



Maestría en Salud Pública

MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN UNA EPS INDÍGENA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA ENTRE LOS AÑOS 2007 A 2011

MÓNICA CRISTINA JARAMILLO ROMO

26 de Octubre del 2012

Cali- Valle del Cauca

MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN UNA EPS INDÍGENA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA ENTRE LOS AÑOS 2007 A 2011

MÓNICA CRISTINA JARAMILLO ROMO

Candidata a Maestría en Salud Pública

Asesor de investigación

GIOVANNI APRÁEZ IPPOLITO

Doctor en Salud Pública

26 de Octubre del 2012

Cali- Valle del Cauca

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, 26 de Octubre de 2012

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
Introducción	6
1. Planteamiento del problema	7
2. Estado del arte	10
3. Marcos de referencia	14
3.1. Marco teórico	14
3.2. Determinantes de la mortalidad materna y perinatal	15
3.3. Marco legal en el cual está enmarcado el problema	17
4. Objetivos	19
4.1. Objetivo general	19
4.2. Objetivo específicos	19
5. Metodología	19
5.1. Tipo de estudio	19
5.2. Área de estudio	19
5.2.1. Población y muestra	20
5.2.2. Variables de mortalidad materna y perinatal	21
5.2.2.1. Variables Socio demográficas	21
5.2.2.2. Variables Clínicas	21
5.2.3. Recolección información	23
5.2.4. Análisis de datos	24
5.3. Consideraciones éticas	24
6. Resultados	25
6.1. Comportamiento mortalidad materna y perinatal en EPS Indígena en el Departamento del Cauca entre los años 2007 a 2011	25
6.2. Descripción socio demográfica y clínica de los casos de mortalidad materna y perinatal de la EPS Indígena en el Departamento del Cauca en los años 2007 a 2011	30
6.2.1. Mortalidad materna	30
6.2.1.1. Descripción socio demográfica	30
6.2.1.2. Descripción clínica	34
6.2.2. Mortalidad perinatal	49
6.2.2.1. Descripción d socio demográfica (datos de la madre)	49
6.2.2.2. Descripción clínica	53
6.3. Discusión	66
7. Conclusiones	68
8. Referencias bibliografías	70
9. ANEXOS	74
Anexo 1. Ficha única de notificación de la mortalidad materno perinatal	74

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Variables socio demográficas (datos de la madre)	21
Tabla 2. Variables de antecedentes maternos	21
Tabla 3. Variables de factores de riesgo y complicaciones	22
Tabla 4. Variables de antecedentes prenatales	22
Tabla 5. Variables de antecedentes de embarazo y puerperio (muerte materna)	22
Tabla 6. Variables de causa de muerte	23
Tabla 7. Variables de notificación	23
Tabla 8. Variables de datos adicionales para muerte perinatal	23
Tabla 9. Razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad perinatal presentado en una EPS Indígena en el Departamento del Cauca en los años 2007 a 2011	25
Tabla 10. Razón de mortalidad materna 2007 a 2011 en una EPS Indígena en Cauca, Departamento del Cauca, Colombia y meta al año 2015	26
Tabla 11. Tasa de mortalidad perinatal 2007 a 2011 en una EPS Indígena en Cauca, Departamento del Cauca, y Colombia	28
Tabla 12. Mortalidad materna según municipio de residencia, EPS Indígena Cauca 2007-2011	30
Tabla 13. Mortalidad materna según grupo quinquenal de edad, EPS Indígena Cauca 2007-2011	31
Tabla 14. Mortalidad materna según riesgo del embarazo, EPS Indígena Cauca 2007-2011	37
Tabla 15. Mortalidad materna según momento ocurrencia y causa básica de la muerte, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	39
Tabla 16. Mortalidad materna según sitio de defunción y causa básica de la muerte, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	41
Tabla 17. Mortalidad materna según lugar de atención parto y causa básica de la muerte, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	43
Tabla 18. Mortalidad materna clasificación grupo de causa básica de la muerte materna, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	45
Tabla 19. Mortalidad materna según municipio de notificación al SIVIGILA, EPS Indígena Cauca 2007-2011	47
Tabla 20. Mortalidad perinatal según municipio de residencia, EPS Indígena Cauca 2007-2011	49
Tabla 21. Mortalidad perinatal según grupo quinquenal de edad, EPS Indígena Cauca 2007-2011	50
Tabla 22. Mortalidad perinatal según riesgo del embarazo , EPS Indígena Cauca, 2007-2011	56
Tabla 23. Mortalidad perinatal según periodos perinatales de riesgo (matriz BABIES, (momento ocurrencia y peso al nacer), EPS Indígena Cauca, 2007-2011	60
Tabla 24. Mortalidad perinatal según periodos perinatales de riesgo y determinantes de riesgo maternos, EPS Indígena Cauca 2007-2011	62
Tabla 25. Muertes perinatales según municipio de notificación al SIVIGILA y años de ocurrencia, EPS Indígena Cauca 2007-2011	64

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Razón mortalidad materna 2007-2011 en EPS I Cauca, Departamento del Cauca, Colombia y meta al año 2015**	26
Gráfica 2. Mortalidad materna según municipio de residencia, EPS I Cauca 2007-2011, Ubicación pueblos indígenas del Cauca y Departamento del Cauca	27
Gráfica 3. Tasa de mortalidad perinatal 2007-2011 en EPS I Cauca, Departamento del Cauca, Colombia y línea base INS al año 2005**	28
Gráfica 4. Mortalidad perinatal según municipio de residencia, EPS I Cauca 2007-2011, Ubicación pueblos indígenas del Cauca y Departamento del Cauca	29
Gráfica 5. Mortalidad materna según lugar de residencia, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	31
Gráfica 6. Mortalidad materna según grupo de edad, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	32
Gráfica 7. Mortalidad materna según escolaridad, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	32
Gráfica 8. Mortalidad materna según ocupación, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	33
Gráfica 9. Mortalidad materna según etnia, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	33
Gráfica 10. Mortalidad materna según convivencia, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	34
Gráfica 11. Mortalidad materna según regulación fecundidad, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	34
Gráfica 12. Mortalidad materna según paridad, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	35
Gráfica 13. Mortalidad materna según número controles prenatales, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	35
Gráfica 14. Mortalidad materna según inicio controles prenatales, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	36
Gráfica 15. Mortalidad materna según clasificación de riesgo en el embarazo, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	36
Gráfica 16. Mortalidad materna según riesgos del embarazo, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	37
Gráfica 17. Mortalidad materna según momento de la muerte, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	38
Gráfica 18. Mortalidad materna según sitio de defunción, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	40
Gráfica 19. Mortalidad materna según tipo de parto, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	42
Gráfica 20. Mortalidad materna según persona que atiende el parto, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	42
Gráfica 21. Mortalidad materna según lugar de atención parto, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	43
Gráfica 22. Mortalidad materna según grupo de causa básica de muerte (OMS-2012), EPS Indígena Cauca, 2007-2011	44
Gráfica 23. Mortalidad materna según determinación causa de la muerte, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	46
Gráfica 24. Mortalidad materna y coexistencia otros eventos, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	46
Gráfica 25. Mortalidad materna según identificación de demoras, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	48
Gráfica 26. Mortalidad perinatal según lugar de residencia de la madre, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	50

Gráfica 27.	Mortalidad perinatal según grupo de edad de la madre, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	51
Gráfica 28.	Mortalidad perinatal según escolaridad de la madre, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	51
Gráfica 29.	Mortalidad perinatal según ocupación de la madre, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	52
Gráfica 30.	Mortalidad perinatal según etnia, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	52
Gráfica 31.	Mortalidad perinatal según convivencia de la madre, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	53
Gráfica 32.	Mortalidad perinatal según regulación fecundidad, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	53
Gráfica 33.	Mortalidad perinatal según paridad, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	54
Gráfica 34.	Mortalidad perinatal según número controles prenatales, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	54
Gráfica 35.	Mortalidad perinatal según inicio control prenatal, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	55
Gráfica 36.	Mortalidad perinatal según clasificación del riesgo, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	55
Gráfica 37.	Mortalidad perinatal según riesgo del embarazo, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	57
Gráfica 38.	Mortalidad perinatal según edad gestacional , EPS Indígena Cauca, 2007-2011	57
Gráfica 39.	Mortalidad perinatal según sitio de defunción, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	58
Gráfica 40.	Mortalidad perinatal según persona quién realiza adaptación neonatal, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	58
Gráfica 41.	Mortalidad perinatal según edad neonatal, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	59
Gráfica 42.	Mortalidad perinatal según momento de ocurrencia, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	59
Gráfica 43.	Mortalidad perinatal según peso neonatal, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	60
Gráfica 44.	Mortalidad perinatal según periodos perinatales de riesgo, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	61
Gráfica 45.	Mortalidad perinatal según identificación de demoras, EPS Indígena Cauca, 2007-2011	65

MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN UNA EPS INDÍGENA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA ENTRE LOS AÑOS 2007 A 2011

INTRODUCCION

La mortalidad materna y perinatal es un indicador que expresa desigualdad y exclusión social. Si bien la mortalidad materna y perinatal ha descendido dramáticamente, en el mundo continúa siendo un grave problema de salud pública y es más evidente en las poblaciones más vulnerables como las minorías étnicas.

América Latina y Caribe es considerada una de las regiones más dispares del mundo al concentrar 14 de los 20 países reconocidos como los mas inequitativos a nivel mundial (entre los que se encuentra Colombia) (4), además se caracteriza por ser una región pluriétnica y pluricultural, lo que representa una diversidad de realidades territoriales y demográficas y poseen diferentes estatus sociopolíticos en los países donde se asientan. Sin embargo, el común denominador es la discriminación estructural que se expresa en marginalidad, exclusión y pobreza(5), y en los cuales se muestran que los mayores niveles de inequidad en los indicadores relativos a la salud y nutrición se dan entre las madres, niñas, niños y adolescentes indígenas.

Se ha identificado que los pueblos indígenas tienen unas características propias que trascienden más allá del país, todos tienen su propia cultura, creencias, y hasta necesidades insatisfechas que son comunes, por lo que en muchos de los estudios realizados en países donde hay población indígena se ve reflejada la situación de los pueblos indígenas colombianos; que ha llevado a clasificar esta situación como un problema de equidad en salud. Esto se pone en evidencia en las grandes diferencias de los indicadores de salud y de acceso a estos mismos servicios (5,6,16–19).

En el Departamento del Cauca está ubicada una Empresa Promotora de Salud Indígena (EPS Indígena) cuyos afiliados en este departamento corresponden a un 71,76% (213.427) de etnia indígena, de un total de 297.417 afiliados, siendo el departamento con mayor proporción de afiliados para la empresa(20). Estos afiliados indígenas corresponden a un 91,54% del total de la población indígena del Departamento (233.135 indígenas en el Departamento del Cauca) (15,21).

La situación de salud de la población afiliada, se caracteriza por un deterioro a lo largo de los años, con altas prevalencias de enfermedades infecciosas que por lo general están relacionadas con necesidades insatisfechas (falta de agua potable y de alcantarillado, manejo inadecuado de basuras y excretas, hacinamiento, entre otras), que se refleja en las altas tasas de muertes prevenibles como lo son las muertes por enfermedades diarreicas e insuficiencias respiratorias agudas en menores de 5 años, muertes por tuberculosis y muertes maternas, perinatales e infantiles (20).

La situación de mortalidad materna y perinatal es muy preocupante en esta institución, sin embargo no es claro el comportamiento de estos eventos. En el transcurso de los años es una de las EPS del régimen subsidiado que más ha aportado casos de muerte materna y perinatal a las estadísticas del Departamento del Cauca.

Por tal motivo, es de suma importancia abordar en términos de investigación la mortalidad materna y perinatal. Para tal fin, se realizó un estudio descriptivo en el cual se describe el

comportamiento de la mortalidad materna y perinatal de la EPS Indígena en el Departamento del Cauca entre los años 2007 a 2011, como también se describe demográfica y clínicamente los casos, y se comparo la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad perinatal que corresponde a la EPS Indígena, con el Departamento del Cauca y Colombia

Con esto se pretende lograr que este documento se tenga en cuenta como base para plantear estrategias de intervención y también promover nuevas investigaciones en el tema, que ayuden a mejorar la información que se tiene de estos eventos y así mejorar el diseño de programas dirigidos a disminuir la incidencia de la mortalidad materna y perinatal en esta población. También servir como base para el establecimiento de políticas a nivel municipal y departamental con el fin de mejorar los programas de atención de salud de las gestantes y sus recién nacidos.

1. Planteamiento del problema

La mortalidad materna y perinatal sigue siendo un problema de salud pública en el mundo, estos son indicadores que expresan la desigualdad y la exclusión social. La mayor parte se presentan en poblaciones pobres, de bajos niveles de educación, que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad.

La muerte materna implica el desequilibrio de un núcleo familiar, una tragedia social y el riesgo a que sus hijos padezcan mas enfermedades y tengan mayor probabilidad de muerte los dos años siguientes a su muerte, ya que la salud y supervivencia de un recién nacido está estrechamente ligada a la de su madre (1,2).

Si bien la mortalidad materna ha descendido dramáticamente, en el mundo se estima que cada minuto muere una mujer, diariamente mueren 1.500 y cerca de 536.000 mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (2). El número total de muertes perinatales, concepto que agrupa los partos mortinatos y las muertes neonatales tempranas debido a que ambas resultan de causas obstétricas similares, fue de 5,9 millones de muertes en 2004. Los mortinatos con 3 millones de muertes, y las muertes neonatales tempranas con 2,8 millones más, de las cuales la mayoría se presentan durante el primer día de vida del recién nacido (3).

En América Latina y Caribe la situación es similar, se estima que las muertes maternas tuvieron un 26,3% de reducción entre los años 1980 y 2000; quedando por encima del conseguido a nivel mundial, que fue de 5,4% (2). Las muertes maternas en América Latina representan un 2,98% de las muertes maternas mundiales, siendo un porcentaje bajo, sin embargo, es un número global que no refleja las condiciones de inequidad que vive la región. Las muertes perinatales se presentan con un promedio de 21,3 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos, y en situaciones similares a la de las muertes maternas (4).

Por lo que es considerada una de las regiones más dispares del mundo al concentrar 14 de los 20 países reconocidos como los mas inequitativos a nivel mundial (entre los que se encuentra Colombia) (4), teniendo países con un gran avance en la reducción de la mortalidad materna e infantil, y otros cuyas tasas permanecen altas pese a los esfuerzos realizados. Esto hace que existan grandes diferencias en términos de indicadores de salud entre los países, y enormes inequidades al interior de cada uno de ellos.

América Latina se caracteriza por ser una región pluriétnica y pluricultural. En la actualidad hay más de 650 pueblos indígenas reconocidos por los Estados, distribuidos principalmente en Centro y Sur América. Estos presentan una diversidad de realidades territoriales y demográficas y poseen diferentes estatus sociopolíticos en los países donde se asientan. Sin embargo, el común denominador es la discriminación estructural que se expresa en marginalidad, exclusión y pobreza(5).

A pesar de la escasa información existente, diversos estudios realizados en la Región, especialmente locales (5–9), muestran que los mayores niveles de inequidad en los indicadores relativos a la salud y nutrición se dan entre las madres, niñas, niños y adolescentes indígenas. Las Razones de Mortalidad Materna, de Mortalidad Infantil y de Desnutrición Crónica indican que en las áreas donde viven poblaciones indígenas, dichas mortalidades son entre dos a tres veces mayores que en las áreas donde residen las poblaciones hispanohablantes. En estos grupos, existe menor oferta y acceso a los servicios de salud, especialmente los que logran ser resolutivos ante complicaciones que son causa directa de la mortalidad materna e infantil; producto de la dispersión geográfica, la escases de vías de comunicación y las brechas culturales entre creencias y prácticas en el cuidado de la salud, existente entre las comunidades y los establecimientos de salud (10).

En Colombia la mortalidad materna y perinatal continúa siendo un preocupante problema, que refleja la vulneración de los derechos a la salud y a la vida. Se presentan 73 muertes maternas por cien mil nacidos vivos(11). Estas cifras han permanecido estables a lo largo de los años, con un promedio de 79,69 muertes maternas por cien mil nacidos vivos desde el año 2000 (12). Y varían a lo largo del territorio nacional (13).

La mortalidad perinatal ha descendido de 24 a 17 entre el 2000 y 2005, principalmente en las regiones Oriental y Bogotá. Cauca se ubica entre los departamentos con las mayores tasas (24 muertes perinatales por mil nacidos vivos)(12). Esta situación puede estar justificada por un perfil caracterizado por residencia poblacional de un 60,92% en zona rural, un 10,45% de analfabetismo, un 16,5% de población que migra frecuentemente por dificultad para conseguir trabajo, por amenaza para sus vida, entre otras (14); además un 21,54% (248.532) de la población pertenece al grupo étnico indígena, siendo uno de los departamentos con más concentración de pueblos indígenas a nivel nacional, de los cuales un 93,05% viven en la zona rural (14,15).

Se ha identificado que los pueblos indígenas tienen unas características propias que trascienden más allá del país, todos tienen su propia cultura, creencias, y hasta necesidades insatisfechas que son comunes, por lo que en muchos de los estudios realizados en países donde hay población indígena se ve reflejada la situación de los pueblos indígenas colombianos; que han llevado a clasificar esta situación como un problema de equidad en salud. Esto se pone en evidencia en las grandes diferencias de los indicadores de salud y de acceso a los servicios de salud (5,6,16–19).

En el Departamento del Cauca está ubicada una Empresa Promotora de Salud Indígena (EPS Indígena) cuyos afiliados en este departamento corresponden a un 71,76% (213.427) de etnia indígena, de un total de 297.417 afiliados, siendo el departamento con mayor proporción de afiliados para la empresa(20). Estos afiliados indígenas corresponden a un 91,54% del total de la población indígena del Departamento (233.135 indígenas en el Departamento del Cauca) (15,21).

La situación de salud de la población afiliada, se caracteriza por un deterioro a lo largo de los años, con altas prevalencias de enfermedades infecciosas que por lo general están

relacionadas con necesidades insatisfechas, (falta de agua potable y de alcantarillado, manejo inadecuado de basuras y excretas, hacinamiento, entre otras), que se refleja en las altas tasas de muertes prevenibles como lo son las muertes por enfermedades diarreicas e insuficiencias respiratorias agudas en menores de 5 años, muertes por tuberculosis y muertes maternas, perinatales e infantiles (20).

Las fuentes de información han mejorado con el transcurso de los años, sin embargo existen debilidades que no solo se reflejan en las estadísticas de la EPS Indígena, sino a nivel departamental y nacional; encontrando a nivel nacional un porcentaje de notificación de eventos de interés en salud pública a SIVIGILA en promedio de un 75,38% en los últimos 5 años, que no alcanza las metas planteadas por el Instituto Nacional de Salud: 80% de notificación por Unidades Primarias Generadoras de datos (UPGD) y 90% por las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) (12).

Entre los años 2007 y 2011 se identificaron en el Departamento del Cauca 64 muertes maternas, de las cuales 23(35,93%) son de la EPS Indígena. La EPS Indígena en estos años ha presentado grandes variaciones en el transcurso de estos años, con un promedio de 142,04 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el Departamento del Cauca, con un pico en el año 2007 para una tasa de 277,52 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. El promedio de la razón de mortalidad materna de la EPS Indígena es de 1,61 veces mayor que el promedio de la del Departamento del Cauca (88,09 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos). También se identificaron 868 muertes perinatales en el Departamento del Cauca, de las cuales 189(21,77%) son de la EPS Indígena; con aumento progresivo en estos años, en promedio 20,09 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos, con un pico en el año 2010 para una tasa de 29,09 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos. El promedio de la tasa de mortalidad perinatal de la EPS Indígena es 2 veces mayor que la tasa promedio del Departamento del Cauca(14,31 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos) (12,20,22).

La situación de mortalidad materna y perinatal es muy preocupante en esta institución, sin embargo no se describe el comportamiento de estos eventos, a pesar que se ha identificado a la población indígena como grupo vulnerable frente a esta problemática. Los datos estadísticos son relevantes, pues nos permiten comprender que estos eventos son un problema serio de salud a nivel mundial, también es necesario señalar dentro de una institución cual es el comportamiento de estos eventos y comparar estos indicadores con los del Departamento y Colombia, para así poder conocer cuál es el comportamiento de los mismos y a quienes está afectando en mayor proporción y poder plantear estrategias de intervención con el fin de reducir su incidencia.

Por tal motivo, es de suma importancia abordar en términos de investigación la mortalidad materna y perinatal. Para tal fin, esta investigación pretende, a través de una metodología descriptiva, por un lado caracterizar el comportamiento de las muertes maternas y perinatales en los últimos 5 años en la EPS Indígena en el Departamento del Cauca.

Con esto se pretende lograr que el documento final se tenga en cuenta como base para plantear estrategias de intervención y también promover nuevas investigaciones en el tema, que ayuden a mejorar la información que se tiene de estos eventos y así mejorar el diseño de programas dirigidos a disminuir la incidencia de la mortalidad materna y perinatal en esta población.

2. Estado del arte

La reducción de la mortalidad materna y perinatal se ha considerado una prioridad de salud en todos los países del mundo y constituye un aspecto central de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como estrategia global para erradicar la pobreza y mejorar el bienestar de la humanidad para el año 2015(23); sin embargo siguen constituyendo un gran problema de salud pública. La muerte materna implica el desequilibrio de un núcleo familiar, una tragedia social y el riesgo a que el recién nacido y otros hijos padezcan mas enfermedades y mayor probabilidad de morir (1).

Cabe destacar que los problemas de salud identificados en la población materno infantil no solo se habla en términos de vidas, aunque el costo es muy grande para la familia y la sociedad, es tan solo una parte del problema, ya que las mismas condiciones que contribuyen a la muerte, si bien no llega a la muerte, también causan discapacidades graves, que los afectados a menudo padecerán de por vida. Las repercusiones más importantes son en los neonatos: cada año más de un millón de niños que sobreviven tras sufrir asfixia durante el parto desarrollan problemas tales como parálisis cerebral, dificultades de aprendizaje u otras discapacidades. Por cada recién nacido que muere, al menos otros 20 padecen lesiones debidas al parto, infecciones, complicaciones asociadas a la prematuridad y otras afecciones neonatales. Sus familias, que no suelen estar preparadas para afrontar tales tragedias, quedan profundamente afectadas. Demostrando así que la salud y supervivencia de un recién nacido está estrechamente ligada a la de su madre. En primer lugar, porque las madres más sanas tienen bebés más sanos; en segundo lugar, porque cuando una madre recibe una asistencia insuficiente o nula durante el embarazo, parto y puerperio, implica lo mismo para su hijo recién nacido (2).

Si bien la mortalidad materna ha descendido dramáticamente, en el mundo se estima que cada minuto muere una mujer, diariamente mueren 1.500 y cerca de 536.000 mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; la mortalidad materna ha descendido menos de un 1% anual entre 1990 y 2005. Estas cifras están muy por debajo del 5,5% de disminución anual necesario para lograr la reducción de la mortalidad materna, propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La mayor parte de estas muertes (más del 99%, en 2005) ocurrieron en países en desarrollo (2)

Al igual que ocurre con las muertes maternas, casi todas las muertes neonatales (98% en el año 2004) se dan en países en desarrollo. El número total de muertes perinatales, concepto que agrupa los partos mortinatos y las muertes neonatales tempranas debido a que ambas resultan de causas obstétricas similares, fue de 5,9 millones de muertes en 2004. Los partos mortinatos supusieron cerca de 3 millones de muertes perinatales en ese año, y las muertes neonatales tempranas 2,8 millones más (3).

Por su parte, las tasas de mortalidad infantil y la mortalidad en menores de 5 años las cuales se habían estimado con una tendencia al descenso en una tercera parte, desde 1980 al 2000, han sido retrasadas por el cambio irregular de la mortalidad neonatal; la Organización Mundial de la Salud, muestra que la mortalidad neonatal en el año 2004 correspondió a 3,7 millones de niños y niñas que murieron durante los primeros 28 días de vida, tres cuartas partes correspondientes a muertes neonatales tempranas que ocurrieron en la primera semana de vida con 2,8 millones y de las cuales entre 925.000 y 1,6 millones se presentaron durante el primer día después del nacimiento; las muertes neonatales tempranas en 1980 correspondían a un 23% de las muertes en menores de 5 años, pasando a un 28% en el año 2010(24).

En América Latina y Caribe, se estima que el número de muertes maternas en el año 1990 era de 21.000 y para el año 2005 de 15.000, pasando de 180 a 130 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, que representa un 2% de reducción anual y un 26,3% de reducción total entre estos años. Ese descenso está por encima del conseguido a nivel mundial, que fue de 5,4%(2). Las muertes maternas representan un 2,98% de las muertes maternas mundiales, siendo un porcentaje bajo, sin embargo es un número global que no refleja las condiciones de inequidad que vive la región.

Lo mismo pasa en las muertes neonatales; se ha registrado 13 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos. Es una cifra inferior que la presentada a nivel mundial de 28 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; los índices más bajos corresponden a países industrializados, donde en el año 2004 se registró sólo 3 muertes por 1.000 nacidos vivos, y los índices más elevados se registraron en Asia meridional, África occidental y central con 41 y 45 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos respectivamente(2). Cada año, mueren más de 190.000 neonatos en los primeros 28 días de vida. Se presentan en promedio en la región de América Latina y Caribe 14,3 muertes neonatales por cada 1.000 nacidos vivos. Este promedio esconde enormes diferencias entre países; que va desde 9,7 en el Cono Sur, hasta 18,3 en el Caribe Latino(25). Las muertes neonatales en la región, representan más de un 60% de la mortalidad infantil y casi un 40% de la mortalidad en menores de 5 años de edad. Por otra parte, empeora la situación perinatal ya que se presenta en promedio 21,3 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos(26).

Se estima que alrededor de 1 millón de gestantes no tienen acceso a la atención del parto por personal calificado, y que aproximadamente 744 mil mujeres no tienen ningún control del embarazo. Por esta situación, más de 20.000 madres mueren durante el embarazo y el parto, y más de 200.000 recién nacidos mueren en los 28 días seguidos al nacimiento(27). En zonas rurales este problema se incrementa dado que el acceso a los suministros, equipo en funcionamiento y servicios, es limitado. Además, una proporción significativa de los nacimientos en zonas rurales pueden ser atendidos por personal que no cuentan con la capacitación necesaria. En algunos países a causa de prácticas culturales en el parto y el puerperio, se tiende a aislar a las madres y a los recién nacidos al interior de sus hogares durante períodos variables de hasta seis semanas. La falta de autonomía de las mujeres, la falta de conciencia sobre las necesidades materno-infantiles, las dificultades en el transporte y la calidad deficiente de la atención en algunos de los servicios marcan las diferencias en salud(28).

América Latina y el Caribe es considerada una de las regiones más dispares del mundo al concentrar 14 de los 20 países reconocidos como los mas inequitativos a nivel mundial (entre los que se encuentra Colombia) (4); observando países con un gran avance en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, y otros cuyas tasas permanecen altas. Esto hace que existan grandes diferencias en términos de indicadores de salud entre los países, y enormes inequidades al interior de cada uno de ellos.

A pesar de la escasa información existente, diversos estudios realizados en la Región muestran que los mayores niveles de inequidad en los indicadores relativos a la salud y nutrición se dan entre las madres, niñas, niños y adolescentes indígenas (5,6,9,29). La razón de Mortalidad Materna, la Mortalidad Infantil y la Desnutrición Crónica, es entre dos y tres veces mayor en áreas donde viven poblaciones indígenas, que en las áreas donde residen las poblaciones hispanohablantes. En estos grupos, existe menor oferta y acceso a los servicios de salud, especialmente los que logran ser resolutivos ante complicaciones que son causa directa de la mortalidad materna e infantil; producto de la dispersión geográfica, la escases de vías de

comunicación y las brechas culturales entre creencias y prácticas en el cuidado de la salud, existente entre las comunidades y los establecimientos de salud (10).

América Latina y El Caribe es una región pluriétnica y pluricultural. En la actualidad hay más de 650 pueblos indígenas reconocidos por los Estados distribuidos principalmente en Centro y Sur América. Estos presentan una diversidad de realidades territoriales y demográficas y poseen diferentes estatus sociopolíticos en los países donde se asientan. El común denominador es, sin embargo, la discriminación estructural que afecta a estos pueblos y se expresa en marginalidad, exclusión y pobreza (5).

Esta situación ha sido documentada en varios países donde hay gran número de población indígena, por ejemplo, en Panamá la probabilidad de morir antes del primer año de vida es de 3,5 veces más alta entre los niños indígenas que entre los no indígenas (17,30). En Brasil se observa que el 16% de las mujeres mayores de 15 años ha perdido por lo menos un hijo nacido vivo, cuando se lo analiza por etnia se distribuye en: el 33% de las mujeres indígenas mayores de 15 años perdió por lo menos un hijo, el 19% de las negras y el 12,83 de las madres blancas. Esta relación se acentúa cuando nos encontramos en el nivel de ingreso menor. Para este grupo de escasos recursos económicos la mortalidad infantil aumenta, siendo 42% de mujeres indígenas que han tenido por lo menos un hijo fallecido, el 29% en afros (negras y pardas) y un 23% en las madres blancas pobres (31). En Guatemala, la mortalidad indígena materna también es elevada, especialmente en Alta Verapaz que es el departamento de mayor población indígena del país, se registraron en 1998 250 muertes para cada 1.000 nacidos vivos, aproximadamente cinco veces mayor a la media nacional. La tasa de mortalidad neonatal, la de 0 a 1 año y la mortalidad en los menores de cinco es más alta en la población indígena guatemalteca. Del total de niños muertos menores de 5 años, el 67,6 % corresponde a indígenas y el 32 % a no indígenas. El riesgo relativo de las mujeres de tener un hijo nacido muerto también se correlaciona con el origen étnico, siendo un 50% mayor para las indígenas en relación a las mujeres campesinas (31).

Según una publicación de OPS en México en el 2003 la probabilidad de morir durante el primer año de vida en los municipios con menor población indígena fue de 25 por mil; en los municipios con mayor población indígena, de 53 por mil. Los autores concluyeron que esto podía deberse a que la asignación de los recursos de salud se relacionó de forma inversa con el grado de marginación de los municipios indígenas. Los médicos se concentraron más en las áreas con baja población indígena, las condiciones de vida en la población indígena era muy diferente al resto de la población y se exponían a mayores riesgos y a más desventajas en cuanto a salud se refiere (32).

Se ha identificado que los pueblos indígenas tienen unas características propias que trascienden más allá del país, todos tienen su propia cultura, creencias, y hasta necesidades insatisfechas que son comunes, por lo que en muchos de los estudios realizados en países donde hay población indígena se ve reflejada la situación de los pueblos indígenas colombianos; que han llevado a clasificar esta situación como un problema de equidad en salud. La inequidad en salud en las comunidades minoritarias como las indígenas se pone en evidencia en las grandes diferencias de los indicadores de salud y de acceso a los servicios según los diferentes grupos humanos (17–19,31). En Colombia habita una población de 1.392.623 indígenas, los que constituyen el 3,43% del total nacional(21). De la población indígena, 1.081.399 (78,4%) habitan en el área rural y 297.485 (21,6%) se encuentran en áreas urbanas.

Y al igual que muchos otros países, en Colombia la mortalidad materna y perinatal continúa siendo un preocupante problema de salud pública, que refleja la vulneración de los derechos a

la salud y a la vida. A pesar de ser un país donde el porcentaje de partos atendidos en instituciones de salud y con gestantes asistiendo cada vez más a recibir atención prenatal en más del 90%, persisten problemas de calidad en los servicios, que se traducen en 73 muertes maternas por cien mil nacidos vivos (11). Estas cifras han permanecido estables a lo largo de los años, con un promedio de 79,69 desde el año 2000 hasta el 2010, encontrando las cifras mas altas en el año 2000 con 104,94, y la mas baja en el 2008 con 62,76 (12).

Reducir la mortalidad materna y perinatal es una de las metas prioritarias para Colombia, no solamente por ser una determinante del nivel de desarrollo alcanzado en el país y estar incluida en las metas y objetivos del milenio, sino porque así ha sido considerado en los desarrollos técnicos y normativos de la política nacional de salud pública adoptada en Colombia en los últimos años. Por ello Colombia fijó como metas nacionales reducir la mortalidad a 62,4 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en 2010, y en 45 por 100.000 a 2015(33). Las cifras varían a lo largo del territorio nacional, donde sólo nueve departamentos ya alcanzaron la meta de 45 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, grupo en el que se destacan los departamentos de Quindío, Huila y Meta con las tasas más bajas (13). La mortalidad perinatal ha descendido de 17 a 24 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos, entre el 2000 y 2005, principalmente en las regiones Oriental y Bogotá. Cauca se ubica entre los departamentos con las mayores tasas (24 muertes perinatales por mil nacidos vivos) (12). Esta situación puede estar justificada por un perfil caracterizado por residencia poblacional de un 60,92% en zona rural, un 10,45% de analfabetismo, un 16,5% de población que migra frecuentemente por dificultad para conseguir trabajo, amenaza para su vida, entre otras (14); además un 20,97% (247.987) de la población pertenece al grupo étnico indígena, siendo uno de los departamentos con más concentración de pueblos indígenas a nivel nacional.

En el Departamento del Cauca se ubicada una Empresa Promotora de Salud Indígena la cual tiene un 71,76%(213.427) indígenas en el Departamento del Cauca afiliados a EPS Indígena, siendo el departamento con mayor proporción de afiliados para la empresa, estos afiliados indígenas corresponden a un 91,54% del total de la población indígena del Departamento (233.135 indígenas en el Departamento del Cauca) (21). La situación de salud de la población afiliada, se caracteriza por un deterioro a lo largo de los años, con altas prevalencias de enfermedades infecciosas que por lo general están relacionadas con necesidades insatisfechas, (falta de agua potable, alcantarillado, buen manejo de basuras y excretas, hacinamiento, entre otras), que se reflejada en las altas tasas de muertes prevenibles como lo son las muertes por enfermedades diarreicas e insuficiencias respiratorias agudas en menores de 5 años, muertes por tuberculosis y muertes maternas, perinatales, e infantiles (22).

Entre los años 2007 y 2010 se identificaron en el Departamento del Cauca 64 muertes maternas, de las cuales 23(35,93%) son de la EPS Indígena (22,33). La EPS Indígena en estos años ha presentado grandes variaciones con un promedio de 142,04 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con un pico en el año 2007 para una tasa de 277,52. El promedio de la tasa de mortalidad materna de la EPS Indígena supera en un 62% la tasa promedio(88,09) del Departamento del Cauca. También se identifico 868 muertes perinatales en el Departamento del Cauca, de las cuales 189(21,77%) son de la EPS Indígena; con aumento progresivo en estos años, en promedio 20,09 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos, con un pico en el año 2010 para una tasa de 29,09. El promedio de la tasa de mortalidad perinatal de la EPS Indígena supera en un 49,19% la tasa promedio(14,31) del Departamento del Cauca (22,33).

La situación de mortalidad materna y perinatal en el Departamento del Cauca es aportada en su mayor porcentaje por la población indígena y es reconocido como grupo vulnerable frente a

esta problemática; en la EPS Indígena se ha calculado por medio de indicadores, sin embargo no se ha analizado el comportamiento de la misma; por lo que es importante un análisis más riguroso de los datos estadísticos, pues nos permiten comprender que estos eventos son un problema serio de salud a nivel institucional, departamental, nacional y mundial; pero también es necesario señalar que los causales de dicho fenómeno son variables y dependen del contexto. Es de suma importancia el abordar en términos de investigación la mortalidad materna y perinatal, por lo cual se plantea y desarrolla una metodología descriptiva en la cual se considera el caracterizar el comportamiento de las muertes maternas y perinatales en los últimos 5 años en la EPS Indígena en el Departamento del Cauca. Con esto se pretende lograr que el documento final se tenga en cuenta como base para plantear estrategias de intervención y también promover nuevas investigaciones en el tema, que ayuden a mejorar la información que se tiene de estos eventos y así mejorar el diseño de programas dirigidos a disminuir la incidencia de la mortalidad materna y perinatal en esta población.

3. Marcos de referencia

3.1. Marco teórico

La incertidumbre de las estimaciones de la mortalidad materna y perinatal no permite hacer ninguna evaluación precisa de las tendencias, además estudios donde se evidencie las diferencias de prevalencia de mortalidad materna y perinatal entre grupo étnicos son escasos en Colombia. A pesar que se ha identificado debilidades, en intervenciones dirigidas a la atención materno infantil (34); y conociendo que Colombia es un país que se caracteriza por su diversidad étnica y cultural, son pocos los avances que se han hecho frente a esta problemática(35). Ante esto, se ha planteado el abordaje del tema de manera descriptiva para contribuir con información actualizada acerca de la problemática de mortalidad materna y perinatal que se evidencia con mayor frecuencia en las comunidades indígenas en el Departamento del Cauca, especialmente en una EPS Indígena que ha detectado un aumento en el número de casos a lo largo de los últimos años y la cual tiene un 91% de la población indígena del Departamento como afiliados.

Las causas de la muerte materna indígena responden a un complejo problema de salud pública. Por lo que diferentes organizaciones interesadas en la salud mundial plantean abordar la temática en torno al modelo de determinantes sociales de la salud(2,7,17,24,25,27,36–44), la cual permitirá abordar el tema de manera holística y poder comprender la interacción entre diferentes factores como lo son el económicos, el acceso y la calidad de la atención médica, las creencias y costumbres que rigen el comportamiento de las familias, la dificultad con la que el sistema de salud occidental se relaciona con las poblaciones indígenas y sus diferencias con el sistema de salud tradicional, políticas del Estado, entre otras(45).

El Instituto Nacional de Salud también se ha basado en este abordaje para guiar la vigilancia epidemiológica de estos casos, desde el año 1996, con la publicación de la OPS de un documento titulado «Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna», en el cual Cinthya Berg, Isabella Danel y Germán Mora recogieron las conclusiones de la Reunión sobre la Actualización de las Guías de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, realizada en Atlanta en el año 1995 (46); y donde se plantean una serie de estrategias para recolectar información, dirigir el análisis y generar recomendaciones específicas para disminuir las muertes maternas. Desde entonces se han establecido protocolos que son actualizados anualmente para seguir con la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal.

Estos buscan contar con información precisa, confiable y oportuna acerca de esas muertes, incrementar la disponibilidad, la calidad y el uso de la información relevante de las muertes maternas y perinatales es esencial para dictar las políticas y para mejorar la calidad de la atención de las embarazadas y de sus productos. La ausencia de información o la mala calidad de la misma contribuyen a que se perpetúe la pasividad e impide que se tomen las decisiones necesarias para impactar en los indicadores (47,48).

La vigilancia epidemiológica, que permite identificar los factores determinantes de la muerte materna y perinatal y las soluciones para prevenirla, se puede enfocar desde dos perspectivas: una, individual, que permite a las IPS identificar los factores determinantes con el fin de implementar mejoras puntuales y específicas, para prevenir nuevas muertes por factores similares; y una perspectiva poblacional, para modificar las políticas en salud pública y canalizar acciones colectivas.

Si se acepta que la mortalidad materna comparte los mismos factores determinantes que la muerte perinatal (49), se pueden integrar datos de la madre y del feto o recién nacido para hacer el análisis individual de estos casos. El grupo CEMIYA, del Valle del Cauca, y el Centro Asociado al CLAP – OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, han aplicado este modelo de análisis a los casos de muerte perinatal, logrando de una manera ágil detectar todos los factores médicos y no médicos determinantes de las muertes y elaborar los respectivos planes de mejoramiento (50,51).

Las ventajas de abordar el tema a partir de este método son el permitir establecer el comportamiento de estos eventos en la EPS Indígena, comparar los indicadores con los del Departamento y Colombia, y poder describir demográfica y clínicamente los casos, que a la vez permitirán direccionar los programas de prevención de la mortalidad materna y perinatal.

Las desventajas en el desarrollo de la investigación son el no ver qué pasa detrás de cada caso, ya que el contexto juega un papel importante en la presencia de estos casos. Sin embargo podremos observar de manera global los factores relacionados más comunes.

3.2.Determinantes de la mortalidad materna y perinatal

La salud de las madres y los recién nacidos se hallan intrínsecamente relacionadas, dado que un alto porcentaje de las muertes en menores de un año se debe a deficiencias en los servicios de salud que muchas mujeres reciben durante el embarazo y el parto, y la posibilidad de los cuidados maternos al recién nacido; de modo que en numerosos casos prevenir sus muertes requiere la aplicación de las mismas intervenciones (1,3).

Los factores determinantes de la muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, y entre ellos se destacan el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar, y los relativos a su estado de salud como son su conducta reproductiva, así como el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Las inequidades en salud se ven reflejadas en marcadas disparidades para las poblaciones que viven en situación de mayor desventaja. En los países con poco desarrollo las mujeres tienen poca autonomía tanto para la toma de decisiones como el actuar para cuidar su salud. Las mujeres indígenas, las pobres, las que viven en zonas rurales, las adolescentes y jóvenes y las que reciben menos educación son los grupos de mujeres que presentan la proporción más alta de muerte materna (6,7,24,28).

Las niñas y las mujeres no tienen un proyecto de vida claro, muchas de ellas no va más allá de conformar una familia y tener hijos, y esto está estrechamente relacionado con las oportunidades de educación. La falta de educación hace que las mujeres desconozcan sus derechos y las opciones que ofrece el sector salud (5,18,40).

El inicio temprano de la vida sexual, hace que exista mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, o a embarazos tempranos, no deseados y por consiguiente a abortos inducidos y otras complicaciones relacionadas (24).

La falta de acceso a los métodos de planificación familiar expone a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas, a abortos inducidos, y a mayor pobreza (25,38,42). En cuanto a las edades extremas el riesgo es más alto al inicio de la vida fértil, baja entre 20 y 29 años y vuelve a aumentar con edades mayores. Las mujeres que tienen cuatro o más hijos presentan razones de mortalidad materna superiores a 120 mientras que las que tienen 2,3 o menos hijos presentan razones por debajo de 64. De igual manera, en las zonas donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es superior al 74% presentan razones de mortalidad inferiores a 74, mientras donde la prevalencia es de 62% o menos la razón aumenta (25).

El trabajo físico arduo y la mala nutrición hacen que las mujeres de bajos recursos económicos sean más propensas a tener complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio (7,25).

La falta de acceso a los servicios de salud por dificultades geográficas, económicas o culturales, o por la ausencia de estos servicios en las comunidades, es un factor determinante para el aumento de las razones de mortalidad (28,38,42). En nuestro país coexisten otros factores que dificultan la atención en salud, como el conflicto armado, el desplazamiento forzado y las limitaciones de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (25).

En el período de 1995 a 2000 el 27,3% de las muertes maternas pertenecían al régimen subsidiado, el 20% al régimen contributivo, el 17,5% eran pobres no afiliadas y en el 25% restante se desconocía el régimen de afiliación (25)

También se da el caso de algunas mujeres que no logran una adecuada comunicación con los proveedores de la asistencia médica porque se sienten avergonzadas, maltratadas o irrespetadas, y esto se refleja luego en ausencia al control prenatal (38,42).

Cuando el personal de salud no tiene un entrenamiento adecuado en salud materna, es factible que se presenten fallas en el manejo de las complicaciones obstétricas y esto contribuye al aumento de la morbilidad materna (24,27).

Los determinantes de la mortalidad perinatal están muy ligados al cuidado de la salud materna, y al cuidado posterior al parto como también con el desarrollo social y tecnológico de la sociedad en términos de prestación de los servicios de salud y con los conocimientos, hábitos y actitudes que tiene los profesionales de la salud y los mismos padres (34,47).

La reducción de la mortalidad materna y perinatal debe sustentarse en la necesidad de actuar sobre los factores determinantes de las muertes y de los problemas de salud reproductiva. Para esto no solo debe actuar el sector salud, sino que debe existir un trabajo articulado multisectorial.

3.3. Marco legal en el cual está enmarcado el problema

La salud es un derecho que tiene una naturaleza colectiva y por lo tanto tiene que ser garantizado a los pueblos indígenas (53). En Colombia antes de la ley 100 de 1993 los pueblos indígenas podían desarrollar proyectos de atención a la población gracias a la Resolución 10013 de 1981 (Ministerio de Salud, 1981)(54). Estableciendo gratuidad del servicio de salud y resalta la relevancia que tienen los promotores de salud dentro de la comunidad, al conocer el idioma y territorio, el cuidado de la salud teniendo en cuenta la medicina tradicional. Con la ley 100 los pueblos indígenas pasan a ser parte del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Ministerio de la Protección Social, 1993)(55).

La autonomía de los pueblos indígenas, basada en la Ley de Origen o Derecho Propio al tener diferencias particulares en la forma de organizar su Gobierno Propio, incluye en algunos casos la creación de instituciones propias que cumplan determinados fines, como es el caso de salud, donde se constituyen asociaciones de cabildos y/o autoridades indígenas (AATI), e instituciones de salud, como las Entidades Promotoras de Salud Indígena (EPS I), al igual que las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud Indígena (IPS I); estas instituciones tienen la capacidad para ejecutar proyectos de acuerdo a las costumbres indígenas (56–58).

Estos avances permiten construir e ir implementando una participación de los indígenas en la salud para así empezar a desarrollar e impulsar el modelo de salud propio basado en la medicina tradicional.

A pesar que el Gobierno reconoce el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) por medio de la ley 21 de 1997 (58), donde se establece que los pueblos indígenas pueden decidir la forma como gestionan sus necesidades y derechos, dando respeto a su cultura; y en salud estableciendo que el sistema debe tener en cuenta la medicina tradicional en materia de atención y medicamentos. Hay falta de cumplimiento ya que el SGSSS no tiene en cuenta la interculturalidad de la salud (57).

Otra dificultad importante es que las instituciones indígenas, al ser entidades de carácter público especial, son vigiladas y controladas por las AATI y la Superintendencia Nacional de Salud. Los dos sistemas normativos diferentes han generado conflictos, que dificultan el fortalecimiento e implementación salud propia. Ya que el control de la AATI está basado en las normas y leyes tradicionales, es decir, se tiene en un concepto de la salud que va más allá de la salud y la enfermedad; mientras que la Superintendencia de Salud, al ser una institución del Estado, basa todos sus procedimientos de control y evaluación de acuerdo a un concepto de salud hegemónico y biomédico. Haciendo que en los procedimientos administrativos se presenten controversias, dado a que las instituciones del Estado no manejan ni tienen en cuenta criterios de evaluación interculturales. Esta situación pone en riesgo las licencias de funcionamiento de las EPS-I y el retroceso de los pueblos indígenas en Colombia.

Además se presentan muchos obstáculos para acceder al servicio de salud. En Colombia, algunos indígenas no son partícipes en el SGSSS al no tener un documento de identidad; de igual forma, el conflicto armado impide que se realicen misiones médicas en la zona rural. Hay deficiencias en la infraestructura de instituciones de salud, vías de transporte inadecuadas, poca asignación de recursos, barreras que impiden el acceso y problemas relacionados con la calidad, cuando se trata de llevar servicios de salud a la zona rural donde se ubica la mayor parte de la población indígena (35).

A pesar de reconocerse la autonomía de los pueblos indígenas en Colombia las EPS I y las IPS I deben basarse en la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud, para adecuar el

cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de acuerdo a las normas y leyes tradicionales de cada pueblo indígena. La ley 691 no permite invertir recursos en medicina tradicional, sólo a través de programas especiales, afectando la ejecución de un sistema de salud propio y desarrollo de la interculturalidad de la salud (57).

A nivel internacional teniendo como referencia la problemática en salud materna y con el fin de promoverla, se adoptó una iniciativa denominada “Maternidad sin Riesgo”, lanzada en 1987 por la OMS, el UNICEF, el FNUAP, el Banco Mundial y otras organizaciones directamente interesadas en la salud materna, las cuales colocaron a la mortalidad materna en el primer plano de la salud pública internacional. En los 90, la región de Latino América, el Caribe y el compromiso de los países miembros y de las Agencias de Cooperación Internacional: hicieron la declaración de Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000, incluyéndose como quinto objetivo mejorar la salud materna.

En mayo de 2004, en Ginebra, se lanzó la “Estrategia de Salud Reproductiva”, adoptada por la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, y posteriormente la iniciativa por una Maternidad Segura, conmemorados en octubre 2007 con la conferencia *Women Deliver en Londres*, que tras otras campañas para la salud materna y neonatal, tales como *Women Deliver for Women*, generaron mayor impulso al tema de la salud materna en la agenda global.

En Colombia se está involucrado en un contexto normativo y político que busca la reducción de la mortalidad materna, a través de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2003, acompañada de la normatividad en Promoción, Prevención y atención a eventos en Salud Sexual y Reproductiva, de fortalecimiento de la gestión, vigilancia en Salud Pública y Garantía de la Calidad, donde se incluyó el Plan de Choque para la reducción de la Mortalidad Materna, protocolo de Vigilancia en SP de la Mortalidad Materna y el CONPES 091 de 2005 donde enmarca las estrategias para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio a nivel nacional.

En la Constitución Política de 1991, hace referencia a los derechos de salud sexual y reproductiva, además de recalcar que garantiza la salud (art 49), establece beneficios a favor de la mujer (art 43) y estipula los derechos de los niños (art 44).

La Ley 100 de 1993 y sus reformas 1438 de Enero de 2011, al igual que la ley 715 de 2001 y su reglamentación, donde se plantea la formulación de la política en salud pública y define las prioridades en salud pública donde se encuentran la salud infantil y la salud sexual y reproductiva, la Resolución 412 y 3384 de 2000 donde se incluyen guías de atención para la protección específica (atención del parto, planificación familiar para hombres y mujeres); detección temprana (alteraciones del desarrollo del niño y el joven, alteraciones de la gestación, cáncer cervicouterino y seno); y atención y recuperación (complicaciones del embarazo, Infecciones de Transmisión Sexual, violencia contra la mujer y la infancia).

Las EPS e IPS Indígenas han venido trabajando en el diseño y ejecución de programas de salud intercultural en especial los dirigidos a la mujer gestante, sus recién nacidos y niños con la finalidad de mejorar las condiciones de vida, y la reducción de la mortalidad materno infantil; encontrando varias dificultades, ya que desde la medicina tradicional el concepto salud-enfermedad es más amplio, por lo que los objetivos de desarrollo del milenio y sus metas no logran determinar puntos importantes dentro de la salud del pueblo indígena, ni tampoco guiar el diseño de programas o proyectos de salud, que garanticen una atención en salud integral, oportuna, familiar, comunitaria e intercultural. Y teniendo en cuenta que es una población donde se concentran las mayores tasas de mortalidad materna y perinatal es necesaria una intervención inmediata y adecuada a sus necesidades (35).

Por lo que se hace necesario abordar en términos de investigación la mortalidad materna y perinatal en población indígena, determinando el comportamiento de las mismas en los últimos 5 años en una EPS Indígena en el Departamento del Cauca, el cual como característica particular a grupos indígenas de Latino América se mantiene por encima de los indicadores departamentales. Con esto se pretende relacionar cómo los determinantes en salud influyen en la presencia de estos eventos; y lograr que el documento final se tenga en cuenta como base para la creación de un programa de atención intercultural para la mujer gestante indígena y el recién nacido, que se ajuste a esta población, además de promover otro tipo de estudios en el tema, todo con el fin de contribuir a la prevención nuevos casos de mortalidad materna y perinatal.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el comportamiento de la mortalidad materna y perinatal presentada en una EPS Indígena en el departamento Cauca entre los años 2007 a 2011?

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Describir el comportamiento de la mortalidad materna y perinatal presentado en una EPS Indígena del departamento del Cauca entre los años 2007 a 2011.

4.2. Objetivos específicos

- Comparar la razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad perinatal de la EPS Indígena frente a las presentadas en el Departamento del Cauca y en Colombia.
- Describir socio demográfica y clínicamente los casos de mortalidad materna y perinatal de la EPS Indígena en el Departamento del Cauca.

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio mediante el método cuantitativo, a través de estudio descriptivo, que caracteriza las muertes maternas y perinatales presentadas en una EPS Indígena en el departamento del Cauca entre los años 2007 a 2011.

5.2. Área de estudio

El área de estudio de esta investigación es el Departamento del Cauca, en particular, la población afiliada a una EPS Indígena de dicho departamento. La población indígena es

reconocida por su vulnerabilidad. Su propia forma de ver el mundo y sus particularidades culturales y lingüísticas han sido amenazadas por siglos de opresión y dominación cultural, política, económica y social por parte de grupos socioeconómicos más fuertes. La situación de los derechos humanos de los pueblos indígenas en Colombia continúa vulnerándose a pesar del reconocimiento constitucional de estos derechos.

Es una población generalmente pobre, con bajos niveles educativos, residentes en zona rural, con difícil acceso a servicios básicos y de salud, por situaciones relacionados con la guerra, el narcotráfico, o a la presión de multinacionales por la apropiación de recursos naturales de sus zonas. Esta situación se ve reflejada en su salud, y analizando sus determinantes sociales, se encuentra la necesidad de actuar inmediatamente a favor de esta población.

Con respecto al resto de las poblaciones indígenas de Colombia, la población indígena del Cauca es una de las más representativas a nivel nacional, y no solo en su concentración poblacional, sino en su desarrollo socio político; sin embargo, presentan características típicas que la hacen una población sumamente vulnerable. El 91,54% del total de la población indígena en el Departamento se encuentra afiliado a una EPS Indígena, en la cual se va a observar el número de casos de mortalidad materna y perinatal a lo largo de los años 2007 a 2011.

Esta investigación es sumamente necesaria en la EPS Indígena, ya que en el transcurso de los años ha sido la EPS del régimen subsidiado que más ha aportado casos de muerte materna y perinatal a las estadísticas del Departamento del Cauca. Esta es una EPS que fue conformada por las asociaciones indígenas de las diferentes zonas del Departamento del Cauca, por lo que es considerada una EPS de los comuneros y para los comuneros. Al igual que cualquier otra EPS de régimen subsidiado administra los recursos de salud de su población afiliada, garantiza el acceso a los servicios de salud contemplados en la normatividad actual que rige el Sistema General de Seguridad Social, además de contar con programas especiales como lo es el Proyecto de Salud Indígena, el cual es propia de la EPS y busca fortalecer la medicina tradicional, la autonomía alimentaria y el fomento de salud de forma intercultural. Cuenta con programas propios interculturales dirigidos al cuidado de la mujer gestante y al recién nacido, como también un plan para la reducción de la mortalidad materna y perinatal; sin embargo se sigue presentado dificultades de salud en esta población, y como es conocido se han venido aumentando los casos de mortalidad materna y perinatal en el transcurso de los años.

La mortalidad materna y perinatal se ha considerado uno de los puntos prioritarios donde se enfocan varias acciones de intervención desde la EPS Indígena, Programa de Salud del CRIC, las secretarías de salud Departamental y municipales, las IPS Indígenas, IPS públicas y privadas, asociación de cabildos zonales, autoridades indígenas y comunidad en general. Por lo que se hace necesario adelantar investigaciones en esta área e inversión en programas que se adapten a las necesidades de esta población.

5.2.1. Población y muestra

En una EPS Indígena, se tomaron todos los casos de mortalidad materna y perinatal documentados por el Instituto Nacional de Salud a lo largo de los años 2007 a 2011 en el Departamento del Cauca, por lo tanto no se requirió de muestreo para tener la población objeto.

5.2.2. Variables de mortalidad materna y perinatal

5.2.2.1. Variables socio demográficas

Tabla 1. Variables socio demográficas (datos de la madre)

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Edad materna	Edad de la madre en años cumplidos	Cuantitativa continua	10, 11,12 ... n años	Ficha notificación SIVIGILA
Escolaridad	Número de años de escolaridad de la madre	Categórica nominal	Ninguna, Primaria, Secundaria Superior Sin información	Ficha notificación SIVIGILA
Ocupación	Actividad principal de la madre en el último mes	Categórica nominal	Trabajo, Estudio, Buscar trabajo, Oficios del hogar...	Ficha notificación SIVIGILA
Pertenencia étnica	Etnia con la cual se identifica la madre	Categórica nominal	Indígena, ROM, Raizal, Palenquero, Afrocolombiano, Otros	Ficha notificación SIVIGILA
Convivencia	Personas con quien compartía vivienda	Categórica nominal	Cónyuge, Familia, Sola, Otro ¿Cuál?	Ficha notificación SIVIGILA
Municipio de residencia	Municipio donde residía (últimos 6 meses)	Categórica nominal	n municipio de los 42 municipios del Departamento del Cauca	Ficha notificación SIVIGILA
Lugar de residencia	Lugar donde residía (últimos 6 meses)	Categórica nominal	Cabecera municipal, Centro poblado, Rural disperso	Ficha notificación SIVIGILA

5.2.2.2. Variables clínicas

Tabla 2. Variables de antecedentes maternos

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Regulación fecundidad	Método de planificación familiar usado para regular fecundidad	Categórica nominal	No uso método por desconocimiento, No uso método por acceso, No uso método por que no deseaba Natural, Dispositivo intrauterino, Hormonal, Barrera, Quirúrgico	Ficha notificación SIVIGILA
Partos vaginales	Número de partos vaginales	Categórica discreta	1,2,3... n veces	Ficha notificación SIVIGILA

Tabla 3. Variables de factores de riesgo y complicaciones

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Antecedentes de riesgo	Tipo de patologías previas al último embarazo	Categórica nominal	Ninguna, Hipertensión crónica, Cardiopatías, Diabetes, Mola hidatiforme, RN pretermino, RN de bajo peso, RN macrosómico, Trastorno mental, Obesidad, Desnutrición crónica, Intergénesis menor a 2 años, ITS distintas a VIH, sífilis y HB, VIH-SIDA, Otras infecciones, RH negativo, Tabaquismo, Alcoholismo, Sustancias psicoactivas, Deficiencias socioeconómicas, Sífilis, Hepatitis B, Otros factores de riesgo, Gingivitis o periodontitis	Ficha notificación SIVIGILA
Complicaciones durante el embarazo	Tipo de complicaciones presentadas durante el embarazo	Categórica nominal	Preeclampsia, Eclampsia, Sínd HELLP, Diabetes gestacional, Sepsis, Hemorragia 1er trimestre, Hemorragia 2do trimestre, Hemorragia 3er trimestre, Desproporción cefalo pélvica, Retardo crecimiento intrauterino, Enfermedad autoinmune, Malaria, Embarazo no deseado, Violencia contra gestante, Otras complicaciones, Gestación producto de violencia sexual, Feto incompatible con la vida, Síntomas depresivos.	Ficha notificación SIVIGILA

Tabla 4. Variables de antecedentes prenatales

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Número de controles prenatales	Número de consultas para control prenatal realizadas	Cuantitativa continua	4,5,6... n veces	Ficha notificación SIVIGILA
Inicio controles prenatales	Semana gestacional en la que inicia controles prenatales	Cuantitativa continua	4,5,6... 42 semanas de gestación	Ficha notificación SIVIGILA
Clasificación del riesgo	Identificación y definición de riesgo en el embarazo según condicionantes del mismo.	Categórica nominal	Alto riesgo, bajo riesgo, sin riesgo	Ficha notificación SIVIGILA

Tabla 5. Variables de antecedentes de embarazo y puerperio (muerte materna)

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Momento en que ocurrió la muerte materna	Etapas en la que ocurre la muerte	Categórica nominal	Gestación, Parto, Puerperio <24 horas, Puerperio >24 horas	Ficha notificación SIVIGILA
Tipo de parto	Tipo de parto presentado	Categórica nominal	Vaginal, Cesárea, Instrumentado, ignorado	Ficha notificación SIVIGILA
Persona que atiende el parto	Persona que atiende el parto	Categórica nominal	Médico general, Médico obstetra, Enfermera, Auxiliar de enfermería, Promotor de salud, Partera, Otro	Ficha notificación SIVIGILA

Tabla 6. Variables de causa de muerte

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Causa de muerte	Causa básica relacionado a la muerte	Categórica nominal	n causa	Ficha notificación SIVIGILA
Determinación causa de muerte	Forma en que se determina causa básica de muerte	Categórica nominal	Historia clínica Autopsia verbal Necropsia	Ficha notificación SIVIGILA
Demoras	Tipo de demoras encontradas en el caso	Categórica nominal	SI NO	Ficha notificación SIVIGILA

Tabla 7. Variables de notificación

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Sitio de defunción	Lugar donde ocurre la muerte	Categórica nominal	IPS IV Nivel, IPS III Nivel, IPS I Nivel, Vía publica, Durante el traslado, Domicilio	Ficha notificación SIVIGILA
Municipio que notifica	Municipio notificador del evento	Categórica nominal	n municipio de los 1102 municipios colombianos	Ficha notificación SIVIGILA

Tabla 8. Variables datos adicionales para muerte perinatal

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Momento de ocurrencia de la muerte perinatal	Momento en que ocurre la muerte perinatal	Categórica nominal	Anteparto, Intraparto, Prealta, Posalta	Ficha notificación SIVIGILA
Peso nacimiento	Peso en gramos del feto o recién nacido	Cuantitativa continua	500, 600...n gramos de peso	Ficha notificación SIVIGILA
Edad gestacional	Edad del feto o RN en semanas de gestación	Cuantitativa continua	22, 23, 24... 42 semanas de gestación	Ficha notificación SIVIGILA
Edad neonatal en el momento de la muerte	Edad del recién nacido según minutos, horas, días de vida después del nacimiento	Cuantitativa continua	1, 2, 3... 6 días después del nacimiento	Ficha notificación SIVIGILA
Persona quien realiza adaptación neonatal	Persona quien realiza adaptación neonatal	Categórica nominal	Neonatólogo, Pediatra, Medico general, Enfermera, Auxiliar de enfermería, Partera, Otro	Ficha notificación SIVIGILA

5.2.3. Recolección información

Se tomó la base de datos del Instituto Nacional de Salud desde el año 2007 hasta el año 2011, de los casos de muerte materna y perinatal presentados en afiliados a la EPS Indígena en el Departamento del Cauca, los cuales fueron notificados al SIVIGILA por parte de la red de prestadores en su respectiva ficha de notificación epidemiológica.

Estos datos resultaron de la comparación y concordancia RUAF-DANE por parte de la Secretaria Departamental de Salud del Cauca y el Instituto Nacional de Salud para su validez, los cuales previamente son validados con informes de comités de vigilancia epidemiológica municipal y departamental. Para la recolección de información se contó con la presencia del investigador y 1 auxiliar de enfermería.

5.2.4. Análisis de datos

Las bases de datos de la mortalidad materna y perinatal provenientes del Instituto Nacional de Salud se analizaron mediante el cálculo de frecuencias con apoyo del software STATA versión 12. Las gráficas y tablas se construyeron en Excel.

Para la determinación de los denominadores para la razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad perinatal se utilizó datos de las estadísticas del DANE en cuanto a nacidos vivos, los cuales fueron necesarios para su cálculo y de los cuales se filtraron por EPS.

En cuanto al análisis de las edades de las madres las cuales presentaron mortalidad perinatal y al encontrar que las bases de datos a analizar no contaban con esta información, por mal diligenciamiento de este campo en la ficha de notificación SIVIGILA, se cruzó esta base de datos con la de aseguramiento de la EPS y se calculó la edad dependiendo de la fecha de presentación del evento.

Para el análisis de mortalidad perinatal se utilizó la metodología Matriz BABIES, propuesta por el Instituto Nacional de Salud el cual establece el cruce de variables del feto o recién nacido y momento de ocurrencia de la muerte, datos encontrados en las fichas de notificación SIVIGILA.

5.3. Consideraciones éticas

El Instituto Nacional de Salud a través de la Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emite los parámetros para realizar la vigilancia en salud pública en todo el territorio nacional de toda muerte materna y perinatal, mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos con el fin de caracterizar este tipo de muertes, identificar sus factores determinantes y orientar la toma de decisiones que apunten a su reducción en los niveles municipal, departamental y nacional.

Esto se hace a través de diferentes actores del sistema como lo son: Ministerio de la Protección Social-Centro Nacional de Enlace, Instituto Nacional de Salud-Subdirección de vigilancia y control en salud pública, Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal, Unidades primarias generadoras de datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública.

De otra parte, desde 1995 el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) ha incluido la vigilancia de la mortalidad materna a través de la cual se captura la información de los casos para realizar el análisis oportuno desde el nivel institucional hasta el nacional.

Por esto, al tratarse de un evento de interés en salud pública, la información puede ser utilizada por los diferentes actores para poder analizar y plantear estrategias de intervención.

Sin embargo, se obtuvo autorización para su realización, por parte del representante legal de la EPS Indígena, institución donde se realizara la investigación, y de la Secretaria Departamental de Salud del Cauca. La información recolectada sólo se utilizó por el grupo de trabajo encargado del análisis, que para hacer referencia a ellos no se utilizará nombres y que en ningún momento se aprovechará para fines judiciales.

Además de acuerdo con el artículo 11, categoría “a” de la resolución 8430 de 1993 emanado por el ministerio de Salud, la presente investigación no tiene ningún riesgo para el grupo sujeto de estudio.

6. Resultados

6.1.COMPORTAMIENTO MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN EPS INDÍGENA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA ENTRE LOS AÑOS 2007 A 2011

La mortalidad materna como la perinatal en los afiliados a la EPS Indígena en el Departamento del Cauca se ha mantenido constante, aumentado en el último año con respecto a años anteriores, esto puede deberse al fortalecimiento del sistema de vigilancia en Salud Pública en los últimos años, con la presencia de IPS Indígenas que prestan servicios extramurales y quienes cuentan con personal de salud en la zona rural (9 IPS Indígena actualmente en el Departamento del Cauca habilitadas y en funcionamiento), al fortalecimiento de los sistemas de información (mayor número de UPGD que realizan notificación semanal al SIVIGILA-INS); o al deterioro de la salud de la población Indígena y mayor desigualdades social en la población indígena que conlleva a este tipo de eventos.

Tabla 9. Razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad perinatal presentado en una EPS Indígena en el Departamento del Cauca en los años 2007 a 2011.

	2007	2008	2009	2010	2011
RAZÓN MORTALIDAD MATERNA*	314,96	63,01	269,54	77,28	353,93
NÚMERO MUERTES MATERNAS	6	1	6	2	11
NÚMERO NACIDOS VIVOS	1905	1587	2226	2588	3108
TASA MORTALIDAD PERINATAL*	13,12	34,14	20,66	20,09	29,92
NÚMERO MUERTES PERINATALES	25	51	46	52	93
NÚMERO NACIDOS VIVOS	1905	1587	2226	2588	3108

Elaboración propia con datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.* Nota: Las razones de mortalidad materna y tasa de mortalidad perinatal fueron calculadas a partir de información INS-SIVIGILA. Razón mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos y tasa de mortalidad perinatal por mil nacidos vivos.

Las mujeres que fallecen por complicaciones del embarazo y parto han disminuido en Colombia y en el mundo, Colombia se ha aproximado al cumplimiento de la meta establecida por el Departamento Nacional de Planeación en cuanto al logro de los objetivos del milenio al año 2015 que es de 45, sin embargo hay grandes desigualdades dentro del país y el Departamento del Cauca ha sido uno de los 27 departamentos que sobrepasan las metas establecidas y que ha mantenido constante una alta razón de mortalidad materna.

A pesar de tener como prioridad trabajar por las mujeres con mayores riesgos como lo son las mujeres indígenas, que además tienen otros riesgos ya que la mayoría de ellas viven en zonas rurales, son de hogares pobres y viven en zonas de conflicto; se evidencia que esta problemática sigue afectando en mayor proporción a la población indígena.

Se ha recopilado información de una EPS Indígena que cuenta con un gran porcentaje de población indígena del Departamento del Cauca como afiliados, y podemos evidenciar que la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad perinatal en esta EPS sobrepasa las departamentales y nacionales y por ende la meta establecida para el cumplimiento de los objetivos del milenio.

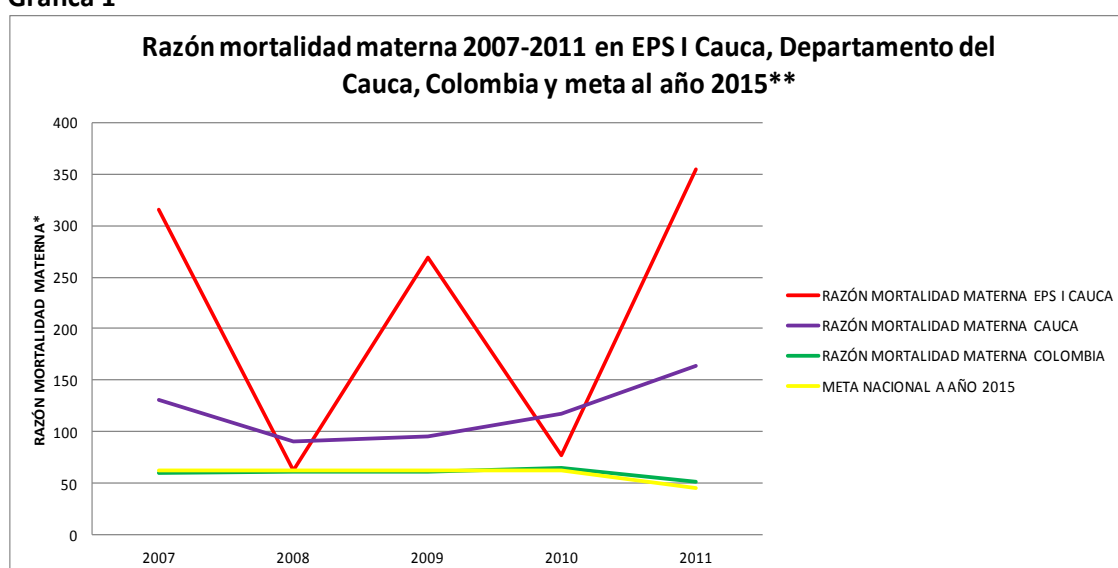
Esto nos deja la gran inquietud de seguir trabajando para mejorar las condiciones de vida de la población indígena, determinar otros factores relacionados a la permanencia de estos eventos, y adecuar los programas ya implementados según las necesidades de la población.

Tabla 10. Razón de mortalidad materna 2007 a 2011 en una EPS Indígena en el Cauca, Departamento del Cauca, Colombia y meta al año 2015.

	2007	2008	2009	2010	2011
RAZÓN MORTALIDAD MATERNA EPS I CAUCA*	314,96	63,01	269,54	77,28	353,93
RAZÓN MORTALIDAD MATERNA CAUCA*	131,21	90,19	95,93	117,59	164,38
RAZÓN MORTALIDAD MATERNA COLOMBIA*	59,50	61,36	61,59	65,03	51,94
META NACIONAL A AÑO 2015	62,4	62,4	62,4	62,4	45

Elaboración propia con datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.* Nota: Las razones de mortalidad materna fueron calculadas a partir de información INS-SIVIGILA. Razón mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos* Colombia. Departamento Nacional de Planeación. "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio -- 2015" CONPES SOCIAL 91.

Gráfica 1



Elaboración propia con datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011

Las razones de mortalidad materna de la EPS Indígena en el periodo comprendido entre los años 2007 al 2011, comparadas con las del departamento del Cauca y las del país han variado continuamente, manteniéndose por encima de la nacional, presentando picos en los años 2007, 2009 y 2011, donde supera notablemente a las del Departamento y la nación.

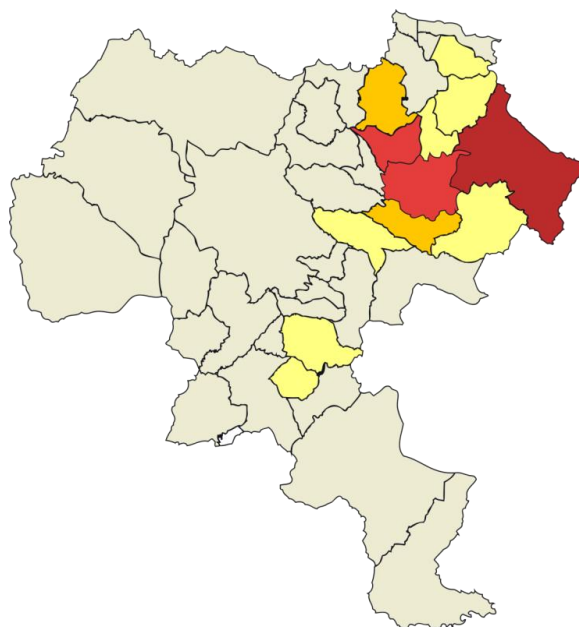
La razón de mortalidad materna en Colombia se ha mantenido estable con una tendencia al descenso a partir del año 2010, cercana a la meta planteada para el año 2015 y enmarcada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Lo anterior significa que para alcanzar la meta planteada en los años siguientes no debe ocurrir más de 1 muerte materna en la EPS Indígena, más de 7 en el Departamento del Cauca y no más de 280 a nivel nacional.

Sin embargo la razón de mortalidad materna en el Departamento del Cauca se ha mantenido por encima de la nacional con una tendencia al aumento. La EPS Indígena presenta unos picos donde la razón de mortalidad materna es de 2,15 a 2,85 veces mayor a la Departamental y de 5,29 a 6,81 veces mayor a la nacional.

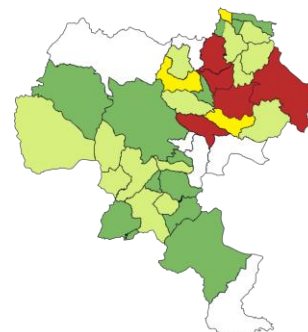
En promedio la razón de la mortalidad materna en la EPS Indígena en Cauca entre los años 2007 a 2011 (179,79 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos) es 1,80 veces mayor que la razón de mortalidad materna del Departamento (99,88 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos), y 3,60 veces mayor que la razón de mortalidad materna Nacional (49,90 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos).

Gráfica 2

Mortalidad materna según municipio de residencia, EPS Indígena Cauca 2007-2011



Ubicación pueblos indígenas Cauca



Mortalidad Materna Cauca

Elaboración propia con datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011. Mapa “Mortalidad Materna Cauca” elaboración propia con datos estadísticos Instituto Nacional de Salud años 2007 a 2011, y mapa “Ubicación Población Indígena Cauca” tomado de publicación “Tejiendo desde el corazón. Los derechos humanos de los pueblos indígenas. USAID y CRIC 2011.

Las más altas concentraciones de casos de mortalidad materna en el Departamento del Cauca en los años evaluados coinciden con la presentada en la EPS Indígena, al igual que con la ubicación de pueblos los pueblos indígenas del Departamento.

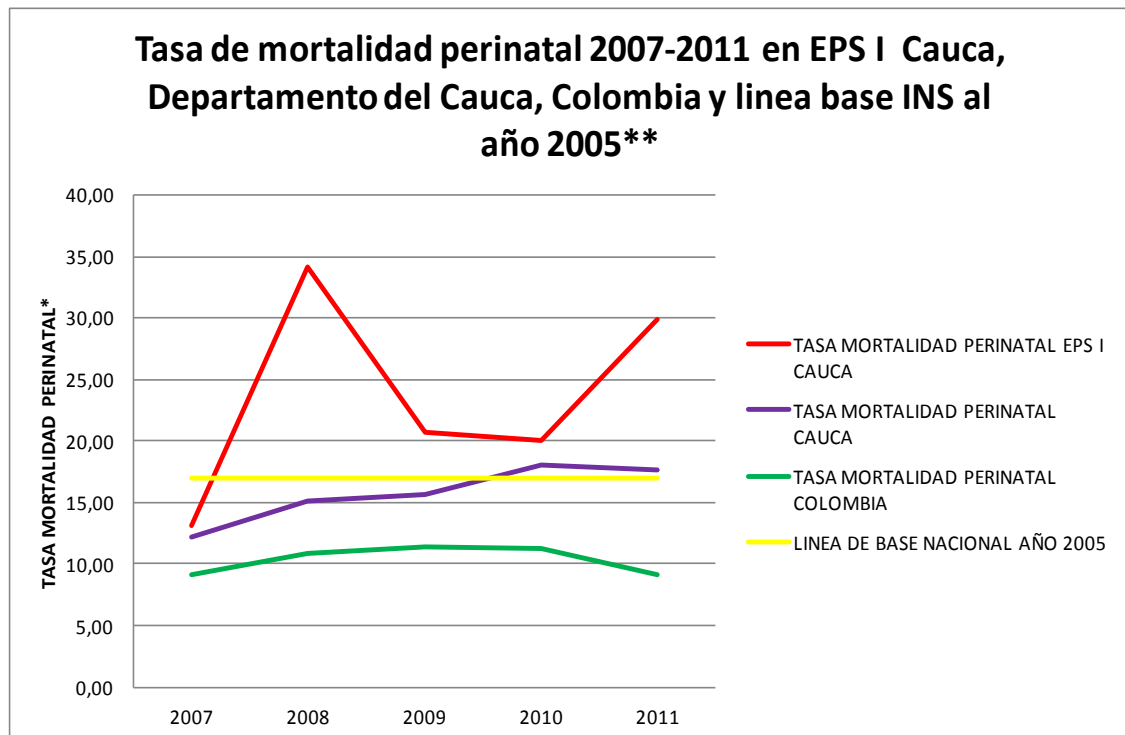
Los territorios donde están ubicados los pueblos indígenas y otros grupos vulnerables se han caracterizado por la dispersión geográfica, además por la presencia de conflictos armados. Esto es más evidente en el norte del Departamento donde hay alta concentración de población indígena y negra.

Tabla 11. Tasa de mortalidad perinatal 2007 a 2011 en una EPS Indígena en Cauca, Departamento del Cauca, y Colombia.

	2007	2008	2009	2010	2011
TASAMORTALIDAD PERINATAL EPS I*	13,12	34,14	20,66	20,09	29,92
TASA MORTALIDAD PERINATAL CAUCA*	12,20	15,07	15,65	18,11	17,66
TASA MORTALIDAD PERINATAL COLOMBIA*	9,07	10,90	11,39	11,27	9,18

Elaboración propia con datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.* Nota: Las tasas de mortalidad perinatal fueron calculadas a partir de información INS-SIVIGILA. Tasa de mortalidad perinatal por mil nacidos vivos.

Gráfica 3



Elaboración propia con datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.* Nota: Las tasas de mortalidad perinatal fueron calculadas a partir de información INS-SIVIGILA. Tasa de mortalidad perinatal por mil nacidos vivos. ** Grupo de vigilancia y control de enfermedades no trasmisibles PDEV. PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA. PRO-R02.003.0000-024 2011/07/25. Pag.3.

Aunque no se ha definido una meta para la mortalidad perinatal, se sabe que un gran proporción de las muertes perinatales (mortalidad neonatal precoz) son las que aportan al indicador de mortalidad infantil, las cuales si tienen una meta, para mortalidad neonatal es la reducción a 5 muertes neonatales por cada 1.000 nacidos vivos y la infantil para Colombia, es de 14 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos. Por lo que no las podemos comparar directamente con el indicador de mortalidad perinatal, sin embargo existe una línea de base calculada por el INS quién vigila este evento desde el año 1996 y cuyas líneas de base para el año 2000 fue de 20 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos y para el año 2005 fue de 17 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos. Cauca se encuentra dentro de los Departamentos con mayores razones de mortalidad perinatal en Colombia.

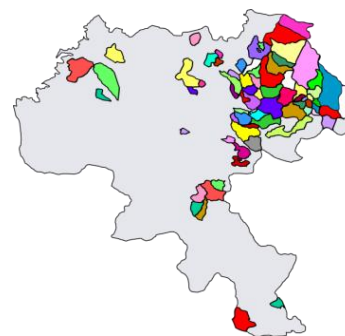
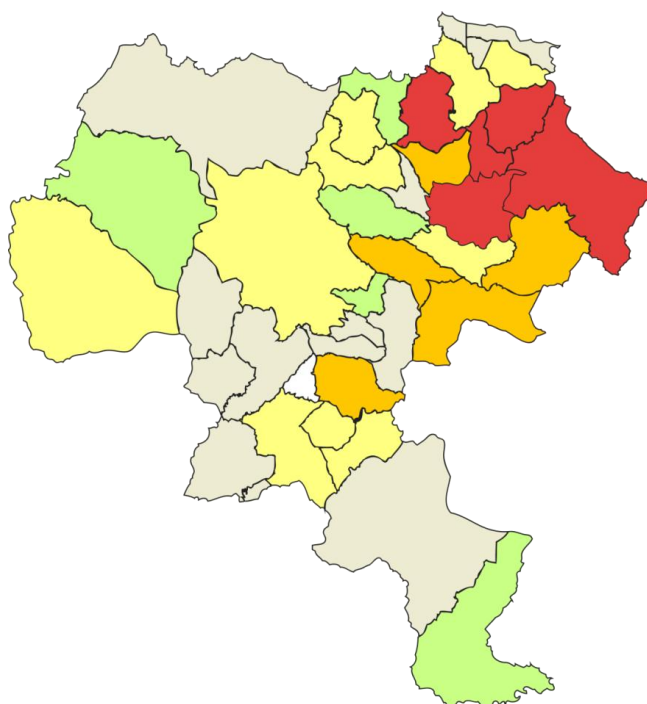
Como se evidencia con la tabla y gráfica anteriores, las muertes perinatales de la EPS Indígena, se han mantenido por encima de las tasas departamental y nacional en los años analizados, y esto básicamente se debe a los mismos factores relacionados con los de la mortalidad materna. De ahí la importancia de fortalecer el cuidado de la salud materno infantil sobretodo en población vulnerable como es el caso de la población indígena.

Las tasas de mortalidad perinatal de la EPS Indígena comparadas con las del departamento del Cauca y las del país, se presentan irregulares por encima de las mismas, presenta dos picos en los años 2008 y 2011, donde la tasa de mortalidad perinatal de la EPS Indígena es 1,69 a 2,27 veces mayor que la departamental y 3,13 a 3,26 veces mayor que Colombia.

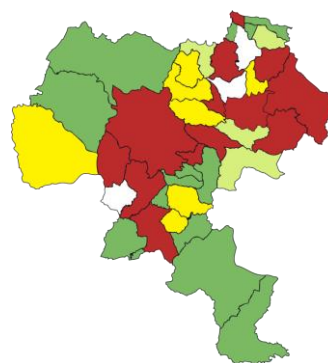
En promedio la tasa de la mortalidad perinatal en la EPS Indígena en Cauca entre los años 2007 a 2011 (22,17 muertes perinatales por cada mil nacidos vivos) es 1,45 veces mayor que la tasa de mortalidad perinatal del Departamento (15,30 muertes perinatales por cada mil nacidos vivos), y 2,19 veces mayor que la razón de mortalidad perinatal Nacional (10,13 muertes perinatales por cada mil nacidos vivos).

Gráfica 4

Mortalidad perinatal según municipio de residencia, EPS Indígena Cauca 2007-2011



Ubicación Población indígena Cauca



Mortalidad Perinatal Cauca

Elaboración propia con datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011. Mapa "Mortalidad Perinatal Cauca" elaboración propia con datos estadísticos Instituto Nacional de Salud años 2007 a 2011, y mapa "Ubicación Población Indígena Cauca" tomado de publicación "Tejiendo desde el corazón. Los derechos humanos de los pueblos indígenas. USAID y CRIC 2011.

Las más altas concentraciones de casos de mortalidad perinatal en el Departamento del Cauca en los años evaluados coinciden con la presentada en la EPS Indígena en la región oriente, al igual que con la ubicación de pueblos los pueblos indígenas del Departamento.

La concentración de casos de mortalidad materna y perinatal que coinciden, sobretodo en la zona oriente del Departamento, evidencia problemas en la salud materno e infantil en estas zonas, y las cuales se encuentran afectando a poblaciones vulnerables como las indígenas.

6.2.DESCRIPCIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL DE LA EPS INDÍGENA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA EN LOS AÑOS 2007 A 2011

6.2.1. MORTALIDAD MATERNA

6.2.1.1. Descripción socio demográfica

Tabla 12. Mortalidad materna según municipio de residencia, EPS Indígena Cauca 2007-2011

Municipio residencia/año	2007	2008	2009	2010	2011	Total	Porcentaje	Porcentaje
Páez	1	1	2	0	2	6	23,1	23,1
Caldono	0	0	0	0	4	4	15,4	38,5
Silvia	2	0	1	0	1	4	15,4	53,9
Santander de Quilichao	1	0	0	0	1	2	7,7	61,6
Totoró	1	0	0	1	0	2	7,7	69,3
* Cauca, municipio desconocido	0	0	1	0	0	1	3,8	73,1
Almaguer	0	0	0	0	1	1	3,8	76,9
Corinto	0	0	1	0	0	1	3,8	80,7
Inzá	0	0	1	0	0	1	3,8	84,5
Jambaló	0	0	0	0	1	1	3,8	88,3
La Vega	0	0	0	0	1	1	3,8	92,2
Popayán	0	0	0	1	0	1	3,8	96,0
Toribio	1	0	0	0	0	1	3,8	100,0
Total	6	1	6	2	11	26	100,00	

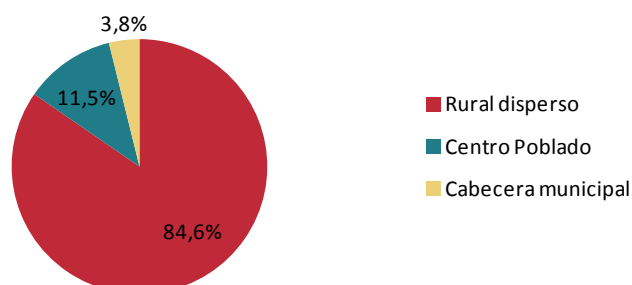
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 53,85% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres residentes de los municipios de Páez, Caldono y Silvia. El municipio con mayor número de casos fue Páez con un 23,08% (6 casos) seguido de Caldono con un 15,38% (4 casos) y Silvia con un 15,38% (4 casos). El municipio con mayor número de casos en un año fue Caldono con 4 casos en el año 2011.

Uno de los casos se notificó como afiliada a esta EPS, falleció en el Departamento del Valle y el único dato que tuvieron para la notificación es que fue remitida de Cauca donde residía los 6 meses anteriores a su defunción.

Gráfica 5

Mortalidad materna según lugar de residencia, EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 96,15% eran residentes en la zona rural, es decir rural disperso y centro poblado. Tan solo un 3,85%(1 casos) residía en la cabecera municipal, donde por lo general se ubican los centros de salud de los municipios.

Tabla 13. Mortalidad materna según grupo quinquenal de edad, EPS Indígena Cauca 2007-2011.

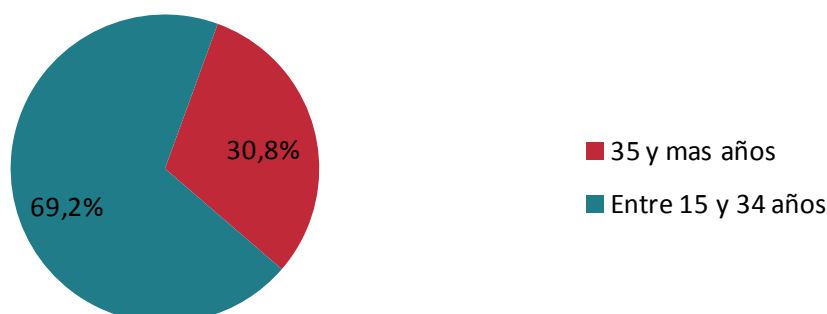
Grupo quinquenal de edad / número casos muerte materna por año	Total	Porcentaje %	Porcentaje acumulado %
15-19	4	15,38	15,38
20-24	5	19,23	34,62
25-29	5	19,23	53,85
30-34	4	15,38	69,23
35-39	3	11,54	80,77
40-44	5	19,23	100,00
Total	26	100,00	

Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

El mayor número de muertes maternas en la EPS Indígena en el Departamento del Cauca se presentó en los grupos de 20 a 24, 25 a 29 y 40 a 44 años de edad con un 19,2% cada uno. Un 38,4% ocurren en mujeres entre los 20 y 29 años. Se presentó una edad promedio de 29 años con una mínima de 16 y una máxima de 41 años. La mediana fue de 28.

Gráfica 6

Mortalidad materna según grupo de edad, EPS Indígena Cauca 2007-2011

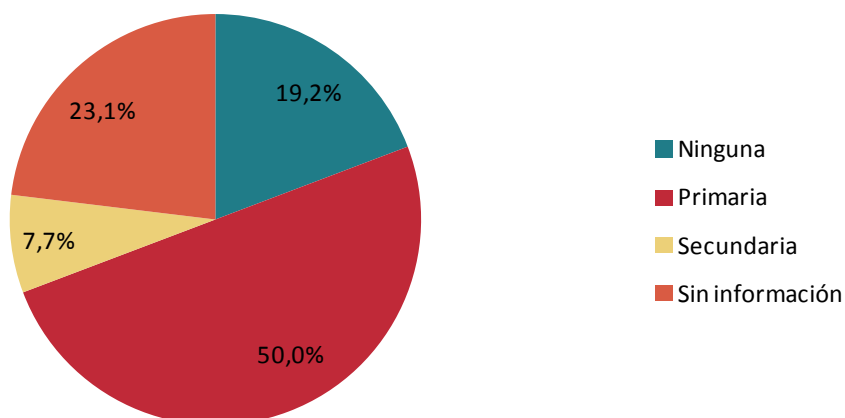


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

El grupo de edad más afectado es el de 15 a 34 años con un 69%. No se presentaron muertes maternas en el grupo menor de 15 años.

Gráfica 7

Mortalidad materna según escolaridad, EPS Indígena Cauca 2007-2011

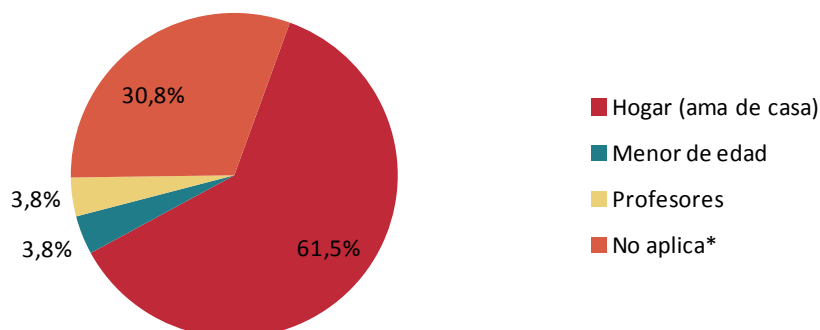


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 66,67% de mortalidad materna ocurre en mujeres sin ningún nivel educativo o que solo alcanzaron nivel primaria. La mayor cantidad de muertes maternas se presentaron en un 50% (13 casos) en mujeres con escolaridad primaria, seguido por el grupo sin ninguna escolaridad con un 19,23%(5 casos). Se encontró 6 casos que representan un 23,08%, sin información sobre la escolaridad, lo cual evidencia deficiencias en la calidad del dato notificado a SIVIGILA.

Gráfica 8

Mortalidad materna según ocupación, EPS Indígena Cauca 2007-2011



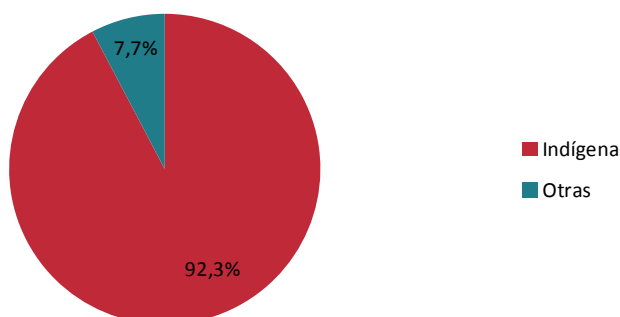
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011. *SIVIGILA no tiene asignado un código para el dato SIN INFORMACION.

En cuanto a la ocupación se encontró que un 61,5% (16 casos) correspondían a mujeres dedicadas a los cuidados del hogar (ama de casa), siendo el más frecuente en los años analizados. Solo un 3,8% (1 caso) se clasificó como menor de edad sin ocupación, y un 3,8% para un caso clasificado con ocupación profesora o instructora de educación especial, sin embargo al revisar escolaridad no se tiene registro de casos de mujeres con educación superior, aunque existe la posibilidad de encontrar este caso en los eventos que fueron clasificados sin información.

Se encontró un 30,8% (8 casos) que fueron clasificadas como NO APLICA, sin embargo este tipo de inconsistencia se debe a que el software SIVIGILA no tiene asignado un código al dato SIN INFORMACIÓN.

Gráfica 9

Mortalidad materna según etnia, EPS Indígena Cauca 2007-2011

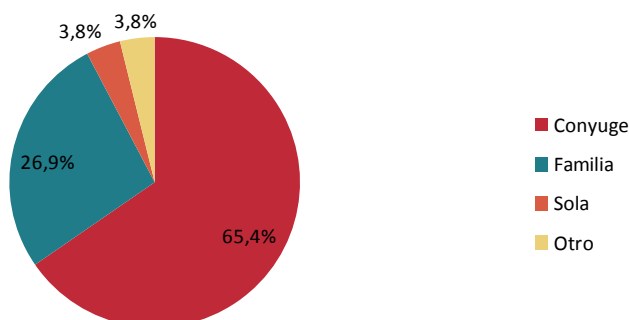


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 92,31% (24 casos) se presenta en etnia indígena, y un 7,69% (2 casos) en otras etnia.

Gráfica 10

Muertes maternas según convivencia, EPS Indígena Cauca 2007-2011



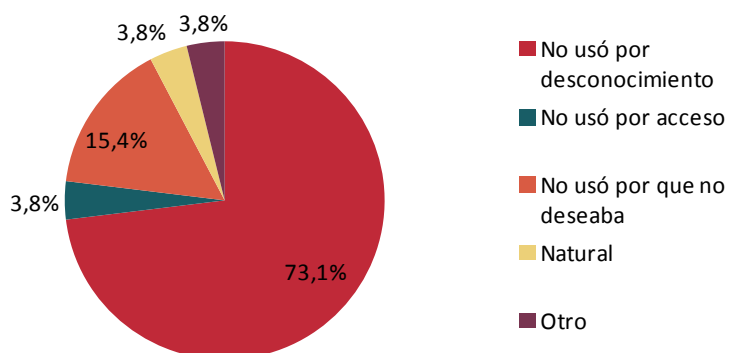
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 92,31% ocurrieron en mujeres que convivían con su cónyuge o familia. Con mayor proporción un 65,38% (17 casos) vivían con sus cónyuges, un 26,92% (7 casos) vivían con sus familias, un 3,85% (1 caso) vivía sola y un 3,85% (1 caso) vivía con otra persona diferente a los ya mencionados.

6.2.1.2. Descripción clínica

Gráfica 11

Mortalidad materna según regulación fecundidad, EPS Indígena Cauca 2007-2011



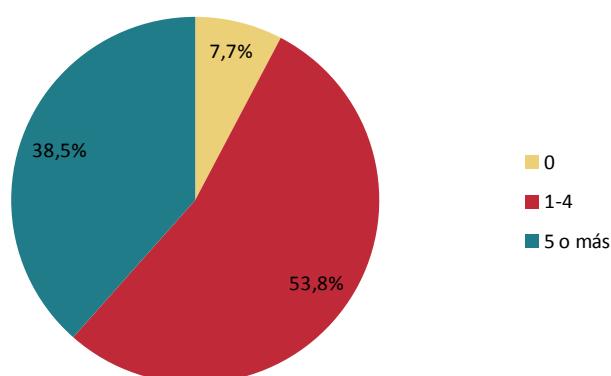
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 73,1% de los casos de mortalidad materna no usaba métodos anticonceptivos por desconocimiento y un 3,8% por dificultades de acceso a los mismos, esto nos indica que se presentaron barreras que no permitieron llevar una regulación de la fecundidad.

Un 15,38% (4 casos) no desearon regular su fecundidad, y un porcentaje más pequeño uso métodos naturales y otro tipo de métodos que no fueron efectivos.

Gráfica 12

Mortalidad materna según paridad EPS Indígena Cauca, 2007-2011

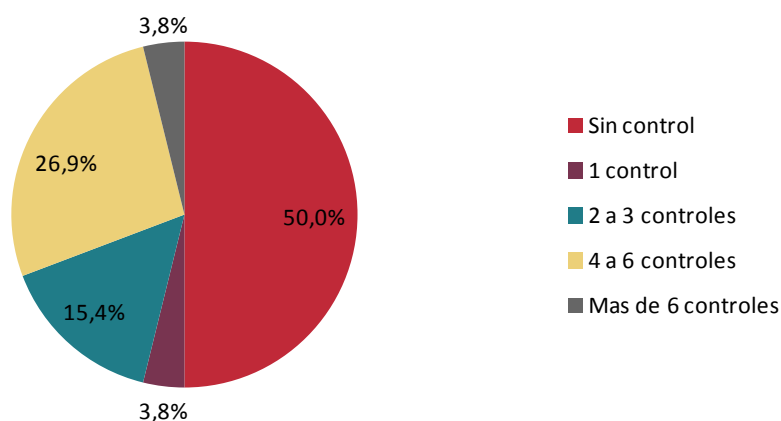


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

El mayor porcentaje de las mujeres ya habían tenido de 1 a 4 partos vaginales previos en un 53,85%(14 casos), y un 38,46%(10 casos) eran gran multíparas (más de 4 partos previos). El promedio de partos entre los casos de mortalidad materna fue de 4,11 partos previos. Con un mínimo de 0 partos previos y un máximo de 11 partos. La mediana fue de 3.

Gráfica 13

Mortalidad materna según número controles prenatales, EPS Indígena Cauca 2007-2011

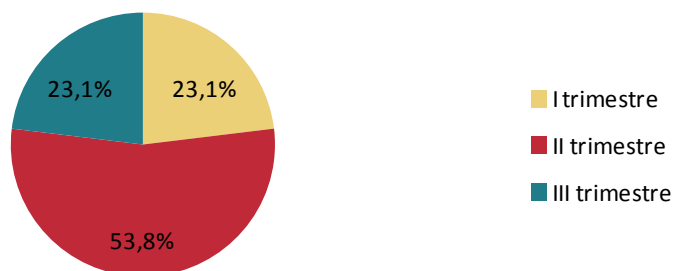


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 50%(13 mujeres) de los casos de mortalidad materna no tuvieron controles prenatales, un 3,8%(1 caso) solo tuvo un control y un 15,4%(4 casos) solo tuvieron 2 controles prenatales. Es decir un 69,2%(18 de 23 casos) tuvieron menos de 3 controles prenatales, lo que es insuficiente para un adecuado control del embarazo.

Gráfica 14

Mortalidad materna según inicio controles prenatales, EPS Indígena Cauca 2007-2011

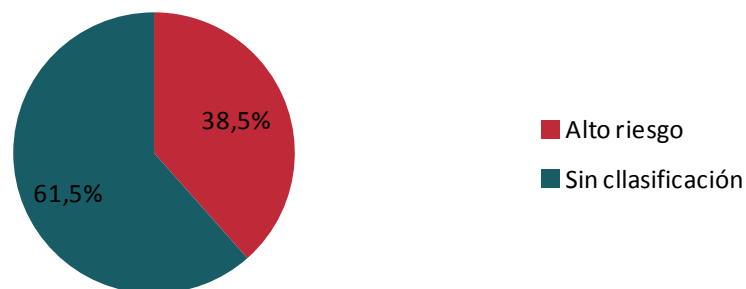


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

De los 13 casos de mortalidad materna que tuvieron controles prenatales, un 76,9% iniciaron controles prenatales tardíamente en II y III trimestre del embarazo. La mayor proporción de muertes maternas iniciaron control prenatal en el segundo trimestre en un 53,8%(7 casos).

Gráfica 15

Mortalidad materna según clasificación de riesgo en el embarazo, EPS Indígena 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

A pesar que un 80,7% de las muertes maternas presentaron alto riesgo en el embarazo, tan solo un 38,5% de los casos fue clasificado como tal. Esto evidencia las fallas en el sistema de vigilancia y seguimiento a las gestantes.

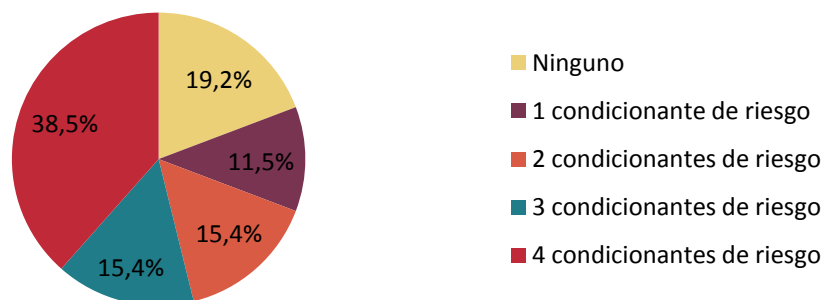
Tabla 14. Mortalidad materna según riesgo del embarazo, EPS Indígena Cauca 2007-2011.

Antecedente de riesgo	Total	Porcentaje %	Grupo de riesgo	Porcentaje %
Añosas	7	26,9	EDAD	12,3
Adolescentes	0	0,0		
Nuliparidad	1	3,8	ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS	45,6
Multiparidad	8	30,8		
Intervalo intergenésico < 2	2	7,7		
Cesárea previa	5	19,2		
Aborto	5	19,2		
Mortinatos	5	19,2		
Hipertensión arterial crónica	1	3,8	ENFERMEDADES PREVIAS	8,8
Trastornos mentales	1	3,8		
Desnutrición crónica	2	7,7		
Leucemia	1	3,8		
Deficientes recursos económicos	6	23,1	ECONOMICOS	10,5
Preeclampsia	2	7,7	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	22,8
Eclampsia	2	7,7		
Síndrome de HELLP	2	7,7		
Sepsis	1	3,8		
Hemorragia 1er trimestre	1	3,8		
Hemorragia 2er trimestre	4	15,4		
Desproporción cefalopelvica	1	3,8		

Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Gráfica 16

Mortalidad materna según riesgos del embarazo, EPS Indígena Cauca 2007-2011



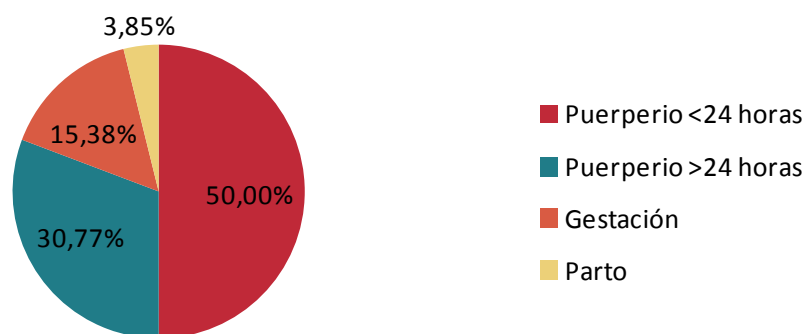
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 80,8%(19 casos) de las muertes maternas presentaron riesgo en el embarazo, y dentro de estos hubo casos con un mínimo de 1 condicionante de riesgo y un máximo de 7, con una mediana de 3.

En mayor proporción se encontró que estos riesgos estaban determinados con antecedentes reproductivos un 45,6%, seguido por complicaciones en el embarazo con un 22,8%, después se encuentran los riesgos relacionados con la edad de la gestante en un 12,3% , las dificultades socioeconómicas en un 10,5% y por ultimo con enfermedades previas con un 8,8%.

Gráfica 17

Mortalidad materna según momento de la muerte, EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 80,8% de la mortalidad materna ocurrió en el puerperio, con una mayor proporción en el puerperio inmediato (menor de 24 horas) en un 50%(13 casos), seguido por un 30,87%(8 casos) en el puerperio tardío. Solo un 15,4%(4 casos) ocurrieron durante la gestación y un 3,8%(1 caso) durante el parto.

Tabla 15. Mortalidad materna según momento ocurrencia y causa básica de la muerte, EPS Indígena Cauca, 2007-2011.

Momento ocurrencia muerte materna	Causa básica de la muerte	Total casos	Porcentaje %	Porcentaje por momento de ocurrencia de muerte
GESTACIÓN	Hemorragia tercer trimestre	2	7,7	15,4
	Aborto espontaneo: incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía	1	3,8	
	Eclampsia, en período no especificado	1	3,8	
PARTO	Hemorragia postparto secundaria o tardía	1	3,8	3,8
puerperio< 24 horas	Hemorragia del tercer periodo del parto	7	26,9	50,0
	Eclampsia en el puerperio	1	3,8	
	Embolia de líquido amniótico	1	3,8	
	Epilepsia, tipo no especificado	1	3,8	
	Otras convulsiones y las no especificadas	1	3,8	
	Sepsis de origen abdominal	1	3,8	
	Muerte obstétrica de causa no especificada	1	3,8	
PUERPERIO >24 HORAS	Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año	1	3,8	30,8
	Otras enfermedades cardíacas mal definidas	1	3,8	
	Tumor maligno del ovario	1	3,8	
	Preeclampsia severa	1	3,8	
	Neumonía bacteriana, no especificada	1	3,8	
	Septicemia, no especificada	1	3,8	
	Leucemia linfoblastica aguda	1	3,8	
	Sepsis puerperal	1	3,8	

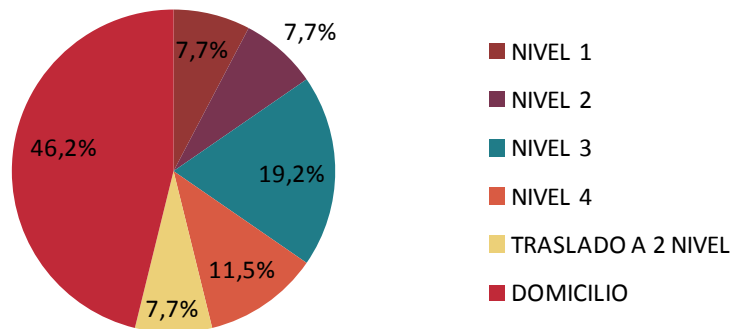
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

El grupo de causas más frecuente en la mortalidad materna de la EPS Indígena en los años 2007 a 2011 es la hemorragia obstétrica, presentándose en mayor proporción en puerperio inmediato, seguido del periodo de gestación y por ultimo durante el parto.

Seguido se encuentra el grupo de complicaciones no obstétricas que se presentan principalmente en el puerperio mayor a 24 horas y que se relacionan con patologías previas a la gestación. Reflejando graves problemas de salud en la mujer y deficientes programas de planificación familiar.

Gráfica 18

Mortalidad materna según sitio de defunción, EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

La mayor frecuencia de mortalidad materna se presenta en el domicilio con un 46,2%(12 casos), seguida por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de tercer nivel de complejidad en un 19,2%, los de 4 nivel con un 11,5% y segundo nivel con un 7,7%. En un 46,1% ocurrieron en IPS de mayor complejidad.

Tabla 16. Mortalidad materna según sitio de defunción y causa básica de la muerte, EPS Indígena Cauca, 2007-2011.

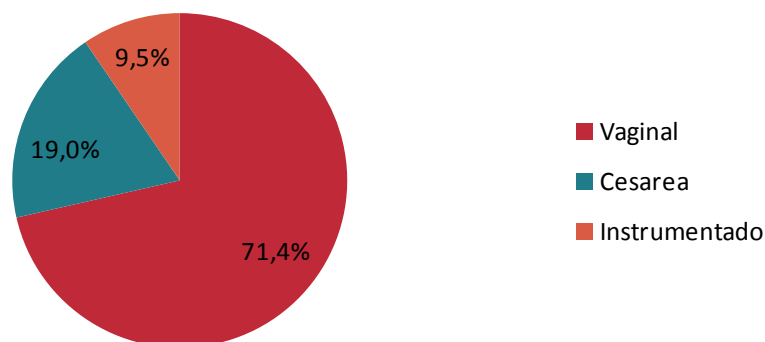
Sitio de defunción	Causa básica de la muerte	Total casos	Porcentaje %	Porcentaje sitio defunción
DOMICILIO	Otras hemorragias postparto inmediatas	3	11,5	46,2
	Hemorragia postparto secundaria o tardía	1	3,8	
	Aborto espontáneo: incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía	1	3,8	
	Eclampsia, en período no especificado	1	3,8	
	Sepsis puerperal	1	3,8	
	Epilepsia, tipo no especificado	1	3,8	
	Neumonía bacteriana, no especificada	1	3,8	
	Septicemia, no especificada	1	3,8	
	Otras convulsiones y las no especificadas	1	3,8	
	Muerte obstétrica de causa no especificada	1	3,8	
IPS I NIVEL	Hemorragia postparto secundaria o tardía	1	3,8	7,7
	Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año	1	3,8	
TRASLADO A IPS II NIVEL	Otras enfermedades cardíacas mal definidas	1	3,8	7,7
	Desprendimiento prematuro de la placenta	1	3,8	
IPS II NIVEL	Otras hemorragias precoces del embarazo	2	7,7	7,7
IPS III NIVEL	Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación	1	3,8	19,2
	Eclampsia en el puerperio	1	3,8	
	Embolia de líquido amniótico	1	3,8	
	Tumor maligno del ovario	1	3,8	
	Sepsis de origen abdominal	1	3,8	
IPS IV NIVEL	Preeclampsia severa	1	3,8	11,5
	Leucemia linfoblástica aguda	1	3,8	
	Otras hemorragias postparto inmediatas	1	3,8	

Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Gran parte de los casos que murieron en el domicilio evidencian la falta de reconocimiento de factores de riesgo del embarazo, signos de alarma y búsqueda oportuna de ayuda por parte de la gestante, su familia y su comunidad.

Gráfica 19

Mortalidad materna según tipo de parto, EPS Indígena Cauca 2007-2011

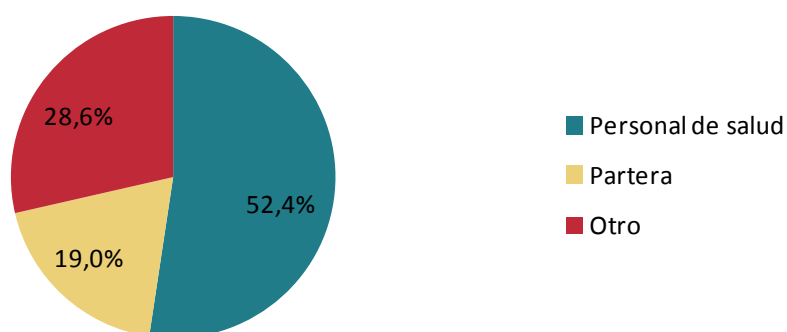


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

71,4%(15 casos) fueron partos vaginales, un 19%(4 casos) fueron cesáreas y un 9,5%(2 casos) fueron partos instrumentados. 5 casos no tuvieron parto (2 de ellos producto aborto, y 2 complicaciones en la gestación).

Gráfica 20

Mortalidad materna según persona que atiende el parto, EPS Indígena Cauca 2007-2011

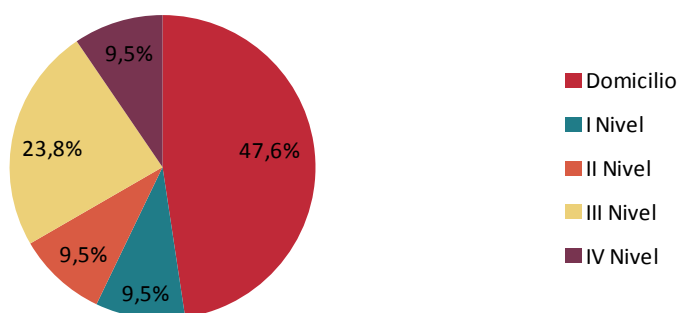


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

De las 21 muertes maternas que tuvieron parto, un 52,4%(11 casos) fueron atendidos por personal de salud calificado. El otro 47,6%(10 casos) fueron atendidos por parteras en un 19%(4 casos) y otras personas con un 28,6%(6 casos) que corresponde por lo general a familiares o conocidos de las maternas.

Gráfica 21

Mortalidad materna según lugar de atención parto, EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Tabla 17. Mortalidad materna según lugar de atención parto y causa básica de la muerte, EPS Indígena Cauca, 2007-2011.

Lugar atención parto	Causa básica de la muerte	Total casos	Porcentaje %	Porcentaje por lugar de atención
Domicilio	Otras hemorragias postparto inmediatas	2	9,5	47,6
	Hemorragia postparto secundaria o tardía	2	9,5	
	Hemorragia del tercer periodo del parto	1	4,8	
	Sepsis puerperal	1	4,8	
	Epilepsia, tipo no especificado	1	4,8	
	Neumonía bacteriana, no especificada	1	4,8	
	Muerte obstétrica de causa no especificada	1	4,8	
	Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año	1	4,8	
I Nivel	Otras enfermedades cardíacas mal definidas	1	4,8	9,5
	Sepsis de origen abdominal	1	4,8	
II Nivel	Desprendimiento prematuro de la placenta	1	4,8	9,5
	Otras hemorragias postparto inmediatas	1	4,8	
III Nivel	Preeclampsia severa	1	4,8	23,8
	Eclampsia en el puerperio	1	4,8	
	Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación	1	4,8	
	Embolia de líquido amniótico	1	4,8	
	Otras convulsiones y las no especificadas	1	4,8	
IV Nivel	Tumor maligno del ovario	1	4,8	9,5
	Leucemia linfoblástica aguda	1	4,8	

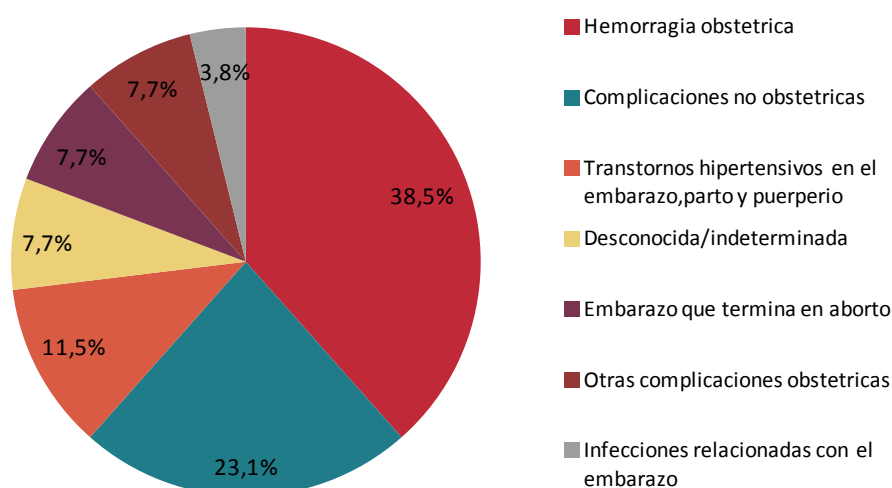
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Gran parte de los casos cuyo parto fue atendido en el domicilio tuvieron como principal complicación las hemorragias tanto post parto inmediatas como tardías con un 9,5% cada una, y un 4,8% que presentaron hemorragia durante parto.

Esto evidencia la falta de reconocimiento de signos de alarma y búsqueda oportuna de ayuda por parte de la gestante, su familia y su comunidad.

Gráfica 22

Mortalidad materna según grupo de causa básica de muerte (OMS-2012) EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011. *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Organización mundial de la salud 2012.

Las muertes maternas presentadas en la EPS Indígena en el Departamento del Cauca fueron clasificadas según información de causa de muerte (CIE-10) contenida en SIVIGILA y la guía de la OMS del 2012 para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM, encontrando en mayor proporción que un 38,5%(10 casos) se encuentran relacionados con hemorragia obstétrica como causa directa.

Seguido por el grupo de complicaciones no obstétricas con un 23,1%(6 casos) donde se encuentra principalmente 4 casos con enfermedades de base como epilepsia, leucemia, cardiopatías, síndrome convulsivo, que llevaron complicaciones el embarazo, esto evidencia fallas en el programa de salud sexual y reproductiva ya que estas mujeres no debían quedar en embarazo por su condición. También se presentó una muerte por una enfermedad infecciosa no asociada al embarazo.

Un 7,7%(2 casos) se clasificaron como causa de muerte desconocida, y pueden corresponder a muertes en domicilio donde la autopsia verbal no aclaró la causa de la muerte y la historia clínica no evidenciaba alguna patología o simplemente no se había consultado a ninguna institución de salud durante el embarazo.

Tabla 18. Mortalidad materna clasificación grupo de causa básica de la muerte materna, EPS Indígena Cauca, 2007-2011.

Causa básica CIE 10	Total	%	Grupo causa básica de muerte materna	Porcentaje %
Otras hemorragias postparto inmediatas	3	11,	Hemorragia obstétrica (directa)	38,5
Otras hemorragias precoces del embarazo	1	3,8		
Hemorragia postparto secundaria o tardía	2	7,7		
Desprendimiento prematuro de la placenta	2	7,7		
Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación	1	3,8		
Hemorragia del tercer periodo del parto	1	3,8		
Preeclampsia severa	1	3,8	Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (directa)	11,5
Eclampsia en el puerperio	1	3,8		
Eclampsia, en período no especificado	1	3,8		
Epilepsia, tipo no especificado	1	3,8	Complicaciones no obstétricas (indirecta)	23,1
Otras enfermedades cardíacas mal definidas	1	3,8		
Neumonía bacteriana, no especificada	1	3,8		
Otras convulsiones y las no especificadas	1	3,8		
Leucemia linfoblástica aguda	1	3,8		
Sepsis de origen abdominal	1	3,8		
Septicemia, no especificada	1	3,8	Embarazo que termina en aborto (directa)	7,7
Aborto espontáneo: incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía	1	3,8		
Tumor maligno del ovario	1	3,8	Otras complicaciones obstétricas (directa)	7,7
Embolia de líquido amniótico	1	3,8		
Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año	1	3,8	Desconocida/indeterminada	7,7
Muerte obstétrica de causa no especificada	1	3,8		
Sepsis puerperal	1	3,8	Infecciones relacionadas con el embarazo (directa)	3,8

Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011. *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Organización mundial de la salud 2012.

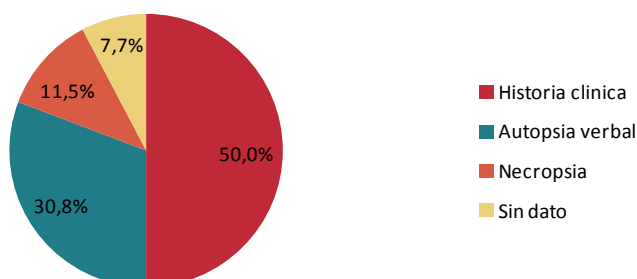
Un 69,2% de los casos de mortalidad materna son de causa directa, entre estas están las hemorragias obstétricas, trastornos hipertensivos en el embarazo, parto puerperio, embarazo que termina en aborto, otras complicaciones obstétricas, e infecciones relacionadas con el embarazo.

Un 23,1% son de causa indirecta, entre ellas se ubican las que presentaban patologías de base, o las que estando en embarazo padecieron una enfermedad no relacionada con el embarazo.

Un 3,8% son muertes maternas no especificadas ya que no se pudo definir claramente la causa básica de la muerte. Y un 3,8% está clasificado como muerte tardía sin aclarar si es o no de causa directa al desconocer causa básica de muerte.

Gráfica 23

Mortalidad materna según determinación causa de la muerte, EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

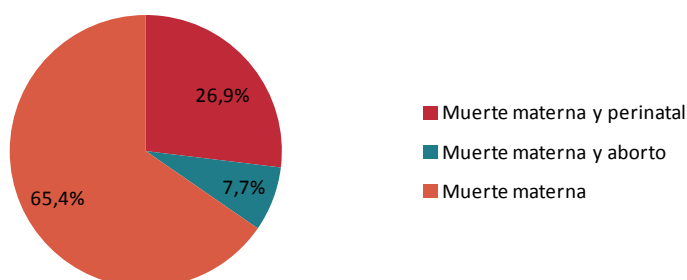
Un 50%(13 casos) de las muertes maternas se determinó la causa de la muerte por la historia clínica, un 30,8%(8 casos) f por autopsia verbal, y un 11,5%(3 casos) por necropsia.

A pesar que el porcentaje es bajo un 7,7%(2 casos) no especifica la forma como se determina la causa de muerte y representa fallas en la calidad de la información y notificación. Esto principalmente porque los casos se captan de forma inoportuna por los actores del Sistema General de Seguridad Social, y generalmente corresponden a casos que se presentan en el puerperio inmediato y tardío y de ocurrencia el domicilio, por lo que no se logra obtener información clara o proceder a una necropsia clínica, ya que los cuerpos se entierran, sin notificar la situación.

Esto refleja falta de captación de las gestantes, debilidades en el seguimiento de seguimiento durante su embarazo, parto y puerperio.

Gráfica 24

Mortalidad materna y coexistencia otros eventos, EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

En un 34,6% de los casos de mortalidad materna se presenta coexistencia de otros eventos como muertes perinatales en un 26,9%(7 casos) y abortos con un 7,7%(2 casos).

Tabla 19. Mortalidad materna según municipio de notificación al SIVIGILA, EPS Indígena Cauca 2007-2011.

Municipio notificación SIVIGILA/año	2007	2008	2009	2010	2011	Total	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cali	0	0	3	0	2	5	19,23	19,23
Páez	0	1	1	0	2	4	15,38	34,62
Popayán	0	0	0	1	3	4	15,38	50,00
Silvia	2	0	1	0	0	3	11,54	61,54
Caldono	0	0	0	0	2	2	7,69	69,23
La plata	1	0	1	0	0	2	7,69	76,92
Santander de Quilichao	1	0	0	0	1	2	7,69	84,62
Totoró	1	0	0	1	0	2	7,69	92,31
La vega	0	0	0	0	1	1	3,85	96,15
Toribio	1	0	0	0	0	1	3,85	100,00
Total	6	1	6	2	11	26	100,00	

Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 50% de los eventos mortalidad materna se notificaron al SIVIGILA en los municipios de Cali, Páez y Popayán. El municipio de Cali del Departamento del Valle fue quien más notifico muertes maternas de la EPS Indígena que correspondían al Departamento del Cauca en los años analizados con un 19,2% (5 casos: 3 en 2009 y 2 en 2011).

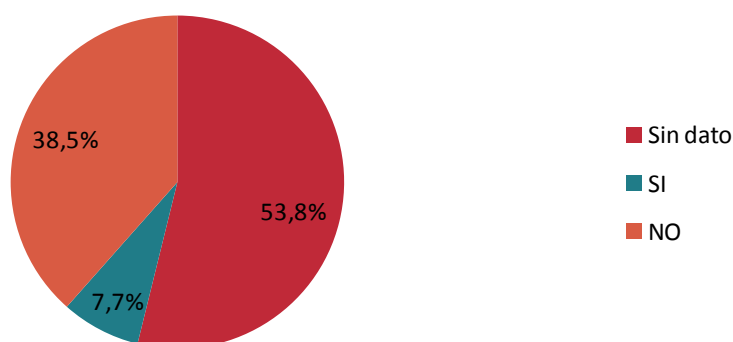
El municipio La Plata del Departamento del Huila notificó un 7,69% (2 casos: 1 en 2007 y 1 en 2009), con lo cual observamos que un 25,9% (7 casos) fueron notificados por municipios de otros Departamentos.

Esto refleja la necesidad de servicios de mayor complejidad. En el Departamento del Cauca estos servicios se concentran en los municipios de Popayán y Santander de Quilichao. Demostrando que no existe una red suficiente y a la cual algunos municipios no logran acceder con facilidad, por lo que se hace necesario contar con red de mayor complejidad de otros Departamentos cercanos.

Lo mismo sucede con los municipios de Popayán y Santander de Quilichao, quienes solo presentan 2 muertes maternas (uno y uno respectivamente), sin embargo son municipios que notificaron casos de otros municipios, al ser los que prestan los servicios de mayor complejidad y donde sucedieron las muertes.

Gráfica 25

Mortalidad materna según identificación de demoras , EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

En cuanto a la demoras, la información que se encuentra en SIVIGILA es mínima y corresponde a registro de los últimos años, además este reconocimiento de las demoras se hace a través de un análisis profundo de cada caso, y quizá las UPGD notificadoras de estos casos no tendrán la información necesaria para determinar si existen o no este tipo de demoras, esto puede justificar la falta de información en este ítem, sin embargo esta información debería aparecer en las bases de datos de SIVIGILA, por lo que se debe fortalecer el diligenciamiento y actualización de esta información por parte de los entes territoriales y las EPS, quienes son los encargados de analizar este tipo de casos y determinar la existencia o no de demoras y su clasificación.

En los casos de las muertes maternas solo aparece un 7,6%(2 casos) donde se identificó demoras que llevaron a la presencia del evento, estos casos corresponden al año 2011, casos donde se identificaron las 4 demoras que condujeron a la muerte: demora tipo 1 al no tener controles prenatales y por no reconocimiento del problema que la llevo a la muerte, y demora tipo 2 al no tener apoyo familiar y al presentar demora en busca de ayuda al momento de presentar la necesidad de asistir a un centro de salud, demora tipo 3 por presentar dificultades en la remisión, y demora tipo 4 al presentar mal manejo de patologías en una institución de servicios de salud.

No se identificaron demoras en un 38,4%(10 casos) y no existe dato en un 53,8%(14 casos), lo que evidencia las debilidades en identificar demoras y en la notificación de las mismas.

6.2.2. MORTALIDAD PERINATAL

6.2.2.1. Descripción socio demográficas (datos de la madre)

Tabla 20. Mortalidad perinatal según municipio de residencia, EPS Indígena Cauca 2007-2011

Municipio residencia/años	2007	2008	2009	2010	2011	Total	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Toribio	5	15	4	9	8	41	15,4	15,4
Páez	2	5	7	6	13	33	12,4	27,7
Santander de Quilichao	2	6	7	5	8	28	10,5	38,2
Silvia	2	9	1	4	9	25	9,4	47,6
Jambaló	6	1	5	4	6	22	8,2	55,8
Caldono	2	2	3	1	8	16	6,0	61,8
Inzá	1	2	3	3	5	14	5,2	67,0
Popayán	0	1	1	4	6	12	4,5	71,5
La vega	0	1	2	3	5	11	4,1	75,7
Puracé	1	2	0	2	4	9	3,4	79,0
Totoró	0	1	1	1	4	7	2,6	81,6
Corinto	0	1	0	1	4	6	2,2	83,9
Bolívar	0	3	1	0	2	6	2,2	86,1
Morales	0	0	1	2	2	5	1,9	88,0
Almaguer	1	0	3	0	1	5	1,9	89,9
Piendamó	1	0	2	2	0	5	1,9	91,8
Caloto	0	1	0	1	2	4	1,5	93,3
Suarez	0	0	1	0	3	4	1,5	94,8
San Sebastián	1	0	2	0	1	4	1,5	96,3
El Tambo	1	0	2	0	0	3	1,1	97,4
Guapi	0	0	0	1	1	2	0,7	98,1
Buenos aires	0	0	0	1	0	1	0,4	98,5
Timbiquí	0	0	0	1	0	1	0,4	98,9
Cajibío	0	1	0	0	0	1	0,4	99,3
Timbío	0	0	0	1	0	1	0,4	99,6
Piamonte	0	0	0	0	1	1	0,4	100,0
Total	25	51	46	52	93	267	100,0	

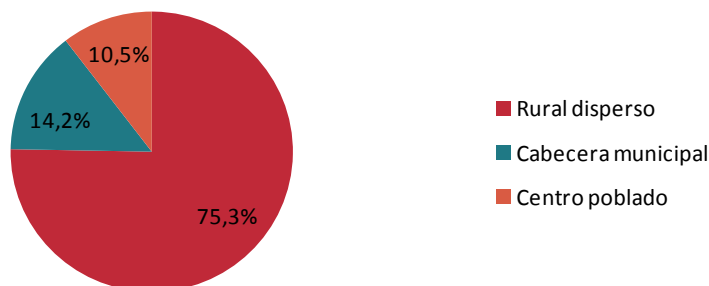
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 55,8% de las muertes perinatales de la EPS Indígena en Cauca entre los años 2007 a 2011 ocurrieron en mujeres residentes de los municipios de Toribio, Páez, Santander de Quilichao, Silvia y Jambaló.

El municipio con mayor número de casos fue Toribio con un 15,4% (41 casos) seguido de Páez con un 12,4% (33 casos) y Santander de Quilichao con un 10,5% (22 casos). El municipio con mayor número de casos en un año fue Toribio con 15 casos en el año 2008., seguido de Páez con 13 casos en el año 2011.

Gráfica 26

Mortalidad perinatal según lugar de residencia de la madre, EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 85,8% (229 casos) eran residentes en la zona rural, es decir rural disperso y centro poblado. Tan solo un 14,2% (28 casos) residía en la cabecera municipal, donde por lo general se ubican los centros de salud de los municipios.

Tabla 21. Mortalidad perinatal según grupo quinquenal de edad, EPS Indígena Cauca 2007-2011.

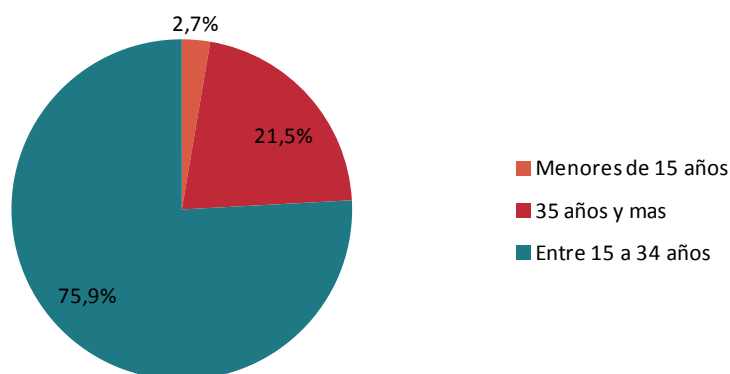
Grupo quinquenal de edad	Total	Porcentaje %	Porcentaje acumulado %
10-14	7	2,6	2,6
15-19	66	24,7	27,3
20-24	54	20,2	47,6
25-29	34	12,7	60,3
30-34	44	16,5	76,8
35-39	31	11,6	88,4
40-44	20	7,5	95,9
45-49	4	1,5	97,4
50-54	1	0,4	97,8
Sin información	6	2,2	100,0
Total	267	100,0	

Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

El mayor número de muertes perinatales en la EPS Indígena en el Departamento del Cauca se presentó en los grupos de 15 a 19 con un 24,7%, 20 a 24 con un 20,2%, y 30 a 34 años de edad con un 16,5%. Un 27,3% ocurren en mujeres menores de 20 años. Se presentó una edad promedio de 27 años con una mínima de 13 y una máxima de 46 años. La mediana fue de 26,8 años.

Gráfica 27

Mortalidad perinatal según grupo de edad de la madre, EPS Indígena Cauca 2007-2011

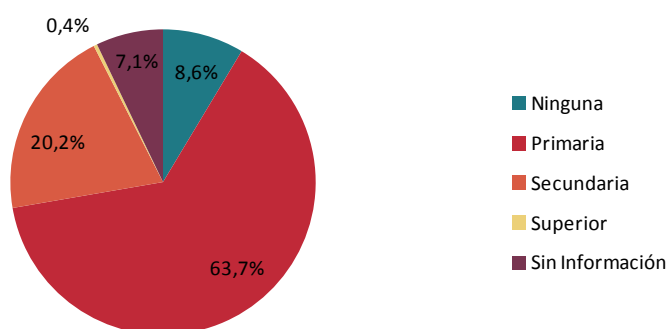


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

El grupo de edad más afectado es el de 15 a 34 años con un 75,9%. No se presentaron muertes maternas en el grupo menor de 15 años.

Gráfica 28

Mortalidad perinatal según escolaridad de la madre, EPS Indígena Cauca 2007-2011

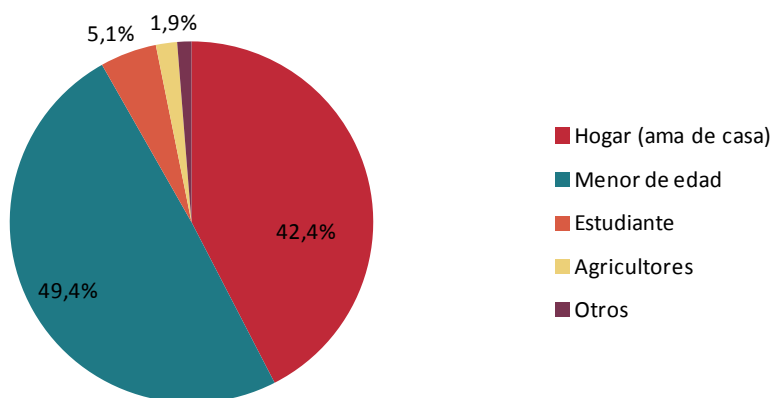


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 72,3% de mortalidad perinatal ocurre en mujeres sin ningún nivel educativo o que solo alcanzaron nivel primaria. La mayor cantidad de muertes maternas se presentaron en un 63,7% (170 casos) en mujeres con escolaridad primaria. Se encontró 19 casos que representan un 7,1%, sin información sobre la escolaridad, lo cual evidencia deficiencias en la calidad del dato notificado a SIVIGILA.

Gráfica 29

Mortalidad perinatal según ocupación de la madre, EPS Indígena Cauca 2007-2011



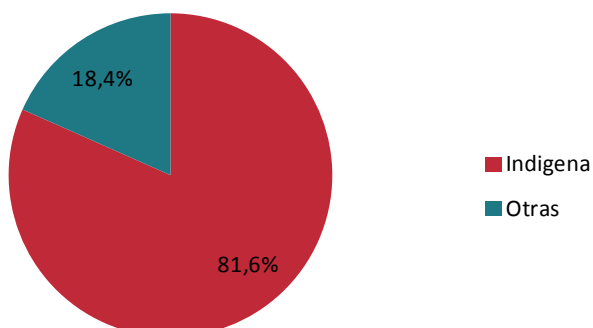
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011. *SIVIGILA no tiene asignado un código para el dato SIN INFORMACION.

En cuanto a la ocupación de las mujeres que presentaron muerte perinatal, se encontró que un 49,9% (78 casos), se clasificaron como menores de edad sin ninguna ocupación, un 42,4% (67 casos) correspondían a mujeres dedicadas a los cuidados del hogar (ama de casa), siendo estos dos los de mayor frecuencia.

Se encontró un gran porcentaje que corresponde a un 40,8%(109 casos) clasificados como NO APLICA, siendo un error del dato, que comúnmente se encuentra al notificar los datos básicos del feto o recién nacido.

Gráfica 30

Mortalidad perinatal según etnia, EPS Indígena Cauca años 2007-2011

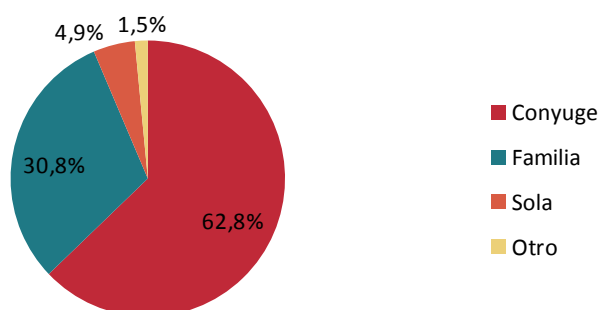


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 81,6% (218 casos) se presenta en etnia indígena, y un 18,4% (49 casos) en otras etnias.

Gráfica 31

Mortalidad perinatal según convivencia de la madre, EPS Indígena Cauca años 2007-2011



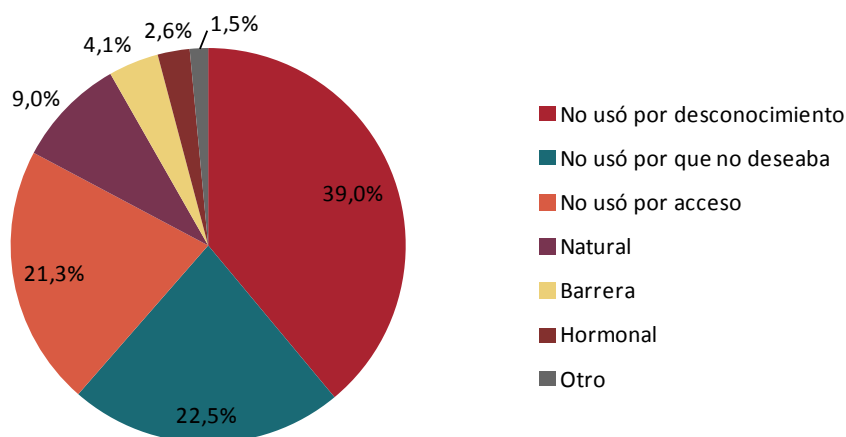
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 92,8% ocurrieron en mujeres que convivían con su cónyuge o familia. Con mayor proporción un 62,8% (167 casos) vivían con sus cónyuges, un 30,8% (28 casos) vivían con sus familias, un 4,9% (13 casos) vivía sola y un 1,5% (4 casos) vivía con otra persona diferente a los ya mencionados. Tan solo en un caso no se obtuvo información al respecto.

6.2.2.2. Descripción clínica

Gráfica 32

Mortalidad perinatal según regulación fecundidad, EPS Indígena Cauca 2007-2011

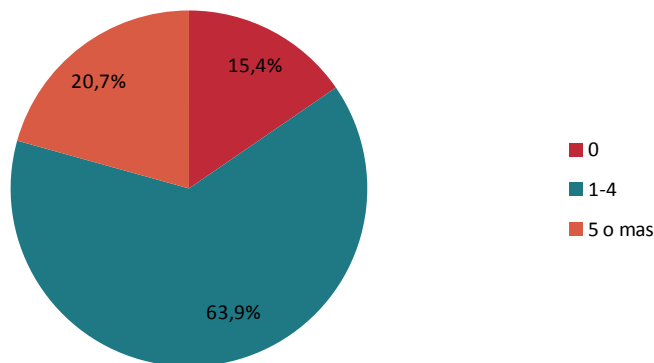


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 83,1% de los casos de mortalidad perinatal no regulaba su fecundidad por desconocimiento sobre el tema, por que no deseaba o por dificultades de acceso. En mayor proporción por desconocimiento con un 39%(104 casos).

Gráfica 33

Mortalidad perinatal según paridad, EPS Indígena Cauca, 2007-2011

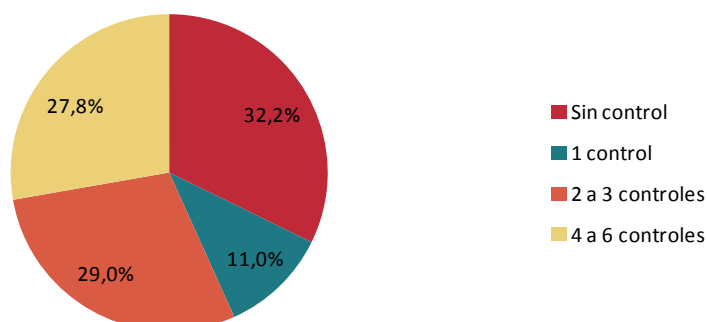


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

El mayor porcentaje de las mujeres ya habían tenido de 1 a 4 partos vaginales previos en un 63,9%(170 casos), un 20,7%(55 casos) eran gran multíparas (más de 4 partos previos) y un 15,4%(41 casos) eran nulíparas. El promedio de partos entre los casos de mortalidad perinatal fue de 2,73 partos previos. Con un mínimo de 0 partos previos y un máximo de 15 partos. La mediana fue de 2.

Gráfica 34

Mortalidad perinatal según número controles prenatales, EPS Indígena Cauca 2007-2011

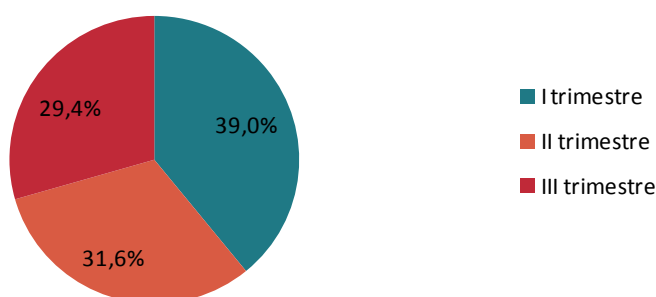


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 32,2%(79 mujeres) de los casos de mortalidad perinatal no tuvieron controles prenatales, un 11%(27 casos) solo tuvieron un control y un 29%(71 casos) solo tuvieron de 2 a 3 controles prenatales. Es decir un 66,2%(177 de 267 casos) tuvieron menos de 4 controles prenatales.

Gráfica 35

Mortalidad perinatal según inicio control prenatal, EPS Indígena Cauca 2007-2011

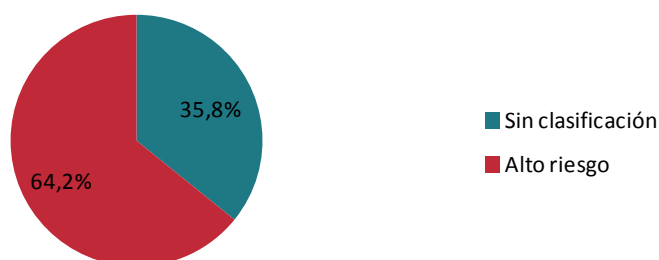


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

De los 187 casos de mortalidad perinatal que tuvieron control prenatal, un 60,9% iniciaron controles prenatales tardíamente en II y III trimestre del embarazo. La mayor proporción iniciaron control prenatal en el primer trimestre en un 39%(73 casos).

Gráfica 36

Mortalidad perinatal según clasificación del riesgo, EPS Indígena Cauca, 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 64,2% de las madres que presentaron muerte perinatal fueron clasificadas como embarazos de alto riesgo.

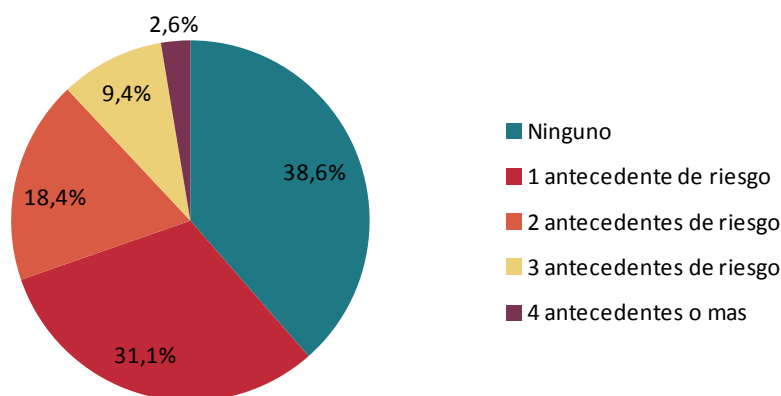
Tabla 22. Mortalidad perinatal según riesgo del embarazo, EPS Indígena Cauca, 2007-2011.

Antecedente de riesgo y complicaciones embarazo	Total	Porcentaje %	Grupo de riesgo	Porcentaje %
Adolescentes	7	1,6	EDAD	14,3
Añosas	56	12,7		
Nuliparidad	41	9,3	ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS	43,3
Multiparidad	55	12,5		
Intervalo intergenésico < 2 años	13	2,9		
Cesárea previa	38	8,6		
Aborto	44	10,0		
Hipertensión arterial crónica	2	0,5	ENFERMEDADES PREVIAS	8,4
Cardiopatía	3	0,7		
Diabetes	2	0,5		
RN Pre término	12	2,7		
RN Bajo peso al nacer	3	0,7		
RN Macrosómico	2	0,5		
Trastorno mental	4	0,9		
Desnutrición crónica	7	1,6		
ITS	2	0,5		
Deficientes recursos económicos	47	10,7	ECONOMICOS	10,7
Preeclampsia	17	3,9	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	23,4
Eclampsia	7	1,6		
Síndrome de HELLP	4	0,9		
Diabetes gestacional	2	0,5		
Sepsis	8	1,8		
Hemorragia 1er trimestre	1	0,2		
Hemorragia 2er trimestre	9	2,0		
Hemorragia 3er trimestre	9	2,0		
Desproporción cefalopelvica	7	1,6		
Retardo crecimiento intrauterino	3	0,7		
Enfermedad autoinmune	1	0,2		
Embarazo no deseado	27	6,1		
Violencia	4	0,9		
Gestación producto de violación	1	0,2		
Feto incompatible con la vida	2	0,5		
Síntomas depresivos	1	0,2		

Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Gráfica 37

Mortalidad perinatal según riesgo del embarazo, EPS Indígena Cauca 2007-2011



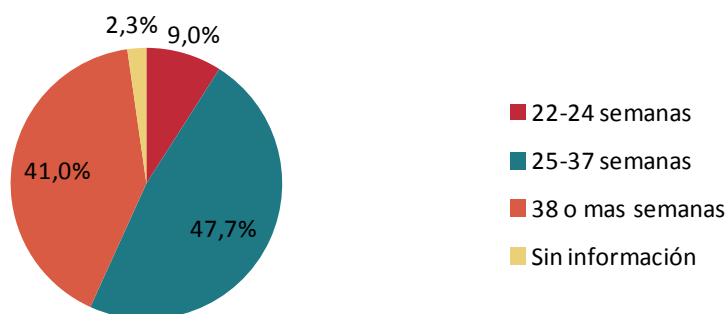
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 62,4%(164 casos) de las mujeres cuyos embarazos terminaron en muerte perinatal presentaban riesgo en el embarazo, y dentro de estos hubo casos con un mínimo de 1 condicionante de riesgo y un máximo de 13, con una mediana de 1.

En mayor proporción se encontró que estos riesgos estaban determinados con antecedentes reproductivos en un 43,3%, seguido por complicaciones en el embarazo con un 23,4%, después se encuentran los riesgos relacionados con la edad de la gestante en un 14,3% , las dificultades socioeconómicas en un 10,7% y por ultimo con enfermedades previas con un 8,4%.

Gráfica 38

Mortalidad perinatal según edad gestacional, EPS Indígena Cauca 2007-2011

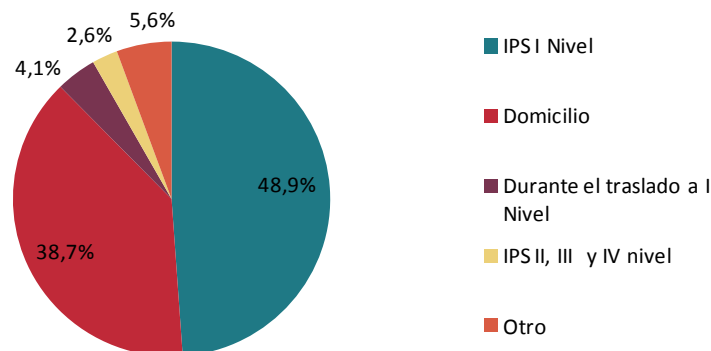


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

La mayor proporción de mortalidad perinatal fue de fetos o recién nacidos que alcanzaron las 25 a 37 semanas de gestación con un 47,4%(127 casos), seguido de los de más de 38 semanas de gestación con un 41%(109 casos).

Gráfica 39

Mortalidad perinatal según sitio de defunción, EPS Indígena Cauca 2007-2011

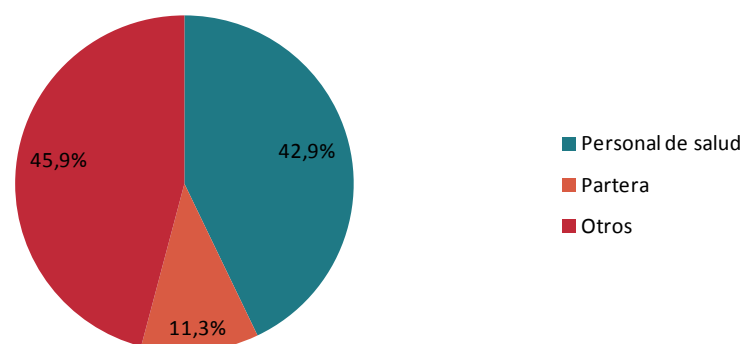


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

La mayor frecuencia de mortalidad perinatal se presentó en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud I nivel de atención en un 48,9%(130 casos), seguida por domicilio en un 38,7%(103 casos), lo que evidencia debilidades en la atención a los recién nacidos, más aún en Instituciones de I nivel.

Gráfica 40

Mortalidad perinatal según persona quién realiza adaptación neonatal, EPS Indígena Cauca 2007-2011

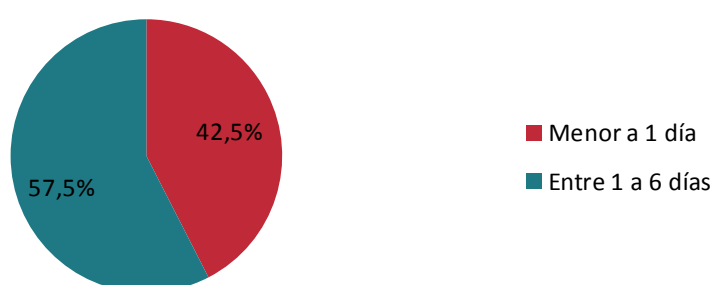


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

En un 46,9% (122 casos) siendo el mayor porcentaje los casos a los cuales la adaptación neonatal la realizan personas diferentes a personal de salud y parteras, se puede pensar en la familia, ya que se presenta un gran número de partos en casa. Un 42,9%(114 casos) de mortalidades perinatales fueron atendidos por personal capacitado como neonatólogo, pediatra, médico y enfermeros.

Gráfica 41

Mortalidad perinatal según edad neonatal, EPS Indígena Cauca 2007-2011

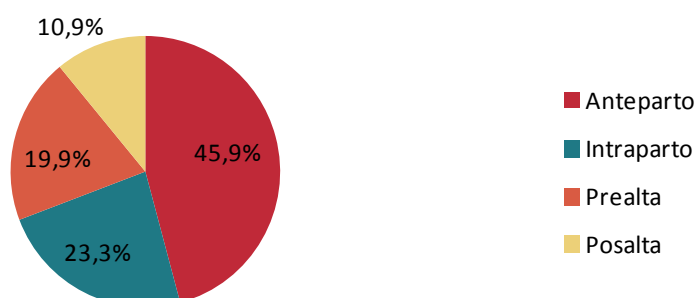


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Del total de casos de mortalidad perinata que nacen vivos, un 42,5% se presentan en las 24 horas siguientes en el nacimiento.

Gráfica 42

Mortalidad perinatal según momento de ocurrencia, EPS Indígena Cauca 2007-2011

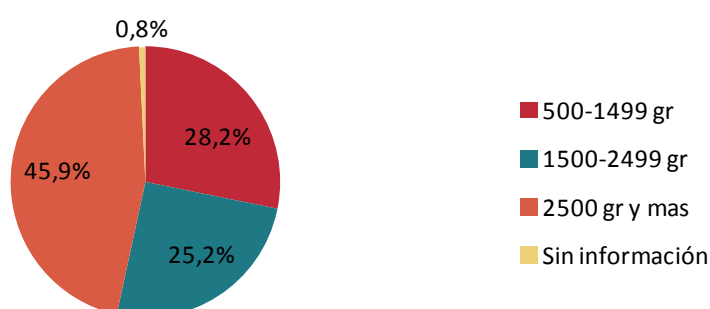


Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 45,9%(122 casos) de la mortalidad perinatal ocurre en el anteparto, seguido por el intraparto con un 23,3% (62 casos), un 19,9%(53 casos) ocurren en Prealta y un 10,9%(29 casos) ocurren en el posalta.

Gráfica 43

Mortalidad perinatal según peso neonatal, EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Un 53,4%(142 casos) de mortalidad perinatal nacieron con bajo peso, es decir con peso inferior a 2500 gramos.

Tabla 23. Mortalidad perinatal según periodos perinatales de riesgo (matriz BABIES, (momento ocurrencia y peso al nacer), EPS Indígena Cauca, 2007-2011.

Peso/momento ocurrencia	Anteparto	Intraparto	Prealta*	Posalta**
< 1000 gramos	31	9	7	3
1000 a 1499 gramos	11	5	7	2
1500 a 2499 gramos	27	16	15	9
2500 a 3999 gramos	48	27	24	15
>=4000 gramos	3	5	0	0
Total	120	62	53	29

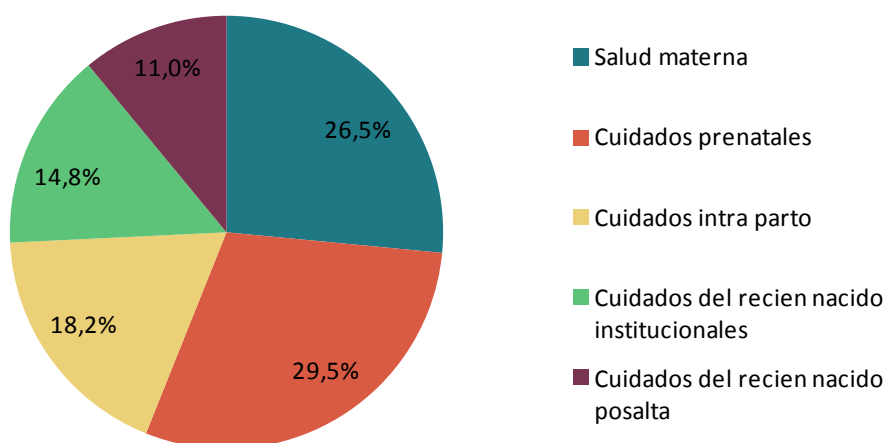
Fuente: Elaboración propia con base en datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011 y Protocolo de Vigilancia y control de mortalidad perinatal y neonatal 2011

*Prealta y **Posalta: términos utilizado en Protocolo de Vigilancia y control de de la Mortalidad Perinatal y Neonatal del Instituto Nacional de Salud 2011 y que hace referencia el primero al momento desde el nacimiento hasta las 24 horas establecidas como las reglamentarias a atenderse en una institución si no existe ninguna complicación y el segundo hace referencia al momento desde completado 1 día de nacido hasta antes de los 7 días después del nacimiento, el cual se asume ha sido dada de alta de la institución.

Al considerar que muchos de estos casos fueron atendidos en domicilio se verifica las muertes perinatales correspondientes al periodo “Posalta” con pesos inferiores a 2500 gramos, y persona que realiza adaptación neonatal y sitio de defunción, y se encontró que los 14 casos Posalta con menos de 2500 gramos de peso fueron recién nacidos atendidos por parteras u otras personas clasificadas como personal no calificado, y sitio de defunción domicilio y 3 casos que alcanzaron a ser atendidos en nivel I.

Gráfica 44

Mortalidad perinatal según periodos perinatales de riesgo, EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Solo dos muertes perinatales no tenían dato del peso neonatal correspondientes al año 2008. De las 264 muertes perinatales incluidas en el análisis de periodos perinatales de riesgo a través de la metodología de Matriz BABIES, se puede evidenciar que la mayor proporción de muertes perinatales se ubican dentro de las casillas naranja que está relacionado con los cuidados prenatales, en un 29,5%(78 casos), seguida de un 26,5%(70 casos) están relacionados con la salud materna, un 18,18%(48 casos) están relacionados a los cuidados Intraparto.

Tabla 24. Mortalidad perinatal según periodos perinatales de riesgo y determinantes de riesgo maternos, EPS Indígena Cauca 2007-2011.

Determinantes de riesgo maternos	Salud materna	%	Cuidado prenatal	%	Cuidado intra parto	%	Cuidados del RN inmediatos	%	Cuidados del RN	%
Añosas	11	15,7	24	30,8	10	20,8	0	0,0	11	37,9
Adolescentes menores de 15 años	5	7,1	2	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nuliparidad	11	15,7	15	19,2	6	12,5	8	20,5	1	3,4
Multiparidad	11	15,7	18	23,1	10	20,8	5	12,8	11	37,9
Intervalo intergenésico < 2 años	4	5,7	5	6,4	0	0,0	3	7,7	1	3,4
Cesárea previa	10	14,3	10	12,8	2	4,2	14	35,9	2	6,9
Aborto	10	14,3	14	17,9	14	29,2	5	12,8	1	3,4
Hipertensión arterial crónica	1	1,4	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cardiopatía	1	1,4	0	0,0	0	0,0	2	5,1	0	0,0
Diabetes	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	2,6	0	0,0
RN Pretermino	6	8,6	0	0,0	2	4,2	2	5,1	2	6,9
RN Bajo peso al nacer	1	1,4	0	0,0	1	2,1	1	2,6	0	0,0
RN Macrosómico	1	1,4	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Trastorno mental	2	2,9	2	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desnutrición crónica	1	1,4	3	3,8	2	4,2	0	0,0	1	3,4
ITS	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	3,4
Deficientes recursos económicos	8	11,4	9	11,5	9	18,8	9	23,1	12	41,4
Preeclampsia	6	8,6	3	3,8	1	2,1	4	10,3	3	10,3
Eclampsia	1	1,4	3	3,8	1	2,1	2	5,1	0	0,0
Síndrome de HELLP	1	1,4	2	2,6	0	0,0	1	2,6	0	0,0
Diabetes gestacional	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	3,4
Sepsis	1	1,4	4	5,1	0	0,0	2	5,1	1	3,4
Hemorragia 1er trimestre	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hemorragia 2er trimestre	7	10,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	3,4
Hemorragia 3er trimestre	3	4,3	3	3,8	1	2,1	1	2,6	1	3,4
Desproporción céfalo-pélvica	0	0,0	3	3,8	3	6,3	1	2,6	0	0,0
Retardo crecimiento intrauterino	2	2,9	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Enfermedad autoinmune	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Embarazo no deseado	6	8,6	6	7,7	6	12,5	5	12,8	4	13,8
Violencia	1	1,4	1	1,3	1	2,1	1	2,6	0	0,0
Gestación producto de violación	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Feto incompatible con la vida	2	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Síntomas depresivos	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

Según variables analizadas anteriormente coincide en que la mayor parte de las gestantes eran multíparas y mujeres añosas, y con altos porcentajes de factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo.

La mayor proporción de las muertes perinatales fueron relacionadas con problemas derivados de los cuidados durante el embarazo, esto evidencia debilidades en los cuidados prenatales, tamizaje y manejo de enfermedades infecciosas en el embarazo, manejo de patologías que complican el embarazo. Estos casos corresponden a mortinatos con pesos superiores a 1500 gramos, fallecidos antes del trabajo de parto como consecuencia de enfermedades maternas, en este estudio no se evidencio relación con enfermedades de transmisión sexual como la sífilis materna, ni otras posibles causas como diabetes y hasta infecciones urinarias, pero puede deberse por las dificultades para acceder a los servicios de salud, e identificación de las mismas. Por lo que es una prioridad investigar sobre los factores relacionados al acceso a los servicios de salud, como también la verificación y adherencia a protocolos de salud por parte de las instituciones y la calidad de los servicios.

Seguido están los casos relacionados a la salud materna, evidenciando problemas de la salud periconcepcionales de la mujer. Estos corresponden a fetos con restricciones de crecimiento intrauterino, partos prematuros; y se relacionan con riesgos como multiparidad, mujeres añosas, con hipertensión arterial crónica, desnutrición y quienes presentaron diferentes complicaciones en el embarazo terminando en mortalidad perinatal. Esto evidencia problemas de salud previos a la concepción, fallas en la identificación de riesgos reproductivos y patologías de base, barreras de acceso a servicios de planificación familiar. Por lo que se debe intervenir en el mejoramiento de la salud partiendo desde la infancia, adolescencia de la mujer, con el fin de promover autoestima y autocuidado, al igual que información de derechos en salud.

En tercer lugar se encuentran las muertes perinatales relacionadas con los cuidados Intraparto, Evidencia deficiencias en los cuidados dirigidos a la mujer durante el proceso de parto y alumbramiento tuvieron un cuidado deficiente o nulo Y si tenemos en cuenta que las atenciones de los partos y recién nacidos en estos casos presento una gran proporción que fueron atendidos por personas diferentes al personal de salud y parteras, podemos concluir que existen barreras de comunicación, de identificación de riesgos y complicaciones por parte de quien atiende estos partos y dificultades de traslado a servicios de salud. Estos casos solo se relacionan con determinantes de riesgo reproductivo y características de la población como la residencia rural y bajos recursos económicos, por lo que se debe ampliar investigación sobre la forma de atención del parto y los factores relacionados con la presencia de estos eventos.

Un 14,77% relacionados con el cuidado del recién nacido a nivel institucional, pero como sabemos que no todos los partos se atendieron a nivel institucional, podemos concluir que existen debilidades tanto en las instituciones prestadoras de servicios de salud como en los domicilios donde se está atendiendo los partos, tanto en infraestructura como en personal capacitado para tales funciones. En este caso tenemos que gran parte se atendió el parto por familiares u otras personas, al igual que parteras; por lo que se propone intervención en estrategias de educación, información y educación en cuanto al reconocimiento de riesgos, complicaciones y el que hacer frente a una emergencia, al igual que bases que permitan una adaptación neonatal adecuada.

Y un 10,98% están relacionados con el cuidado del recién nacido después de dar de alta de una institución o en el periodo neonatal, que en gran parte dependen de los cuidados de la madre y la familia hacia el bebe, y están relacionadas con riesgos que los bebes presentan y que

dependen de los cuidados brindados durante el parto y los cuidados en casa, generalmente se asocian a infecciones o deficientes cuidados al alimentar, termorregulación, entre otros. Las madres deben estar preparadas para brindar adecuados cuidados al bebe y reconocer practicas inseguras para la salud de su bebe y signos de peligro, que las lleve a actuar de manera inmediata. Lo que evidencia que existen problemas relacionados al cuidado de los bebes en el periodo neonatal y en el cual se debe intervenir directamente a las mujeres gestantes y sus familias. Esto puede estar relacionado a falta de educación frente al cuidado del recién nacido que se debe impartir en los controles prenatales, y al encontrar bajos porcentajes de asistencia a control prenatal se puede explicar la falta de reconocimiento de signos de alarma y peligro, falta de cuidado del recién nacido, al igual que persistencia de barreras de acceso a los servicios de salud.

Tabla 25. Muertes perinatales según municipio de notificación al SIVIGILA y años de ocurrencia, EPS Indígena Cauca 2007-2011.

Municipio de notificación al SIVIGILA/año	2007	2008	2009	2010	2011	Total	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Popayán	6	11	15	23	40	95	35,58	35,58
Santander de Quilichao	5	8	9	7	15	44	16,48	52,06
Toribio	4	13	3	6	1	27	10,11	62,17
Páez	1	3	4	4	9	21	7,87	70,04
Silvia	1	8	0	3	5	17	6,37	76,40
Jambaló	5	1	4	0	1	11	4,12	80,52
La Plata	1	1	3	1	3	9	3,37	83,90
La Vega	0	0	2	3	3	8	3,00	86,89
Cali	0	0	1	2	3	6	2,25	89,14
Bolívar	0	3	1	0	1	5	1,87	91,01
Caldono	0	0	0	0	3	3	1,12	92,13
Caloto	0	1	0	1	1	3	1,12	93,26
Corinto	0	0	0	1	2	3	1,12	94,38
El Tambo	1	0	1	0	0	2	0,75	95,13
Inzá	0	0	1	0	1	2	0,75	95,88
Neiva	0	0	0	1	1	2	0,75	96,63
Piendamó	0	0	0	0	2	2	0,75	97,38
Puracé	0	2	0	0	0	2	0,75	98,13
Almaguer	1	0	0	0	0	1	0,37	98,50
Piamonte	0	0	0	0	1	1	0,37	98,88
San Pedro de Cartago	0	0	1	0	0	1	0,37	99,25
Suarez	0	0	1	0	0	1	0,37	99,63
Totoró	0	0	0	0	1	1	0,37	100,00
Total	25	51	46	52	93	267	100,00	

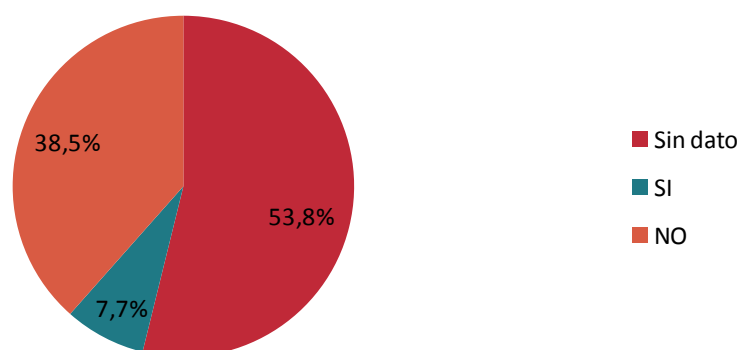
Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

El 52% de las muertes perinatales de la EPS Indígena del Departamento del Cauca se notificaron al SIVIGILA en los municipios de Popayán y Santander de Quilichao, municipios en los que se cuenta con Instituciones Prestadoras de Servicios de salud de II nivel en el Departamento.

También se encontró que municipios de otros Departamentos como La Plata y Neiva del Departamento del Huila notificaron un 3,37%(9 casos) y un 0,75%(2 casos) de mortalidades perinatales que corresponden al Departamento del Cauca. El municipio de Cali en el Valle del Cauca notificó un 2,25%(6 casos), y el municipio de San Pedro de Cartago del Departamento de Nariño notificó un 0,37%(1 caso); para un total de un 6,74% de total de muertes perinatales notificadas por municipios de otros Departamentos.

Gráfica 45

Mortalidad perinatal según identificación de demoras , EPS Indígena Cauca 2007-2011



Fuente: Datos estadísticos Instituto Nacional de Salud, mortalidad materna y perinatal EPS Indígena Departamento del Cauca años 2007 a 2011.

En cuanto a la demoras, la información que se encuentra en SIVIGILA es mínima, tan solo en un 7,7% de los casos se identificaron demoras.

No se identificaron demoras en un 38,5%(105 casos) y no existe dato en un 53,8%(140 casos), lo que evidencia las debilidades en identificar demoras y en la notificación de las mismas. Lo que evidencia la debilidad en el reconocimiento de riesgos y demoras en el personal de salud.

En general los perfiles encontrados para cada uno de los eventos se relacionan así:

La mortalidad materna en la EPS Indígena en el Departamento del Cauca se caracterizó por presentarse en mayor proporción en mujeres entre 20 y 24 años de edad (22,22%), escolaridad nula o que solo alcanzaron primaria(66,67%), ocupación ama de casa(62,96%), etnia indígena (92,59%), convivían principalmente con su compañero sentimental(66,67%), residentes en la zona rural dispersa(85,19%), no utilizaron servicios de planificación familiar por desconocimiento (73,08%), antecedentes de paridad entre 1 a 4 partos vaginales(53,85%), no tuvieron control prenatal(69,23%), y quienes lo tuvieron iniciaron controles prenatales tardíamente en el II y III trimestre de embarazo(76,92%), no se identificaron riesgos maternos en el control prenatal (57,69%), su gestación terminó en parto vaginal (72,73%), atendido por parteras y familiares(54,55%), fallecieron en el domicilio o en vía pública (50%), durante el puerperio menor de 24 horas(50%), fueron muertes maternas directas en un 66,67% y con mayor proporción implicadas con hemorragia obstétrica(29,63%).

La mortalidad perinatal en la EPS Indígena en el Departamento del Cauca se caracterizó por presentarse en mayor proporción en mujeres entre 15 y 19 años de edad (26,03%), escolaridad nula o que solo alcanzaron primaria(60,62%), ocupación ama de casa(30,82%), etnia indígena (83,22%), convivían principalmente con su compañero sentimental(60,96%), residentes en la zona rural dispersa(77,40%), no utilizaron servicios de planificación familiar por desconocimiento (39,10%), antecedentes de paridad entre 1 a 4 partos vaginales(63,91%), no tuvieron control prenatal(51,88%), y quienes lo tuvieron iniciaron controles prenatales tardíamente en el II y III trimestre de embarazo(60,97,85%), se identificaron antecedentes de riesgo materno en el control prenatal (63,16%), su gestación terminó en parto vaginal (72,73%), atendido por parteras y familiares(57,14%), fallecieron en IPS (51,50%), durante el Anteparto (45,86%) entre las 25 y 37 semanas de gestación(47,74%), nacen muertos (72,80%)con bajo peso al nacer (inferior 2500 gramos)(53,38%), muertes relacionadas principalmente con problemas en los cuidados prenatales (29,55%).

6.3. Discusión

La mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública en el país. Esto ha impulsado la creación de diferentes estrategias e intervenciones con el fin de mejorar esta problemática, pero la situación en Colombia sigue siendo crítica; sobresaliendo como uno de los departamentos donde se evidencia esta situación el Departamento del Cauca, el cual ha presentado razones de mortalidad materna y tasas de mortalidad perinatal altas, que por lo general se presentan en mayor proporción en poblaciones vulnerables como la etnia indígena como se evidencia en este estudio.

Las indicadores de mortalidad materna y perinatal encontradas en este estudio para una EPS Indígena en el Departamento de Cauca se han mantenido altas en los años analizados, superando las razones Departamental y la Nacional, hallazgos similares a los mencionados en estudios de otros países que tienen un alto porcentaje de población indígena y otros grupos étnicos vulnerables (7,9,15, 37-41).

La mayor parte de los eventos de mortalidad materna y perinatal presentados en la EPS Indígena en el Departamento del Cauca se encontraron relacionados con los riesgos y complicaciones establecidos por los protocolos de vigilancia de estos eventos, y que son comunes comparado con otros estudios en las mismas condiciones, donde se caracterizan por ser en su mayoría de residencia rural, no tener acceso con facilidad a servicios de salud, baja o ausencia de alfabetización, multiparidad, duda o demora en decisión de consulta a los servicios de promoción de la salud como planificación familiar, control prenatal, atención del parto y puerperio, y otros factores que pueden dar como resultado un embarazo de alto riesgo o la presencia de eventos como la mortalidad materna y perinatal.

A pesar de la transición demográfica en cuanto a estos eventos, en la EPS Indígena del Cauca las causas más comunes de mortalidad materna y perinatal están relacionadas directamente a la salud preconcepcional y problemas obstétricos. A pesar que en Colombia siguen prevaleciendo las causas directas, han aumentado el número de causas indirectas. Y la hemorragia obstétrica ha descendido notoriamente. En la EPS las causas directamente relacionadas con situaciones obstétricas continúan siendo la principal causa de mortalidad materna. Y al estar relacionadas con partos en domicilio, atención del parto por familiar o parteras, escasos o nulos controles prenatales, evidencian las grandes debilidades en cuanto a

la identificación de riesgos y complicaciones, determinación en buscar ayuda, y falta de planes comunitarios para atender estas situación. Por lo que las intervenciones deben estar aterrizadas a estos hallazgos y al material físico y humano disponible en los territorios indígenas del Departamento, enfocada a la Atención Primaria en Salud que es lo que han venido trabajando las IPS Indígenas junto con la EPS, sin olvidar la existencia de la red de prestadores de servicios del Departamento y hasta los Departamentos vecinos.

Es de destacar que se encontró un alto número de mujeres que presentaron muerte materna o muerte perinatal las cuales presentaban varios condicionantes de riesgo previos al embarazo, por lo que se debe trabajar por la salud de la mujer desde su etapa infantil, promover la educación sobre los derechos en salud sexual y reproductiva, los derechos en salud y el auto cuidado de la salud. Y este tipo de educación no solo debe ser dirigido a las mujeres sino a toda la población, logrando concientizar y actuar a favor de la salud de la mujer, contribuyendo así al mejoramiento de la salud materna e infantil.

Es importante tener en cuenta que esta situación no solo es causa del sistema de salud, como lo evidencia este estudio, son importantes los determinantes en salud y las desigualdades sociales que hacen que existan.

La población indígena al igual que todas las poblaciones definen roles culturales, y en general se encuentra que las mujeres indígenas están subordinadas a los hombres. La mujer es vista como la cuidadora de los niños y la cuidadora del hogar (trabajos domésticos), además participan en trabajo comunitario y agricultura. Esto hace parte de las desigualdades de género; quizá este tipo de actividades las cuales han sido asignadas a la mujer hace que existan menos posibilidades para la educación, para la toma de decisiones y búsqueda de atención en salud para ellas y sus hijos, esto es evidenciado en menor grado de escolaridad e indicadores desfavorables en salud para las mujeres y también para los niños, al estar bajo su cuidado.

Por lo que es importante que los hombres sean tenidos en cuenta cuando se planteen estrategias de intervención para la salud de la mujer, estrategias que deben ser holísticas en toda la etapa de vida de la mujer y desde los diferentes roles de la misma, se debe trabajar por la igualdad de género, el acceso a la educación y posibilidad de aumento de capacidad y participación laboral en pro de mejorar la condición económica de la mujer. Solo así mejorara de manera sostenida la salud materno infantil de esta población y otras poblaciones vulnerables que se encuentran en las mismas condiciones de desventaja.

Teniendo en cuenta que hay actores que se encuentran trabajando por la salud de la mujer se deben crear estrategias que permitan la articulación de intervenciones, por lo que se debe trabajar por el mejoramiento de la comunicación en mesas interétnicas en el Departamento del Cauca. En particular con la población indígena ya que existen en el Departamento diversos pueblos indígenas con diferente cosmovisión y manera de trabajar por la salud de la mujer indígena interculturalmente. Y aun más importante que se trabaje intersectorialmente.

Los resultados arrojados en este estudio caracterización de los problemas materno-infantiles de la población indígena afiliada a una EPS Indígena en el Departamento del Cauca. Conociendo la gran variedad de pueblos indígenas y sus diferentes tradiciones existentes en el departamento, es una invitación a analizar más detenidamente este tipo de problemática. Ya que esto son solo resultados de unos registros de obligatoria notificación, que demuestra que el problema existe, que se caracteriza por ciertas similitudes encontradas entre los eventos, pero debemos recordar que detrás de cada caso existe un mundo de posibilidades y hallazgos frente al evento, como también están las personas detrás con unas necesidades percibidas frente a los servicios de salud y unas creencias y visión del mundo de manera diferente.

Por lo que se considera importante seguir estudiando la diversidad étnica al igual que las desigualdades en salud, como también el estudio de desigualdades al interior de los grupos étnicos.

A pesar que se encontró un número de casos significativos, se evidencia que existen dificultades en el registro de este tipo de eventos, al encontrarse eventos que fueron notificados al SIVIGILA con datos faltantes o mal diligenciados, afectando la calidad del dato; a la vez que no hay concordancia con registros estadísticos de la EPS Indígena, la Secretaría Departamental de Salud del Cauca y el Instituto Nacional de Salud. Esto nos lleva a la necesidad de trabajar por mejorar los sistemas de información, retroalimentación entre los actores del sistema de salud y capacitación continua al personal de salud encargado de la notificación de este tipo de eventos como también a la población en general, para concientizar sobre la importancia de brindar datos veraces sobre los casos.

Como mayor debilidad encontrada fue la información frente a estos eventos, evidenciada por la no concordancia, falta de datos, y el subregistro de información, por lo cual se debe fortalecer el sistema de vigilancia de estos eventos, no creando nuevas formas de seguimiento sino fortaleciendo los ya existentes, para que así esta información sea de calidad y pueda ser utilizada en la caracterización más cercana a la realidad de los mismos y la formulación de intervenciones ajustadas a los hallazgos.

7. Conclusiones

- La mortalidad materna y perinatal es un problema de Salud Pública en Colombia, en el Departamento del Cauca y por lo general en la EPS Indígena se presentan superando los indicadores Departamental y Nacional.
- Se evidenció subregistro de estadísticas vitales y limitado acceso de las comunidades indígenas a los servicios de salud, por lo que es probable que este problema sea mayor que lo presentando en esta investigación.
- Las mujeres jóvenes, con nula o baja alfabetización, indígenas, residentes de la zona rural son las características comunes más frecuentes en los eventos de mortalidad materna y perinatal, por lo que evidencia que el sector salud no es el único responsable de esta problemática, por lo que las intervenciones pretendientes a reducir la mortalidad materna y perinatal, debe tener un enfoque multisectorial destinado a reducir desigualdades sociales.
- Las muertes maternas en la EPS Indígena en el Departamento del Cauca siguen presentándose por causas directamente relacionadas al embarazo, parto y puerperio, encontrando en mayor proporción las hemorragias obstétricas; a diferencia del cambio de comportamiento a nivel nacional que ha venido presentado la mortalidad materna, donde actualmente se han incrementado el número de muertes maternas relacionadas con causas no obstétricas.

- La mortalidad perinatal en la EPS Indígena en el Departamento del Cauca se relaciona en mayor proporción con la salud materna y los cuidados prenatales, por lo que las intervenciones deben estar dirigidas a la promoción de la salud de la mujer, estrategias que faciliten el acceso a los servicios de salud, como también el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, todo esto en conjunto con la inclusión de los hombre y comunidad en general a las estrategias en pro de la salud materna e infantil.
- La falta de información y análisis de la mortalidad materna y perinatal en la EPS Indígena, contribuyen a que los programas dirigidos al cuidado de la mujer y el recién nacido sigan siendo obedeciendo unos parámetros que no dan respuesta efectiva a las necesidades de esta población. Por lo que se hace necesario investigar de manera más profunda esta problemática en la población indígena, ya que al ser una etnia con características culturales y un sentir del proceso salud-enfermedad propio, percibirán necesidades diferentes ante esta temática, y al conocerlas se podrá tener en cuenta al momento de diseñar programas dirigidos al cuidado de la mujer indígena y su recién nacido.
- Los sistemas de información se deben fortalecer, ya que se encontró fuentes de información no coincidentes entre sí, datos incompletos, erróneos, que afectan el análisis de la información.

8. Referencias bibliográficas

1. Ramírez, F, Rivera M, Durón R, Aguilar OE, Fuentes M, Gómez C, et al. Impacto de la mortalidad materna en la familia, especialmente en la niñez, de occidente de Honduras. Rev Med Hond. 2003;71:114–22.
2. OMS, UNFPA, UNICEF, El Banco Mundial. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. 2008.
3. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2009-Resumen Ejecutivo: Salud materna y Neonatal. Unicef; 2008.
4. UNICEF. Estrategia Mortalidad Materna Neonatal UNICEF 2011-2015 [Internet]. Panamá: 2011 [citado 2011 Oct 9]. Available from: <http://dds.cepal.org/infancia/publicaciones/ficha/?id=1454>
5. CEPAL. Pueblos indígenas de América Latina: antiguas inequidades, realidades heterogéneas y nuevas obligaciones para las democracias del siglo XXI [Internet]. En: Panorama social de América Latina. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas LC/G.2326–P; 2007 [citado 2011 Oct 10]. p. 143–218. Available from: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/27480/PSE_2006.pdf
6. Torres C. Equidad en salud, una mirada desde la perspectiva de la etnicidad. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 2001;
7. Valdivia M. Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú. Desafíos de la Extensión de la Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI: Construyendo puentes entre investigación y toma de decisión”. Universidad Javeriana, Bogotá. 2010.
8. Fernández Juárez G. Salud e Interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural. 2006.
9. UNFPA. Interculturalidad y salud materna. UNFPA Panamá.pdf [Internet]. 2011 Feb [citado 2011 Oct 10]; Available from: http://media.gestorsutil.com/UNFPA_web/450/dosieres/docs/0318609001302030699.pdf
10. UNICEF. Reducir las diferencias para alcanzar los objetivos [Internet]. 2010 [citado 2010 Oct 7]. Available from: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Narrowing_the_Gaps_to_Meet_the_Goals_SP_091510.pdf
11. Hidalgo G. Mortalidad materna en Colombia: un grave problema de salud pública [Internet]. Mensajes y discursos Naciones Unidas de Colombia. 2010 May 5 [citado 2011 Oct 7]; Available from: <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=i1----&s=n&x=61735>
12. INS. Estadísticas de la Vigilancia en salud Pública-Vigilancia rutinaria [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2011 [citado 2011 Sep 15]; Available from: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=1729>

13. Pullido A, Higuera D, Jaramillo M. Reporte Anual 2010 Cómo va la salud en Colombia. Retos del sistema de salud. Experiencias valiosas para mejorar la salud materna [Internet]. Bogotá: 2011 [citado 2011 Oct 1]. Available from: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_remository&Itemid=0&func=select&id=6
14. DANE. Perfil Nacional Censo General 2005 [Internet]. 2010 Sep 13;Available from: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/00000T7T000.PDF
15. Hernández A. La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos [Internet]. 2007 [citado 2011 Oct 10];Available from: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf
16. Torres C, Mújica OJ. Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Rev Panamá Salud Pública. 2004;15(6):430–9.
17. Lerin S. Interculturalidad y salud: Recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social. Revista de Antropología Social. 2004;;11.
18. Sonis A. Equidad y salud. Arch. argent. pediatr. 2001;99(3):253–6.
19. Spinelli H, Urquía M, Bargalló ML, Alazraqui M. Equidad en salud: teoría y praxis; Equity in health: theory and praxis. Seminarios Salud y Política Pública. 2002;2002(8).
20. Vigilancia epidemiológica Secretaria departamental de salud del Cauca. Estadísticas vitales Departamento del Cauca. Popayán-Cauca: 2011.
21. DANE. Colombia una nación multicultural. Su diversidad étnica [Internet]. 2007 May;Available from: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf
22. EPS Indígena. Estado de salud población indígena afiliada 2010-2011. Popayán-Cauca: 2011.
23. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2010/ Millennium Development Goals, 2010 Report. Renouf Pub Co Ltd; 2011. 76 p.
24. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR). Oportunidades y retos para la reducción de la muerte materna en América Latina y el Caribe. Perú, mayo de 2010.
25. Boada, Claudia Lucia, Cotez B. Miryam, Plan de Choque para la mortalidad materna, Ministerio de Protección Social, 2004.
26. Organization WH. Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡cada madre y cada niño contarán! World Health Organization; 2005. 280 p.
27. OPS-UNICEF. Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Salud del Recién Nacido en el Contexto del Proceso Continuo de la Atención de la Madre, del Recién Nacido y del Niño. 2008.

28. Oyarce AM, Pedrero M, Ribotta B. Salud Materno-Infantil de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos. Cepal. Santiago de Chile. 2009.
29. Bello Á, Rangel M. La equidad y la exclusión. Revista de la CEPAL. 2002;76:39.
30. Torres C, Mújica OJ. Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Rev Panam Salud Pública. 2004;15(6):430–9.
31. Torres C. Equidad en salud, una mirada desde la perspectiva de la etnicidad. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 2001;
32. Torres C. Descendientes de africanos en la Región de las Américas y equidad en materia de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2002;11(5-6):471–9.
33. Instituto Nacional de Salud. Área de vigilancia Epidemiología. 2011.
34. PROFAMILIA. Salud materno infantil. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [Internet]. Colombia: 2010. Available from: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-10.pdf>
35. Bastidas Calderón EM. Entidades territoriales indígenas: objeciones para su conformación y delimitación. 2009.
36. Organization WH. Subsana las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad Sanitaria Actuando Sobre los Determinantes Sociales de la Salud. World Health Organization; 2009. 257 p.
37. Batista Moliner R, Coutin Marie G, Feal Cañizares P. Condiciones de vida y salud materno-infantil. Revista cubana de salud pública. 2001;27(2):126–34.
38. Angulo ER, Cervantes LM, Pech GA, Vergara WM. Características médico-sociales de las muertes maternas en una comunidad maya de Yucatán, México. Ginecol Obstet Mex. 2007;75:79–85.
39. Flórez CE, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global. RES Working Papers. 2008;
40. Rodríguez L, Álvarez M, Conejo M, Betancourt Aragón Z. Enfoque intercultural y de género en salud materna. Quito: UNFPA y Jambi Huasi. 2006;
41. Valdivia M. Etnicidad, antecedentes lingüísticos y la salud materno infantil en el Perú. Lima; Instituto Nacional de Estadística e Informática, jul. 2007, 46 p. tab (INEI. Investigaciones, 22). 2007;
42. Acuña C, Bolis M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas. 2005.
43. Casas-Zamora JA, Gwatkin DR. Las muchas dimensiones de la equidad en la salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2002;11(5-6):00–00.

44. BID. Salud de la mujer indígena. Intervenciones para reducir la muerte materna [Internet]. 2010 [citado 2012 Feb 12];Available from: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35182776>
45. Berg C, Danel I, Mora G. Guidelines for maternal mortality epidemiological surveillance. Pan American Health Organization; 1996.
46. Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles PDEV. Protocolo de vigilancia y control de mortalidad materna. INT-R02.002.4030-001. 2010;(00):1–39.
47. Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles PDEV. Protocolo de vigilancia y control de mortalidad perinatal y neonatal. INT-R02.002.4030-001. 2010;:133.
48. Freedman LP, Project M. Background Paper of the Task Force on Child Health and Maternal Health. Millennium Project; 2003.
49. Rey H, Mejía J, Beitia PN, Romero E, Quintero CA. Metodología para asignar causas básicas y directas en muertes fetoinfantiles por la nemotecnia: GEMAS MALITAS Colombia Médica, octubre-diciembre, año/vol. 31, número 004 Universidad del Valle Cali, Colombia. Colombia Médica. 2000;31:164–8.
50. Cifuentes R, Abonía O, Rosso F. Revista de Ginecología.
51. Maine D, Akalin M, Ward B, Kamara A. The design and evaluation of maternal mortality programs. Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University [Internet]. 1997 Jun [citado 2011 Oct 15];Available from: <http://www.rhrc.org/resources/DesignandEvalofMMPrograms.pdf>
52. Fernández-Díaz J. El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto. Gac Sanit. 2001;5:453–60.
53. Ministerio de Salud. Resolución 10013 de 1981, Septiembre 24, por la cual se dictan normas en relación con las comunidades indígenas. Ministerio de Salud; 1981.
54. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 1993.
55. Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC. Historia del CRIC. Popayán: CRIC.[Links]. 1990;
56. Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC. Nuestras luchas de ayer y de hoy. CRIC; 1974.
57. Castro J. Constitución política de Colombia. Universidad del Rosario; 2007.
58. Constitución política de Colombia. Ley 21 de 1991. Esta versión corresponde a la segunda edición corregida, publicada en la Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991.
59. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP-SMR. Salud sexual y reproductiva: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3° Edición. CLAP/SMR Publicación Científica N° 1577 – 2011.

9. ANEXOS

Anexo 1. Ficha única de notificación de la mortalidad materna y perinatal

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Subsistema de Información SIVIGILA Ficha de Notificación BICENTENARIO 1910-2010 Instituto Nacional de Salud									
Datos básicos									
REG-002.001.4010-001 V.00 AÑO 2010									
1. INFORMACIÓN GENERAL							1.2. Fecha de notificación		
1.1. Nombre del evento							Código Día Mes Año		
1.3. Semana*		1.4. Año:		1.5. Departamento que notifica			1.6. Municipio que notifica		
* Epidemiológica		Año							
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato					1.8 Código de la UPGD			1.9. Nit UPGD	
					Depto. Municipio Código Sub.				
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE									
2.1. Primer nombre			2.2. Segundo nombre			2.3. Primer apellido			
2.4. Segundo apellido			2.5 Teléfono			2.6 Fecha de nacimiento			
						Día Mes Año			
2.7. Tipo de documento de identificación									
☐ RC (1) Registro ☐ TI (2) T. de ID. ☐ CC (3) C.C. ☐ CE (4) C. extranjería ☐ PA (5) Pasaporte ☐ MS (6) Menor sin ID. ☐ AS (7) Adulto sin ID.									
2.8. Número de identificación									
2.9. Edad		2.10. Unidad de medida de la edad		2.11. Sexo		2.12. País de ocurrencia del caso			
1 2 3 4 5		Años Meses Días Horas Minutos		M F		(1) Mas. (2) Fes.			
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso			2.14. Área de ocurrencia del caso			2.14.1. Cabeecera mpal/Centro poblado/Rural disperso		2.15. Barrio de ocurrencia	
Depto. Municipio			1 2 3						
2.15.2. Localidad			2.16. Dirección de residencia			2.17. Ocupación del paciente		2.18. Tipo de régimen en salud	
						Código Contributivo Subsidio Coseguro Especial No afiliado			
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud						2.20. Pertenencia étnica			
Código						1 2 3 4 5 6			
2.21. Grupo poblacional						2.22. Pertenencia étnica			
9 13 14 5						Indígena ROM Raizal Palenquero Afro colombiano Otros			
3. NOTIFICACIÓN									
3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente						3.2. Fecha de consulta		3.3. Inicio de síntomas	
Depto. Municipio						Día Mes Año		Día Mes Año	
3.4. Clasificación inicial de caso						3.5. Hospitalizado		3.6. Fecha de hospitalización	
1 2 3 4 5						1 2		Día Mes Año	
3.7. Condición final		3.8. Fecha de defunción		3.9. No. certificado defunción		3.10. Causa básica de muerte			
1 2		Día Mes Año				CE 10			
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha						3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha			
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES									
4.1. Seguimiento y clasificación final del caso								4.2. Fecha de ajuste	
0 3 4 5 6 7								Día Mes Año	



Mortalidad materna Cód INS: 550- Mortalidad perinatal Cód INS 560 - Interrupción voluntaria del embarazo Cód INS: 565

REG-R02.001.4030-002 V:00

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos de la madre

B. Tipo de ID*

C. No. de identificación

* TIPO DE ID: 1 - RC: REGISTRO CIVIL | 2 - TI: TARJETA IDENTIDAD | 3 - CC: CÉDULA CIUDADANA | 4 - CE: CÉDULA EXTRANJERA | 5 - PA: PASAPORTE | 6 - MS: MENOR SIN ID | 7 - AS: ADULTO SIN ID

4. SITIO DE DEFUNCIÓN

4.1. Sitio de defunción

☐ 1 IPS(hospital/clínica) ☐ 2 IPS(centro/puesto salud) ☐ 3 Lugar de trabajo ☐ 4 Vía pública ☐ 5 Durante el traslado ☐ 6 Domicilio ☐ 7 Otro

5. ANTECEDENTES MATERNO

5.1. Convivencia ☐ 1 Cónyuge ☐ 2 Familia ☐ 3 Sola ☐ 4 Otro	5.2. Si marcó otro, ¿Cuál?	5.3. Escolaridad: ☐ 1 Ninguna ☐ 2 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 4 Superior ☐ 5 Sin información
5.4. Regulación de la fecundidad: ☐ 1 No uso métodos por desconocimiento ☐ 2 No uso métodos por acceso ☐ 3 No uso de métodos porque no deseaba ☐ 4 Natural ☐ 5 Dispositivo intrauterino ☐ 6 Hormonal ☐ 7 Barrera ☐ 8 Quirúrgico ☐ 9 Otro		
5.5. Gestaciones	5.6. Partos vaginales	5.7. Cesáreas
	5.8. Abortos	5.9. Muertos
		5.10. Vivos

6. FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES

6.1. Antecedentes de riesgo ☐ 1 Ninguno ☐ 2 Hipertensión crónica ☐ 3 Cardiopatías ☐ 4 Diabetes ☐ 5 Moia hidatiforme ☐ 6 RN prematuro ☐ 7 RN de bajo peso ☐ 8 RN macrosómicos ☐ 9 Trastorno mental ☐ 10 Obesidad ☐ 11 Desnutrición crónica ☐ 12 Integridad menor a 2 años	☐ 13 ITS distintas a VIH, sífilis y HB ☐ 14 VIH - SIDA ☐ 15 Otras infecciones ☐ 16 RH negativo ☐ 17 Tabaquismo ☐ 18 Alcoholismo ☐ 19 Sustancias psicoactivas ☐ 20 Dificultades socioeconómicas ☐ 21 Sífilis ☐ 22 Hepatitis B ☐ 23 Otros factores de riesgo ☐ 24 Gingivitis y/o periodontitis	6.2. Complicaciones del actual embarazo ☐ 1 Preeclampsia ☐ 2 Eclampsia ☐ 3 Sínd. HELLP ☐ 4 Diabetes gestacional ☐ 5 Sepsis ☐ 6 Hemorragia 1er trimestre ☐ 7 Hemorragia 2do trimestre ☐ 8 Hemorragia 3er trimestre ☐ 9 Desproporción cefalo pélvica ☐ 10 Retardo crecimiento intrauterino ☐ 11 Enfermedad autoinmune ☐ 12 Malaria ☐ 13 Embarazo no deseado ☐ 14 Violencia contra gestante ☐ 15 Otras complicaciones ☐ 16 Gestación producto de violencia sexual ☐ 17 Feto incompatible con la vida ☐ 18 Síntomas depresivos
6.3. Si marcó otros factores (6.1.23), ¿cuáles?		6.4. Si marcó otras complicaciones (6.2.15), ¿cuáles?

7. ANTECEDENTES PRENATALES

7.1. No. C.P.N.	7.2. Inicio CPN Semana	7.3. Controles realizados por ☐ 1 Médico general ☐ 2 Médico obstetra ☐ 3 Enfermera ☐ 4 Aux. enfermería ☐ 5 Promotor	7.4. Nivel de atención ☐ 1 I ☐ 2 II ☐ 3 III ☐ 4 IV
7.5. ¿Clasificó el riesgo? ☐ 1 Sí ☐ 2 No	7.6. Riesgo clasificado por: ☐ 1 Médico general ☐ 2 Médico obstetra ☐ 3 Enfermera ☐ 4 Otro	7.7. Remisiones oportunas ☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 3 No aplica	7.8. Complicación del feto y RN CIE10

8. ANTECEDENTES DE EMBARAZO Y PUERPERIO

(En el momento de la muerte)			
8.1. Momento en que ocurrió la muerte materna ☐ 1 Gestación ☐ 2 Parto ☐ 3 Puerperio < 24 horas ☐ 4 Puerperio > 24 Horas	8.2. Semana gestación para la mortalidad materna	8.3. Fecha y hora del parto o IVE Día Mes Año Hora (00-24)	
8.4. Tipo de parto ☐ 1 Vaginal ☐ 2 Cesárea ☐ 3 Instrumentado ☐ 4 Ignorado	8.5. Parto atendido por: ☐ 1 Médico general ☐ 2 Obstetra ☐ 3 Enfermera ☐ 4 Auxiliar enfermería ☐ 5 Promotor ☐ 6 Partera ☐ 7 Otro	8.5.1. Otro, ¿quién?	8.6. Nivel de atención ☐ 1 I ☐ 2 II ☐ 3 III ☐ 4 IV

9. DATOS ADICIONALES PARA MUERTE PERINATAL O IVE

Desde las 22 semanas de gestación hasta los 7 días postnacimiento					
9.1. Momento en que ocurrió la muerte perinatal ☐ 1 Anteparto ☐ 2 Intraparto ☐ 3 Preealta ☐ 4 Postalta	9.2. Edad gestacional Semanas	9.3. Edad gestacional confiable ☐ 1 Sí ☐ 2 No	9.4. Edad neonatal en el momento de la muerte	9.5. Peso al nacer (gramos)	9.6. Taille al nacer (cm)
9.7. APGAR 1'	9.8. APGAR 5'	9.9. Nivel de atención inicial al RN ☐ 1 I ☐ 2 II ☐ 3 III ☐ 4 IV	9.10. ¿Remisión oportuna por complicaciones? ☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 3 No aplica		
9.11. Adaptación neonatal realizada por ☐ 1 Neonatólogo ☐ 2 Pediatra ☐ 3 Médico general ☐ 4 Enfermera ☐ 5 Aux. enfermería ☐ 6 Partera ☐ 7 Otro					

10. CAUSAS DE MUERTE

* Registre las causas de muerte materna o perinatal de conformidad con el certificado de defunción, si coexiste mortalidad materna y perinatal, diligencie una ficha para cada evento.	
10.1. Causas de defunción	10.3. Descripción de demoras encontradas
10.2. Causa de muerte determinada por ☐ 1 Historia clínica ☐ 2 Autopsia verbal ☐ 3 Necropsia	10.3.1. Pendiente ☐ 1 Sí ☐ 2 No 10.3.2. Demora 1: 10.3.3. Demora 2: 10.3.4. Demora 3: 10.3.5. Demora 4: