

¿FRACASARON LA CONSEJERÍA PRECONCEPCIONAL Y EL CONTROL PRENATAL? UNA MIRADA DESDE LAS ESTADÍSTICAS VITALES EN BOGOTÁ (COLOMBIA), 2009-2010

Omar Segura, MD-MSc, FETP*

Resumen

Introducción: la Política de Salud Sexual y Reproductiva ha sido objeto de cuestionamiento por los medios de comunicación y diversas organizaciones gubernamentales en tres sentidos: la consejería preconcepcional, el control prenatal y el número de partos por cesárea. Se propone un ejercicio teórico analítico utilizando el módulo de Nacidos Vivos y Defunciones del Registro Único de Afiliación en Salud para comprobar estos hechos.

Métodos: estudio de tipo cohorte única, con los registros de nacidos vivos en Bogotá entre 2009 y 2010 disponibles en el portal electrónico del registro, compilados en Microsoft Excel® 2007, filtrados con criterios de inclusión y analizados en EpiINFO 3.5.2

Resultados: se totalizaron 123.068 registros de nacidos vivos, de los cuales el 82,5% fueron incluidos para análisis. Nacimientos: 37% fueron por cesárea en 2009, y 38,6% en 2010. 21,3% de los nacimientos en 2009 y 17,7% en 2010 fueron de madres adolescentes. El OR para parto distótico en adolescentes fue de 1,69 ($\chi^2 = 944,96$; $p=0,0$); el OR para Apgar bajo al minuto en neonatos de adolescentes fue 1,31 ($\chi^2=31,27$, $p=0,001$).

Conclusión: del registro se configura una realidad sugestiva de una falla específica de la actual política de salud sexual y reproductiva, y la necesidad de su evaluación y reformulación en el marco del futuro Plan Decenal de Salud.

Palabras clave: Política de Salud; Política de Salud Sexual y Reproductiva; Historia Reproductiva; Atención Prenatal; Estadísticas Vitales; Vigilancia de la Población.

* Profesional Epidemiólogo - Estadísticas Vitales, Hospital del Sur E.S.E Asesor Científico, Unidad de Investigaciones, SMC-AS Ltda.

Correspondencia: Omar Segura Calle 74 # 72-11, Bogotá – Colombia 111051, omar_segura@hotmail.com; osegura@smc-as.com

DID THE PRECONCEPTION COUNSELING AND PRENATAL CONTROL FAIL? A LOOK FROM THE VITAL STATISTICS IN BOGOTA (COLOMBIA), 2009 – 2010

Abstract

Introduction: *the policy for Sexual and Reproductive Health has been questioned by the communication media and by diverse government organizations in three ways: the preconception counseling, prenatal control and the number of births by cesarean section. An analytical theoretical exercise is proposed through the usage of the module of Born Alive and Deaths from the Exclusive Registry of Health affiliation in order to corroborate these facts.*

Methods: *a quantitative study of the sole cohort type, with the registry of the born alive in Bogota between 2009 and 2010 available in the electronic portal of records compiled in Microsoft Excel® 2007, filtered with inclusion criteria and analyzed by EpiINFO 3.5.2*

Results: *a total of 123,068 records of born alive children of which 82.5% were included in the analysis. Births: 37% were through cesarean section in 2009 and 38.6% in 2010. 21.3% of the births in 2009 and 17.7% in 2010 were from adolescent mothers. The OR for dystocia birth in adolescents was 1.69 ($X^2 = 944.96\%$ $p = 0, 0$); the OR for low Apgar after one minute in neonate babies from adolescents was 1.31 ($X^2=31.27, p=0.001$)*

Conclusion: *from the records we can form an interesting reality of a specific fault and the need to evaluate it and reformulate it, in the framework of a future Decennial Health Plan.*

Keywords: Health Policy; Sexual and Reproductive Health Policy; Reproductive History; Prenatal Care; Vital Statistics; Population Watch.

FRACASSARAM O ACONSELHAMENTO PRÉ-CONCEPCIONAL E O CONTROLE PRÉ-NATAL? UMA OLHADA ÀS ESTATÍSTICAS VITAIS EM BOGOTÁ (COLOMBIA), 2009-2010

Resumo

Introdução: a Política de Saúde Sexual e Reprodutiva tem sido questionada pelos meios de comunicação e diversas organizações governamentais em três aspectos: o aconselhamento pré-concepcional, o controle pré-natal e o número de partos por cesariana. Propõe-se um exercício teórico analítico, utilizando o módulo de Nascidos Vivos e Mortos do Registro Único de Afiliação em Saúde para comprovar esses fatos.

Métodos: estudo quantitativo de tipo coorte único, com os registros de nascidas vivas em Bogotá entre 2009 e 2010, disponíveis no portal eletrônico do registro compilados em Microsoft Excel® 2007, filtrados com critérios de inclusão e analisados em EpiINFO 3.5.2

Resultados: do total de 123.068 registros de nascidos vivos, foram separados 82,5% para análise. Nascimentos: 37% o foram por cesariana em 2009 e 38,6% em 2010; 21,3% dos nascidos em 2009 e 17,7% em 2010 tinham mães adolescentes. O OR para parto distótico em adolescentes foi de 1,69 ($\chi^2 = 944,96$; $p=0,0$); o OR para Apgar sob o minuto em neonatos de adolescentes foi 1,31 ($\chi^2=31,27$, $p=0,001$).

Conclusão: o registro aponta uma realidade sugestiva de falha específica e a necessidade de sua avaliação e reformulação para um Plano Decenal de Saúde.

Palavras chave: Política de Saúde; Política de Saúde Sexual e Reprodutiva; História Reprodutiva; Atenção Pré-natal; Estatísticas Vitais; Vigilância da População.

Introducción

El Ministerio de la Protección Social (MPS) presentó en 2003 la Política de Salud Sexual y Reproductiva (P-SSR), cuyo objetivo general consistía en mejorar la SSR y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de la población. Este documento de política -el cual seguía vigente en enero de 2011- tuvo un fuerte enfoque epidemiológico, de aseguramiento y de prestación de servicios, a través del fortalecimiento de la red de servicios, implementación de acciones de vigilancia epidemiológica e impulso al entonces denominado Sistema de Información en Salud (SIIS) con la promoción de la investigación para la toma de decisiones. Una de sus metas era la reducción del embarazo adolescente al 14% y el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, sin un indicador o valor específicos (1).

El Ejecutivo nada dijo, sin embargo, de la consulta preconcepcional -el momento que los servicios de salud ofrecen para ayudar a la futura madre a prepararse para tener un hijo en las mejores condiciones de salud- como no fuese una acción en el ámbito específico del control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2) estableció una definición de Control Prenatal como un conjunto de acciones y actividades para la mujer embarazada, con el objeto de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones; sin embargo, entre los numerosos indicadores presentes en esa guía, no definió ningún valor respecto de la proporción máxima de cesáreas o sobre un tiempo recomendable de intervalo entre gestaciones.

Situaciones como estas confirman que la asistencia sanitaria sexual y reproductiva, como un todo, puede llegar a ser difícil de medir, y sus componentes -aunque fáciles de valorar por separado- ofrecen apenas una vista del problema (3). Además, depende de la elaboración de información a partir de datos que tradicionalmente han sido mediatos o tardíos, particularmente en temas como morbilidad y mortalidad materna y perinatal (4). Los problemas del acceso a la consulta preconcepcional o al control prenatal y del parto por cesárea son reportados de tiempo en tiempo por diversos medios de comunicación o por instituciones de vigilancia y control (5-7), con diferentes consecuencias, pero problemas médicos tales como embarazo adolescente o -peor aún- múltiples adolescentes o adultas jóvenes, o el parto distócico en adolescentes o adultas jóvenes (significando esto parto instrumentado o cesárea) -que es una consecuencia del anterior- sugieren una vulnerabilidad de los sistemas de información en salud pública que no ha sido abordada ni por la P-SSR ni por los sistemas o actividades derivados de la normativa vigente (8, 9).

En Colombia, el Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales recoge información sobre hechos que ocurren a lo largo de la vida de las personas, uno de los cuales es el nacimiento. Cuenta con dos subsistemas, el de Registro Civil y el de Estadísticas Vitales; este último es un proceso que acopia datos y características de estos hechos para compilarlos, sistematizarlos, analizar y evaluar la información derivada, presentar los resultados y difundirlos (10).

Desde 2009 opera un nuevo sistema digital en línea orientado a remplazar los certificados físicos (en papel) de nacidos

vivos y defunción, denominado Registro Único de Afiliación en Salud, módulo de Nacimientos y Defunciones (RUAF-ND) (11, 12), cuyo propósito general es la gestión en tiempo real de estos en medio magnético, para reducir el tiempo de obtención, análisis y producción estadística de datos sobre hechos vitales. Este sistema se encuentra ubicado en el ciberespacio en la URL <http://nd.ruaf.gov.co:8074/websitende/login.aspx> y es operado en forma conjunta por el MPS y por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), cuyas oficinas pertinentes trabajan en conjunto con las Secretarías de Salud en su promoción, capacitación de profesionales de salud (mayoritaria pero no exclusivamente médicos), implementación a nivel hospitalario y primeros análisis. Este sistema normalmente es operado por técnicos y profesionales en estadística que no son del sector salud (de suyo es un requerimiento del DANE), lo que a su vez conlleva a que el análisis de ciertos fenómenos del proceso salud-enfermedad sea realizado por epidemiólogos y salubristas.

Dado este escenario, se considera la posibilidad de que el RUAF-ND sea también un sistema de “alerta temprana” en salud pública, aprovechable para complementar el análisis de problemas en salud de carácter poblacional. Así, el objetivo de este estudio es demostrar esta posibilidad a través de una exploración de datos del RUAF-ND, enfocada en este caso particular para establecer la magnitud del riesgo de la (multi)paridad adolescente y el parto distócico (por cesárea o instrumentado) a nivel poblacional, y cómo estos cálculos reflejan el estado de algunos postulados de la P-SSR.

Materiales y métodos

Estudio con enfoque cuantitativo en cohorte única ensamblada bajo circunstancia especial (13-14) -esto es, nacidos vivos- para ejecutar un análisis secundario de la base de datos RUAF-ND de la casuística de (multi)paridad en adolescentes y adultas jóvenes y parto distócico ocurrida en Bogotá durante el período 2009-2010. El RUAF-ND es una fuente terciaria y final, consolidación de las Estadísticas Vitales a partir del diligenciamiento *online* de certificados de nacidos vivos digitales por parte de los médicos. Los datos, a su vez, se derivan de las historias clínicas de las gestantes manejadas por ellos en cada IPS habilitada por las Secretarías de Salud para enviar o consultar los datos en el portal electrónico del RUAF-ND. El portal permite guardar en disco duro (*download*) los datos de nacidos vivos en formato de Valor Separado por Coma (*Comma Separated Value, CSV*); los datos del período se importaron y consolidaron en una base de datos en Microsoft Excel® versión 2007.

Por el carácter del RUAF-ND como sistema de registro poblacional de reciente implementación, se consideró la posibilidad de registros con datos incompletos o erróneos; por consiguiente se aplicaron criterios de filtrado e inclusión a partir de un conjunto de presunciones basadas en literatura médica y plausibilidad epidemiológica (cuadro 1). Mediante el paquete estadístico EpiINFO 3.5.2, se analizaron las variables (cuadro 2) utilizando medidas de frecuencia y tendencia central; variables continuas como edad de la madre, edad del padre y número de controles prenatales fueron exploradas utilizando correlación r^2 según Pearson.

Cuadro 1. Criterios para filtrado e inclusión en la base de datos de análisis.

Criterio	Parámetro	Observaciones
Registros	Incluidos todos aquellos registros sin casillas vacías; excluidos aquellos con resultado “sin información” o “ignorado”.	Propósito de estabilidad en el análisis de la base de datos.
Peso fetal	500 < g < 5000	Mínimos parámetros de viabilidad de un feto según la comunidad científica (10, 18)
Talla fetal	30 < cm < 60 25 < sem < 43	
Gestación		
Consultas prenatales	0 < CP < 20	Incluye el máximo número de consultas prenatales bajo condición de alto riesgo (8).
País de residencia	Colombia únicamente	Se desea estudiar únicamente población nacional.
Edad madre	11 < años < 50	Tiempo de menarquía, edad fértil y menopausia, usualmente aceptado por la comunidad médica (17, 19).
Hijos nacidos vivos	0 < hijos < 10	Número plausible de hijos nacidos vivos mujeres de población urbana o migrante (19).
Embarazos	0 < emb < 15	Número plausible de gestaciones en mujeres de población urbana o migrante (19).
Edad padre	14 < años < 70	Tiempo de edad fértil y andropausia usualmente aceptado por la comunidad médica (20).
Estado certificado	Confirmado	Status para análisis y archivo con carácter inmodificable

Para establecer diferencias entre el subgrupo de embarazadas preadolescentes o adolescentes –(pre)adolescentes- frente a adultas en cuanto a parto distócico, o la necesidad de atención médica inmediata para el neonato (propósito del puntaje Apgar al minuto) y el pronóstico neurológico (propósito del Apgar a los cinco minutos) (15), se utilizó *odds*

ratio (OR), calculado mediante tabla tetracórica con estadístico ji-cuadrado; la clasificación de preadolescencia, adolescencia y adultez fue tomada de aquella definida por la OMS (16). Se modeló la influencia de variables relacionadas con la madre sobre el riesgo de parto distócico mediante regresión logística.

Resultados

El cuadro 2 resume los datos de la distribución de nacidos vivos analizada. Se totalizaron 123.068 registros de nacidos vivos en el RUA-F-ND para Bogotá en el período 2009-2010, con 21.986 registros en 2009 y 101.082 en 2010; aplicados los criterios de inclusión, se totalizaron 101.484 registros de nacidos vivos 82,5% pertinentes para el análisis. Se encontró reducción del número de embarazadas no aseguradas entre 2009 y 2010, estando todas las demás en alguno de los regímenes (contributivo, subsidiado,

especial, de excepción). Prácticamente la totalidad de las pacientes no refirieron hacer parte de uno cualquiera de los grupos étnicos reconocidos legalmente (indígena, afrocolombiano, palenquero, raizal, gitano). Nueve de cada 10 embarazadas informaron tener residencia en Bogotá; su edad promedio fue de 26 años, y la edad del compañero fue cercana a los 30 años, casi cuatro años mayor; el estado conyugal más frecuente fue el de unión libre *de facto* (tiempo menor que dos años) o *de jure* (tiempo igual o mayor a dos años) en seis de cada diez casos, y casi la quinta parte de las madres informó ser soltera.

Cuadro 2. Análisis descriptivo de las variables seleccionadas.

Variable	Año			
	2009	2010		
	n	%	n	%
Total de nacidos vivos (NV) por año	17.954	-	83.530	-
Régimen seguridad				
• Asegurado	13.257	73,8	75.212	90,0
• No asegurado	4.697	26,2	8.318	10,0
Pertenencia étnica				
• Ningún grupo en particular	17.776	99,0	82.739	99,1
• Algún grupo étnico	178	1,0	1.151	0,9
Municipio de residencia				
• Bogotá, D.C	16.509	91,9	76.463	91,5
• Otros municipios	1.445	8,1	7.067	8,5
Edad de la madre (promedio)	25,4	-	26,1	-
Edad padre (promedio)	29	-	29,6	-
Estado conyugal madre				
• Está -o ha estado- casada	3.332	18,6%	18.721	22,4%
• No está casada, vive con su pareja	11.235	62,6%	50.549	60,5%
• Es madre soltera	3.387	18,9%	14.260	17,1%
Nivel educativo: ninguno hasta básica secundaria				
• Madre	6.790	37,8	23.656	28,3
• Padre	6.925	38,6	25.111	30,0
Número de embarazos (promedio)	2,1	-	2,0	-
Número de hijos nacidos vivos (promedio)	1,9	-	1,8	-
Fecha anterior hijo nacido vivo (promedio)	2004	-	2004	-
Tiempo de gestación en semanas (promedio)	38,2	-	38,3	-
• < 38 semanas	3.776	21,0	16.448	19,7
• 38 – 42 semanas	14.177	79,0	67.079	80,3
• > 42 semanas	1	0,0	3	0,0

Número de consultas prenatales (promedio)	6,0		6,7	
• 0 – 4 (insuficiente)	5.504	30,7	15.590	19,1
• 5 – 12 (usual)	12.056	67,1	65.447	78,4
• 13 – 20 (mayor al usual)	394	2,2	2.093	2,5
Multiplicidad embarazo				
• Simple	17607	98,1%	81974	98,1%
• Gemelar	335	1,9%	1492	1,8%
• Múltiple	12	0,1%	64	0,1%
Área de nacimiento				
• Cabecera municipal	17.947	99,9	83.463	99,9
• Otros	7	0,1	67	0,1
Sitio nacimiento				
• Institución de salud	17.947	99,9	83.463	99,9
Tipo de parto				
• Espontáneo	10.718	59,7	48.110	57,6
• Cesárea	6.706	37,4	32.268	38,6
• Instrumentado	530	3,0	3.152	3,8
Parto atendido por				
• Médico	17.946	99,9	83.465	99,9
• Otros	8	0,1	65	0,1
Sexo				
• Masculino	9.121	50,8	42.849	51,3
• Femenino	8.833	49,1	40.681	48,7
Puntaje Apgar (promedio)				
• Al minuto	8,1	-	8,2	-
• A los cinco minutos	9,5	-	9,5	-
Peso en gramos (promedio)				
• Masculino	3.007	-	3.011	-
• Femenino	2.907	-	2.907	-
Talla en centímetros (promedio)				
• Masculino	49,5	-	49,6	-
• Femenino	49,0	-	49,2	-

Al menos una tercera parte de las embarazadas y de sus compañeros informaron su nivel educativo entre “ninguna formación” hasta “básica secundaria” (otros niveles disponibles son “media”, “tecnológica”, “técnica”, “profesional”, “especialización”, “maestría” o “doctorado”). La quinta parte de las pacientes tuvieron parto prematuro o pretérmino en ambos años; se observó una reducción del número de casos con control prenatal insuficiente en una tercera parte entre 2009 y 2010. Prácticamente todas las maternas dieron a luz un único recién nacido, y el área de nacimiento fue la ciudad de

Bogotá (otras opciones son “centro rural poblado” o “rural disperso”). Más de la tercera parte de los casos correspondieron a un parto distócico (fuese cesárea o instrumentado) en ambos años; la atención correspondió al médico en prácticamente la totalidad de los casos (otros trabajadores de salud considerados son “enfermera”, “promotora”, “auxiliar”). La razón de masculinidad fue 1,03:1 en 2009 y 1,05:1 en 2010; el promedio para el puntaje Apgar al minuto y a los cinco minutos, el peso y la talla de los niños de ambos sexos correspondió al valor aceptado como “normal” (cuadro 2).

El cuadro 3 muestra los datos de la distribución, enfocando el análisis sobre los grupos de edad preadolescente y adolescente *respecto del total de la distribución de nacidos vivos*. El número de partos en adolescentes alcanzó la quinta parte de todos los nacimientos en 2009 y 2010; solo un mínimo porcentaje de pacientes de ambos subgrupos reportaron

no estar aseguradas a ningún régimen. El número de embarazos fue muy similar (si no idéntico) al número de nacidos vivos en cada subgrupo; el estado civil más frecuente fue unión libre *de facto* o *de jure*. El porcentaje de embarazadas adolescentes con parto prematuro y pretérmino alcanzó una quinta parte de la distribución total, y superó en tres puntos

Cuadro 3. Análisis estratificado de la distribución por grupo de edad (preadolescente, adolescente) y año.

Variable	Año 2009				Año 2010			
	Preadolesc	%*	Adolesc	%*	Preadolesc	%*	Adolesc	%*
Total de nacidos vivos (NV)	18	0,0	3833	21,3	62	0,0	14.774	17,7
Régimen seguridad								
• No asegurado	3	0,0	1281	1,5	9	0,1	2443	2,9
Número de embarazos (promedio)	1,0	-	1,3	-	1,0	-	1,2	-
Número de hijos nacidos vivos (promedio)	1,0	-	1,2	-	1,0	-	1,2	-
Estado conyugal madre								
• Está -o ha estado- casada	0	0,0	74	0,4	1	0,0	326	0,4
• No está casada, vive con su pareja	5	0,0	2.345	13,1	16	0,0	8.665	10,4
• Es madre soltera	13	0,0	1.414	7,9	45	0,0	5.783	6,9
Tiempo de gestación en semanas (promedio)								
• < 32	0	0,0	53	0,1	0	0,0	152	0,2
• 33-38	3	0,0	795	1,0	17	0,1	2.853	3,4
• 38 – 42	15	0,1	2.985	3,6	45	0,3	11.768	14,1
• > 42	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Número de consultas prenatales								
• 0 – 4 (insuficiente)	13	0,1	1.672	2,0	28	0,2	4.787	5,7
• 5 – 12 (usual)	5	0,0	2.138	2,6	34	0,2	9.863	11,8
• 13 – 20 (mayor al usual)	0	0,0	23	0,0	0	0,0	124	0,1
Tipo de parto								
• Espontáneo	10	0,1	2.646	3,2	33	0,2	10.023	12,0
• Cesárea	8	0,0	1.057	1,3	27	0,2	4.156	5,0
• Instrumentado	0	0,0	130	0,2	2	0,0	595	0,7
Puntaje Apgar (1 minuto)								
• Bajo (< 7)	0	0,0	137	0,2	0	0,0	408	0,5
• Normal (≥ 7)	18	0,1	3.696	4,4	62	0,3	14.366	17,2
Puntaje Apgar (5 minuto)								
• Bajo (< 7)	0	0,0	37	0,0	1	0,0	85	0,1
• Normal (≥ 7)	18	0,1	3.796	4,5	61	0,3	14.689	17,6

* Porcentaje de casos respecto del total de nacidos vivos (NV) por año – ver Cuadro 2.

porcentuales el número de adolescentes con parto a término. Cerca del 6% de todas las pacientes en ambos grupos específicos tuvieron insuficiente control prenatal; en 2010, el parto distócico superó el 6% del total de la distribución; en cada año, menos de un centenar de recién nacidos tuvo un Apgar bajo al minuto o a los cinco minutos.

Se encontró una correlación del 48% entre las edades de madres y padres, para el grupo general; la correlación entre madres (*pre*)adolescentes y padres

con edad igual o menor a 23 años fue de 11%, y la correlación entre edad materna y número de controles prenatales fue inexistente. El análisis de las diferencias entre subgrupos se reseña en el cuadro 4. El OR para la relación (*pre*)adolescentes - parto distócico entre ambos grupos fue de 1,69 ($\chi^2 = 944,96$; $p=0,0$). El OR para la relación (*pre*)adolescentes – Apgar bajo al minuto fue 1,31 ($\chi^2=31,27$, $p=0,001$), mientras que el OR para Apgar bajo a los cinco minutos fue de 1,40 ($\chi^2 = 10,78$; $p=0,001$).

Cuadro 4. Tablas de contingencia para Apgar al minuto, Apgar a los cinco minutos y parto distócico.

Apgar 1 Min		Bajo	Normal	Total
Grupo de Edad	Adolescente	545	18.142	18.687
	Adulta	1.846	80.951	82.797
	Total	2.391	99.093	101.484
Apgar 5 Min				
	Bajo	Normal	Total	
Grupo de Edad	Adolescente	123	18.564	18.687
	Adulta	389	82.408	82.797
	Total	512	100.972	101.484
Tipo De Parto				
		Eutócico	Distócico	Total
Grupo de Edad	Adolescente	12.706	5981	18.687
	Adulta	46.122	36.675	82.797
	Total	58.828	42.656	101.484

El cuadro 5 presenta los términos de la regresión logística con variable dependiente *parto distócico* y grupo seleccionado (*pre*)adolescentes. Se encontró un riesgo aumentado en 36%

para el número de hijos nacidos vivos, y en 100% para el tiempo de gestación; no se encontró asociación o diferencia estadísticamente significativa en cuanto al año de nacimiento.

Cuadro 5. Términos de ecuación de regresión logística

Parto distócico	OR	Coefficiente	DE	Z	valor p
Año (2009, 2010)	1,05	0,05	0,04	1,26	0,21
Número de embarazos	0,85	-0,16	0,06	-2,74	0,01
Número de hijos nacidos vivos	1,36	0,31	0,07	4,49	0,0
Tiempo de gestación	2,00	0,69	0,04	18,47	0,0
Número de controles prenatales	0,79	-0,24	0,03	-7,22	0,0
Constante	*	-101,01	79,67	-1,27	0,20

Discusión de resultados

Este estudio exploró las diferentes variables que componen la subrutina de Nacidos Vivos en el módulo RUAF-ND, y llevó al cálculo del riesgo inherente a la condición de (pre)adolescente y al parto distócico en Bogotá durante 2009 y 2010. No es, por cierto, lo único que se puede estudiar en el RUAF-ND, ya que también está la subrutina de Defunciones.

El módulo RUAF-ND aun está en crecimiento: su implementación reciente hace que aun estén por entrar muchas más IPS bogotanas (y en el país, todavía más). El RUAF-ND, por otra parte, no puede aumentar de momento su número de variables, ya que están directamente relacionadas con el certificado físico impreso por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el registro del nacido vivo. Por consiguiente, la principal bondad –y a la vez, su principal vulnerabilidad– estriba en el diligenciamiento de la base de datos *online*, tarea y responsabilidad que recae sobre el médico, dada la normativa vigente. Esto equivale a acciones de capacitación continua y a un proceso de inspección, vigilancia y control (IVC) incluido dentro de los lineamientos técnicos que la Secretaría Distrital de Salud imparte cada año a los hospitales locales de su red, y tareas

de búsqueda de registros físicos (aún en uso), recopilación o revisión de datos aislados -incorrectos o incoherentes- y análisis descriptivo.

Desde lo teórico, este ejercicio buscaba varias cosas: a) “cerrar el círculo” de ese proceso que conocemos como “vigilancia epidemiológica”, con el uso de herramientas sencillas propias de la estadística inferencial y la minería de datos, disponibles –en principio- en los paquetes estadísticos usualmente empleados en nuestro medio; b) explorar la posibilidad para que las estadísticas vitales pasen de un registro de consulta mediata y mucho después de ocurridos los hechos, a un sistema de vigilancia *en tiempo real*, complementario –ni más faltaba- de otros tales como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, SIVIGILA (9); c) ayudar a disolver la impresión tradicional de unas estadísticas vitales tardías y propensas a errores, cuando debe ser tarea incansable de técnicos y profesionales el intentar corregir sus falencias, y no simplemente por un interés académico o profesional, sino en función del dictado de la normativa (9).

Al examinar los resultados de este ejercicio, la realidad que estos presentan es fuerte; máxime si resulta ser confirmada por otros organismos nacionales o distritales de control. Este

estudio confirma –con menos casos- lo encontrado por la Veeduría Distrital (7) en cuanto a la proporción de cesáreas (37% en 2009) y plantea desde ya una preocupante tendencia ascendente, contra lo planteado por la OMS (21, 22) y por la misma P-SSR (1). ¿Fracasaron la consejería preconcepcional y el control prenatal? La mirada desde las estadísticas vitales en Bogotá, 2009-2010 sugiere, cuanto menos, que si bien ha habido un esfuerzo en aseguramiento y en calidad de prestación de servicios, ha fallado la promoción de los DSR y la prevención de situaciones literalmente “embarazosas”, tales como la presencia de (multi)paridad adolescente y de mujeres adultas. Además, confirma un dato reportado por el Convenio Andino Hipólito Unanue acerca del embarazo adolescente de 16,8% en 2005, confirma y triplica el número de uniones libres, eclipsa los datos de embarazo prematuro y pretérmino ahí reportados (763 entre 10.550 partos, contra 152 + 2.853 entre 14.774 solo en 2010), y reitera la alarma lanzada en dicho documento: “*es importante no subestimar el problema por su baja incidencia*” (23).

Aquí cabe preguntarse –ya que es imposible saberlo únicamente desde el RUA-F-ND- ¿Qué pasó, por ejemplo, con las campañas asociables a sexo seguro y evitación del embarazo? ¿Qué pasó con la promoción de los DSR, que incluye el saber escoger pareja, formalizar relaciones e integrarse en el contexto social? Ha bajado el porcentaje de embarazo adolescente, pero aún sigue por encima de la meta propuesta por el documento de P-SSR. La P-SSR señala claramente (1) “*el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas, el alto porcentaje de embarazos no planeados*”, problema todavía evidente en estadísticas

disponibles “en tiempo real” siete años después de promulgada. Problema que no se soluciona con el aumento del número de cesáreas, a su vez reflejo del número de IPS, médicos y equipos especializados en atención quirúrgica del parto, por un lado, y de paradigmas o motivos detrás de dicho abordaje para la paciente embarazada contrarios al dictado de la OMS.

En conclusión, aplicando criterios médicos y epidemiológicos para procesar los datos del RUA-F-ND, es posible complementar muy bien el trabajo dedicado de los técnicos en estadística que velan por la integridad de esta base de datos. Utilizando las funciones de programación relativamente sencillas que traen la mayoría de los paquetes estadísticos tales como EpiINFO o SPSS –de uso en la Secretaría Distrital de Salud-, es posible crear algoritmos que, aplicados a intervalos regulares –como un período epidemiológico- es posible extraer información que se suma a la obtenida por otros sistemas de información en el marco del Sistema de Información de la Protección Social, en tiempo real y con capacidad de “alerta temprana” frente a situaciones de salud poblacional.

Los profesionales y técnicos que trabajan con Estadísticas Vitales se beneficiarían de cursos de extensión o diplomados en demografía médica y minería de datos, amén de otros temas que propongan una integración en varias dimensiones de la salud pública y la epidemiología. Para los epidemiólogos clínicos, es menester enfocar un poco de esfuerzo en estimar los costos y en cuantificar la relación riesgo/beneficio del embarazo adolescente y del parto distócico, tal que se cuente con indicadores comparables a los de las demás naciones andinas o ‘desarrolladas’.

En este escenario y la reciente sanción presidencial de la Ley 1438 de 2011 –que establece un nuevo Plan Decenal de Salud, para ser puesto en marcha desde 2012 (24)- es urgentísima la renovación de la P-SSR, vigente desde 2003, y de la resolución del Ministerio de Salud 412 de 2000, en lo tocante a consejería preconcepcional y control prenatal. De lo contrario habrá que confirmar tristemente y no solo vía RUAF-ND, el fracaso de la política y la estrategia nacional en salud sexual y reproductiva.

Agradecimientos

El autor desea agradecer al señor Oscar Manrique Ladino, Jefe de la Oficina de Planeación del Hospital del Sur E.S.E, y a Oneida Castañeda Porras, del programa de entrenamiento de epidemiólogos de campo TEPHINET SEA del Instituto

Nacional de Salud por sus comentarios y críticas antes y durante la redacción de este manuscrito. También quiero agradecer a Pilar Macana, Ramiro García y Aura Lucía Torres, por la instrucción recibida acerca del módulo RUAF-ND durante mi estancia en el Hospital del Sur E.S.E.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Financiación

Este manuscrito fue realizado como derivación de la función “Analizar información obtenida de certificados ND” (Nacido vivo y Defunción), contemplada en la Orden de Servicios 107 de 2010, Hospital del Sur E.S.E.

REFERENCIAS

- 1 República de Colombia – Ministerio de la Protección Social. Política de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, El ministerio; 2003: 10-12.
- 2 Secretaría Distrital de Salud – Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología. Guía de control prenatal y factores de riesgo. Bogotá, la Secretaría, c. 2004: 6-7.
- 3 de Francisco A, Dixon-Mueller R, d’Arcangues C. *Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios*. Ginebra, Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud; 2007: 60-61.
- 4 MacMahon B, Trichopoulos D. *Epidemiology – Principles and Methods*. Boston, 2nd ed.; Little, Brown and Co.: 1996: 90-91.
- 5 ¿Por qué tantas cesáreas? [en línea]. Colombia: El Espectador; 2011. [Fecha de acceso: 09 de enero de 2011]. URL disponible en: <http://www.elespectador.com/print/243919>.
- 6 Madres adolescentes en Colombia, una realidad embarazosa. [en línea]. Colombia: Caracol Televisión; 2010. [Fecha de acceso: 09 de enero de 2011]. URL disponible en: <http://www.caracoltv.com/producciones/informativos/septimodia/video-185514-madres-adolescentes-colombia-una-realidad-embarazosa>.
- 7 Gil JA, Sánchez AE, Muriel AL. Cómo avanza el Distrito en Salud - Análisis del período 2008-2009. Bogotá, Veeduría Distrital; 2009; 17-18.
- 8 República de Colombia - Ministerio de Salud. Resolución por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención

- para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Resolución 412 de 2000 (febrero 25).
- 9 República de Colombia - Ministerio de la Protección Social - Decreto por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Decreto 3518 de 2006 (09 de octubre).
 - 10 Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Metodología Estadísticas Vitales. Bogotá, el Departamento; 2009: 18-20.
 - 11 Ministerio de Protección Social – Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Preguntas Frecuentes Estadísticas Vitales – Módulo de nacimientos y defunciones del RUAF. Bogotá, Comité Temático Proyecto RUAF_ND; 2009.
 - 12 Ministerio de Protección Social – Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Circular Externa sobre nuevos certificados de nacido vivo y defunción. Circular Externa 0081 de 2007 (noviembre 13).
 - 13 Guerrero R, González CL, Medina EL. Epidemiología. Willmington, Addison-Wesley Iberoamericana S.A.: 1981; 113-114.
 - 14 Londoño JL. *Metodología de la investigación epidemiológica*. Bogotá, 4a. ed.; Editorial El Manual Moderno: 2010; 67-80.
 - 15 Casey BM, McIntire DD, Levend KJ. *The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants*. N Engl J Med 2001; 344(7):467-71.
 - 16 León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. *Embarazo adolescente*. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008;5(1): 42-51.
 - 17 Conde LH, Rueda A, Gracia B, Hormaza A, Agudelo JA. *Edad sexual en escolares de Cali, Colombia*. Colomb Med 2003;34(2):69-76.
 - 18 Instituto Nacional de Salud. *Protocolo de mortalidad perinatal*. Bogotá, el Instituto: 2007; 5-6.
 - 19 Fecundidad. [en línea]. Colombia: Profamilia; 2010. [Fecha de acceso: 09 de enero de 2011]. URL disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/05fecundidad/01niveles.htm>.
 - 20 Parra GA. *Geriatría clínica: un reto para el futuro cercano* (ed). MedUNAB 2001;4(12):161-163.
 - 21 Betrán AP, Meriardi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatr Perinat Epidemiol 2007;21(2):98-113.
 - 22 Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Meriardi M, Souza JP, Wojdyla D, et al. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying caesarean sections. Reprod Health 2009, 6:18 doi:10.1186/1742-4755-6-18.
 - 23 Organismo Regional Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. *El embarazo en adolescentes en la subregión andina*. Lima, el organismo: 2008: 2-20.
 - 24 Congreso de Colombia - Ley por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1438 de 2011 (enero 19).