



**DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD EN MORTALIDAD MATERNA.**

**PRESENTADO POR:**

**ADRIANA PAOLA LOPEZ  
BETZY GIOMAR ZUÑIGA  
GLADYS SOCORRO OSPINA  
SANDRA MIREYA OCAMPO**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES  
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD  
CALI-VALLE  
2015**

**AGRADECIMIENTOS**

**TABLA DE CONTENIDO**

**TABLAS Y GRAFICOS**



**VICERRECTORÍA ACADÉMICA  
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y  
DESARROLLO**

**2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO**

Título: DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD EN MORTALIDAD  
MATERNA

Investigador Principal: GLADYS SOCORRO OSPINA

Coinvestigador  
ADRIANA PAOLA LOPEZ

Dedicación: 2 HORAS DIARIAS

Coinvestigador  
BETZYZ GIOMAR ZUÑIGA

Dedicación: 2 HORAS DIARIAS

Coinvestigador  
SANDRA MIREYA OCAMPO

Dedicación: 2 HORAS DIARIAS

Asistente de Investigación

Trabajo de Grado  
Semillero

Asistente de Investigación

Trabajo de Grado  
Semillero

Línea de Investigación: Gestión de la calidad

Área de conocimiento a la que aplica:

Programa de Posgrado al que se articula: ADMINISTRACION EN SALUD

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: Popayán                      Departamento: Cauca

Duración del Proyecto (periodos académicos): 12 meses

### 3. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es la defunción de la mujer gestante durante el embarazo, parto, o puerperio, hasta 40 días por causas no accidentales o incidentales. A nivel mundial la mortalidad materna es considerada un problema de intereses en salud de alto impacto, en la actualidad se cuenta con evidencia que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud, que muchas veces ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo.

Las principales causas de muerte materna son las infecciones bacterianas, toxemia del embarazo, hemorragias obstétricas, embarazo ectópico, sepsis durante el puerperio, embolismo del líquido amniótico y complicaciones de un aborto; Algunas causas secundarias o indirectas de las muertes maternas incluyen la malaria, anemia, infecciones por VIH o SIDA, suicidio y enfermedades cardiovasculares que complican el embarazo o son agravados por el mismo.(15)

La muerte materna no sólo es un fallecimiento más, sino por el contrario, es el inicio de una desestructuración de la unidad de la sociedad como es la familia, la cual puede desencadenar en abandono de los hijos por parte del padre, mayor analfabetismo, delincuencia y mayor pobreza en las comunidades. La estrategia debe ser constante, sostenible y apoyada por las autoridades las cuales deben ser capaces de precautelar la salud de las mujeres que son el centro de la familia.

Para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas y los obstáculos al acceso a los servicios; Para ello, es necesario comprender los determinantes sociales que pueden impactar la salud de las maternas en el Departamento del Cauca.

Entre las razones por las cuales las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas naturales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna infantil son el costo, el temor, el maltrato recibido, el tiempo de espera, el desconocimiento, la vergüenza y la distancia al centro asistencial más cercano.

En esta investigación nos centramos en el estudio de los determinantes sociales que afectaron la salud de las maternas.

Los determinantes sociales según la OMS se definen como: situaciones, condiciones o circunstancias sociales que hacen parte del bienestar, la calidad y el desarrollo humano que ejercen influencia sobre la salud de las personas que actuando e interactuando en diferentes niveles de organización determinan el estado de salud de la población.

En este estudio se describe la influencia de los determinantes sociales en salud en la mortalidad materna, a través de las unidades de análisis de los casos presentados hasta la semana 40 de 2014 en el Departamento del Cauca; se realizara un estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo del total de casos de mortalidad materna. Para la realización del estudio se utilizó como fuente las historias clínicas, los estudios de campo y las unidades de análisis de cada uno de los casos, cuya información se registrara en fichas o formularios. En los resultados se identificaron los determinantes sociales estructurales e intermedios que influyeron en la mortalidad materna.

## 4. OBJETIVOS

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir la influencia de los determinantes sociales en salud en la mortalidad materna, a través de las unidades de análisis de los casos presentados hasta la semana 40 de 2014 en el Departamento del Cauca.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los determinantes sociales en salud estructurales como, nivel socioeconómico, edad, etnia, nivel educativo y territorial en los casos de mortalidad materna.
- Describir los determinantes sociales intermedios como, servicios en salud y factores conductuales en los casos de mortalidad materna.
- Realizar análisis de bases de datos, concordancia SIVIGILA - RUAF e informes de análisis de los casos presentados

## 5. REFERENTE TEÓRICO

### 5.1 MARCO TEÓRICO

Mortalidad Materna: La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. Se da debido a cualquier situación relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (5)

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública a nivel mundial, este indicador afecta principalmente a los países en desarrollo en un 99%, siendo el riesgo de muerte para las embarazadas de 1 en 75, mientras que para los países desarrollados el riesgo es 1 en 7.300, también se ha demostrado que en el 2013 aproximadamente 289.000 mujeres murieron de complicaciones relacionadas con el embarazo parto o puerperio; el reporte de la Organización Mundial de la salud (OMS) señala que el 80% de las muertes ocurrieron debido a causas obstétricas directas, destacan las hemorragias graves (25%), infecciones (15%) y preclamsia (12%), el 8% de esas muertes ocurrieron posteriores al parto. (6)

Es un hecho que el país ha tenido planes nacionales de choque contra la mortalidad materna en la última década, sin embargo no se ha reducido la brecha, esto debido a que los países en desarrollo tienen muchos problemas de acceso, presentan inequidades en la atención de los servicios de salud, además que en la mayoría de los casos solo se tiene en cuenta las cifras mas no los factores que llevaron a la muerte materna.

En el 2000 la ONU propuso ocho objetivos encaminados a luchar contra el hambre, la pobreza, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer por ellos el quinto objetivo de desarrollo del milenio (ODM) 5 consiste en mejorar la salud materna y las metas de reducir la razón de la mortalidad en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 y lograr para el 2015 el acceso universal a la salud reproductiva, pero los esfuerzo no han sido suficientes para el logro de la meta a un año de la meta la reducción está en un 45% de 75% que es la meta. (6), el estado ha hecho un esfuerzo grande para avanzar en esta meta, tratando de mejorar la calidad en la atención en zonas rurales para la población más vulnerable, promoviendo la educación ya que la mortalidad materna está muy relacionada con el analfabetismo, se ha mejorado en cobertura en promoción y prevención y sistemas de información lo cual hace que las IPS sientan la obligación de realizar un seguimiento a sus gestantes para el

cumplimiento de las metas.

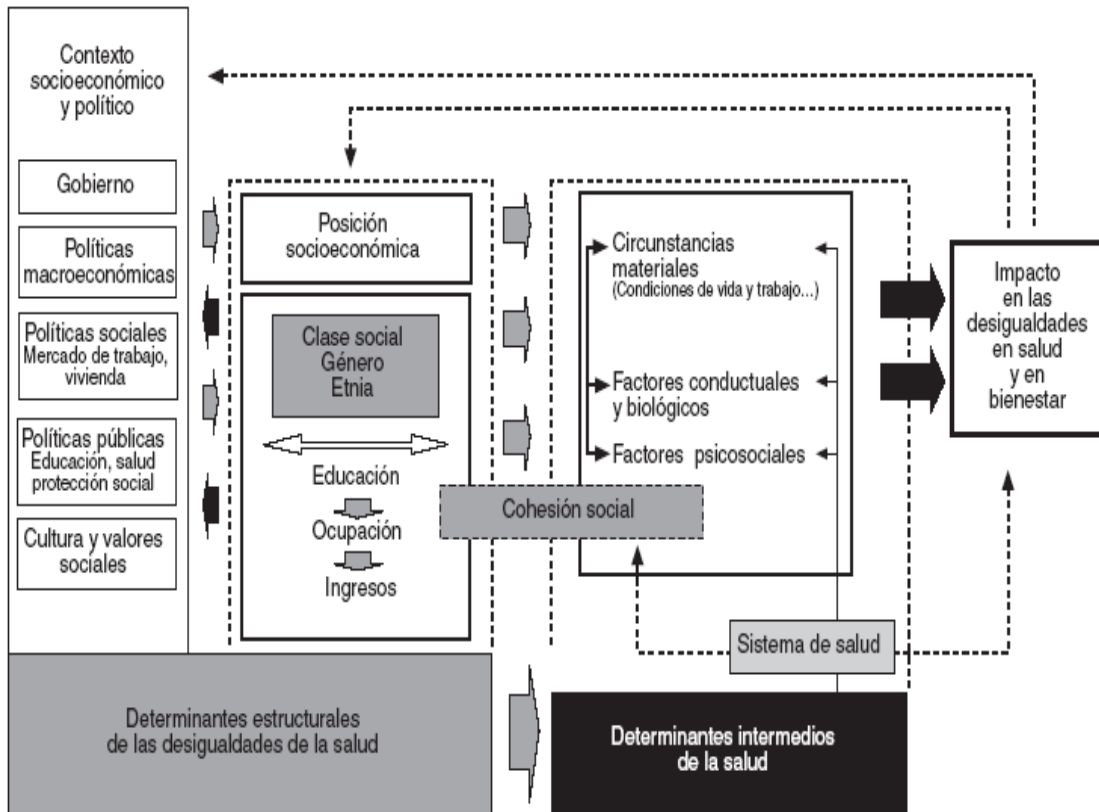
Es importante resaltar que los factores de riesgo relacionados con la mortalidad materna son definidos como aquellas condiciones, motivos o causas determinantes que originan las muertes maternas. Un enfoque de riesgo es la identificación de un conjunto de factores que al estar presente en el individuo aumenta la probabilidad de que experimente un daño, por ello de acuerdo al enfoque la atención prenatal ubica a la población en dos grupos: embarazadas de bajo riesgo y embarazadas de alto riesgo obstétrico.

En esta investigación nos centraremos en el estudio de los determinantes sociales que pueden afectar la salud de las maternas, los determinantes sociales según la OMS se definen como: situaciones, condiciones o circunstancias sociales que hacen parte del bienestar, la calidad y el desarrollo humano que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que actuando e interactuando en diferentes niveles de organización que determinan el estado de salud de la población.

A continuación se presenta el esquema utilizado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), que sintetiza los principales componentes de este enfoque<sup>1</sup>.

**Esquema conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud**

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.



Fuente: Solar e Irwin<sup>1</sup>.

## 1.- DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS DESIGUALDADES DE LA SALUD.

### 1.1.- El contexto socioeconómico y político

Este determinante se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social, incluyendo como principales elementos a considerar, los siguientes:

- **Gobierno** en su aspecto amplio, es decir, considerando la tradición política, la transparencia y la corrupción.
- **Políticas macroeconómicas** como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo.
- **Políticas sociales** que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda.
- **Políticas públicas** que inciden en el acceso de la población a distintos



servicios, como son las políticas de educación, salud, vivienda, etc.

- **Valores sociales y culturales**, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.

## 1.2.- La posición socioeconómica.

Entre los determinantes estructurales de las desigualdades en salud, también se incluyen distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto, la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza.

Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos. La desigualdad que se produce se define a la relación en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos es para las personas más privilegiadas y las personas con el menor poder tienen peor acceso a los servicios.

Estos ejes de desigualdad se vinculan con el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias”, que se denominan clasismo, sexismo o racismo.

## 2.- DETERMINANTES INTERMEDIARIOS.

### 2.1.- Circunstancias materiales.

Las circunstancias materiales se refieren a las condiciones materiales en las cuales las personas nacen y se desarrollan durante su ciclo vital, determinando sus condiciones de subsistencia y sus posibilidades de satisfacer sus necesidades. Entre estas circunstancias materiales se considerarán las **condiciones medioambientales** existentes en la región (en cuanto a la calidad del aire, el control de residuos, la zoonosis y otras situaciones específicas de cada realidad local), el acceso de la población a **servicios a nivel comunitario** (sala cuna, servicios de emergencia, infraestructura, servicios públicos, tecnología, eventos culturales, percepciones de acceso, etc.), y las condiciones del hábitat, enfocándose principalmente en las **viviendas** (cantidad, tipo de construcción, propiedad, etc.) y en el acceso a **servicios básicos** (como agua potable, alcantarillado y luz eléctrica), por otra parte, de acuerdo a la disponibilidad de información, se incorporarán antecedentes sobre **las condiciones de trabajo**, es decir, las circunstancias en las que las personas se desempeñan laboralmente y

los sistemas de protección social a los que acceden.

## 2.2.- Factores biológicos, conductuales y psicosociales.

Los factores biológicos son inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. En el caso de los diagnósticos regionales, se considerarán factores vinculados a la composición de la población, que pueden ser relevantes para el diseño de estrategias a nivel local, como es el caso del **sexo** y la **edad**.

Los factores psicosociales y conductuales aluden a elementos del entorno de las personas y de su estilo de vida, que pueden incidir en el estado de salud, generalmente se distingue entre factores protectores y de riesgo. Entre los factores de este tipo, pueden mencionarse aquellos vinculados a las **redes sociales** de las personas y su nivel de **participación** (redes de apoyo, participación política y social, etc.), los hábitos de vida en materia de **alimentación** (calidad de la alimentación, desnutrición infantil, sobrepeso y obesidad), **práctica de actividad física** (nivel de sedentarismo de la población regional), consumo de sustancias lícitas e ilícitas, **comportamientos sexuales** (iniciación sexual, prevención de embarazos no deseados, prevención de VIH/SIDA e ITS, etc.) y situaciones de **estrés** (por ejemplo, asociadas al ámbito ocupacional). Además, se deben incluir antecedentes regionales sobre **violencia** en sus diversas manifestaciones (maltrato infantil, violencia familiar, abuso, femicidio, homicidios, suicidios, etc).

## 2.3.- Sistemas de salud.

El sistema de salud también constituye un determinante social de la salud, en tanto las desigualdades de acceso y de calidad del mismo, inciden en las desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades, y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad. En este sentido, se deben considerar en el análisis datos sobre la **estructura del sistema de salud y los recursos** de que dispone la región, las **redes asistenciales** y la dotación de personal en las regiones (que determinan la oferta existente y las posibilidades de derivación de las personas), la **cobertura** y el **acceso a los servicios de salud**, así como la situación de la población en materia de **previsión de salud** (7).

La normatividad sobre la mortalidad materna. En el contexto de la Constitución Política de 1991 y la ley 100 de 1993, el Ministerio de Protección Social en colaboración con las instituciones con responsabilidades en el tema han establecido directrices para el mejoramiento de la atención obstétrica, la red de prestación de servicios, el monitoreo, seguimiento, vigilancia y control de las

acciones que permitan la reducción de los factores de riesgo y de la mortalidad materna. (8,9) A pesar de los esfuerzos que se adelantan para el mejoramiento de la atención materno – infantil, se continúan presentando casos de muertes maternas debido a que el enfoque que ha realizado el gobierno en la intervención del tema de salud sin tener en cuenta el entorno social, económico, psicológico y cultural de los usuarios.

El Ministerio de Salud a través del acuerdo 117 de 1998 y en colaboración con el fondo de población de la Naciones Unidas elaboro las normas guías de atención en Salud sexual y Reproductiva como la resolución 412 del 2000 la cual fue actualizada en el 2007, estos documentos tienen como objetivo central garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población e impactar los problemas más relevantes en el tema (embarazos no planeados, complicaciones del embarazo, parto, puerperio, muerte maternas y perinatales. (9, 10) El estado estipulo que las EPS son las responsables de la gestión del riesgo de los usuarios y la intervención oportuna a estos, es por ello que las EPS deben contar una red de prestación de servicios que les garanticen a los usuarios una atención oportuna y con calidad.

El Plan Decenal de Salud Pública se propone como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible afectando positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. (11) El gobierno está realizando esfuerzos normativamente con el fin de lograr equidad y universalidad en el Sistema de Salud, lo importante es el desarrollo y la puesta en marcha y el cumplimiento de estas por las entidades de salud.

A nivel mundial se realizaron estudios. En México, Jalisco se realizó un estudio cuyo objetivo es analizar los aspectos sociales de las muertes maternas ocurridas en el Hospital General de Occidente, Jalisco, México (2006-2010). Método: Se recurrió al archivo del hospital para identificar los expedientes de las muertes maternas ocurridas durante el periodo de estudio. Las fuentes de información fueron certificados de defunción, autopsia verbal, cuestionario confidencial y dictamen de las muertes. Se utilizó estadística descriptiva y medidas de tendencia central para el análisis de la información. Resultados: Se identificaron 22 muertes maternas, evidenciando un aumento de las muertes maternas durante el periodo de estudio. La edad media fue de 28,27 años, el 68,27% se dedicaba actividades del hogar, 45% vivían en unión libre, 55% no tenían registro de tener seguridad social, el 50% poseían estudios de primaria o menos, y solo 77,2% presentaba control prenatal. El autor señala que la presencia de factores sociales, que además de los clínicos, y que inciden en la muerte materna, deben ser conocidos por el personal del servicio de obstetricia, y deben ser considerados para el diseño e implementación de acciones para disminuir la muerte materna en todos los

niveles de atención. (12) Es importante que los profesionales de salud tengan en cuenta los factores sociales que puedan afectar la salud de las gestantes y de los usuarios en general, se debe realizar detección temprana de los riesgos para evitar complicaciones.

El estudio de Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años 2000-2001, 2005-2006 y 2008-2009 reveló la gran brecha existente en la mortalidad materna entre los departamentos de Colombia, y entre Colombia comparada con los mejores países del mundo en mortalidad materna. Donde refleja que la disminución de la mortalidad materna en Colombia no se ha dado en la misma medida como ha ocurrido con los otros países del mundo, y que dentro de Colombia, la disminución no ha sido igual para todas las regiones e incluso se evidencia un empeoramiento de esta brecha. Los Departamentos más afectados por esta situación son aquellos con presentación de altas proporciones de población con Necesidades básicas insatisfechas (NBI) (Chocó y Guainía), lo que pone de presente el papel de los determinantes sociales en la permanencia y decadencia de estas inequidades al interior del país, si se considera que el indicador de NBI refleja el estado de variables como hacinamiento, condiciones de vivienda, educación, entre otras, que se corresponden con las mencionadas por el grupo de determinantes de la OMS. (13) El territorio colombiano tiene una gran diversidad de geografía, de etnias y culturas, esto hace que algunos presenten necesidades básicas insatisfechas más altas que otros; un ejemplo de ello es la población del Departamento del Cauca en el cual el 56,31% son mestizos, el 2,19% son afro descendientes y el 21,5% son indígenas cada uno de ellos tiene sus costumbres y culturas, es necesario por ello que se realicen intervenciones adecuadas interculturalmente, con enfoque diferencial y la participación intersectorial que permitan disminuir la mortalidad materna en el Departamento del Cauca.

Según el estudio “Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe el cual los factores asociados a la mortalidad materna. Para esto, se planteó una revisión sistemática clásica en cinco bases de datos y se evaluó la calidad de la evidencia por medio de la escala SIGN. Se incluyeron estudios originales sobre las causas y factores que conllevan a la mortalidad materna en los países de Latinoamérica y el Caribe. Se encontraron 999 artículos, de estos diez cumplieron los criterios de inclusión, en los cuales se evidenció que los trastornos hipertensivos corresponden a la primera causa de muerte materna y le siguen las hemorragias obstétricas. Los estudios se quedan cortos en el análisis contextual y aunque algunos de ellos presentan una aproximación a los determinantes sociales, no los refieren explícitamente, por lo cual no han sido cuantificados, y esto hace que la reflexión se quede en un nivel teórico y no se materialice en escenarios específicos, por lo cual se hace necesario desarrollar investigaciones en este sentido”, (14) por lo tanto en el

Departamento de Cauca se pretende llegar a la realidad de las muertes maternas por medio de los determinantes sociales, que no solo se quede en estudios, ni estadísticas, ni supuestos, ni aproximaciones, en si llegar a la realidad del problema para que los entes territoriales le den la mayor importancia a la situación ya que es la vida de muchas personas las que se pierden día a día.

### **MODELO PARA EL ANÁLISIS**

La muerte materna obedece a factores biológicos, factores asociados a la atención en el sistema de salud y también a muchos otros de índole social, económica y cultural.

Todos ellos se pueden detectar en el análisis de las muertes con el modelo de camino

para la supervivencia a la muerte materna, en el cual se identifican cuatro retrasos que favorecen la muerte materna:

Demora 1. La gestante no reconoce oportunamente los signos de alarma.

Demora 2. La gestante no decide buscar atención.

Demora 3. La gestante tiene dificultades para el acceso a la atención.

Demora 4. La gestante no recibe atención de calidad en los establecimientos de salud

## **6. METODOLOGÍA**

La investigación se realizó a través de un estudio cuantitativo-descriptivo-retrospectivo con el objetivo de identificar los determinantes sociales en salud que han influido en la mortalidad materna en los casos presentados hasta la semana 40 del 2014 en el departamento del Cauca.

Población: La población de la investigación está constituida en el total de los casos de muerte materna presentados hasta la semana 40 del 2014 en el departamento del Cauca; el número de muertes reportadas al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), en concordancia con el Registro Único de Afiliados (RUAF) fueron 22 en números absolutos.

Técnica e instrumentos de recolección de datos: En el estudio se utilizó como fuente las historias clínicas, los estudios de campo y las unidades de análisis de cada uno de los casos, esta información se registró en fichas o formularios de muerte materna, obtenidos de un estudio elaborado por Wilmaris Vega de Hernández, Factores de riesgo relacionados con la mortalidad materna “Dr Placido Daniel Rodríguez Rivero” San Felipe. Estado Yaracuy, 2010. El cual incluye tres formularios o fichas 1. Revisión de Historias Clínicas, 2. Entrevista domiciliaria a

### familiares, 3. Análisis de muerte materna (15)

La recolección de la información para el desarrollo de la investigación se realizó en los siguientes pasos:

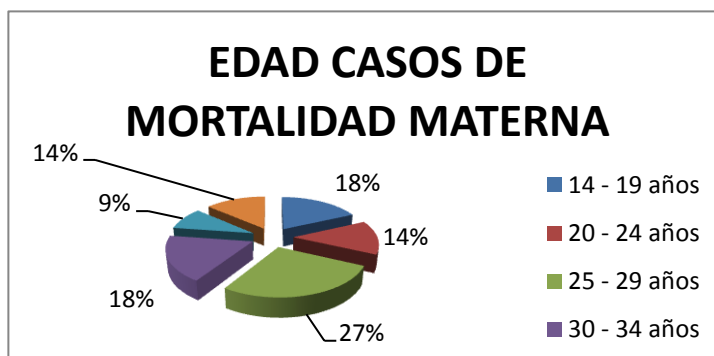
- 1) Revisión de la información teórica y normatividad sobre el tema de mortalidad materna y los determinantes sociales en salud.
- 2) Oficio dirigido al Secretario de Salud del Departamento del Cauca en el cual se le solicitó la autorización para la revisión de la información de cada uno de los casos de mortalidad materna, presentados hasta la semana 40 del 2014 que reposan en el departamento de Vigilancia de la secretaria de salud, que incluye la copia de la Historia Clínica, estudio de Campo, Unidades de análisis e informes de los certificados de defunción.
- 3) Investigación de las muertes maternas a través de la revisión de las historias clínicas y revisión de estudio de campo de las visitas domiciliarias realizadas los municipios del Departamento del Cauca donde se presentaron las muertes maternas. Información que será suministrada por la secretaria del departamento del Cauca, mediante una solicitud escrita al secretario de salud.
- 4) Se realizó el diligenciamiento del formulario para el análisis de la muerte materna, utilizado para medir el riesgo personal, social, familiar, también la calidad y accesibilidad de los servicios.
- 5) Recolección y procesamiento de los datos: se utilizó como fuente secundaria las historias clínicas y estudios de campo realizados a las muertes maternas, para el análisis de la información se elaboró un cuadro estadísticos donde se incluyó la información recolectada, se realizó análisis de la calidad del dato y finalmente se describieron los determinantes sociales que influyeron en la mortalidad materna.

6) Conclusiones y recomendaciones: La investigación va servir para intervenir los determinantes que influyen en la mortalidad materna del Departamento del Cauca, ya que esta información servirá para su respectivo análisis y toma de decisiones a la secretaria de departamental de salud del Cauca.

## 7. RESULTADOS O DISCUSIÓN

### 7.1 NIVEL SOCIO ECONOMICO

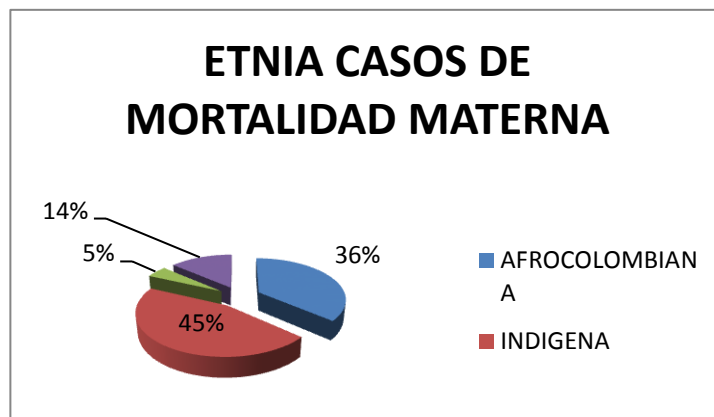
Gráfico N° 1



Fuente: Area sistema de información SSDC SIVIGILA - RUAF

Una cuarta parte de la población de investigación se encuentra en un rango de edad de 25 a 29 años, edad que según la literatura es la propicia para la gestación, con menos riesgo para la madre y el feto. A pesar de la problemática que se evidencia en el departamento del Cauca en cuanto a los embarazos en adolescente se evidencia que menor porcentaje de eventos se encuentra en ese rango de edad.

Gráfico N° 2

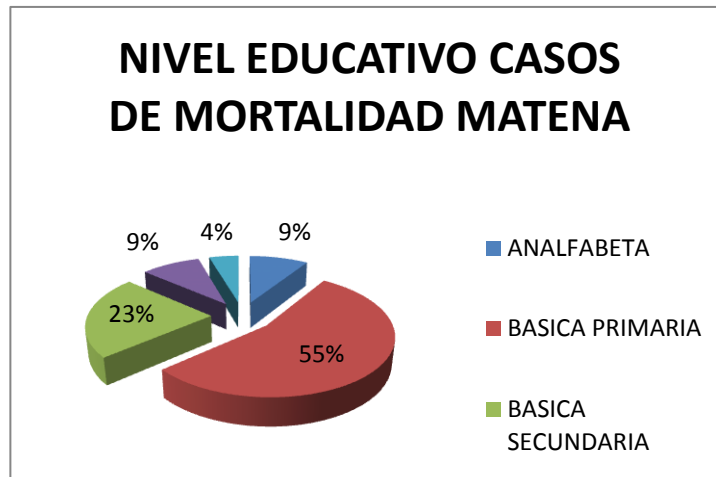


Fuente: Area sistema de información SSDC SIVIGILA - RUAF

Practicamente dos cuartas partes de la población de investigación pertenecen a la

etnia indígena, en las comunidades indígenas se ha podido evidenciar que se le da más importancia a la medicina tradicional que a la occidental. También hay una buena representación de la etnia afrocolombiana, estas dos etnias son muy predominantes en el departamento del Cauca.

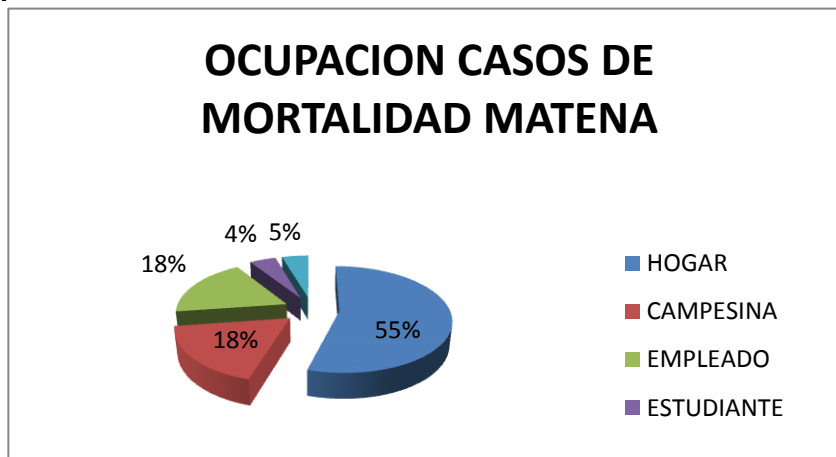
**Gráfico N° 3**



*Fuente: Area sistema de información SSDC SIVIGILA - RUAF*

La mitad de la población se encuentra en un nivel educativo muy bajo, lo que lleva a un nivel económico bajo, debido a que no podrán tener acceso a un empleo de calidad, con alta productividad y buena remuneración.

**Gráfico N° 4**



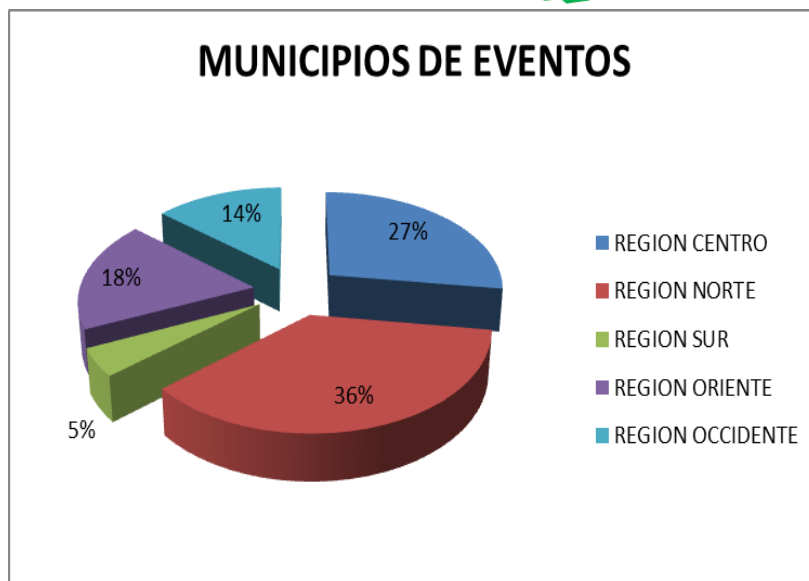
*Fuente: Area sistema de información SSDC SIVIGILA - RUAF*

Teniendo en cuenta el análisis anterior sobre el nivel educativo con esta gráfica se puede evidenciar que la mayoría de la población de nuestra investigación no tenían ingresos económicos debido a que no contaba con un empleo. Solo una cuarta



parte de ellos laboraba, al cruzar los datos se evidencia que eran las mujeres que tenían nivel educativo tecnólogo y universitario

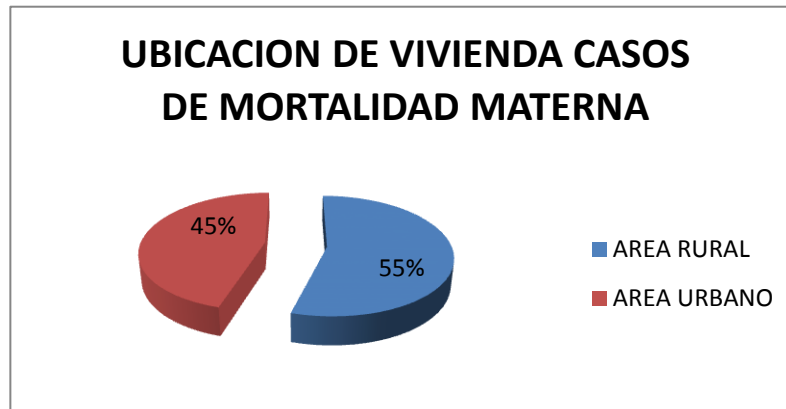
**Gráfico N° 5**



Fuente: Area sistema de información SSDC SIVIGILA – RUAF

En este gráfico se puede evidenciar que en el Departamento del Cauca en diecisiete municipios se reportaron Muertes maternas, en la región donde se presentaron más casos fue en el Norte del Cauca con ocho eventos, seguidos del oriente con seis eventos y por último se encuentra la región sur con un solo reporte.

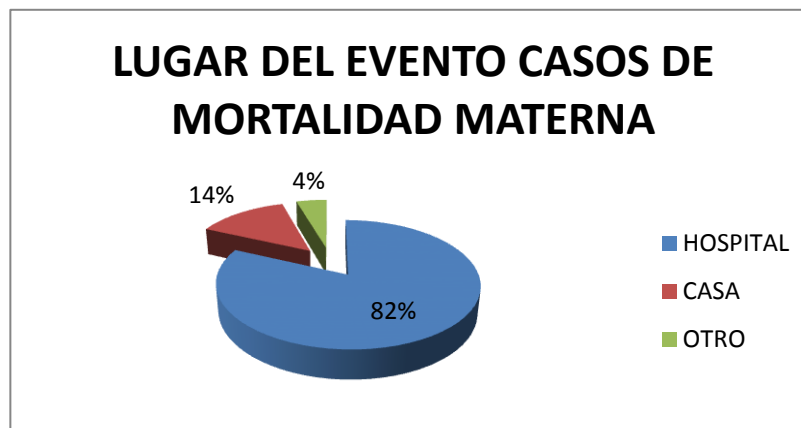
**Gráfico N° 6**



*Fuente: Area sistema de información SSDC SIVIGILA - RUAF*

En la distribución porcentual se evidencia que la división de los eventos territorialmente se encuentra un poco mayor en el area rural, el departamento del Cauca cuenta con una problemática de las vias de accesos en las areas rurarles ya que hay veredas en las que el transporte vehicular es imposible y se encuentra retiradas de la zona urbana.

**Grafico N° 7**

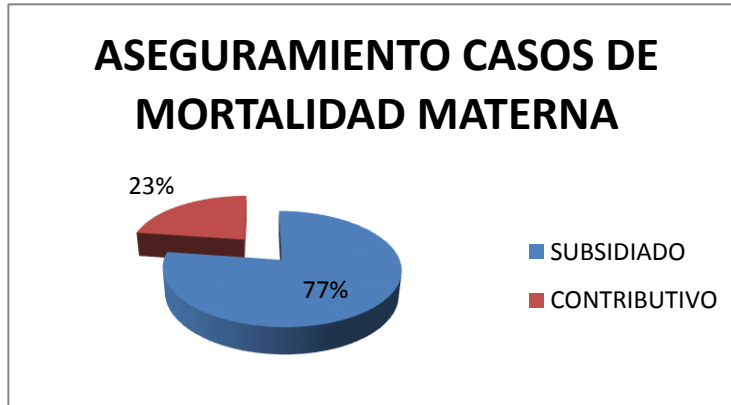


*Fuente: Area sistema de información SSDC SIVIGILA - RUAF*

Se puede evidenciar que en la mayoría de los casos el evento se presentó en una clínica u hospital, se trató de consultar y de evitar el desenlace fatal de la mayoría de los casos. Las otras personas que no consultaron la medicina occidental, son de la comunidad indígena, estos fueron atendidos por los médicos tradicionales.

## 7. 2 SERVICIOS DE SALUD

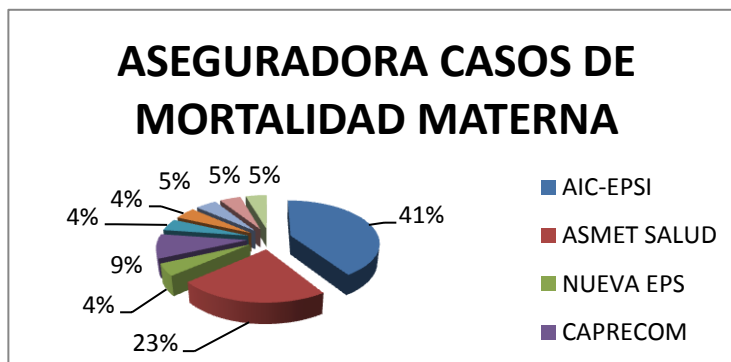
Gráfico N° 8



Fuente: Area sistema de información SSDC SIVIGILA - RUAF

Tres cuartas partes de la población de investigación cuentan con un aseguramiento subsidiado, lo que nos demuestra que la mayoría de esta población es de escasos recursos.

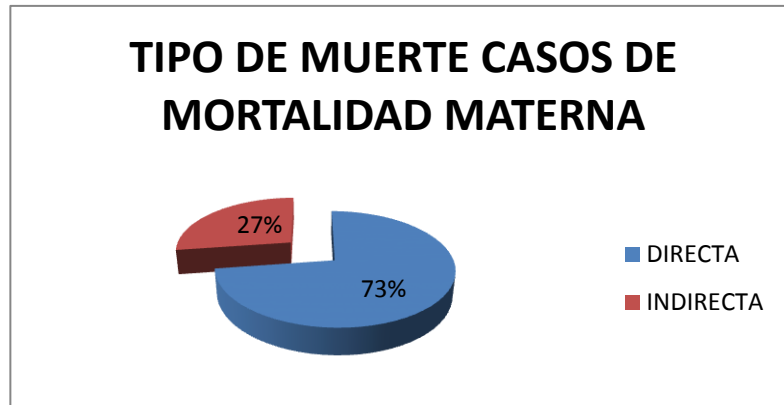
Gráfico N° 9



Fuente: Area sistema de información SSDC SIVIGILA - RUAF

Prácticamente la mitad de la población se encontraba afiliada a la EPS Indígena AIC, con lo cual se corrobora que la etnia la cual se encuentra más afectada con los casos de mortalidad materna es la indígena, en las IPS Indígenas se tiene en cuenta una parte de la medicina occidental, pero realmente se le da importancia a la medicina tradicional y a la cosmovisión de la cultura Nasa que pertenece al departamento del Cauca.

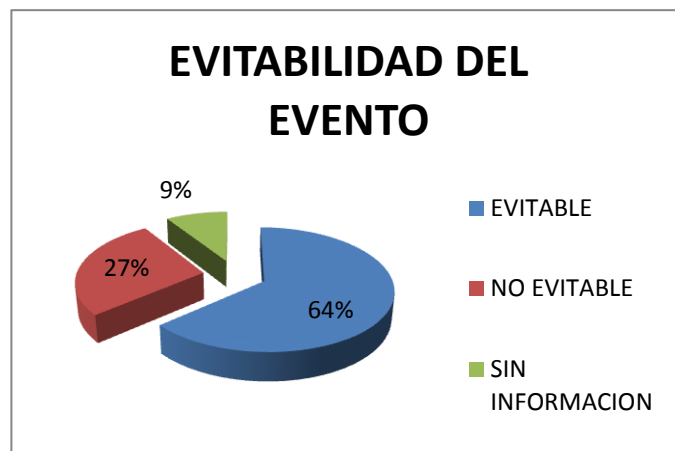
**Gráfico N° 10**



*Fuente: Area sistema de información SSDC SIVIGILA - RUAF*

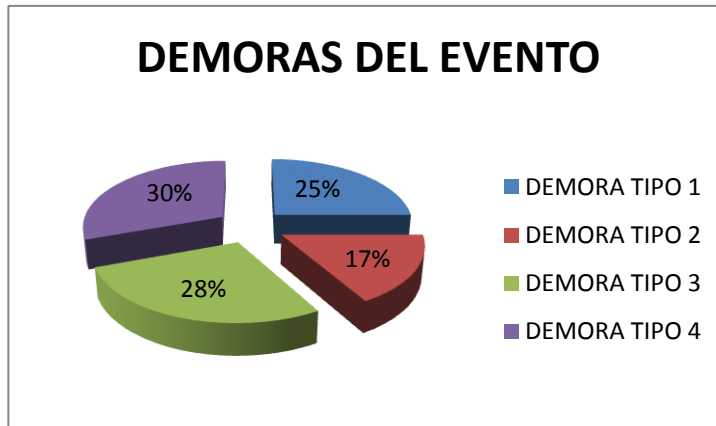
Tres cuartas partes de los eventos presentados fueron por causa directa al embarazo, donde las principales causas para el deseso fueron hemorragias, choques hipovolemicos y la eclampsia; Causas que dependen directamente del proceder medico. Entre las causas indirectas encontramos cancer, artritis, lupus y leucemia.

**Grafico N° 11**



Es triste ver que la mayoría de los casos eran muertes evitables, se evidenciaron fallas en los servicios de salud, donde la atención del evento no fue oportuna, el desconocimiento de las gestantes de los signos de alarma para acudir al servicio de salud, lo cual evidencia la falta de educación en los controles prenatales

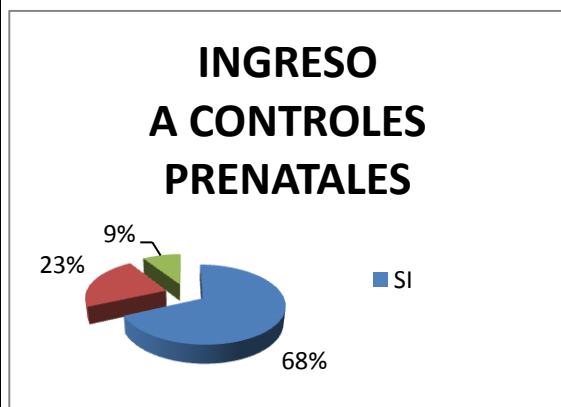
**Grafica N° 12**



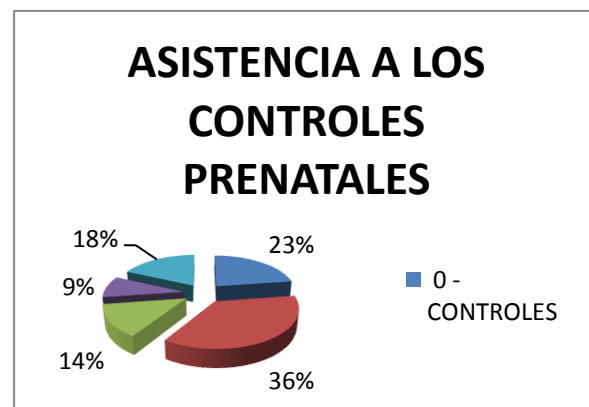
Se puede evidencia que la mayor demora o debilidad con la que contamos hace parte de los servicios de salud ya que la demora 1 tiene que ver con la educacion que se le imparte a la gestante en los controles prenatales, la demora 3 es el acceso de la gestante a este y la demora 4 es la atención oportuna que se debe prestar.

### 7. 3 FACTORES CONDUCTUALES

**Gráfico N° 13**

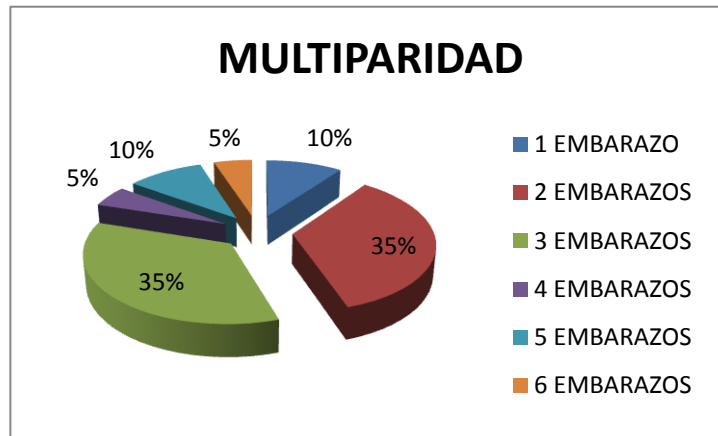


**Gráfico N° 14**



La mayoría de las gestantes ingresaron al programa de control prenatal de su IPS, pero la adherencia de estas al servicio fue muy poco solo un 9% asistio cumplidamente a los controles

**Grafico N° 15**



La mitad de estas gestantes tuvo mas de 3 embarazos, lo que evidencia debilidad del programa de planificación familiar en las entidades de salud, las cuales no realizan seguimiento a las gestantes a la culminación de su embarazo para el ingreso al programa de planificación

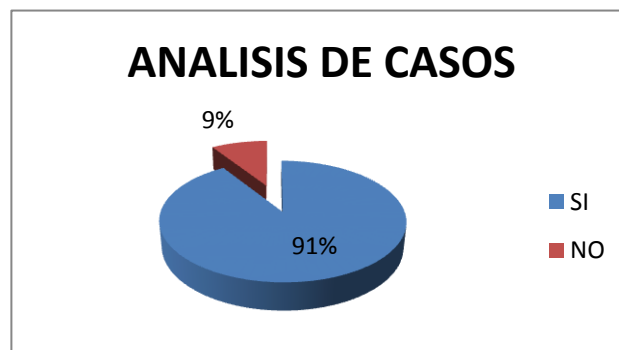
#### **7.4 SISTEMA DE INFORMACION**

**Tabla N° 1**

<b>SISTEMAS DE INFORMACION</b>	<b>REPORTE DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SIVIGILA	22	100%
RUAF	22	100%

Al realizar la concordancia entre los sistemas de información Sivigila y RUAF, se evidencia que el reporte fue realizado en las dos bases de datos.

**Grafico N° 16**



Al realizar la solicitud de la información a la Secretaria Departamental de Salud del

Cauca, la institucion realizo la entrega de la informacion de 20 de los 22 casos presentados. Los dos faltantes los municipios de Caldonó y Paez no realizaron la entrega de la información al ente departamental

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 8.1 CONCLUSIONES

En pleno siglo XIX muchas mujeres siguen muriendo por causas evitables, esta problemática no es solo una estadística ni un número; es una problemática donde intervienen personas familias con un gran sufrimiento donde se presenta un gran desequilibrio en el núcleo familiar que deja en la huerfanidad 31 menores y a una familia entera, esta situación afecta la salud de los menores porque es primordial la presencia de su madre; se ha demostrado en estudios que los niños sin su madre corren mayor riesgo de padecer malnutrición y son más expuestos a sufrir infecciones y retrasos de crecimientos lo cual afecta negativamente el desarrollo y el rendimiento a futuro; dentro del seno del hogar se fomentan los valores y principios, por lo tanto la madre es el eje de toda una familia. .

El departamento del Cauca se encuentra ubicado al Suroccidente del país, se caracteriza por su diversidad étnica, cultural, con habitantes que en su mayoría residen en el área rural, tiene características y determinantes sociales que hacen que las mujeres sean más vulnerables a presentar eventos como lo relacionado a la mortalidad materna; por su dispersión geográfica el acceso a los servicios de salud se dificulta, se presentan vías en mal estado o hay lugares donde es imposible el acceso por vía terrestre, hay municipios del sur del Departamento que para ingresar a ellos se debe pasar por otros Departamentos, además de esta situación encontramos que en la costa pacífica el transporte solo debe ser fluvial o aéreo.

De acuerdo a nuestra investigación los determinantes sociales en salud estructurales que influenciaron en los casos de mortalidad materna fueron el nivel socio económico de madres ya que el 75% no tenían estudios tecnológicos o universitario lo que hace que su nivel económico sea bajo, dificultando el acceso a buenos empleos por no tener la preparación necesaria. Esta situación afecta la salud de las madres y gestantes poniendo en riesgo su nutrición por falta de recursos, lo que conlleva a bajo peso, desnutrición y alteraciones metabólicas.

Aunque en los resultados de la investigación la edad promedio de las gestantes se encuentra en los 28 años, no se puede desconocer que en el Departamento del Cauca se presenta una grave problemática de embarazos en adolescentes, que cada día quedan embarazadas a más temprana edad, lo que lleva a problemas sociales, psicológicos y riesgos médicos como preclamsia, eclampsia, recién nacidos con bajo peso y una alta probabilidad de muerte materna.

Del Departamento del Cauca podemos decir que es multiétnico, aquí predomina la etnia indígena y la afrocolombiana, en nuestra investigación se pudo evidenciar que prácticamente la mitad de la población pertenece a las comunidades indígenas; la



presencia de los eventos de mortalidad materna en estas comunidades tienen una connotación religiosa y de costumbres ya que se le da mayor importancia a la medicina tradicional practicada por médicos tradicionales y parteras en las gestantes, muchas mujeres durante su periodo de gestación no acuden a los servicios médicos debido a que tienen una imagen de que los hospitales no aceptan sus creencias y muchas veces acuden a los servicios de salud en un estado complicado que llega a eventos trágicos como la muerte.

El Departamento del Cauca cuenta con la EPS Indígena AIC y sus propias IPS I, con las que se está haciendo un trabajo arduo con las comunidades indígenas para que tengan en cuenta la medicina tradicional y la occidental, con el fin de evitar complicaciones en el embarazo y puerperio.

La equidad en el SGSSS está lejos de ser una realidad ya que no existe las mismas condiciones de accesibilidad para la población en lugares apartados y de bajos recursos económicos, a pesar que el estado mediante leyes, decretos y planes tiene como objetivos lograr una equidad en el servicio, la tramitología y otros obstáculos no permiten que todos los colombianos afiliados sean tratados en el sector salud de una manera igualitaria y equitativa.

Con el régimen subsidiado: el estado ha logrado que población de bajo recursos y vulnerable acceda a los servicios de salud sin ninguna discriminación, sin embargo aún se presentan inconvenientes en manejo en las encuestas (SISBEN) y los recursos el sistema se ha visto saturado por personas que sin necesidad han logrado acceder a este servicio de cualquier manera el mejoramiento en la equidad, accesibilidad, calidad se ha notado en los últimos tres años desde que el gobierno de manera progresiva a unificado el POS, nos parece lo más justo y equitativo ya que en la atención en salud no debería haber diferencias, pero a pesar de la unificación se evidencia que 17 de los 22 casos de muertes maternas fue del régimen subsidiado.

En la investigación se evidencio que de las 14 muertes maternas evitables, 10 fueron por causa directa del embarazo, dentro de las demoras siete muertes tenían demora 4, 8 casos con demora 3 , 8 casos con demora 1 y 3 casos con demora 2, lo que nos lleva a concluir que estas muertes no son accidentales sino el resultado de un conjunto de factores donde sobresalen la atención en los centros de salud y falta de conocimiento de los usuarios que al enlazarse forman una sucesión de demoras que impiden prevenir los riesgos durante el embarazo llevando así a la muerte materna evitable.

En la clasificación del riesgo nos encontramos riesgo alto y bajo, donde en el Riesgo Alto la atención no fue oportuna y las maternas no asistían a los controles prenatales, en el Riesgo bajo nos encontramos con casos donde se realizó una mala clasificación del riesgo detectando multiparidad y aborto; en otros casos no se encontró

información, esto certifica que realmente las muertes maternas no son tomadas como casos de suma importancia, que se diligencian registros sin pruebas encontrándose información incoherente.

En los factores conductuales podemos ver que la que la mayoría de las gestantes ingresaron a los controles prenatales, pero la adherencia a este no se evidencia, esto muestra debilidad en los programas de promoción y prevención de los niveles I de las entidades de salud, las cuales no realizan un adecuado seguimiento de las gestantes ni educación donde ellas vean la importancia de realizar los controles prenatales a tiempo.

Los sistemas de información en el Departamento del Cauca en el tema de Mortalidad Materna ha sido muy efectiva, al realizar el cruce de la información entre la base de datos de Sivigila y RUAF se puede evidenciar que las entidades de salud realizaron el reporte en las dos bases de datos. Pero al realizar el análisis la información de los casos, información que fue suministrada por la secretaria de salud departamental, se evidencia dos municipios (Caldono y Páez), no enviaron la información de las unidades de análisis al ente departamental, de estos municipios solo contamos con la información que se encuentra en las bases de datos de Sivigila y RUAF.

También encontramos que la información en algunas unidades de análisis no son iguales de un registro a otro, en otras unidades de análisis la calidad del dato es deficiente solo colocan “no registra”, no se evidencia falta de investigación de los casos por parte de los entes territoriales y por las entidades de salud.

## **8.2 RECOMENDACIONES**

Teniendo en cuenta que en el Departamento del Cauca el 70% de la población es indígena y su cultura es totalmente diferente donde la partera es protagonista de la culminación de su embarazo, se recomienda realizar actividades donde se convoquen a todas las parteras para que hagan parte importante de la atención primaria en salud enfocándose en programas con relación a el recién nacido, el adolescente e involucrar a la población indígena. Los entes territoriales departamentales y municipales en salud deben realizar mayores esfuerzos para la sensibilización a los gobernadores y comuneros de las comunidades indígenas del departamento sobre la importancia de la medicina occidental, la cual se puede aplicar en conjunto con la medicina tradicional con el fin de que las gestantes puedan tener un adecuado control prenatal para minimizar riesgos y consecuencias fatales.

Teniendo en cuenta que en la mayoría de los eventos las maternas eran de bajos recursos es importante que el ente territorial en conjunto con bienestar familiar desarrollen programas de beneficio para las gestantes donde puedan acceder a una educación, planes alimentarios y en conjunto con las EPS organizar hogares de paso para las gestantes que viven en veredas retiradas del casco urbano y tienen difícil el

acceso a los servicios de salud.

La Red de Apoyo en los municipios en el departamento del Cauca debe fortalecerse ya que no se cuenta con suficientes entidades de mediana complejidad, para los usuarios de municipios aledaños es muy difícil acceder a los servicios de salud, especialmente a las mujeres embarazadas ya que existen carreteras completamente sin pavimentar, y el transporte es de difícil acceso, no existe una atención oportuna en donde se presta el servicio de salud, se recomienda que los entes territoriales designen presupuesto prioritario para infraestructura vial y transporte, para así poder ofrecer un servicio de salud de calidad.

Acompañamiento periódico con brigadas médicas en los lugares más apartados y con población de muy bajos recursos económicos, con el ánimo de detectar y realizar una búsqueda activa de gestantes principalmente en el primer trimestre de embarazo, realzar en las primeras consultas de control prenatal un chequeo exhaustivo que permita identificar, clasificar, priorizar de manera adecuada el riesgo de la usuaria; brindar educación sobre signos de alarma y violencia sexual se debe realizar acompañamiento psicológico en embarazos no deseados, embarazo en adolescentes

Afianzar más los Programas de educación en planificación familiar para la población, cabe anotar que estos programas deben ser organizados teniendo en cuenta las costumbres culturales de estas comunidades que normalmente son reacias a permitir que la medicina occidental en sus culturas.

Realizar remisiones de manera oportuna y sin barreras en trámites administrativos a las especialidades nutrición y psicología tratando de garantizar la atención integral, permitiendo así detectar previamente situaciones que pueden afectar directamente a la paciente.

Capacitación y retroalimentación en humanización al personal del sector salud que brinde calidez, información y comunicación asertiva a los usuarios y sus familiares que les permita manifestar sus necesidades y deseos de tal manera que se sientan con la confianza de expresarse de manera clara lo cual permite tomar decisiones para el manejo más apropiado en el cuidado de la salud de los usuarios.

En el estudio determinantes sociales de muertes maternas se evidencia que la información no coincide en sus análisis, por lo tanto se recomienda hacer capacitación para el diligenciamiento de historias clínicas y demás documentos enfocados en la claridad y exactitud de los hechos, realizar jornadas de simulacros de atención al paciente donde resalte la atención oportuna, implementar la importancia de la comunicación entre profesionales y auxiliares de la salud logrando así que todos hablen el mismo idioma, implementar un software donde toda el área administrativa pueda ingresar su información de manera confidencial pero donde las personas de

interés al tema puedan tener acceso.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1)Dodd R, Thieren M, Michel Beusenber, et al.La Salud en los Objetivos del Desarrollo del Milenio. 2005.18

**(2)**<sup>1</sup> Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342–349.<sup>2</sup> Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson , Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881–892.<sup>3</sup> Say L et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet*.<sup>4</sup>UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2013. New York, USA: UNICEF; 2013.<sup>5</sup> Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L, Creanga AA, O, Balsara ZP, Gupta S, Say L, Lawn JE. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet*, 2011, Apr 16;377(9774):1319-30.Mortalidad Materna.2014

(3)Osorio M. Perspectiva del sistema de salud Colombiano, Así vamos en Salud. 2013

(4)Programa de Naciones Unidad para el desarrollo “Cauca frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2012”

(5) Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna, República de Colombia Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública, 2004 de 29 de Julio

(6) Organización Mundial para la Salud; estadísticas mundiales sanitarias 2005

(7) Carme Borrell y Lucía Artazcoz. España Las políticas públicas para disminuir las desigualdades en salud, 2008.

(8) Ley 100 de 1993 Jorge Ramos Elias, Pedro Pumarejo, Senado de la Republica; Francisco José Jattin, Diego Vivas, Cámara de Representantes. Santa Fe de Bogota 23 de Diciembre de 1993

(9) Constitución política 1991

(10) Acuerdo 117 de 1998. Virgilio Galvis, Carlos Paredes CNSSS, Juan Camilo Restrepo, Juan Camilo Laserna Ministerio de Hacienda; Santa Fe de Bogotá 29 de Diciembre <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14530>

(11) Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012 – 2021: la salud de Colombia la construyes tú. Ministerio de Salud y Protección social, Bogotá Marzo 15 de 2013

(12) Martha Leticia Mejia M, Roberto Carlos Ortiz V, Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente. Jalisco, México. Volumen 78 n° 6 Santiago 2013

(13) Yirdley G. Sandoval-Vargas y Javier H. Eslava-Schmalbach Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años 2000-2001, 2005-2006 y 2008-2009. Rev. Salud pública. 15 (4): 529-541, 2013

(14) Yuber Liliana Rodríguez Rojas, Andrea Rodríguez Hernández. Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe Mov.cient.Vol.6 (1): 132-143 ISSN: 2011-7191. Enero a Diciembre de 2012

(15) Wilmaris Vega de Hernández, Factores de riesgo relacionados con la mortalidad materna “Dr Placido Daniel Rodriguez Rivero” San Felipe. Estado Yaracuy, 2010

(16) Resolución 8430 de 1993, Titulo 2, Capitulo 1, articulo 5 - 6(g) – 8- 11 (a).

(17) La mortalidad materna en la ciudad de Medellín durante los años 2003 y 2004, Juan Guillermo Londoño Cardona, Gladis Adriana Vélez Álvarez,

Joaquín Guillermo Gómez Dávila, Alejandro Vargas Gutiérrez