose en sus dos extremos de desnutrición y de obesidad. En el sector público se observan con mayor frecuencia problemas de desnutrición, bajo peso, anemia, déficit en el crecimiento, entre otros, en comparación con los problemas vinculados con la obesidad. En el sector privado se registran porcentajes más bajos de casos de problemas nutricionales en general en comparación con el sector público. Por otra parte se observa que el bajo peso y la obesidad en el sector privado presentan valores similares entre sí. Es de destacar que el bajo peso es el problema nutricional que más relevancia tiene para ambos sectores de la salud.¹¹
- Prematurez: dadas las características actuales de los embarazos se debe evaluar si la meta planteada es adecuada. Asimismo repensar el contenido de las políticas a instrumentar en respuesta a esta tendencia demográfica. Este es un desafío que trasciende al sector salud requiriendo de un abordaje intersectorial.

10 CNPS (2014) “Informe de Avance del Plan de Acción 2010-2015”. P 14.

11 UNICEF (2012) “Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012” P 50.

3.4. Aspectos sugeridos para la incorporación de nuevos indicadores de impacto en salud

- Embarazo adolescente. En lo que refiere a embarazo adolescente, si bien se observa que a nivel nacional la tasa global de fecundidad ha descendido mostrando algunos incrementos puntuales, en la franja etaria comprendida entre los 15 a 19 años de edad se ha mantenido estable. “Esta situación es vista con preocupación por las consecuencias que la maternidad en la adolescencia tiene sobre las posibilidades de emancipación de las mujeres”.¹²
- Infecciones de transmisión sexual. Su prevención en el embarazo es otro de los desafíos planteados y está fuertemente relacionado con la mortalidad materna y con la salud del recién nacido. Si bien en lo referente al VIH se ha mejorado, los datos sobre sífilis connatal muestran que ha aumentando.
- Temas transversales. Se ha identificado la necesidad de abordar temas como: nutrición, salud mental, cultura, violencia, consumo problemático de drogas, hábitat y vivienda, entre otros. El desafío es pensar en conjunto con todas las instituciones y sectores involucrados las dimensiones que han quedado fuera del actual Plan de Acción con el objetivo de incorporar temas que son de relevancia y deben ser tenidos en cuenta.

12 ODM (2013) “Informe País Uruguay 2013”. P 122.

REFERENCIAS

- CNPS-CCE-ENIA (2008) "Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia. Bases para su implementación".
- CNPS-ODM (2013) "Informe País Uruguay 2013".
- CNPS (2014) "Informe de Avance del Plan de Acción 2010-2015. Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia".
- Mides y OPP (2013) "Reporte Social 2013. Principales características del Uruguay social".
- MSP- Dirección General de Secretaría-Departamento de Programación Estratégica en Salud-Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2010) "Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud".
- MSP- Dirección General de la Salud. DPES- Área de Salud Sexual y Reproductiva-Programa Nacional ITS-VIH/Sida (2013) "Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH".
- MSP-JUNASA (2012) "Rendición de cuentas ejercicio 2012".
- UNFPA (2013) "Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013".
- UNICEF (2012) "Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012".

Páginas web:

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/es/
- http://www2.msp.gub.uy/uc_4571_1.html
- <http://www.msp.gub.uy/noticia/m%C3%A1s-cobertura-baja-de-mortalidad-materno-infantil-y-pol%C3%ADtica-sexual-y-reproductiva>