

**PERFIL DIFERENCIAL POR CONDICIÓN ÉTNICA DE LA ATENCIÓN EN
SALUD MATERNO - NEONATAL EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA**

**DIFFERENTIAL PROFILE BY ETHNICITY CONDITION OF MATERNAL-
NEONATAL HEALTH CARE IN THE CAUCA DEPARTMENT**

LUCY AMPARO GUZMÁN GONZÁLEZ
(Odontóloga)



**Universidad
del Valle**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
2018**

**PERFIL DIFERENCIAL POR CONDICIÓN ÉTNICA DE LA ATENCIÓN EN
SALUD MATERNO - NEONATAL EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA**

**DIFFERENTIAL PROFILE BY ETHNICITY CONDITION OF MATERNAL-
NEONATAL HEALTH CARE IN THE CAUCA DEPARTMENT**

LUCY AMPARO GUZMÁN GONZÁLEZ.

**Propuesta de tesis de grado presentado como requisito parcial para optar el
título de Magíster en Salud Pública**

**Rocío Carvajal Barona. ENF. MPH
Directora**



**Universidad
del Valle**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
2018**

NOTA DE ACEPTACIÓN

ROCIO CARVAJAL BARONA
Directora Trabajo de Investigación

ELSA PATRICIA MUÑOZ
Presidente del Jurado

MARIA JANETH MOSQUERA BECERRA
Jurado

ANGÉLICA RUGELES
Jurado

Santiago de Cali, Enero de 2019

DEDICATORIA

Te lo dedico a ti madre, el terminar esta tesis y lograr ser salubrista público; es una deuda que tenia contigo y con lo que nos has enseñado de la vida:

“Que nuestros sueños sean más grandes que los medios y que las acciones más fuertes que las palabras”

“Algunos sueñan para evadir la realidad, otros sueñan para cambiarla”

Sōichirō Honda

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, a María Auxiliadora por su permanente compañía, por llenar mi vida de milagros y de abrir cientos de oportunidades.

A mi madre, Amparo González Muñoz, porque su fuerza y persistencia han sido una inspiración permanente para seguir adelante.

A mi hermanita, María Fernanda Guzmán González por ser ese soporte permanente que ha permitido que juntas vayamos hasta el infinito y más allá.

A Laura, Esteban y Omar por ser la razón de vivir, por que saberlos cerca me ayudo a terminar el reto de esta maestría y mil retos más.

A la Universidad del Valle, la Escuela de Salud Pública; para mi es un honor estudiar en ella y agradezco la oportunidad de terminar el mayor de mis sueños, ser salubrista; la vocación que Dios me regalo. Creo en la educación pública y espero que siempre sea posible.

A la Gobernación del Cauca, Secretaria Departamental de Salud por permitirme conocer el Cauca lo hermoso de su tierra y de su gente, aprender de el y poder aportar mi amor, mi compromiso y mi conocimiento.

TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO	12
RESUMEN	17
INTRODUCCIÓN	18
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	20
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
OBJETIVOS.....	25
2.1 GENERAL.....	25
2.2 ESPECIFICOS	25
MARCO REFERENCIAL	26
3.1 MARCO CONTEXTUAL	26
3.2 EL CAUCA: REALIDADES Y PERSPECTIVAS	26
3.1.1 Generalidades territoriales y poblacionales.....	26
3.1.2 Población étnica diferenciada.....	28
3.1.3 La mujer caucana indígena y afrodescendiente ante la defensa de sus culturas.	29
3.2 ESTADO DEL ARTE	30
3.3 MARCO TEÓRICO.	37
3.3.1 Modelo para análisis epidemiológicos de la situación en salud.....	38
3.3.2 El enfoque diferencial étnico.....	39
3.3.3 Interculturalidad y atención materno-neonatal.....	44
3.3.4 Adherencia al control prenatal por comunidades étnicas.....	47
3.3.5 La demanda inducida en servicios de salud materno-perinatales.....	48
3.3.6 Inequidades en servicios de salud a población étnica.	50
METODOLOGÍA	53
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	54
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	54
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	55

4.4 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	55
4.4.1 Procesamiento de la información.	56
4.5 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	56
4.5.1 Procedimientos aplicados	56
4.5.2 Análisis Univariado.	57
4.5.3 Análisis Bivariado.	57
4.6 VARIABLES.....	57
4.6.1 La condición étnica como variable independiente.....	57
4.6.2 Variables Dependientes.....	58
4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	59
RESULTADOS.....	61
5.1 ANÁLISIS UNIVARIADO	61
5.1.1. Caracterizar demográficamente a la población étnica que recibió atención en salud en el departamento del Cauca, en 2016	63
5.1.2. Describir las características de atención prenatal por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.....	69
5.1.3. Describir las características de atención del parto y recién nacido por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.....	84
5.1.4. Describir las características de atención del puerperio por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.	90
5.1.5. Identificar las características de atención materna y perinatal desde la atención tradicional por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.	92
5.2 ANÁLISIS BIVARIADO.....	92
5.2.1. Caracterizar demográficamente a la población étnica que recibió atención en salud en el departamento del Cauca, en 2016	92
5.2.2. Describir las características de atención prenatal por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.....	99
5.2.3. Describir las características de atención del parto y recién nacido por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.....	114
5.2.4. Describir las características de atención del puerperio por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.	121
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	123
CONCLUSIONES	137

RECOMENDACIONES	140
BIBLIOGRAFÍA	147
ANEXOS	157

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS	157
Anexo A. Operacionalización de las Variables	158

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Departamento del Cauca. División política, departamentos vecinos y su ubicación en el suroccidente de Colombia	27
Figura. 2. Modelo para análisis epidemiológicos de la situación en salud.	39
Figura 3. Mapa conceptual del enfoque de género y etnia	42
Figura 4. Tipo de etnia de las gestantes	62
Figura 5. Pueblos Indígenas de las gestantes	62
Figura 6. Municipio de residencia de las gestantes	63
Figura 7. Área de residencia de las mujeres gestantes	64
Figura 8. Edad de las gestantes	65
Figura 9. Régimen de afiliación al sistema de salud de las gestantes atendidas	65
Figura 10. Asegurador de las gestantes atendidas	66
Figura 11. Nivel de estudios alcanzado	67
Figura 12. Estado Civil de las gestantes	68
Figura 13. Ocupación de las gestantes	69
Figura 14. Atención preconcepcional recibida por las mujeres gestantes	70
Figura 15. Embarazo Deseado y/o Aceptado	70
Figura 16. Antecedentes de violencia física o psicológica en las gestantes	71
Figura 17. Riesgo Psicosocial al ingreso al control prenatal	72
Figura 18. Antecedente de gravidez	72
Figura 19 Antecedente de abortos	73

Figura 20. Antecedentes de cesáreas	74
Figura 21. Antecedentes de muerte neonatal temprana	74
Figura 22. Hipertensión arterial crónica de las gestantes	75
Figura 23. Diabetes Mellitus en las gestantes	76
Figura 24. Antecedentes de enfermedad renal en las gestantes	76
Figura 25. Gestantes con VIH	77
Figura 26. Gestantes con anemia	77
Figura 27. Gestantes con Sífilis Gestacional	78
Figura 28. Hemorragia vaginal en gestantes de menos de 20 semanas	79
Figura 29. Hemorragia vaginal en gestantes de más de 20 semanas	79
Figura 30. Registro asesoría pre test VIH en historia clínica	80
Figura 31. Revisión odontológica	81
Figura 32. Realización ecografía primer trimestre	81
Figura 33. Trimestre de ingreso al CPN	82
Figura 34. Re - clasificación del riesgo biopsicosocial de las gestantes	83
Figura 35. Adherencia al CPN	83
Figura 36. Sitio de atención del parto	85
Figura 37. Nivel de atención del parto institucional.	85
Figura 38. Personal que atiende el parto	86
Figura 39. Causas del egreso del programa CPN	87
Figura 40. Condición en que la madre egresa del programa CPN	87
Figura 41. Condición en que el Recien Nacido egresa del programa CPN	88

Figura 42. Peso del recién nacido al egreso	89
Figura 43. Asistencia al Control del Puerperio	90
Figura 44. Asistencia al Control del Recién Nacido	90
Figura 45. Método anticonceptivo que inician las mujeres post-parto	91
Figura 46. Tipo de etnia de las gestantes	92
Figura 47. Distribución étnica por zona del departamento	93
Figura 48. Zona de residencia por tipo de etnia	94
Figura 49. Régimen al que está afiliado por tipo de etnia	94
Figura 50. Asegurador al que está afiliada por tipo de etnia	95
Figura 51. Edad de las gestantes por tipo de etnia	95
Figura 52. Nivel de estudios alcanzado por etnia	97
Figura 13. Estado civil por tipo de etnia	98
Figura 54. Ocupación por pertenencia étnica	98
Figura 55. Atención preconcepcional según la etnia	99
Figura 56. Embarazo aceptado y/o deseado por tipo de etnia	100
Figura 57. Antecedentes de violencia física o psicológica por etnia	101
Figura 58. Riesgo Psicosocial al ingreso al control prenatal por etnia	102
Figura 59. Antecedentes de parto por tipo de etnia	102
Figura 60. Antecedente de abortos por etnia	103
Figura 61. Antecedentes de cesáreas por etnia	104
Figura 62. Antecedentes de mortalidad neonatal temprana por etnia	105
Figura 63. Hipertensión arterial crónica de las gestantes por etnia	105
Figura 64. Diabetes Mellitus en las gestantes por etnia	106

Figura 65. Gestantes con VIH por etnia	107
Figura 66. Gestantes con anemia por etnia	107
Figura 67. Gestantes con Sífilis Gestacional por etnia	108
Figura 68. Hemorragia vaginal ¹⁰⁶ en gestantes de menos de 20 semanas por etnia	109
Figura 69. Hemorragia vaginal en gestantes de más de 20 semanas de embarazo.	110
Figura 70. Registro de asesoría pre test VIH en historia clinica por etnia	111
Figura 71. Revisión odontológica por etnia	112
Figura 72. Realización ecografía primer trimestre por etnia	112
Figura 73. Trimestre de ingreso al CPN por tipo de etnia	113
Figura 74. Adherencia al CPN por tipo de etnia	114
Figura 75. Sitio de atención del parto por etnia	115
Figura 76. Nivel de atención del parto institucional por etnia	115
Figura 77. Personal que atiende el parto por etnia	116
Figura 78. Causas del egreso del programa de CPN	117
Figura 79. Condición en que la madre egresa del programa CPN	118
Figura 80. Condición en el que el Recien Nacido egresa del programa de CPN	119
Figura 81. Peso del recién nacido al egreso por etnia	120
Figura 82. Asistencia al Control del Puerperio por etnia	121
Figura 83. Método anticonceptivo que inician las mujeres post-parto por etnia	122

GLOSARIO

A continuación, se relacionan los términos que usualmente aparecen en el presente trabajo, utilizando como base la guía elaborada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por estar enfocada culturalmente en el ser y hacer de las comunidades indígenas y afrodescendientes, similares a las colombianas. (1)

Articulación intercultural en salud: Espacio de relacionamiento de conocimientos, saberes y prácticas en salud, cuyo enlace y aprovechamiento se constituye en un objetivo común, bajo el propósito de construir el bienestar individual, familiar y colectivo, en un entorno natural adecuado. Esto es, el “Buen vivir”.

Cultura: Es el conjunto de maneras de pensar, de sentir y de actuar en relación con la naturaleza, con lo humano y lo espiritual. También el conjunto de modelos de comportamiento, de pensamiento y de sensibilidad, que estructuran las actividades humanas. La cultura es el hogar de la intersubjetividad, de la socialización y de la conciencia del ser. La cultura es el campo de la identidad.

Competencia Intercultural: Es el conjunto de habilidades y destrezas técnicas, culturales, psico-sociales y socio-políticas del talento humano, que le permite implementar estrategias y acciones interculturales en los procesos de gestión y atención de los Sistemas Nacionales y Locales de Salud. La competencia intercultural implica liderazgo, experticia, eficacia, eficiencia, actitud positiva y pro activa, para desarrollar tareas y funciones en contextos pluriculturales.

Complementariedad intercultural: Se basa en el hecho de que a las producciones culturales de un colectivo humano en particular (cosmovisiones, conocimientos, actitudes, hábitos, construcciones materiales, y otras) se pueden integrar, incorporar, aprovechar, añadir o completar las producciones culturales de otro colectivo humano, con fines de mejoramiento material, ético, estético o espiritual.

Diversidad cultural: La diversidad cultural se refiere a la constatación de la diversidad y variación de grupos humanos poseedores de pensamientos, sentimientos, actitudes y producción material particulares (cultura). Los diversos grupos humanos pueden coexistir bajo términos de cooperación, indiferencia o confrontación. Muchos Estados y organizaciones consideran que la diversidad cultural es parte del patrimonio común de la humanidad y tienen políticas o actitudes favorables hacia ella. Las acciones en favor de la diversidad cultural, usualmente comprenden la preservación y promoción de tales culturas. La Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural adoptada por UNESCO en noviembre de 2001, se refiere a la diversidad cultural en una amplia variedad de contextos, en tanto el proyecto de Convención sobre la Diversidad Cultural elaborado por la Red Internacional de Políticas Culturales, prevé la cooperación entre las partes en un número significativo de asuntos.

Diversidad poblacional: La diversidad poblacional incluye la definición de ciertas categorías o variables que permiten a la interculturalidad como estrategia, involucrarse con todas ellas. La diversidad poblacional contiene, entre otras, al género, lo generacional, la geo-residencia, lo cultural, lo etario, lo socio-organizacional, lo económico, las potencialidades.

Enfoque diferencial. Corresponde al método de análisis que visibiliza las diferentes formas de discriminación, contra comunidades étnicamente diferenciadas, teniendo en cuenta las diversidades e inequidades existentes en la realidad, con el propósito de brindar una adecuada atención y protección a los derechos de estas

comunidades en concordancia con sus particularidades culturales, especialmente en el caso de la salud de la mujer en condición materno-neonatal.

Enfoque intercultural: Es un proceso que comprende tres etapas:

Descentralización: Es la distancia y perspectiva, en la que nos alejamos de nosotros mismos, a través de una reflexión sobre nosotros mismos y el entorno.

Traslación: Es salirse del lugar de uno, para tomar el punto de vista del otro.

Negociación: Es una fase de comprensión y avenencias, esto es, de consensos y acuerdos entre varios, con el fin de evitar la confrontación.

Hombres y Mujeres indígenas y afros trasmisores de Sabiduría Ancestral: Los Mayores y Mayoras. Distintas categorías de recursos humanos que ofertan servicios en el sistema de las medicinas ancestrales. Son portadores de las cosmovisiones, saberes y prácticas, transmitidos de forma oral y experiencial a través de las generaciones, pero modificadas en los procesos sociales adaptativos y de síntesis cultural. Sus recursos terapéuticos comprenden elementos de origen natural y espiritual.

Interculturalidad en salud:

a.- Desde la población: Es la interrelación y convivencia de las personas y diversos grupos sociales en la construcción de entornos y estilos de vida saludables, dirigidos bajo un marco de respeto entre las culturas y cosmovisiones existentes. La interculturalidad promueve u fortalece el Buen Vivir.

b.- Desde el Estado: Implica la generación de políticas públicas, planes, programas y modelos de gestión y atención participativos, que incorporan los conocimientos, saberes y prácticas de los sistemas médicos diversos, así como los requerimientos de los ciudadanos, de los pueblos y culturas, con el propósito de mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

Medicinas Ancestrales: Conjuntos de conocimientos, tecnologías y talentos humanos propios, fundamentados en la sabiduría ancestral y colectiva, organizados

en torno a particulares cosmovisiones del mundo y legitimados por sus propios pueblos y nacionalidades. Sus prácticas diagnósticas, de tratamiento de las enfermedades, de promoción, prevención y recuperación de la salud, se desenvuelven en un marco de interrelaciones de elementos naturales (plantas medicinales, plantas alimenticias, minerales, animales, lugares sagrados), éticos, espirituales y cósmicos, en un tiempo y espacio sacralizados.

Medicinas Alternativas y Complementarias: Proviene de matrices culturales diversas, que en el caso latinoamericano son de origen precolombino en su mayor parte, también otras procedentes de Europa y el Oriente. Comprende el conjunto de medicinas científicamente comprobadas, ejercidas por profesionales médicos, reconocidos por las Autoridades Sanitarias Nacionales y locales. Se reconocen como “Alternativas”, cuando se usan “en vez” de otro recurso terapéutico, en tanto que “complementarias”, equivale a utilizarlas “conjuntamente” con otro u otros recursos terapéuticos.

Nacionalidades y Pueblos Indígenas: La Nacionalidad comprende a pueblos milenarios ancestralmente asentados en un territorio definido, con idioma e identidad propios. Se rigen por sus específicas instituciones, autoridades y derecho característico o consuetudinario. Poseen una cultura común y organización social, económica, política, cultural y espiritual distintivas. Una nacionalidad se halla constituida por varios centros, organizaciones o pueblos diversos entre sí, pero con características esenciales comunes. Por el Pueblo Misak que incluye guambianos, Totoroes, entre otros; el pueblo Nasa con similares características. Algunas comunidades afrodescendientes aún conservan parte de su legado original africano, como los raizales y palenqueros

Pertinencia cultural: Es la adecuación de la gestión y atención de salud a las características de las culturas, cosmovisiones y entornos existentes. La pertinencia cultural se sustenta en el respeto y en la construcción colectiva, dirigidos a mejorar

el acceso, la disponibilidad, calidad y utilización de los servicios de salud institucionales y comunitarios del Sistema Nacional de Salud.

Comunidades afrodescendientes: Conjunto de núcleos familiares de ascendencia africana, formado por comunidades urbanas y rurales, que mantiene una cultura propia y una historia común, con instituciones sociales y sistemas legales característicos.

Territorialidad: Es el ámbito de la intersubjetividad y de la identidad de las relaciones sociales que surgen entre la población y el territorio. La territorialidad permite el surgimiento de la cultura como forma de ser, de sentir, de decir y acontecer.

Salud integral. Corresponde al bienestar físico, sexual, emocional y mental para una vida plena en convivencia armónica con la sociedad y el entorno.

Salud sexual y reproductiva. Capacidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos, que implica disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, ejercer el derecho de procrear o no, libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos e hijas, derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, acceso y posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles. Así mismo, a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos, partos e interrupción del embarazo de acuerdo con la ley.

RESUMEN

En Colombia, la diversidad étnica y cultural contribuye favorablemente a la identidad del país, que es un aspecto que desde el sector salud la norma pide reconocer y realizar el diseño de atenciones interculturales con la participación activa de la comunidad. En este sentido, la gestación entre las comunidades étnicamente diferenciadas, requiere conocer la situación actual de la atención materno neonatal y reconocer las dificultades para incorporar prácticas en la atención.

Objetivo: Describir el perfil diferencial por condición étnica de la atención en salud materno-neonatal en el departamento del Cauca.

Metodología: Estudio descriptivo secundario por utilizar una fuente oficial y transversal, al realizar un análisis univariado y bivariado desde la base de datos materno neonatal del departamento del Cauca en el año 2.016.

Resultados: Se realiza el perfil diferencial por condición étnica, donde se evidencia factores que influyen en el ingreso tardío, baja adherencia, parto domiciliario y baja asistencia a los controles post parto, ligados a la etnia, la ruralidad, el ingreso y la ocupación.

Conclusiones: De acuerdo al perfil diferencial étnico, en las poblaciones indígenas y afrodescendientes, muestra la existencia de inequidades sociales y de problemas de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva ligados a la atención materno neonatal, los cuales deben ser considerados para el diseño e implementación de programas de atención materno neonatal que reduzcan la mortalidad materno y neonatal.

Palabras claves: Perfil diferencial, etnia, gestación. Atención prenatal.

INTRODUCCIÓN

En Colombia la diversidad étnica y cultural contribuye favorablemente a la identidad del país, de acuerdo a lo expresado por el Ministerio de Salud y Protección Social Ley 1438 del 9 de enero de 2011, (2) porque mantiene vigentes los componentes ancestrales de la cultura material e inmaterial de las comunidades, representados en cuentos, leyendas, creencias religiosas, organización comunitaria y respecto a las comunidades étnicamente diferenciadas, un sistema de salud tradicional, del que hacen parte médicos tradicionales, curanderos y rezanderos, entre otros, encargados de atender diversas dolencias con base en el uso de plantas, con las que preparan brebajes acompañados de rezos y conjuros.

En el país es evidente su variedad étnica y cultural, porque exterioriza rasgos que los distinguen por su manera de hablar, entender y nombrar el mundo que les rodea, en especial, cuando se relacionan con aspectos vitales como la vida, la salud y sus cuidados. Por tanto, el cómo ofrecer servicios de salud a estas comunidades, en muchas oportunidades se puede tornar en retos para el sistema de salud, si los equipos de salud no le asignan ningún valor práctico a tales aspectos culturales, invisibilizando los saberes ancestrales; en consecuencia, podrían estimular con su actuación resistencias hacia la medicina occidental, obstaculizando la prestación de cuidados y servicios.

En este sentido, la gestación entre las comunidades étnicamente diferenciadas tiene un capítulo aparte, puesto que presenta dificultades para la incorporación de las prácticas científicas de cuidado y atención materno-neonatal, dadas las construcciones culturales materializadas en prácticas, creencias y actitudes frente al cuidado de la gestante, el parto y el puerperio. Y de la misma manera, existen dificultades para la adaptación de la prestación de servicios en el marco del respeto

a las creencias culturales y la articulación con las mismas. En algunas circunstancias estas situaciones dificultarían la inscripción y adherencia al programa de detección de alteraciones del embarazo, como han mostrado los resultados de esta investigación.

Por consiguiente, la utilización del enfoque diferencial étnico, promovido por el Ministerio de Salud y Protección Social (30) en los programas CPN, entre afros e indígenas, pretende responder con atención de calidad a las necesidades de protección diferenciales dependiente de situaciones específicas que demandan una concientización intercultural, en un contexto de inclusión y trato congruente con las diferencias existentes, como uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 1438 del 9 de enero de 2011.

Estos son los aspectos básicos tomados en cuenta en el desarrollo de la presente investigación, cuyos resultados se apoyan en la información proporcionada por la base de datos de salud materno-neonatal del Cauca, aplicada en los 42 municipios del departamento en el año 2016, según los cuales la demanda inducida y la adherencia a los programas CPN, no está surtiendo los efectos esperados cuando se trata de prestar atención preconcepcional, gestacional, parto y puerperio a la mujeres procedentes de comunidades étnicamente diferenciadas como las afro e indígenas, debido a la persistencia de barreras geográficas, socioeconómicas, políticas y especialmente culturales, que demandan ajustar los enfoques con los cuales se está asumiendo desde los organismos de salud departamentales la atención de dichas mujeres.

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se presentan: la descripción del problema y la pregunta de investigación destacando cómo los eventos alrededor de la atención en salud materno-neonatal, constituyen un tema transversalizado en gran medida por la cultura, las costumbres y las creencias de las poblaciones étnicas. También se encuentran los objetivos: general y específicos que orientaron el desarrollo del proceso investigativo.

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La mortalidad materna y neonatal son considerados eventos relevantes en la salud pública mundial, regional y nacional, por su relación con los índices de pobreza, inequidad y afectación de la calidad de vida, por esto son considerados indicadores sensibles a la hora de medir el desarrollo de un país y según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) hacen parte de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenibles a alcanzar en 2030. (4) (5) (8)

Las poblaciones consideradas como vulnerables, entre las que usualmente se encuentran las comunidades étnicas, son las más afectadas con relación a la morbi-mortalidad materna y neonatal, debido que en ellas se concentran causas sociales y económicas que afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud como la falta de educación, distancia hasta los servicios de salud, las migraciones, la ruralidad, la urbanización marginal, los conflictos armados internos, la capacidad económica, el estigma y la discriminación, que impactan negativamente estos indicadores. (4, 5).

En 2015 se reportó en el contexto mundial que mueren diariamente un promedio de 830 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto; para este mismo año, se estimó la ocurrencia de 303. 000 muertes de mujeres en el periodo de embarazo, parto y puerperio y de al menos 2,7 millones de muertes de recién nacidos y 2,6 millones de mortinatos. (6) (9) El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo; al comparar las muertes maternas entre países en desarrollo y desarrollados, aparecen 239 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos versus 12 por 100.000 nacidos vivos. De igual manera, el riesgo estimado de muerte es de 1 en 130 en la región de Latinoamérica y el Caribe versus 1 en 48 en el embarazo y parto en países desarrollados. Además, un niño nacido en un país menos desarrollado tiene 14 veces más probabilidad de morir en los primeros 28 días que uno nacido en un país desarrollado. (1,2, 6,7)

Las muertes maternas ocurren por causas directas como las complicaciones obstétricas y las muertes neonatales por infecciones graves. (7) (10) Para abordar estas causas y solucionarlas, organismos de salud multilaterales han desarrollado estrategias con protocolos de atención para el embarazo, parto y puerperio, con el propósito que sean implementados por personal cualificado e impactar de modo positivo en los resultados de salud de las embarazadas y los recién nacidos, pese a estos avances, persiste la mortalidad materna e infantil. (9-11)

Estudios en el contexto mundial sobre la atención en salud materna y neonatal dan cuenta de diversos factores que influyen negativamente en la salud de las madres y los recién nacidos como: acceso tardío, no adherencia al control prenatal, baja calidad en atención de la embarazada y el neonato, atención del parto por personal no cualificado, así como el aumento del uso y los costos de atención en los servicios de salud. (9) (13)

Aunque existen estadísticas mundiales de la mortalidad materna y neonatal y de los factores que afectan la atención en salud materna, y pese que diferentes estudios

en distintos países, sugieren que los pueblos indígenas y afros tienden a presentar mayores eventos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, podría decirse en general que existe según Artiles V. (2007) una forma de exclusión de los pueblos y grupos humanos que pertenecen a los grupos étnicos no dominantes, grupos silenciados o invisibilizados, por cuanto la sociedad latinoamericana no reconoce toda su diversidad y cuando la reconocen es de manera formal, discursiva, en algunos casos de derecho nominalizado pero no de hecho (86). En tales circunstancias, las poblaciones indígenas y afrolatinas no son consideradas como actores ni sujetos plenos de derechos ni en las políticas ni en los programas oficiales; aun y cuando tienen una alta representación, desproporcionada, entre los y las pobres y personas marginadas de la región latinoamericana y caribeña, donde los programas que se ejecutan especialmente en salud, generalmente son puntuales y no dan respuesta a sus necesidades globales como grupos étnicos. (86)

Por su parte, Europa y Estados Unidos también han demostrado diferencias en el uso y acceso de la atención en salud en mujeres en edad reproductiva y embarazadas que influye negativamente en los resultados de salud maternos, (14) este tipo de brecha en la información estadística y en la atención en salud de estos pueblos, dificulta el abordaje resolutivo para eventos en salud como la mortalidad materna y neonatal. Colombia no es ajena a esta situación, las estadísticas del Análisis de Situación en Salud de 2.015, dan cuenta de una Razón de Mortalidad Materna de 54,83 por cada 100.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad neonatal de 7,23 por cada 100.000 nacidos vivos.

Las razones de mortalidad materna más altas en Colombia se presentaron en las poblaciones Rom e indígenas, con un promedio de 255 y 244 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos respectivamente. Si se agrega que estos grupos poblacionales habitan especialmente las zonas rurales del país y concentran índices de pobreza multidimensional altos, indicadores como el 54,98 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos presentes en áreas rurales dispersas, y el 60% de la

mortalidad materna concentrada en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente, se convierten en determinantes trazadores para la mortalidad materna en estas poblaciones. (15)

Con respecto a la mortalidad neonatal, las tasas más altas se dieron en los grupos poblacionales de los Rom (gitano) y Palenquero de San Basilio; mientras que en los pueblos indígena, negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendientes se encuentra en descenso. (15) En el caso del departamento del Cauca, territorio de interés de este estudio, el cual posee un 43,75%, de población étnica (indígenas y afrocolombianos), reportó para el mismo periodo, una tasa de mortalidad materna de 60,58 por 100.000 nacidos vivos y una mortalidad neonatal de 7,93 por cada 100.000 nacidos vivos. El mayor porcentaje de mortalidad materna se produce entre los blancos y mestizos con un 45%, en segundo lugar la población indígena con un 35% y la población afrodescendientes con un 15%. (16)(18)

Respecto a la atención en salud, al análisis de estas mortalidades maternas da cuenta que la demora que más se presenta es la tipo 4 relacionada con la calidad de la atención en un 55%, seguida de la demora tipo 1 relacionada con el reconocimiento del problema de salud con un 35%. (16)

Estas estadísticas de Colombia y, especialmente, en el departamento del Cauca dan cuenta de la relación entre mortalidad materna y neonatal y población étnica, así como la descripción de los factores de las demoras en la atención en salud relacionados con la mortalidad materna; sin embargo, estos eventos de salud materna y neonatal requieren de análisis diferenciales por etnia respecto a la atención en salud especialmente en departamentos donde más de un tercio de su población es étnica, lo que permitiría una mejor comprensión de la situación sobre la atención materno perinatal y así poder aproximarse a la formulación e implementación o fortalecimiento de intervenciones que reduzcan la morbi-mortalidad materno-perinatal con enfoque diferencial.

Este tipo de estudios se enmarca en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) de acuerdo con la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 429 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, disposiciones que plantean nuevos desafíos como el brindar a la población colombiana una Atención Integral en Salud basada en tres enfoques fundamentales: el de derechos, curso de vida y de desarrollo, que abogan por el análisis de la atención en salud con enfoque territorial y diferencial, destinados a la construcción de políticas de salud acordes con las realidades locales. (17)

Por eso este estudio, pretende describir el perfil diferencial por condición étnica de la atención en salud materno–neonatal, que sirva como insumo para el diseño de la Política de Salud Materno–Infantil con enfoque diferencial en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) en el departamento del Cauca.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil de la atención en salud materno-neonatal en la población étnica en el departamento del Cauca?

OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Describir el perfil diferencial por condición étnica de la atención en salud materno-neonatal en el departamento del Cauca.

2.2 ESPECIFICOS

- Caracterizar demográficamente a la población étnica que recibió atención en salud en el departamento del Cauca, en 2016
- Describir las características de atención prenatal por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.
- Describir las características de atención del parto y recién nacido por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.
- Describir las características del puerperio por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.
- Identificar las características de atención materna y perinatal desde la atención tradicional por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.

MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO CONTEXTUAL

En este apartado se describen, primero, el contexto en el cual se desarrolló esta investigación, enfatizando en el componente étnico del territorio caucano en cuanto a los aspectos materno-neonatal de la población indígena y afrodescendiente. A continuación, aparece el Estado del Arte del que hacen parte trabajos relacionados con el tema en estudio. Le sigue el Marco Teórico, en el cual se desarrollan los conceptos relevantes que contribuyen a la interpretación de los resultados arrojados por la Base de Datos de gestantes, que permitieron identificar mujeres indígenas y afrodescendientes atendidas en la red pública de los 42 municipios del Cauca.

3.2 EL CAUCA: REALIDADES Y PERSPECTIVAS

3.1.1 Generalidades territoriales y poblacionales. El Plan de Desarrollo Departamental (2016-2019) registra que el Cauca como territorio aparece en 1536 y se reconoce como departamento mediante la Ley 65 de 1910. Está situado en la zona sur-occidental de Colombia y hace parte de las regiones Andina, Pacífica y Amazónica, con una superficie aproximada de 29.308 km², equivalente al 2.7% del país; es el doceavo Departamento en extensión, con altitudes desde el nivel del mar hasta los 5.780 metros. Tiene como vecinos al norte el Departamento del Valle, al oriente Huila, Tolima y Caquetá, al sur Putumayo y Nariño y al occidente el Océano Pacífico. Administrativamente está dividido en 42 municipios (3)

apenas por encima de los departamentos más pobres como Arauca, Chocó, Guajira, Vaupés, Putumayo y Meta. (2).

Según el DANE, para 2016 la población del Cauca en sus 42 municipios alcanzaba los 1.391.836 habitantes, 51% hombres y 49% mujeres, con una tasa de crecimiento anual de 0.89%, mientras el total nacional es de 1.11% (2). El 40.0% del total poblacional está en las áreas urbanas con énfasis en Popayán, Santander de Quilichao y Puerto Tejada, el 60.0% en las zonas rurales. En general, el centro del departamento es el más poblado con el 20.1% del total y el norte con el 7.0%. (18)

Con relación a la pirámide poblacional del Cauca, la franja de 0 a 24 años es la que presenta mayor crecimiento para ambos géneros, mostrando una ligera contracción para los demás grupos etarios, indicando a futuro un territorio habitado por población joven con las exigencias socioeconómicas, culturales, políticas y especialmente formativas para la vida propias de este periodo etario. (1, 2). En esta población la tasa de analfabetismo en 2014 era del 9.2% y la de mortalidad infantil del 19.48% ambas concentradas en las áreas rurales, con metas para ambos casos en el año 2018 de 6.1% y 15.1%, cifras consideradas como brechas que limitan el desarrollo del Cauca. (18).

3.1.2 Población étnica diferenciada. En el departamento del Cauca de acuerdo a datos del DANE (proyección para 2016 con base al censo 2005), la población que se auto reconoce como afrocolombiana asciende a un total de 290.000 personas. El 58.5% habitan en el norte del Cauca, en los municipios de Caloto y Santander de Quilichao y Puerto Tejada, encontrándose la mayor concentración en el municipio de Guapi, en términos generales estas poblaciones padecen de altos niveles de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). (18)

Con respecto a la población indígena, en el Cauca viven varios pueblos precolombinos, con una población total de 250.000 personas distribuidas por todo el departamento. Hacia el norte se concentra el 43.0% de esta población, en los municipios de Toribío con 25.425 y Caldonó con 23.385 personas. En el centro habita el 25,6%, especialmente en el municipio de Silvia con 24.706 personas. El resto se distribuyen en los otros municipios caucanos. Los indígenas son la etnia que más conflictos tiene con el Estado por reclamaciones de tierras que según ellos, aunque les fueron arrebatadas por los españoles y después por la república, les deben ser devueltas parcial o totalmente. Además, pese a las ayudas del Estado en salud y educación y programas de desarrollo social y económico, relativamente son pocas las comunidades que han logrado superar sus NBI. (3, 18)

3.1.3 La mujer caucana indígena y afrodescendiente ante la defensa de sus culturas. El país se ha comprometido jurídicamente, a garantizar la igualdad, equidad de género y los derechos de las mujeres, al haber suscrito y ratificado la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW (por sus siglas en inglés); la Convención Interamericana de Belén de Pará, destinada a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer en todas sus formas y la Convención Internacional sobre los derechos de los niños y niñas, entre otras, todas las cuales han servido, junto con el mandato del artículo 43 de la Carta Política de 1991, (19) la legislación y jurisprudencia nacional subsiguiente, de soporte para la expedición por parte de la Gobernación del Cauca de la Ordenanza 088 de 2011 o de Política pública para la mujer caucana. (20)

En esta ordenanza, en cuanto a la mujer indígena se destaca el reconocimiento de las prácticas y costumbres en salud, que incluyen las materno-neonatales, de los pueblos ancestrales Nasa, Yanacona, Eperara, Siapidara, Coconuco, Totoroes e Ingas, basadas en lo que estos pueblos llaman derecho propio o Derecho Mayor, más lo que ordena la Constitución de 1991, artículos 246, 286, 330, entre otros; las

convenciones internacionales, la declaración de los pueblos indígenas de la ONU, la sentencia T-025/2004; los autos de la Corte Constitucional: 092, 237, 238 de 2008 y 004/2009; así como las acciones políticas del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), destacando la protección y réplica de la medicina tradicional. (4), también con el auto 237/2008, se ordena la creación y sostenimiento de un programa de mujer indígena, acorde con el enfoque de derechos y planes de vida de cada pueblo indígena, respetando sus cosmovisiones en materia materno-neonatal y la primera intervención, si es del caso, de los médicos tradicionales. (4).

De modo similar, a las mujeres afrodescendientes que hacen parte de comunidades reconocidas como tales, conforme a la Ordenanza 078 de diciembre 2 de 2010, la Gobernación del Cauca, la Secretaría de Gobierno Departamental y la Gerencia de Negritudes, les garantizará la oportuna aplicación y desarrollo de la política pública derivada de esta ordenanza, respetando desde una perspectiva diferencial étnica, sus tradiciones, prácticas y costumbres ancestrales, en particular en los aspectos materno-neonatales. (20)

De esta manera, las mujeres indígenas y afrodescendientes cuentan con el soporte jurídico para reclamar un trato diferencial por condición étnica acorde con sus tradiciones ancestrales, en los aspectos relacionados con la salud materno-neonatal en el contexto del departamento del Cauca.

3.2 ESTADO DEL ARTE

A continuación, se relacionan investigaciones, cuya temática corresponde con el objeto de estudio del presente trabajo, en cuanto la etnicidad, la prestación de servicio de salud, cuando el foco de atención es la mujer a lo largo del proceso gestacional, el parto y la atención perinatal, que en caso del departamento del

Cauca, adquiere una dimensión particular por involucrar específicamente indígenas y afrodescendientes.

González Z. y Granda J. (2011), ante el hecho que tres de cada cuatro muertes neonatales ocurren en los primeros siete días y que la mortalidad materna más frecuente ocurre dentro de las dos primeras horas del parto, cifras consideradas preocupantes por las autoridades de salud ecuatorianas, se pusieron como objetivos implementar en el Hospital Aída de León de Cuenca en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, procedimientos para la capacitación del personal de salud en aplicación de prácticas beneficiosas y corrección de errores en la atención de los problemas de salud perinatal, manejo del Sistema Informático Perinatal (SIP) para la vigilancia epidemiológica, mejoramiento de la gestión de calidad de los servicios y difusión de indicadores, procesos, resultados y desarrollo de módulos educativos para el mejoramiento de la salud materna y neonatal tanto en el contexto local y por último en el ámbito nacional. (84)

Para estos autores, en su país, con una alta presencia de población indígena y varias comunidades negras, la mortalidad materna se considera un problema grave de salud pública y es un indicador que refleja varias situaciones: estado nutricional, de salud, educación, condición socioeconómica y cultural, la oportunidad del acceso y la calidad de atención de los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, entre otros. (84)

Es por ello que el incremento de la morbilidad materno y neonatal en Ecuador está relacionado con el nivel de capacitación del talento humano, los recursos e insumos, y de uso de tecnologías de información y de comunicación de manera ineficiente. Esto a su vez se refleja en un débil cumplimiento de las normas y protocolos de actuación, escasa recolección de datos a través del Sistema Informático Perinatal, de manera que no existen fuentes confiables de análisis; lo que dificulta elaborar

propuestas de gestión para mejorar la calidad de atención perinatal, ya que no se conoce la realidad la salud. (84)

El estudio de Watanabe V. (2012), tuvo como objetivo general establecer la relación entre la reducción de la mortalidad materna y el desarrollo de los factores socio-sanitarios asociados a ella en la década 2001-2012. Los factores estudiados fueron: la atención prenatal, el parto institucional en establecimientos públicos y privados, y el parto atendido por médico, priorizando los hechos encontrados en las regiones periféricas de los departamentos peruanos. Los resultados del estudio indicaron que la mortalidad materna, si bien ha disminuido a lo largo de la década estudiada, aún sigue alta, afectando con énfasis a poblaciones vulnerables socioeconómicamente, donde predominan algunas comunidades indígenas y de negros. (85)

Watanabe, señala que después de más de veinte años de iniciativas, propuestas y declaratorias de compromisos, la muerte materna sigue siendo uno de los lastres de la humanidad. Aún en este siglo, ser madre es un gran riesgo para las mujeres de muchos países. Esto significa que en el Perú el 5º Objetivo del Milenio (ODM5: reducción de la muerte materna) cuya meta era reducirla al 75% entre los años 2001 y 2015 no se está cumpliendo. (85)

Adicionalmente, Watanabe encuentra en su estudio que la mortalidad materna es un problema ligado al ejercicio de derechos y a las condiciones de vida, y constituye una expresión de desigualdades sociales existentes dentro del desarrollo de un país. Así, la condición de subordinación de las mujeres, los roles tradicionales dentro de la sociedad, la falta de conocimientos acerca del cuerpo y la sexualidad, y el limitado acceso a servicios de salud adecuados, las exponen a tener hijos a temprana edad, a enfrentar embarazos no deseados, a practicarse abortos clandestinos, y a sufrir complicaciones durante el embarazo, que les dejan secuelas o que las llevan a la muerte. (85)

De otra parte, es de anotar como advierten Gage (12) y Purdin, Khan y Saucier (13) que las investigaciones de perfiles de atención de la salud materno-neonatal están centradas en estudios de tipo retrospectivos, a partir de información tomada de fuentes secundarias, como bases de datos de los programas de salud e historias clínicas. Estas técnicas de recolección permiten la reconstrucción de la atención en salud materna, facilitando a su vez conocer aspectos sobre el acceso, uso y calidad de los servicios materno-perinatales. No obstante, según Szklo (21), este tipo de recolección tiende a limitar la validez de los resultados, debido a que los registros pueden tener problemas de diligenciamiento de la información, que causen omisión de los datos para su posterior análisis.

Diversos autores como Lale (7), Purdin y Khan, Et al., (13), entre otros, consideran que el acceso, uso y calidad de la atención en salud materna y neonatal, son los que permitieron delimitar los programas de salud maternos, considerados de manera prioritaria en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como los servicios fundamentales para la disminución de la Mortalidad Materna e Infantil. Sin embargo, advierten Bryant, Worjolah y Caughey (14); Boerleider, Wiegwes, et al., (22) y Noreña, Leyva, Et al., (23), que son muy escasos los ejercicios investigativos que dan cuenta en la literatura científica, sobre la atención en salud materna-neonatal en población étnica, por lo tanto, se desconoce el grado de cumplimiento de dichos objetivos.

En los estudios de salud, donde se ha utilizado la variable etnia, de acuerdo con Bryant, Worjolah et al. (14), Boerleider, Wieggers, et al., (22) y World Health Organization (4), la atención en salud de maternas, recién nacidos, anticoncepción y embarazos no planeados, tiene una mayor proporción de resultados negativos particularmente en las poblaciones étnicas minoritarias. En estudios realizados en los países bajos, de acuerdo con Koopmans, et al. (24), las diferencias que existen en el uso y el acceso de la atención prenatal entre inmigrantes y población propia, muestra un uso menor por los inmigrantes; igualmente, se observa la incidencia de

la brecha generacional con relación al uso y acceso de dichos servicio de salud entre inmigrantes, es decir, entre más edad, mayor es la resistencia cultural a aceptar la intromisión de extraños en asuntos considerados propios de su manejo en el hogar, como la atención del embarazo, del parto y del neonato . Incluso añaden estos autores, es usual la presencia de formas dialectales e idiomas incomprensibles hablados por las minorías étnicas, para quienes prestan los servicios de salud, dificultando aún más el registro y atención del proceso gestacional, parto y perinatal.

Por su parte, Boerleider, Wiegers, et al (22) después de una revisión sistemática encontraron que existen características demográficas, biológicas, del embarazo, accesibilidad, falta de conocimiento del sistema de salud occidental, bajo dominio del idioma y educación en salud no adaptada a las poblaciones étnicas que impactan negativamente en los resultados de salud materno-neonatal.

En el caso de Colombia, la Ley 100 de 1993 fragmentó los servicios y llevó a que el CPN, que antes se prestaba cerca de las viviendas de las embarazadas, se trasladara a sitios distantes, lo cual se convierte en una barrera para el acceso, aumenta los costos y las inequidades en la prestación de los servicios. Según Cáceres y Molina, existe evidencia recogida en varios estudios que el 32,8 % de las gestantes en Colombia, habían iniciado el CPN antes de la semana 12 y que solo el 60 % tenía al menos entre 4–6 controles durante el embarazo. (69)

De acuerdo con el Análisis de la Situación en Salud, promovido por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y realizado en 2015, (17) se puso en evidencia que existen inequidades en la utilización de servicios de salud reproductiva como del control prenatal y parto en población afrodescendiente e indígena que requieren ser intervenidas para garantizar el derecho a la salud y las metas de la Política de Salud. Por ello y para implementar programas de salud diferencial en población materna y neonatal se hace necesario acatar todas las sugerencias del Plan

Decenal de Salud 2012-2021, priorizando la caracterización de la atención en salud en las poblaciones étnicamente diferenciadas, con el fin de identificar las condiciones particulares de cada una de ellas, tomando en cuenta que diversos estudios realizados en otros países señalan que estos factores pueden variar de una población a otra (25).

Los resultados del Análisis de la Situación en salud de 2015, revelan que las condiciones sociales en que viven estas poblaciones, así como la capacidad y calidad de los servicios de salud, ponen en crisis las políticas públicas existentes, las cuales demandan ajustes y una gestión más efectiva de todos los agentes estatales involucrados, con el fin de generar estrategias étnicamente enfocadas para la atención en salud diferencial.

Un aspecto importante a tener en cuenta en el país, es como lo manifiestan Hernández y Vega, la medicina occidental por las limitaciones del mercado desincentiva la calidad científica y técnica, y así mismo excluye los conocimientos y prácticas ancestrales tanto de comunidades indígenas como las afrocolombianas; esta situación incluso ha trascendido a las políticas públicas en materia de salud que hoy se implementan. Esta situación genera la no inclusión, falta de acceso o la prestación inadecuada de servicios, esta situación afecta directamente un indicador de desarrollo y equidad como lo es la mortalidad materna y perinatal. (70)

Noreña, Leyva, et al., analizan la utilización de servicios de salud reproductiva (atención prenatal, parto y posparto, según la etnia de las mujeres, a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 de Colombia.(71) En esta encuesta se encontró que existe una mayor proporción de mujeres indígenas y afrodescendientes sin atención prenatal o con una inadecuada atención, donde al igual que en otros estudios se evidencia la inequidad en salud y los obstáculos administrativos, culturales, geográficos y económicos.

Adicionalmente, esta encuesta expone la diferencia con el dato nacional respecto a la atención institucional del parto, ya que existen datos en donde se evidencia la importancia de la atención de la partera en población sobre todo indígena y rural dispersa.

De la misma manera, para el departamento del Cauca, la realidad no es muy distante, al analizar las unidades de análisis presentadas por el SIVIGILA de las muertes maternas a la semana 40 en el 2014, se evidencia que el 45 % se presentaron en población indígena y el 36 % en población afrocolombiana, el 55 % de la población habita en zona rural y la mayoría de las madres tenían un nivel educativo bajo; 55 % primaria y un 9% es analfabeta. (3) Datos similares fueron encontrados al analizar la mortalidad materna entre el 2007 y el 2011 reportados por un estudio realizado a la EPS I AIC.

Otro aspecto expuesto al público, aunque ya era conocido en las Secretarías de Salud Departamentales, es la poca información sobre las características de la atención en salud materna-neonatal con enfoque diferencial en territorios donde existe un alto componente poblacional étnico. En el caso del departamento del Cauca, territorio de interés para este estudio, se presentan altos índices de mortalidad materna y neonatal y a 2016 no se alcanzan las metas de reducción establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, pese a los esfuerzos nacionales para disminuir la mortalidad materna y neonatal. (6) (15)

Solamente en algunas regiones andinas del país se ha logrado esta meta de reducción, pero aún existen zonas pobres, lejanas, dispersas y étnicamente diferenciales donde la incidencia de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal continua siendo alta. Por estas razones el Cauca, sigue siendo considerado una de las zonas donde el riesgo de la mortalidad materna y neonatal, es 17,3% y 10,7%, mayor que la media nacional respectivamente y donde estas altas tasas de mortalidad se han visto asociadas a factores como baja cobertura a servicios de

salud, baja calidad en la prestación de los servicios de salud y escasez de personal y tecnología sanitaria (6) (15) (20)

Adicionalmente el departamento del Cauca presenta un contexto social y económico precario en donde la baja calidad y cobertura en educación, altas tasas de desempleo, altos índices de necesidades básicas insatisfechas, poco acceso geográfico e inadecuadas vías de comunicación, aumento en los niveles de pobreza y violencia y la composición poblacional en su gran mayoría por minorías étnicas, se convierten en factores que influyen en la presencia de la mortalidad materna y neonatal. (20) (26)

Por tal motivo, son estos territorios geográficos como el Cauca, los que requieren de análisis diferenciales que permitan conocer las condiciones de atención en salud que es brindada por el sistema de salud, cuyos resultados deben permitir la generación de nuevo conocimiento para la reorientación de las políticas y programas de salud materna y neonatal en contextos particulares y que impacten los indicadores negativos en salud por causa de la morbi-mortalidad materna y neonatal en esta región.

Esto hace importante y necesario describir el perfil diferencial, por cuanto la condición étnica en la atención en salud materno-neonatal, es un asunto de derechos humanos que deben ser acatados al diseñar o ajustar las políticas públicas acorde con el Plan Decenal de salud 2012-2021.

3.3 MARCO TEÓRICO.

A continuación se presentan los autores y teorías considerados relevantes para el presente trabajo, considerando los temas de género, etnia, maternidad y

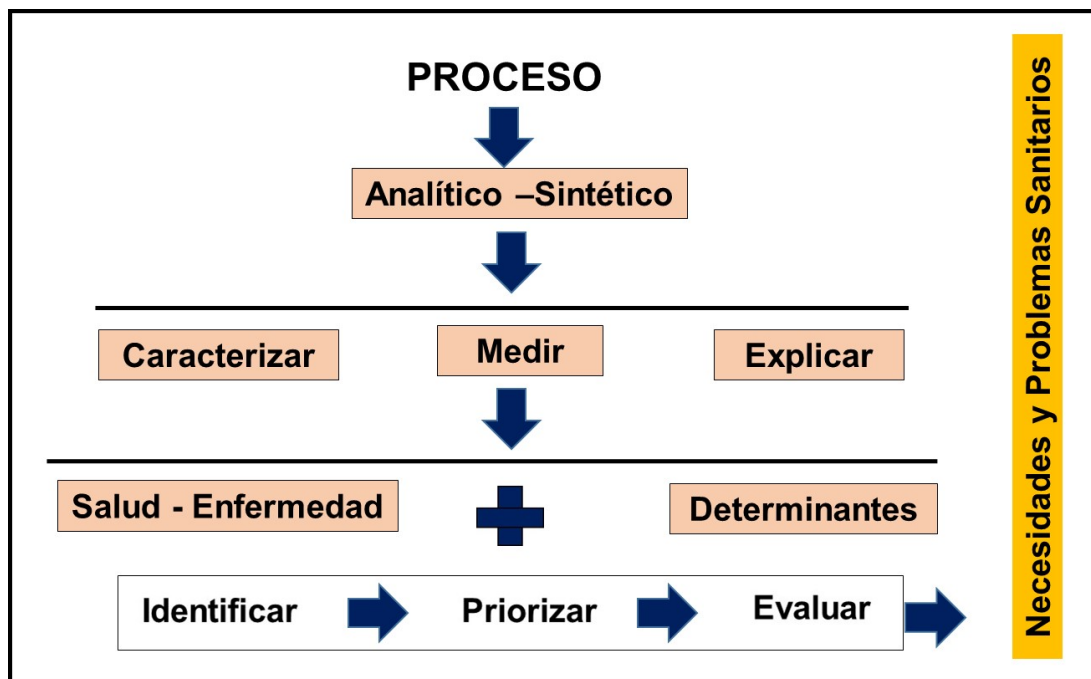
neonatalidad, enfoque diferencial desde una perspectiva étnica, los indígenas y afrodescendientes como las poblaciones objetivo y los contextos sociales, económicos y médico-asistenciales, tomando en consideración tanto la atención en salud occidental como la tradicional proporcionada con base a cosmovisiones, prácticas ancestrales y procedimientos terapéuticos que deben ser valorados en tanto su importancia y efectividad como por su fundamentación cultural.

3.3.1 Modelo para análisis epidemiológicos de la situación en salud. Para la elaboración de un marco teórico relacionado con temas de salud pública, como en el presente caso, es necesario tomar en cuenta aspectos provenientes del empirismo o de la abstracción representados en teorías y modelos, tal como señala Glanz, Rimer y Lewis (28), siendo esto lo que permite incrementar la efectividad de los procesos investigativos, en cuanto que orientan su planeación, conducción y evaluación.

En este sentido, como se muestra en la Figura 2, el modelo recomendado por la Organización Panamericana de la Salud, que ha servido de base para la realización, en el caso de Colombia, de los Análisis de la Situación en Salud (ASIS), (15) los cuales se entienden como un proceso analítico, que puede tener diversos análisis en su interior, este proceso permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, y sus factores determinantes, ya sean responsabilidad del sector de salud o de otros sectores.

El ASIS facilita la identificación de necesidades y prioridades en la salud así como la identificación de intervenciones y de programas adecuados y la evaluación del impacto en la salud.

Figura 3. Modelo para análisis epidemiológicos de la situación en salud.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). (29)

3.3.2 El enfoque diferencial étnico. Según las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social (30), la atención integral de las mujeres gestantes, lactantes y neonatos de grupos étnicos, reconocidos en Colombia por tener un origen común, además de compartir ciertos elementos y rasgos culturales, entre ellos la lengua, la cosmovisión y formas particulares de existencia mantenidas a lo largo del tiempo y que se comparten a través del parentesco, entre los que se encuentran los indígenas, afrodescendientes, palenqueros, raizales y las comunidades Rom o de gitanos, deben ser atendidos acorde con los derechos humanos y particularmente los étnicos basados “en los derechos colectivos a la autonomía, la territorialidad, la integridad cultural y las formas propias de autoridad y participación((p. 5). Esto requiere de cualquier tipo de intervención por equipos de salud pública u otra entidad similar, “el reconocimiento de las autoridades

tradicionales, las formas organizativas propias de los grupos étnicos, porque actúan como autoridades públicas y a los grupos como sujetos políticos con capacidad para tomar sus propias decisiones y administrar sus procesos sociales, culturales, políticos e institucionales” (p. 5).

Desde tal perspectiva, resulta fundamental que todo acercamiento entre las entidades públicas, en el presente caso, relacionadas con la salud, se lleve a cabo sobre una base recíproca de confianza entre las autoridades tradicionales y la institucionalidad en salud. Otro aspecto en el que enfatiza el MSPS, “es la flexibilidad tanto en las concepciones sobre el “deber ser” de las cosas, como de los estándares, protocolos, entre otros temas que deben ser trabajados en el marco del reconocimiento y la participación, promovidas a través de la interculturalidad”. (30. p. 5)

En la Figura 3, se representan las interacciones entre las diferencias de género y etnia, donde se observan diversas asimetrías en las relaciones de poder entre sujetos y colectivos que significan exclusión y discriminación para unos y ejercicio de dominación para otros, tanto al interior de cada categoría de diferenciación como en la combinación entre ellas.

Por esa razón el enfoque diferencial como señala Montealegre M. (31), facilita comprender la compleja realidad sociocultural de las comunidades étnicas y realizar acciones que contribuyan a eliminar todas las formas de segregación y discriminación social, puesto que al reconocer y aceptar la diferencia como punto de partida es posible la integración al colectivo nacional de los sujetos que fueron fragmentados en función de su visibilización, articulando acciones orientadas a comprender y actuar frente a ellos, con una mirada integral y compleja.

Montealegre M., enfatiza en que los enfoques diferenciales se acompañan, en el contexto antes mencionado, de los procesos sociales y políticos de respuesta a las

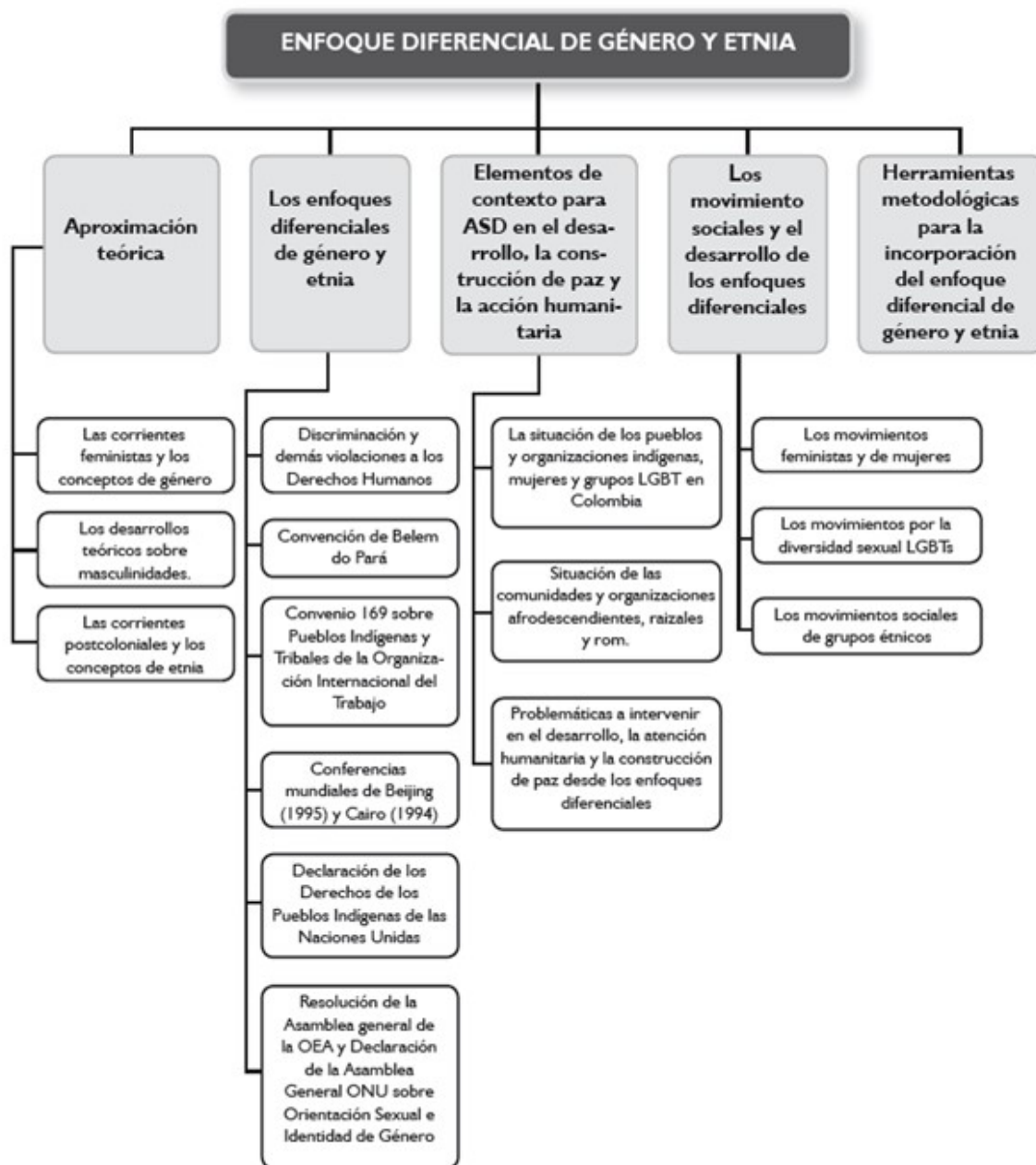
tendencias y prácticas de homogenización, exclusión y subordinación. En este sentido, los diferentes actores sociales y políticos: mujeres indígenas y afrodescendientes, han emprendido con el apoyo de sus comunidades individual o colectivamente, y con diferentes grados de organicidad, procesos de reconocimiento de la diferencia, y la inclusión social y política.

Retomando a Montealegre M. (31) citando a Smith (32), plantea que la etnia como construcción social es un campo activo de elaboración histórica y cambiante, de contenidos de identidad sociocultural con fundamento en formas tradicionales de ver el mundo, mitos de origen, de linaje, prácticas religiosas, lengua e institucionalidades propias.

Es por ello que con base en lo étnico y racial, se han naturalizado múltiples procesos de dominación/explotación de unos grupos sociales sobre otros. Esto ha hecho parte de la estructuración de sociedades divididas en clases y de relaciones internacionales de subordinación, en las que el poder blanco-mestizo ha estado casi siempre imbricado dentro de las clases dominantes de los países centrales y dentro de los pequeños grupos de poder que articulan la dominación en los países pobres o periféricos, como Latinoamérica

Por eso, las poblaciones indígenas y afros, dominadas y explotadas han estado entre las clases subordinadas de las sociedades ricas y en los países pobres, lo cual implica asumir un planteamiento más dinámico e histórico en el que estos conceptos sean considerados construcciones sociales que hacen alusión, en el caso de la raza, a las marcas fenotípicas, y en el de etnia, a la superación del determinismo biológico, que pretendió asignar a cada tipo de rasgos fenotípicos, ya no solo condiciones supuestamente distintas de capacidad, sino perfiles de comportamiento sociocultural poco valiosos para la sociedad dominante.

Figura 4. Mapa conceptual del enfoque de género y etnia.



Fuente. Adaptación del trabajo de Montealegre M. (31)

En el ámbito de la construcción de un perfil diferencial por condición étnica, en el análisis crítico antropológico de lo intercultural, elaborado por Castell (33) y citado por el MSPS en la Guía para la inclusión de la variable étnica y el enfoque diferencial

de 2015, aparece que la dimensión étnica, “hace énfasis en la visibilización, autonomía y libre determinación de los pueblos indígenas, afrodescendientes, raizales y palenqueros; bajo la comprensión de que las relaciones de etnicidad resultan múltiples, amplias y complejas, primordiales para la incorporación de la perspectiva étnica y requisitos previos para el abordaje de enfoques relacionales integrales, frente a la construcción de la identidad étnica en Colombia”. (p. 9)

Por su parte, Vivar (34), citado en la Guía para la inclusión del MSPS de 2015, complementa diciendo que “es posible identificar dos tipos de movimientos sociales reivindicatorios: los que descansan en premisas étnico-culturales y los que descansan en premisas sociales. Lo que les hace converger, son las demandas políticas en torno al respeto, la autodeterminación y la afirmación pública de sus diferencias”, (p. 9) en el caso de Colombia, el reconocimiento de una nación pluriétnica y multicultural, que asume como un derecho que debe ser protegido en favor de las comunidades étnicamente diferenciadas.

Jurídicamente, además de los mandatos de la Constitución de 1991, para el caso de los grupos étnicos, “la Corte Constitucional ha reiterado los derechos fundamentales de estos pueblos y comunidades, como la autonomía política, cultural y territorial y a la justicia propia, a la participación, a través de la consulta previa, al respeto a su cosmogonía y a sus territorios ancestrales, ratificando varios instrumentos internacionales que amparan sus derechos, entre ellos el Convenio 169 de la OIT ratificado mediante la Ley 21 de 1991”. (35. p. 2)

También son de citar, otros elementos normativos que aportaron al desarrollo legislativo en beneficio de los grupos étnicos, como la Ley 70 de 1993 que reconoció el derecho a la propiedad colectiva de las comunidades negras, la Ley 649 de 2001 que aseguró la participación de los grupos étnicos; el decreto 2957 de 2010 para la protección del Pueblo Rom o gitano, la Ley 1381 de 2010 para la protección de las lenguas nativas de los grupos étnicos”. (36)

De la misma manera, “en el marco de la jurisprudencia relacionada con la garantía de los derechos de los grupos étnicos, especialmente de las sentencias T-063 de 2003 y T-025 de 2004, se insta a adelantar acciones afirmativas y enfoques diferenciales (...) frente a lo cual algunas entidades han venido avanzando en su aplicación, no obstante, pese a esos esfuerzos aún no se cuenta con un concepto unificado y aplicable a la gestión pública que oriente las intervenciones estatales en sus diferentes niveles, lo cual facilitaría de manera sustancial dar cumplimiento a las funciones del Estado”. (36). Sin embargo, en las bases para el Plan Nacional de Desarrollo: Todos por un nuevo país 2014- 2018, se “plantea la importancia de fortalecer la participación ciudadana y comunitaria en la planificación, y desarrollo de los planes de gobierno, y en la gestión del desarrollo económico y social orientados por el enfoque diferencial que promueva la garantía de derechos de comunidades étnicas” entre otras poblaciones”. (37. p. 32)

3.3.3 Interculturalidad y atención materno-neonatal. Para hacer operativo el enfoque diferencial, es preciso considerar que la interculturalidad se constituye en una perspectiva importante a partir de la cual se pueden promover procesos de construcción conjunta con los grupos étnicos, teniendo en cuenta que posibilita desarrollar procesos comunicativos destinados a establecer las condiciones específicas para la interacción equitativa entre grupos culturalmente diferentes, cada uno con una visión particular del mundo y un marco de referencia sustentado por generaciones con relación a su propia realidad.

Como dicen Sánchez, Trujillo y Guzmán, “la interculturalidad está basada en el diálogo de saberes, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades”. (38) No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar y concertar, en este sentido pretende:

- (a) Un espacio y tiempo común para los grupos humanos diferenciados por elementos culturales como la lengua, la identidad, étnica o territorial; favorece no sólo el contacto, sino también el encuentro,
- (b) Incidir en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social,
- (c) Promover el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales, como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental,
- (d) Favorecer la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad económica y la necesidad de paliar desventajas,
- (e) Afrontar los conflictos de forma positiva, no negando, que existen y son reales, asumiendo que son motores de cambio para mejorar. (38)

Los anteriores aspectos podrían ser considerados como los fundamentos para la gestión y prestación de servicios de salud materno-neonatales cultural, étnica y diferencialmente estructurados, puesto que destacan los aportes en la definición y comprensión de la discriminación en razón de la etnia y contra las mujeres; así como en las múltiples obligaciones estatales para su prevención y eliminación, en especial durante un periodo crítico en la vida de una mujer.

Adicionalmente, de acuerdo con Green (39) y Helman (40), considerando la interculturalidad como proceso de acercamiento entre los sistemas médicos occidentales y tradicionales, es de esperar que al involucrarse diferentes y, a veces, antagónicos sistemas de creencias se presenten situaciones tensas. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro, como ocurre entre la medicina occidental y la practicada tradicionalmente por indígenas y afros.

En este contexto es preciso desmontar la cultura biomédica expresada a través del sistema médico occidental, en cuanto se ha establecido como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad. No obstante, como señala Green (39), la experiencia de proyectos en salud internacional, muchos de ellos patrocinados por organismos como la OPS y OMS, y dirigidos hacia los sectores más pobres y vulnerables, dan cuenta de importantes dificultades que se enfrentan al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud. Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, son elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud, especialmente en países con altos índices de población indígena y afro. Así, las variables étnico-culturales y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas sociales pesan en las propuestas de desarrollo de los países emergentes. En este contexto, afirma Helman (40), el desafío para el sector salud en las próximas décadas será crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre medicinas, en el ámbito de la salud y la enfermedad.

En consecuencia, la búsqueda de estrategias que articulen e integren distintos enfoques de salud, es parte del escenario que hoy se presenta en Colombia en el sector salud, proceso que encuentra plena acogida en las políticas de salud intercultural, cuyo propósito es transformar cualitativamente las relaciones entre los sistemas de medicina occidental y el tradicional practicado por las comunidades indígenas y afros.

3.3.4 Adherencia al control prenatal por comunidades étnicas. A partir del año 1993, en el marco de la Organización Panamericana de la Salud, se proclamó la Iniciativa de los Pueblos Indígenas, entendiendo como tales a los indígenas precolombinos, afros y Rom. (41). El compromiso estaba destinado a promover la transformación de los sistemas de salud y apoyar la implementación de modelos alternativos de atención de esas poblaciones, incluyendo, a su vez, la medicina tradicional. Pero la declaración más fuerte llegó en 2007, cuando, desde las Naciones Unidas, se proclamó la Declaración Universal de los Pueblos Indígenas (ONU, 2007) (42). Esta Declaración reconoce los derechos fundamentales de esos pueblos a la tierra, los recursos, la lengua, la cultura y las creencias espirituales, entre otras cosas. Particularmente, los artículos 23 y 24 reconocen el derecho de los pueblos originarios a determinar y elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su desarrollo.

De este modo fue como en Colombia la salud de las poblaciones indígenas y afros, empezó a ser priorizada en las políticas nacionales, aunque ya existía legislación anterior, pero que se había revelado como deficiente. Actualmente se acepta que los pueblos indígenas y afros han sido históricamente identificados como uno de los grupos más vulnerables en términos de salud y con mayores demandas para la atención de sus intereses, reconociendo la cultura tradicional (prácticas, conocimientos y valores) en las políticas nacionales de salud. Este reconocimiento ha marcado un punto de inflexión, porque en vez de incluir a las poblaciones indígenas y afros en programas universales, las autoridades de salud han empezado a diseñar y desarrollar políticas específicamente focalizadas en este tipo de población desde una perspectiva intercultural, la cual es entendida como las prácticas destinadas a la salud que crean puentes entre la medicina tradicional y la medicina moderna y colaboran en superar la barrera cultural entre proveedores y usuarios indígenas y afros.

No obstante, este reconocimiento no ha representado un incremento en la adherencia a los servicios de salud materno-neonatal, sino que la situación ha permanecido prácticamente igual a lo que ocurría antes de 1993. Al respecto Camacho, Castro y Kaufman, (43) desde 2006 habían advertido que superar la barrera cultural es muy difícil, porque se fundamenta en las concepciones y enfoques sobre el cuidado de la salud y de la enfermedad de los integrantes de esas comunidades y los de los proveedores de esos servicios, sean públicos o privados. De la misma manera, las mujeres indígenas toman decisiones sobre cómo cuidar su cuerpo de acuerdo con sus propios valores y creencias basadas en la medicina tradicional o en prácticas y costumbres culturales profundamente arraigadas, enfrentándose a los profesionales de la salud que solo saben responder a esta situación según los saberes y prácticas de la medicina occidental y moderna. Por eso, en la práctica, la falta de entendimiento entre usuarias y proveedores se expresa en una fuerte resistencia de las mujeres al uso de los servicios de salud y en una gran desconfianza hacia los profesionales que ejercen la medicina moderna, constituyéndose en un elemento que dificulta la adherencia de las mujeres, alejándolos de los servicios asistenciales prestados por el Estado cuando provienen de regiones en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

3.3.5 La demanda inducida en servicios de salud materno-perinatales. El Estado colombiano a través del Ministerio de Salud, emitió la Resolución 412 de 2000, la cual en su artículo 5º dice:

“Demanda inducida. Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de

edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública. Esta Resolución es de obligatorio cumplimiento y es un marco de referencia para la salud pública y privada en el país”.

La importancia de la resolución 412/2000, radica en que de acuerdo con García F., Ramos V., et al., la medicina ha presentado importantes avances en los últimos años, en especial, en recursos diagnósticos y terapéuticos que, sin duda, ayudan a paliar los efectos de las enfermedades. Por otra parte, la sociedad está atravesando cambios demográficos y de expectativas de vida, así como en sus exigencias en cuanto a servicios de salud. Este conjunto de elementos dibujan una situación que impone el diseño de estrategias que propicien una mayor correspondencia entre la oferta de servicios de salud y la demanda de los mismos en cada población, para así contribuir al empleo eficiente de los recursos. (44)

Sin embargo, como dice Sanabria (45), “la decisión de los individuos de auto-reportarse como enfermo es selectiva. Tanto sanitaristas como sociólogos de la salud saben que en toda comunidad existen individuos que no llegan a demandar servicios de salud a pesar de formar parte de la población de riesgo y en estado de necesidad”. En este sentido, como advierte Sanabria (45), existe un patrón diferenciado de auto-reporte de enfermedad el cual varía según el nivel de riesgo del individuo, vinculado a condiciones de vida, que usualmente tienen un fuerte componente cultural, y la percepción por parte del individuo de dicho estado de necesidad, por ejemplo, una mujer que está embarazada, pero que culturalmente solo considera válidos los procedimientos ancestrales de su comunidad indígena o afro, no tomará conciencia de las potenciales complicaciones para ella y su bebé, por tanto, no realizará explícitamente su demanda en el mercado de la salud público o privado. También influyen, su posición dentro del ciclo de vida (edad) y según condiciones socioeconómicas del individuo, tales como el sexo, nivel de educación, condición de empleo, condición de asegurado y de su hogar, como el género, nivel

de estudios del individuo que toma las decisiones, el status de pobreza, el dominio o zona geográfica a la que pertenece, entre otros factores. (45)

La demanda de acceso, dice Sanabria (45), también varía según las creencias de las personas acerca de la eficacia del cuidado. Esto es, mientras los médicos pueden tener un punto de vista sobre la posibilidad de transformar servicios de salud en salud para una enfermedad o daño particular, los pacientes pueden tener creencias distintas. Sus creencias pueden orientarse en cualquiera de dos direcciones, muchas personas continúan usando métodos curativos que la ciencia descarta, mientras que, al mismo tiempo, otros pueden desconfiar y rechazar el cuidado que brindan los servicios médicos porque los describen como ineficaces.

3.3.6 Inequidades en servicios de salud a población étnica. Como se ha dicho a lo largo de este apartado teórico, la condición étnica contiene una dimensión histórica representada en el presente caso por las comunidades indígenas y las afrodescendientes que reclaman una identidad adquirida por auto-reconocimiento, lo cual permite identificarlos en sociedad como grupos con identidades propias y diferenciadas, que implica la construcción de una conciencia colectiva en torno a elementos como la lengua, formas dialectales de lenguas extintas, la ascendencia y el territorio de origen en los indígenas aunque ya no las ocupen exactamente o donde terminaron asentándose después de la Colonia en los afros.

Actualmente, la caracterización étnica de las poblaciones colombianas con identidad étnica, constituye un aspecto importante para las ciencias de la salud, pero genera al mismo tiempo amplias discusiones, debido a su utilización y al peso dado en los análisis de estudios epidemiológicos y la forma de medición o identificación de dicha condición, debido al fuerte componente cultural que debe ser tenido en cuenta para comprender su comportamiento frente a la intervención del sistema de salud nacional cuando se presentan casos de morbi-mortalidad materno-

neonatal por la no utilización de los servicios de salud y priorizar prácticas a cargo de parteras o de los llamados médicos tradicionales.

Al respecto de lo anterior, dos estudios coinciden en la gravedad de esta situación, uno liderado por la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (45) con base a la información proveniente de la encuesta en salud sexual y reproductiva de 2010 y otro realizado por Krieger (46), basado en establecer las inequidades de la atención en salud por razones étnicas entre la población colombiana. Resultó clara la existencia de una significativa proporción de mujeres indígenas y afrodescendientes sin atención prenatal o con una inadecuada atención, con menor atención del parto por profesionales, con menor utilización de servicios de salud para la atención del parto, y del posparto, que llega, entre quienes aceptan la atención en salud a través de a medicina occidental, en el caso de las indígenas sólo al 54% y de las mujeres afro al 62%.

Lo anterior refleja inequidades en salud, considerando la alta cobertura de estos servicios en las mujeres que no pertenecen a ninguna etnia, lo cual evidencia que en Colombia los derechos reproductivos no están siendo garantizados en todas las mujeres. Estos resultados revelan diversos obstáculos administrativos, geográficos, económicos y culturales que dificultan el acceso de las mujeres, usualmente habitantes de áreas socioeconómicamente deprimidas.

Los resultados revelaron también que las mujeres en condición materno-neonatal, con controles prenatales inadecuados, no hayan recibido una atención prenatal como lo recomiendan las guías de práctica clínica, puesto que revelaría o dificultad extrema para acercarse a los puntos de atención estatales o que no valoran culturalmente la importancia que tiene el control prenatal para su salud y la de su futuro hijo o hija. Por su parte, el observatorio de salud materna de Colombia reporta que desde el 2005 hasta el 2010 la totalidad de los partos en el país han sido atendidos por personal cualificado en los servicios de salud, afirmación que tanto la

encuesta de salud sexual y reproductiva de 2010 y los estudios citados contradicen completamente, puesto que señalan la existencia de parteras y médicos tradicionales encargados de la atención durante la gestación, el parto y el puerperio, especialmente en las comunidades étnicamente diferenciadas. (46)

Al respecto, según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (68), aproximadamente el 2% del total de personas desplazadas del país pertenece a alguna etnia indígena y miles de afrodescendientes han migrado a las ciudades y sobreviven en condiciones de extrema pobreza, bajo condiciones laborales precarias.

METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó a partir del análisis de la base de datos de salud materna del año 2.016, de la Secretaria Departamental de Salud del Cauca, la cual contiene información sociodemográfica y de procesos de atención prenatal, parto, puerperio y al recién nacido realizado en los servicios de salud prestados por el Estado y alternativos propios de las comunidades étnicamente diferenciadas.

El incorporar los servicios alternativos propios de las comunidades indígenas y afrodescendientes a un estudio en salud materno-neonatal, se abrió un campo de trabajo en el cual el perfil étnico fortaleció el reconocimiento que la cultura permea todas las esferas de la vida y está íntimamente relacionada con el ambiente o contexto social, político, económico y momento histórico de la humanidad, por tanto, determina una visión particular del mundo para cada grupo o colectivo humano que, aunque diferente de la científica, se cimienta en una base filosófica estructurada y lógica que explica muchas de las concepciones, significados, valores y creencias de un pueblo.

Desde el aspecto teórico se pudo establecer que los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados e influidos por estos contextos y dentro de la concepción de la espiritualidad, parentesco y entorno de las culturas. Así la gestación, maternidad y el nacimiento no están exentos de estas construcciones culturales, sus valores y creencias en torno a este proceso considerado como natural y que se enmarca en la continuidad de la raza humana; porque cada cultura los define y tipifica desde su visión particular de la vida, y estas son transmitidas y se perpetúan en el tiempo.

Algunos estudios, según León, V. y Flor, M., continúan descubriendo estas conductas culturales que revelan cómo durante la etapa de gestación la futura madre no sólo debe abstenerse de consumir alimentos prohibidos culturalmente, sino que además no deben realizar labores hogareñas que puedan interferir negativamente en el momento del parto. A partir de estas conductas culturales, el rol del equipo de salud se encuentra en desventaja si no desarrolla competencias interculturales, siendo esta entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. (47) Tales competencias interculturales validan las afirmaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), según las cuales “las mujeres no deben adaptarse a los servicios de salud, los servicios de salud deben adaptarse a las diversas mujeres que los necesitan” (47).

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para identificar el perfil diferencial por condición étnica de la atención en salud materno–neonatal en el departamento del Cauca, se planteó un estudio descriptivo secundario por utilizar una fuente estadística oficial y, transversal, porque el estudio se realizó con información proveniente de un periodo de tiempo determinado, en este caso el año 2016. (50).

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Todas las actividades reseñadas en el estudio se desarrollaron en el departamento del Cauca. El cual al estar ubicado en la región suroccidental del país, hace parte de la zona de influencia de pueblos precolombinos con lenguas propias, pero con raíces comunes propias de la zona andina hasta donde llegó la influencia del imperio

Inca. De igual manera, al estar por el occidente limitando con la zona Pacífica, existe población de ascendencia africana, llegada a través del comercio de esclavos.

El territorio tiene una extensión de 29.308 Km² y políticamente está dividido en 42 municipios y 7 subregiones administrativas. Su población total para el 2.016 es de 1.391.836 habitantes, el 60.2% viven en áreas rurales y el 39.8% en las urbanas. El 50,65% son hombres y 49,35% mujeres. Con alta incidencia de población joven menor de 24 años. Además, el 43.75% del total es población étnica indígena y afrodescendientes. Los indígenas se distribuyen en todo el departamento mostrando preferencia por la subregión norte. Los afrodescendientes se ubican en la región Pacífico y el norte del Cauca. (3)

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Los sujetos a estudio fueron las mujeres y recién nacidos registrados en la base de datos de salud materna del departamento del Cauca y que recibieron atención prenatal, de parto, puerperio y recién nacido en las instituciones públicas de salud e instituciones públicas de carácter especial. (50)

La muestra correspondió al Universo de registros de mujeres y recién nacidos que se encuentran registrados en la base de datos de atención en salud materna del departamento del Cauca.

4.4 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La presente investigación hizo uso de la fuente secundaria de datos de la base de datos de salud materna de la línea de maternidad segura de la Secretaría

Departamental de Salud del Cauca, que registra los datos recolectados entre enero-diciembre de 2016.

4.4.1 Procesamiento de la información. La base de datos (52) fue consolidada y depurada del aplicativo de registro de salud materna del departamento para el año 2016, para lo cual se analizó inicialmente la calidad del dato frente a las variables seleccionadas para el estudio, y se ocultaron las columnas que contenían el nombre y apellidos de la usuaria, número de cédula o NIUP, dirección y/o teléfono; y se le asignará un código para generar la base de datos del estudio. Esta base fue generada en Excel y administrada por la investigadora principal de este estudio al tener la base de datos, la cual fue analizada en el programa Stata.

4.5 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

4.5.1 Procedimientos aplicados. El software utilizado para el análisis fue Stata, que permitió realizar un análisis exploratorio para determinar la frecuencia de presentación de cada variable y su distribución. Luego, se llevó a cabo el análisis bivariado para explorar la relación entre la etnicidad como variable independiente y las demás mediciones consideradas como variables dependientes. Se construyeron asociaciones entre la variable etnicidad y el resto de las otras variables a través de los siguientes pasos: primero, se realizó análisis univariado, en segundo lugar, con las variables seleccionadas, se realizó un proceso de selección de variables hacia atrás (Stepwise-Backward).

4.5.2 Análisis Univariado. Se realizó un análisis de cada una de las variables, para evaluar la distribución de frecuencias e identificar los valores. (56)

4.5.3 Análisis Bivariado. En esta fase se buscó relacionar las variables independientes con la variable dependiente, para ello fue necesario usar la prueba estadística que más se adecuara a la escala de medición utilizada en cada variable y considerando además el porcentaje de no respuesta en los registros.

4.6 VARIABLES

Como variables se utilizaron las sugeridas en la literatura especializada para los estudios étnicos y de salud materna y neonatal.

4.6.1 La condición étnica como variable independiente. La Etnia fue considerada la variable respecto de la cual las demás variables aportan información. A lo largo de los antecedentes y del marco teórico, se observan los diferentes matices que asume la etnicidad cuando se consideran las formas en que desde la Constitución de 1991 y los desarrollos jurídicos y jurisprudenciales posteriores, así como en los planteamientos de distintos autores, la atención en salud materno-neonatal desde la perspectiva étnica, muestra buenas intenciones del Estado y sus instituciones encargadas de hacer realidad los cambios requeridos para que se puede hablar de atención con equidad, pero al mismo tiempo surge una deficiente comprensión de realidades culturales enraizadas en el tiempo de las comunidades indígenas y afros.

4.6.2 Variables Dependientes

- **Factores individuales:** estos corresponden a los aspectos sociodemográficos de las madres gestantes y las condiciones en que se realiza la atención perinatal, registrados en la base de datos como etnia, pueblos indígenas, municipio y zona de residencia, edad, régimen de aseguramiento en salud, asegurador, escolaridad, estado civil, ocupación.
- **Factores de la atención prenatal:** aquí fueron agrupadas la mediciones propias del proceso de atención prenatal: atención preconcepcional, embarazo deseado, víctima de la violencia física o psicológica, riesgo psicosocial, antecedentes de gravidez, abortos, cesáreas, muerte neonatal temprana, tener enfermedades como hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, enfermedad renal, VIH, anemia, sífilis gestacional, hemorragia vaginal en gestantes de menos de 20 semanas y de más de 20 semanas, realización de actividades: asesoría pre test VIH, revisión odontológica, ecografía del primer y segundo trimestre, serología y conducta con resultados, resultado de VIH y conducta medica, clasificación del riesgo materno, consulta ginecologica, uso de partograma, trimestre de ingreso al control prenatal (CPN), adherencia al control prenatal.
- **Factores de la atención del parto y recién nacido:** agrupa las mediciones del proceso de atención del parto y del recién nacido: sitio y nivel de atención del parto, personal que atiende el parto, causas del egreso materno, valoración del egreso materno, vía del Parto, referencia, Postparto, educación, planificación familiar, examen de serología, alumbramiento activo, endometriosis, peso del RN, egreso recién nacido, condición egreso de la madre y el RN, Lactancia Materna Exclusiva, hipotiroidismo.

- **Factores de la atención postparto:** los conforman las mediciones del proceso de atención postparto: control puerperio, consejería lactancia materna; provisión método de PF.
- **Factores de la atención tradicional:** reunió las mediciones del proceso de atención materna tradicional: enfermedades propias según creencias culturales, atención por partera, atención por médico tradicional, total seguimientos por parteras o por médicos tradicionales, desarmonía desde lo propio.

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación, se basa en las normas Internacionales y Nacionales sobre investigación en seres humanos (Declaración de Helsinki) (51) y la Resolución 8430/93 del Ministerio de Salud). (52)

Los principios básicos que este estudio siguió, fueron:

1. El estudio fue realizado por una persona cualificada en salud pública y tuvo la supervisión de asesores competentes.
2. Se realizó la evaluación de los potenciales riesgos y beneficios tanto para las personas que hicieron parte de la base de datos como para terceros.
3. Se salvaguardó la integridad, la intimidad y se reducirá al mínimo el impacto del estudio sobre la integridad de las usuarias.

La Secretaria de Salud del Cauca institución que facilita y acompaña el estudio mediante oficio firmado por el Secretario de Salud con asignación de funciones, del 12 de junio de 2018 avala la investigación realizada de manera conjunta. La confidencialidad de las usuarias que hicieron parte de la base de datos analizada, se realizó a través de la asignación de un número consecutivo e irrepetible

desarrollado por la investigadora. Los datos consignados en la base de salud materna, tuvo el manejo sugerido por el Sistema General de Seguridad Social colombiano, al momento de realizar el análisis de salud, delegándolas a las Secretarías de Salud municipales. La base de datos fue protegida a través de la generación de un nombre de usuario y clave que solo manejó la investigadora. Este estudio se clasifica en la Categoría I de la Declaración de Helsinki, es decir, sin riesgo para el paciente.

La presente investigación fue aprobada por el Comité Institucional de la Revisión de Ética Humana (CIREH) de la Universidad del Valle según acta No 018-018 el 22 de Octubre de 2018.

RESULTADOS

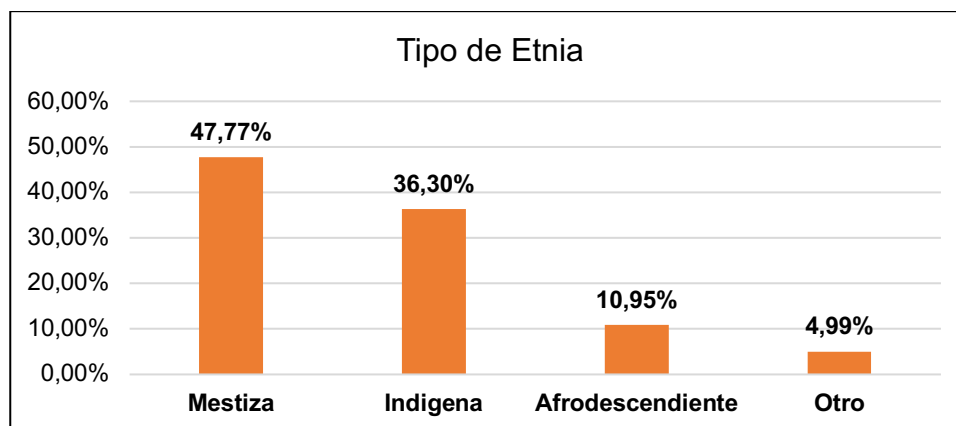
A continuación se presentan los resultados de esta investigación, con su análisis univariado y bivariado, centrados en los aspectos relevantes provenientes de la Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016, a cargo de la Secretaria de Salud departamental y relacionados con las caracterizaciones y descripciones de los perfiles diferenciales de las poblaciones indígenas y afrodescendientes, llamadas a vincularse a los programas materno-neonatales, ante lo cual surgen complejas relaciones interculturales que reclaman ser identificadas y comprendidas para la construcción de una sociedad más inclusiva.

La base de datos de la secretaria departamental de 2016 es una base muy amplia, con 388 campos que registran información, al realizar el análisis se detecta que sobretodo en los campos relacionados con la atención existen campos vacíos. Estos campos vacíos debido al registro de la información no se pueden clasificar como sin dato, ya que se presume que al colocar "SIN DATO" al menos se indagó a la gestante sobre la situación que se está indagando; por lo cual, se colocará vacío para poder conservar el número de gestantes.

5.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

Respecto a la variable independiente que es la etnia, se encontraron los siguientes resultados:

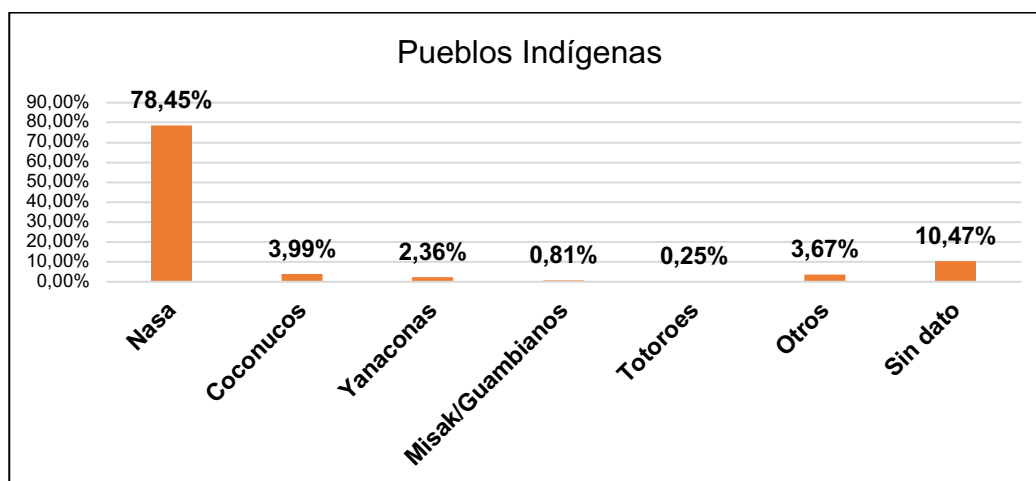
Figura 4. Tipo de etnia de las gestantes. Secretaria Departamental de Salud del Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Con respecto a la etnia, de 11.188 mujeres gestantes registradas en la bases de datos materno – neonatal Cauca 2016, en un 47,77% (5.344) son mestizas; 36.30% (4.061) de alguna comunidad reconocida como indígena; 10,95% (1.225) son afrodescendientes y 4.99% (558) se agrupan en otras etnias como: Raizales, palenqueros, blancos y mulatos.

Figura 5. Pueblos Indígenas de las gestantes. Secretaria Departamental de Salud del Cauca. 2016



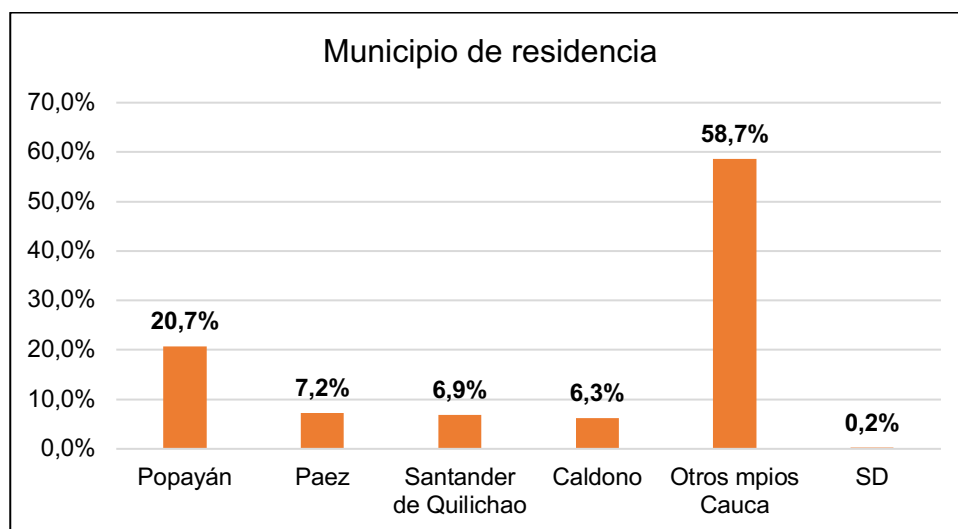
Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Respecto al 36.30% (4.061) que se identifican como indígenas, estos pertenecen en el 78.45% (3.186) a los Nasa; el 3.99% (162) a los coconucos, el 2.36% (96) a los Yanaconas, el 0.81% (33) a los Misak/Guambianos, el 0,25% (10) a los totoroos, el 3.67% (149) a otras etnias como eperara/siapidara, Inga, Polindaras, pubenences, quiyacingas, entre otras y el 10.47% (425) que se identifican como indígenas pero no se registra el grupo étnico al cual pertenecen.

5.1.1. Caracterizar demográficamente a la población étnica que recibió atención en salud en el departamento del Cauca, en 2016

El primer aspecto que se analiza es la caracterización demográfica de las gestantes, es decir el perfil particular de las mujeres que fueron atendidas en el departamento del Cauca durante el 2016.

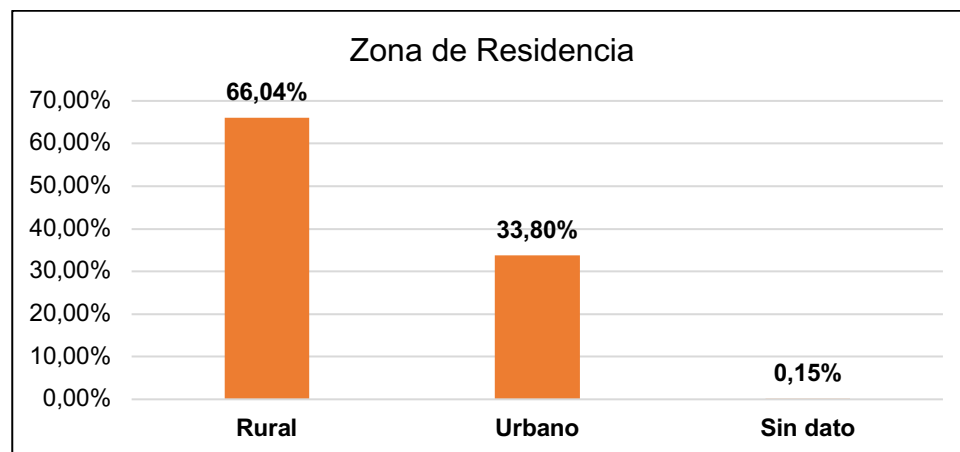
Figura 6. Municipio de residencia de las gestantes. Secretaria Departamental de Salud del Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De un total de 11.188 gestantes reportadas en la base de datos del departamento, 20.7%(2.318) viven en Popayán, 7.2%(811) en el municipio de Páez; 6.9%(769) en Santander de Quilichao; 6.3%(769) en Caldon y el 58.7%(6.565) en el resto del departamento, el 0.2%(23) no tienen dato de residencia en la base de datos. En conjunto, el 66.04%(7.389) viven en zona rural, 33.80%(3.782) en la urbana y el 0,15%(17) sin dato

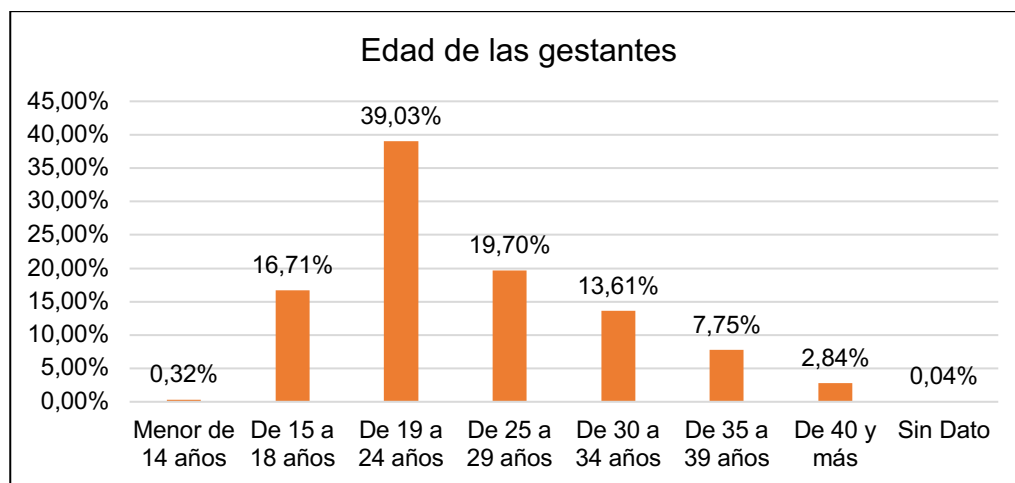
Figura 7. Área de residencia de las mujeres gestantes. Secretaria Departamental de Salud. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. Cauca 2016.

Según lo reportado en la base de datos departamental de salud materno neonatal. Cauca 2016 el promedio de edad 24,6 años y desviación estándar de 6,8. Respecto a la edad mínima reportada esta es de 11,5 años y la edad máxima reportada es de 48,1 años.

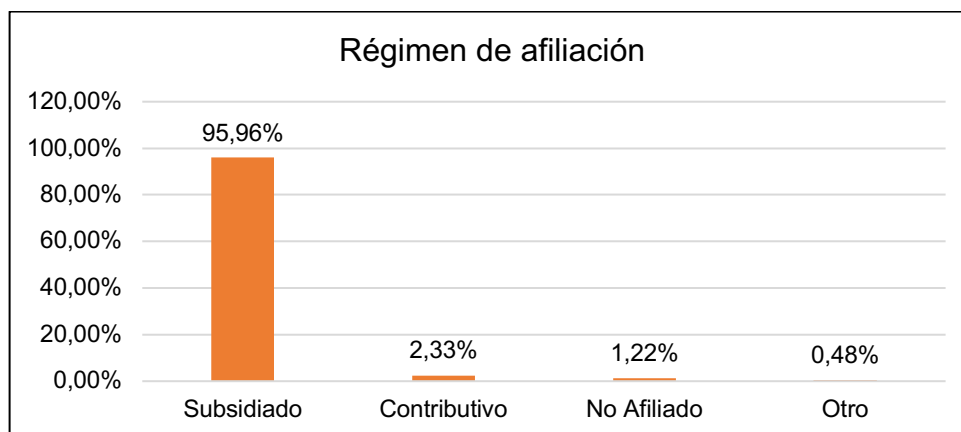
Figura 8. Edad de las gestantes. Secretaria Departamental de Salud del Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. Cauca 2016.

La distribución de edad de las gestantes es 0,32%(36) es menor de 14 años, el 16,71%(1.869) esta entre 15 y 18 años, el 39,03%(4.367) esta entre 19 y 24 años, el 19,70%(2.204) esta entre los 25 y los 29 años, el 13,61%(1.523) esta entre los 30 y 34 años, el 7,75%(867) esta entre los 35 y los 39 años, el 2,84%(318) es mayor de 40 años y en el 0,04%(4) no se encuentra dato registrado.

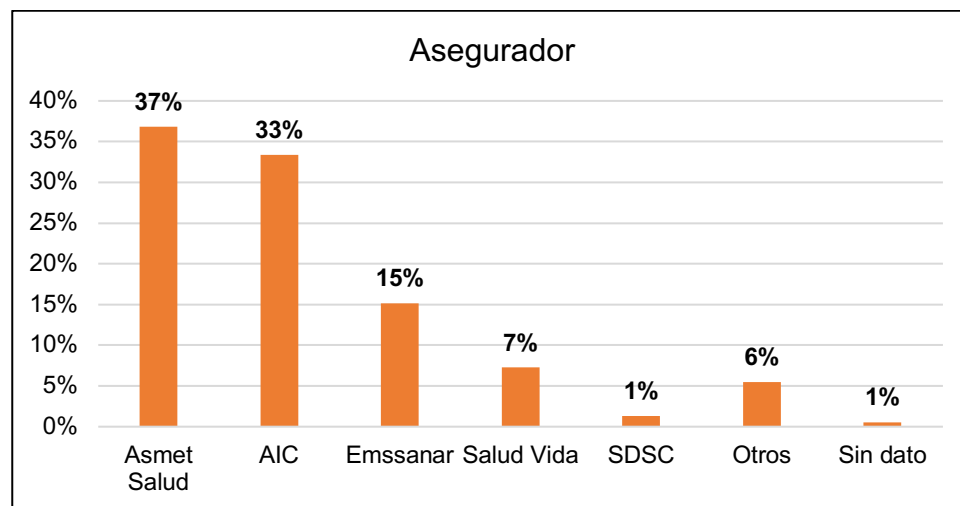
Figura 9. Régimen de afiliación al sistema de salud de las gestantes atendidas. Secretaria Departamental de Salud del Cauca 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

La Base de Datos tiene registradas a 11.188 mujeres habitantes de los 42 municipios del Cauca, encontrándose que el 95.96% (10.736) pertenecen al régimen subsidiado, el 2.33% (261) al contributivo, el 1.22% (137) a Población Pobre no Asegurada y el 0,48% (44) a otros regímenes, entre estos el 81% (34) pertenecen a regímenes especiales como el magisterio caucano y la policía nacional.

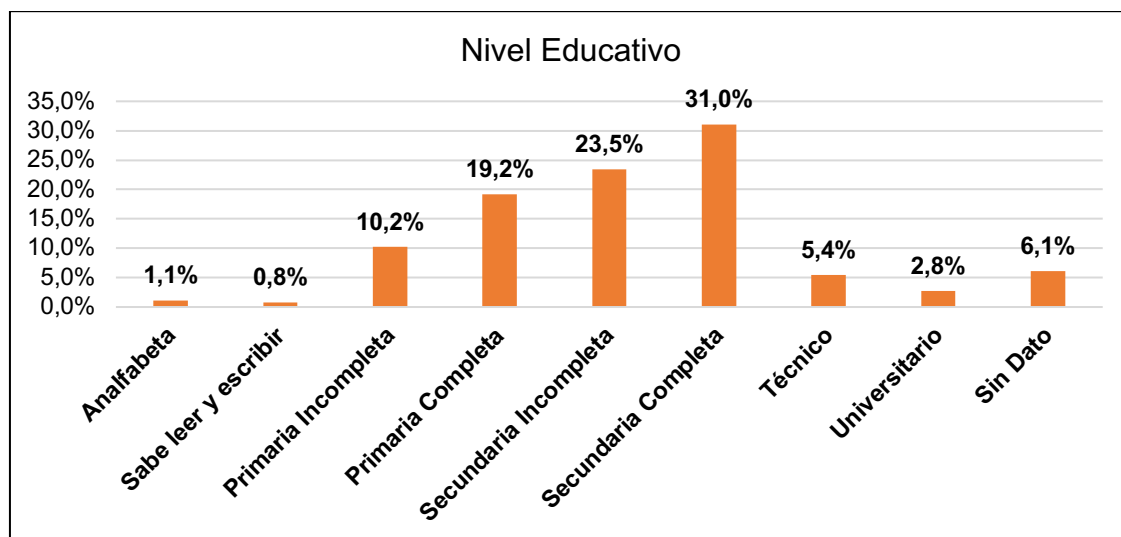
Figura 10. Asegurador de las gestantes atendidas. Secretaria Departamental de Salud del Cauca 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Según lo resgistrado en la base de datos., de 11.188 gestantes; el 37% (4.117) se encuentran afiliadas a Asmet Salud, el 33% (3.738) a la AIC, el 15% (1.695) a Emssanar, el 7% (811) a Salud Vida, el 1% (149) el pagador es la Secretaria Departamental de Salud del Cauca, ya que son población pobre no asegurada, el 6 % (617) corresponde a otros y el 1% (61) no tiene registrado dato de asegurador en la base de datos.

Figura 11. Nivel de estudios alcanzado. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

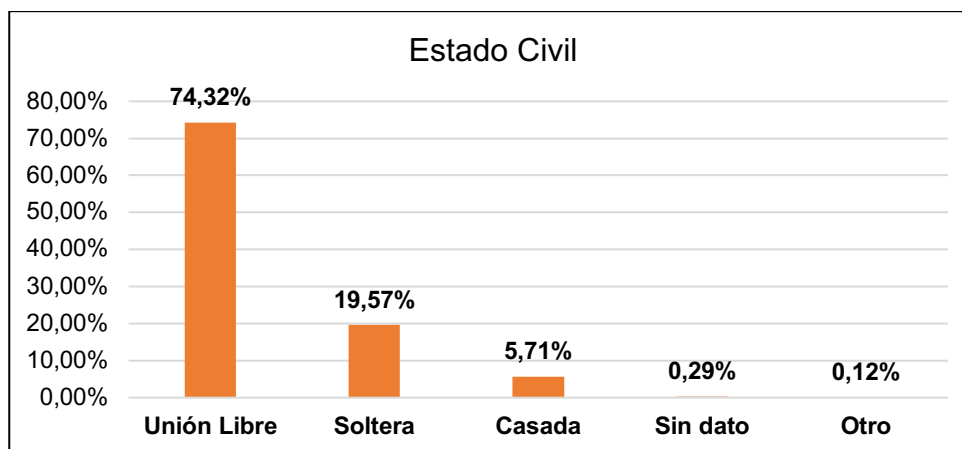


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

En relación con los niveles de estudios alcanzados por 11.188 mujeres que reportan información en la base de datos, el 1,1% (121) mujeres reportan ser analfabetas, el 0,8% (86) solo sabe leer y escribir, el 10,2% (1.144) no termino primaria, el 19,2% (2.147) tiene primaria completa. Es decir, el 31,3 % (3.498) de las gestantes tiene al menos quinto de primaria o menos.

El 23,5 % (2.625) de las mujeres no terminó la secundaria, el 31%(3.471) terminó sus estudios de secundaria; el 5.4% (607) dice poseer una educación a nivel técnica y el 2,84% (309) tienen estudios universitarios. El 6,1% (678) de las gestantes que se encuentran en la base de datos no cuentan con información sobre escolaridad.

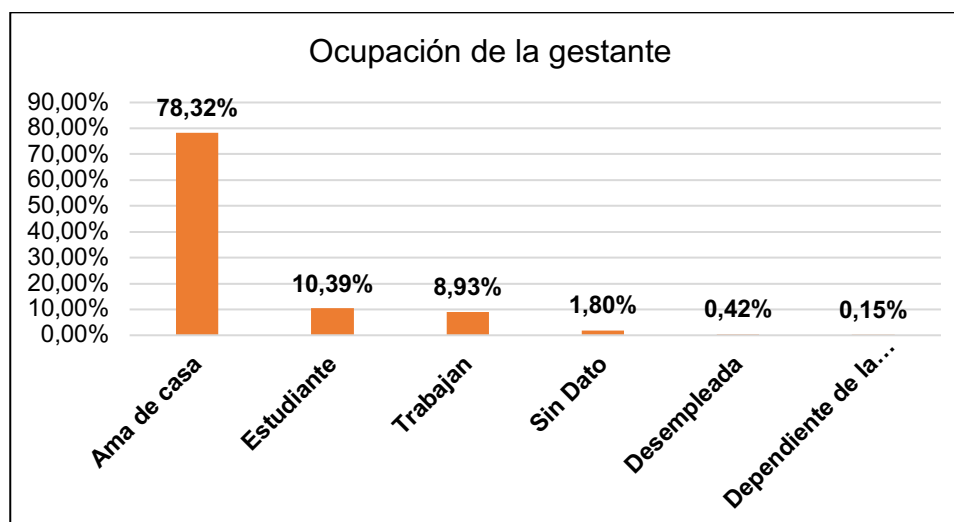
Figura 12. Estado Civil de las gestantes. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Se encuentra datos de 11.188 mujeres que reportan su estado civil, el 74.32% (8.315) se encuentran en unión libre, el 19.57% (2.189) están solteras, el 5.71% (639) casadas y el 0.12% (13) separadas o viudas. El 0.29% (32) mujeres no reportan información de su estado civil.

Figura 13. Ocupación de las gestantes. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 mujeres que reportan información respecto a su ocupación, 78.32% (8.762) dicen ser amas de casa, 10.39% (1.162) son estudiantes. El 0.42 % (47) no reportan ninguna ocupación y el 0,15% (17) se reporta dependiente de la madre En el 1.80% (201) no se encuentra dato registrado de la ocupación.

El 8.93%(999) trabajan y de estas el 35.24% (352) se dedican a oficios varios, el 34.83% (348) son trabajadoras informales, en oficios como jornaleras, vendedoras, estilistas, meseras, entre otras; el 17.32% (173) son independientes y el 12.61% (126) se reportan como empleadas.

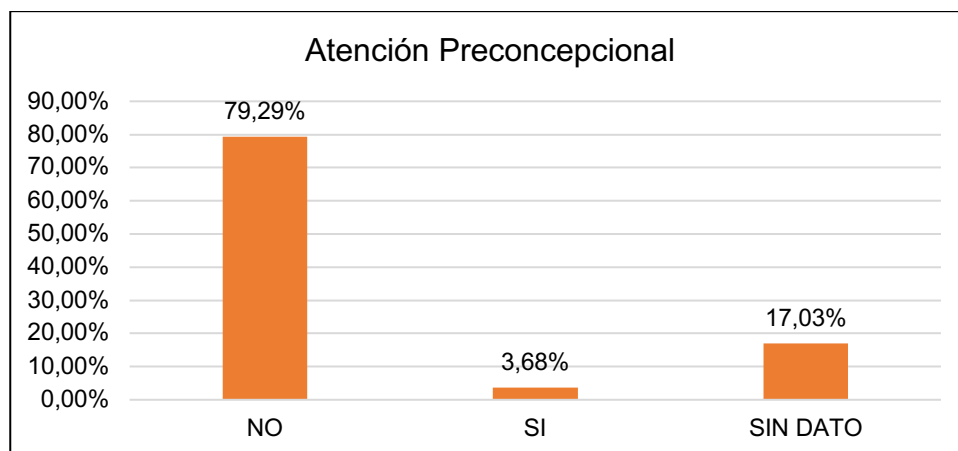
5.1.2. Describir las características de atención prenatal por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.

El segundo aspecto analizado tiene que ver con la atención durante la gestación, en un primer aspecto los antecedentes de esta y posteriormente los situaciones propias de la gestación y atención del parto. Es importante resaltar que en los datos referentes a este ítem, en la base de datos se registraba campos vacíos, dificultando el análisis y debiendo excluir del análisis de cada ítem dichas gestantes.

El primer aspecto a revisar es la atención preconcepcional, que es un aspecto previo a la gestación.

De las 11.188 mujeres, el 21.68% (2.443) de las celdas se encontraban vacías, estas no se tienen en cuenta para definir los porcentajes de atención preconcepcional, ya que se presume no se hizo la pregunta.

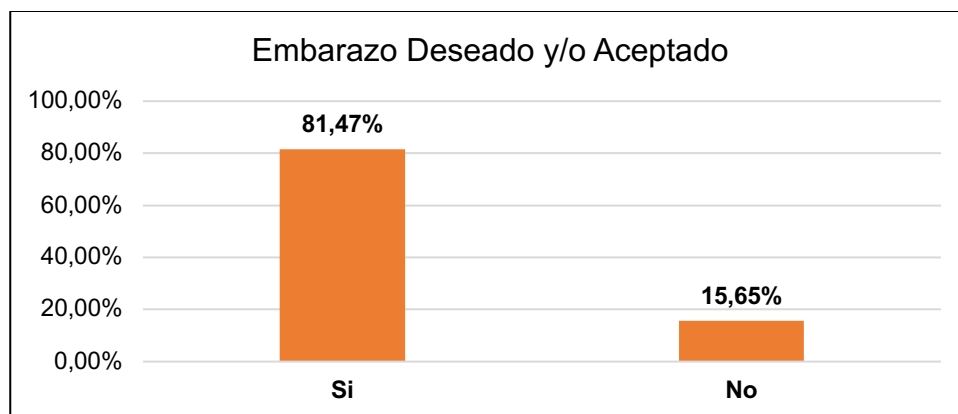
Figura 14. Atención preconcepcional recibida por las mujeres gestantes. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Según la base de datos departamental en salud, de 8.745 mujeres gestantes de quienes se reporta información; el 79.29% (6.934) no recibió atención preconcepcional, el 3.68% (322) dice haberla recibido y el 17.03% (1.489) no proporcionó datos al respecto.

Figura 15. Embarazo Deseado y/o Aceptado. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 gestantes registradas en la base de datos, el 1.43% (161) de los campos se encontraban vacíos respecto al embarazo deseado y/o aceptado.

Las 11.027 mujeres gestantes que registran información en la base de datos, el 81,47% (8.984) reportan que el presente embarazo es deseado y el 15,65% (1.726) reporta que el embarazo es no deseado. El 2,87% (317) no registran datos.

Figura 16. Antecedentes de violencia física o psicológica en las gestantes. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

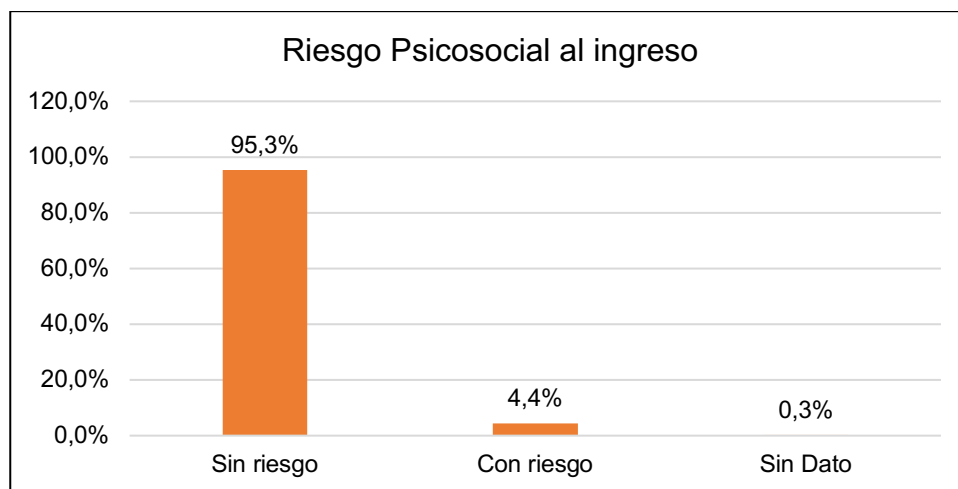


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Del total de 11.188 gestantes tiene reportado el dato de haber sido víctima de violencia tanto física como psicológica, 10.925. Es decir, el 2.41% (263) tienen la celda vacía de antecedentes de violencia física y psicológica.

De las 10.925, el 90.87% (9.928) reportan no haber sido víctimas de violencia física y/o psicológica y el 1,20%(131) reporta haber sufrido de violencia física y/o psicológica. De estas el 7,93% (866) gestantes se encuentran sin dato en la base de datos.

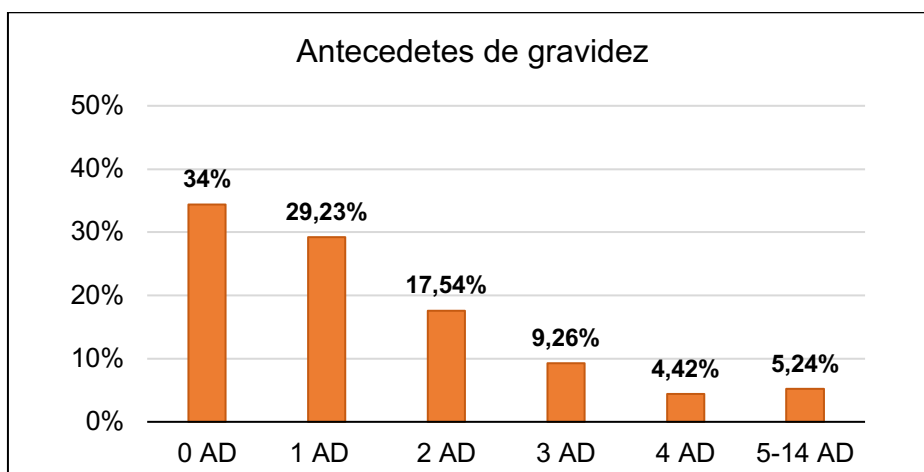
Figura 17. Riesgo Psicosocial al ingreso al control prenatal (CPN). Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 mujeres, el 95.3% (10.666) se reportó sin riesgo psicosocial, el 4.4% (488) se encontró con riesgo y el 0.3% (34) se reportó sin dato.

Figura 18. Antecedente de gravidez. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.

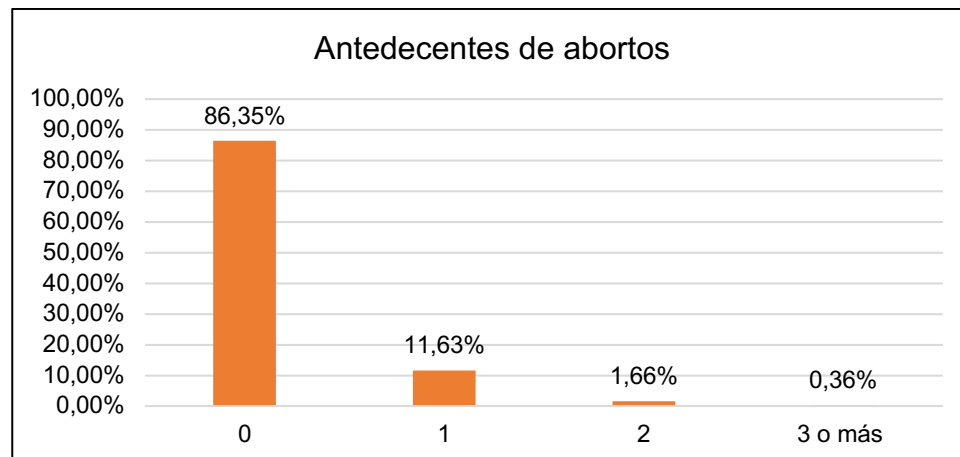


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 gestantes registradas, el 3% (339) de las celdas se encuentran vacías. Es decir, 10.849 gestantes tienen registrada información de los antecedentes de gravidez.

De acuerdo con la base de datos de 10.849 mujeres que registran información, el 34.0% tienen su primer embarazo; el 29.23% han tenido ya uno; el 17.54% dos; el 9.26% tres; el 4.42% cuatro y el 5.24% agrupa a las que reportan entre 5 a 14 antecedentes de gravidez previos.

Figura 19. Antecedente de abortos. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.

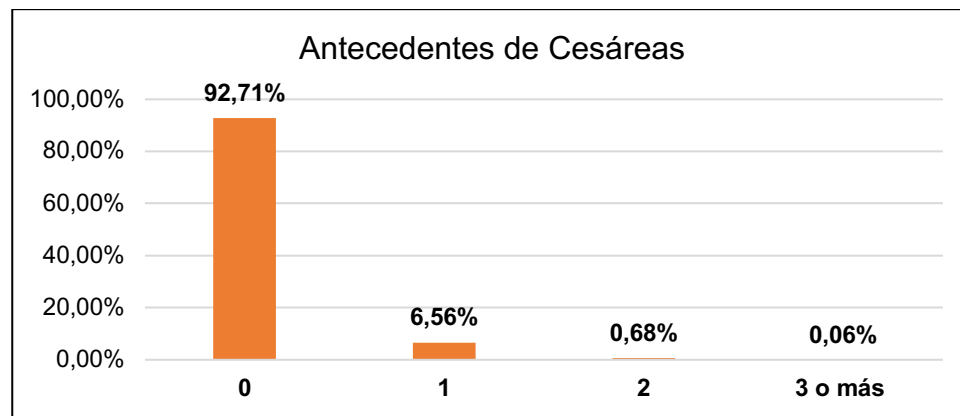


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 gestantes registradas, el 2.7% (304) de las celdas se encuentran vacías respecto a los antecedentes de los abortos.

De acuerdo con la Base de Datos de 10.884 mujeres con dato registrado, el 86,35%(9.398) no ha tenido ninguna aborto; el 11,63%(1.266) han tenido un aborto; el 1,66%(181) dos; el 0,36% (39) ha tenido entre tres y cinco abortos.

Figura 20. Antecedentes de cesáreas. Secretaria Departamental de Salud. Cauca.2016

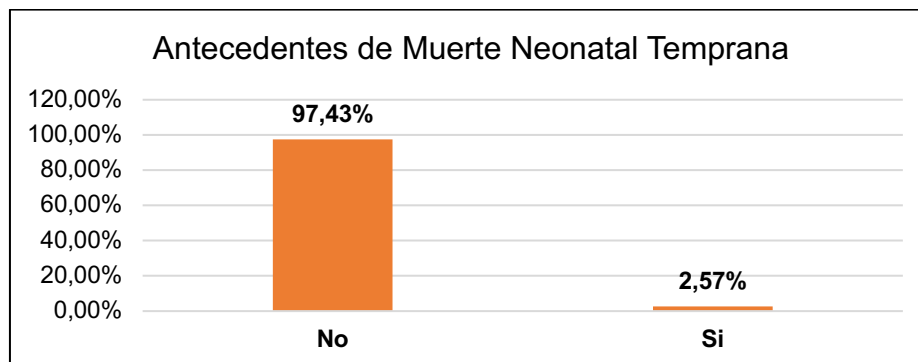


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 mujeres, el 3.05% (342) campos se encuentran vacíos respecto a los antecedentes de las cesáreas.

En la base de datos se encuentra registrada la información de 10.846 gestantes, el 92,71% (10.055) no se les ha realizado una cesárea, al 6,56%(711) se les ha realizado una cesárea, el 0,68% (74) se les ha realizado 2 cesáreas y al 0,06% se les han realizado más de tres cesáreas.

Figura 21. Antecedentes de muerte neonatal temprana. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

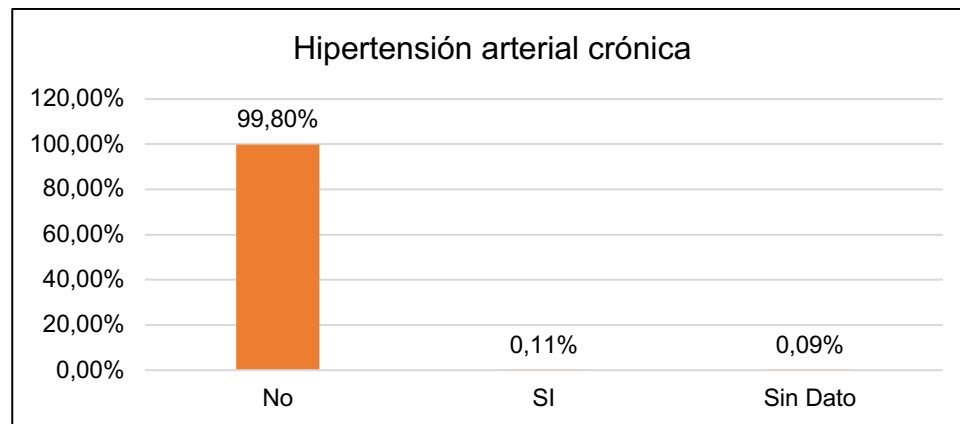


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 mujeres registradas en la base de datos, el 3.6% (409) de los celdas no contenía dato respecto a los antecedentes de la muerte neonatal temprana.

De las 10.779 gestantes que dieron información respecto a si tenían antecedentes previos de muerte neonatal temprana, el 97,43% (10.691) reporto no haber tenido muertes neonatales tempranas y el 2,57% (88) reporto que había tenido al menos una muerte neonatal temprana previa al presente embarazo.

Figura 22. Hipertensión arterial crónica de las gestantes. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

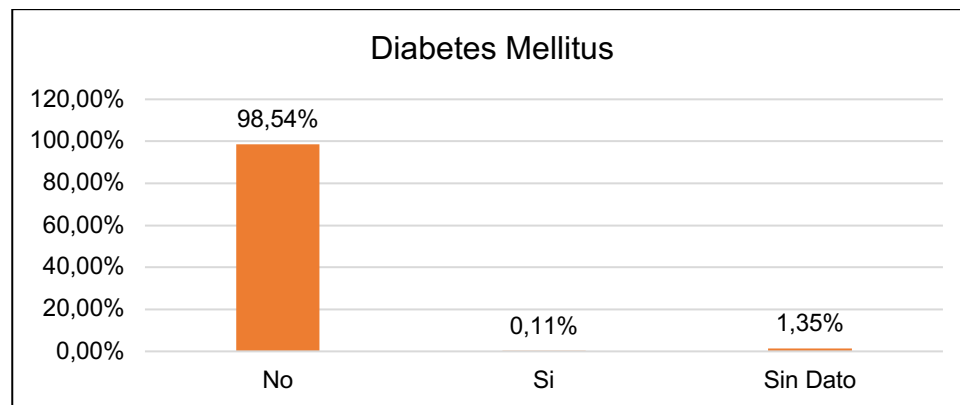


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De 11.188 gestantes en la base de datos, el 0.5% (58) de los campos se encuentran vacíos respecto a si las gestantes tienen hipertensión arterial crónica.

De las 11.130 mujeres que reportaron información de antecedentes de hipertensión arterial, el 99.80% (11.108) informaron no tener antecedentes de hipertensión arterial, 0.11% (12) y el 0.09% (10) se encontraba sin dato.

Figura 23. Diabetes Mellitus en las gestantes. Secretaria Departamental. Cauca. 2016.

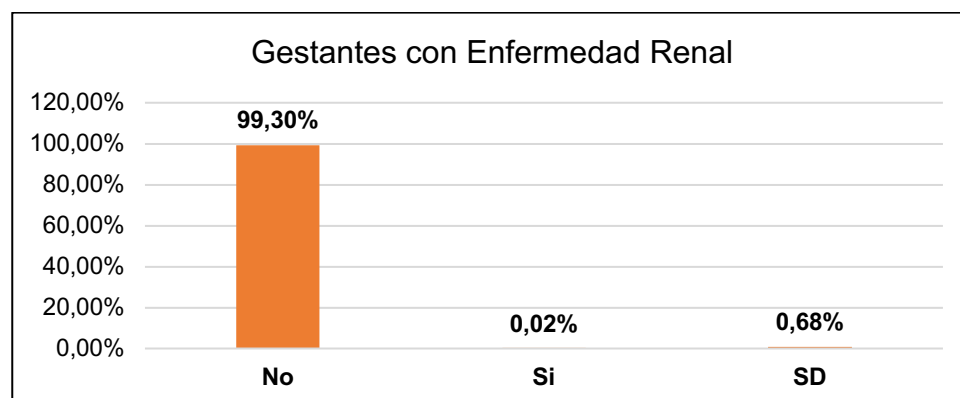


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 gestantes que se encuentran registradas en la base de datos, el 0.9% (100) el campo se encuentra vacío respecto a la información de si tiene diabetes mellitus.

De las 11.088 mujeres, 98,54% (10.926) reportaron no tener diabetes mellitus y el 0,11% (12) reportaron tener diabetes mellitus, de estas el 1,35% (150) estan registradas sin dato en la base de datos.

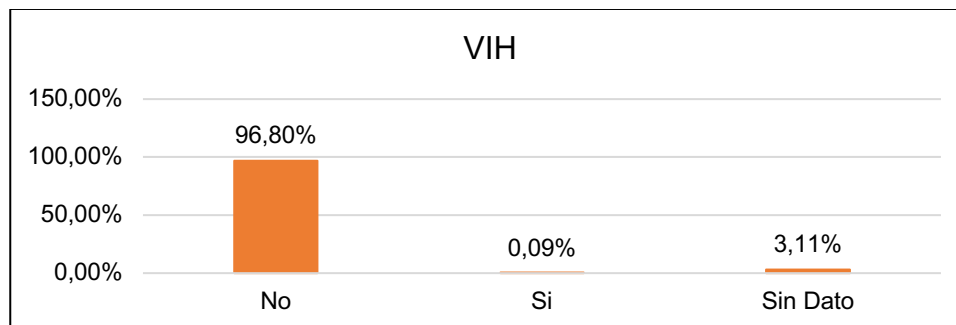
Figura 24. Antecedentes de enfermedad renal en las gestantes. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De los 11.130 mujeres que reportaron 99.30% (11.051) no tener enfermedad renal previa al embarazo, el 0.02%(2) reportaron tener un enfermedad renal previa al embarazo y en 0.68%(78) se encuentran sin dato. Este 0.02% (2) son de la etnia mestiza.

Figura 25. Gestantes con VIH. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.

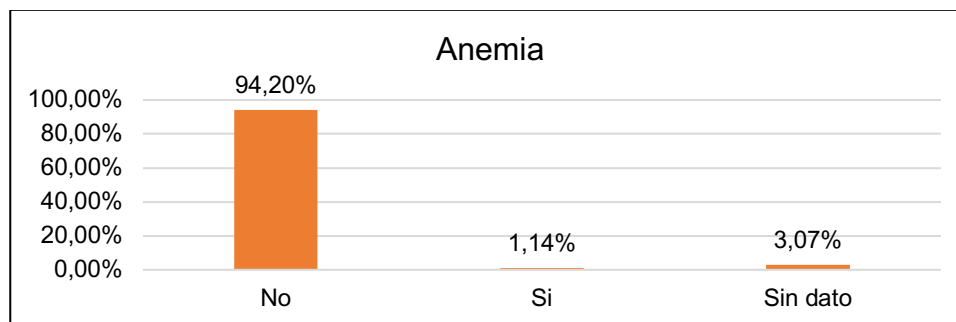


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal.2016

De las 11.188 gestantes registradas, el 1.6% (181) no tienen dato registrado en el campo de VIH.

De las 11.007 gestantes con dato de tener VIH, 96.80% (10.655) se encuentra en la base de datos que no tiene el VIH, el 0.09% (10) refiere tener VIH y el 3.11% (342) se encuentra sin dato en la base de datos.

Figura 26. Gestantes con anemia. Secretaria Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

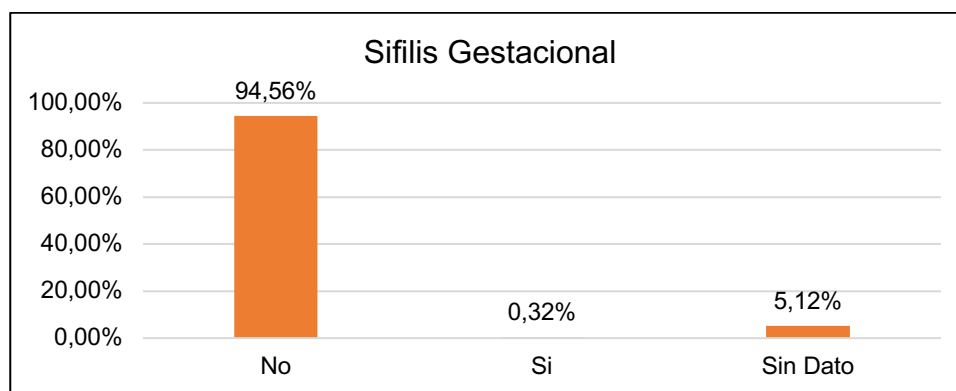


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal.2016

De las 11.188 gestantes registradas, el campo de anemia estaba vacios para el 1.6% (177) mujeres.

De las 11.011 mujeres que tenian reportado el campo de anemia, el 94.20% (10.539) refieren no tenerla, 1.14% (128) tienen anemia al ingreso al control prenatal y el 3.07% (344) no tiene dato.

Figura 27. Gestantes con Sífilis Gestacional. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

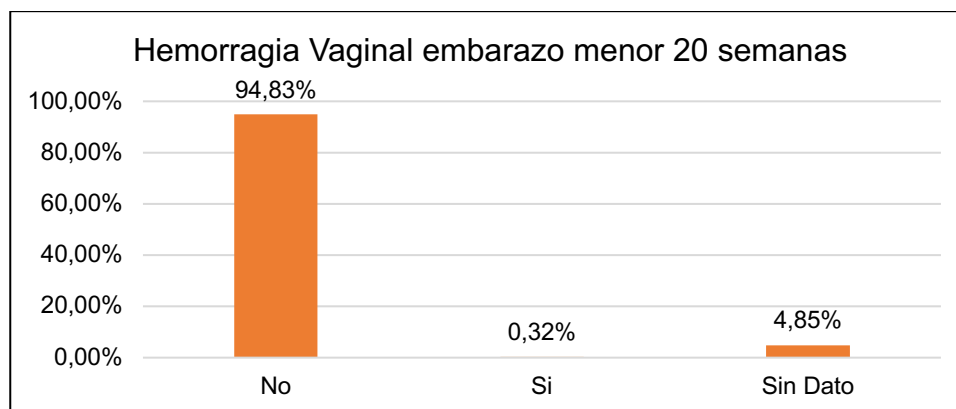


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 mujeres que se encuentran en la base de datos, en el 1.4% (156) las celdas se encontraban vacías.

De las 11.032 gestantes con registro de información sobre sífilis gestacional, el 94.56% (10.432) reporta no tener sífilis gestacional, el 0.32% (35) tiene sífilis gestacional y el 5.2% (565) de las gestantes no tienen dato.

Figura 28. Hemorragia vaginal en gestantes de menos de 20 semanas. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

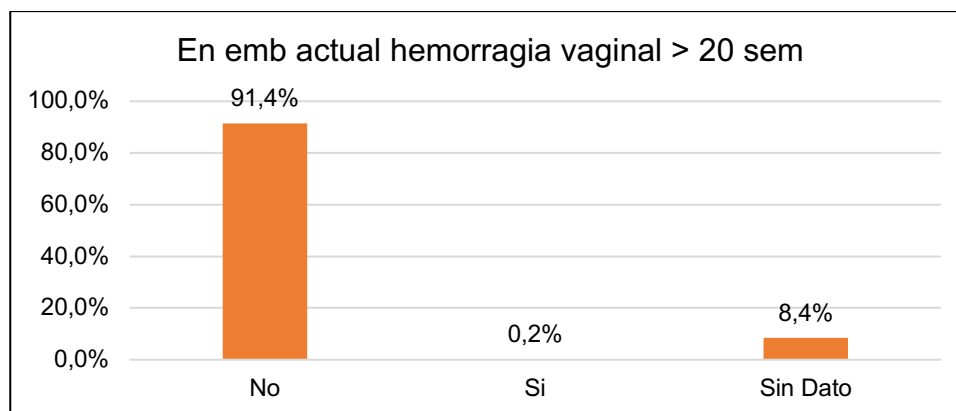


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 mujeres que se encuentran en la base de datos, en el 1.4% (156) las celdas se encontraban vacías.

De las 11.032 gestantes de la base de datos el 94.83% (10.462) refieren no presentar hemorragia vaginal en el embarazo actual en el periodo menor a 20 semanas, el 032% (35) refiere hemorragias vaginales y el 4.85% (535) esta sin dato en el campo de hemorragias

Figura 29. Hemorragia vaginal en gestantes de más de 20 semanas. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

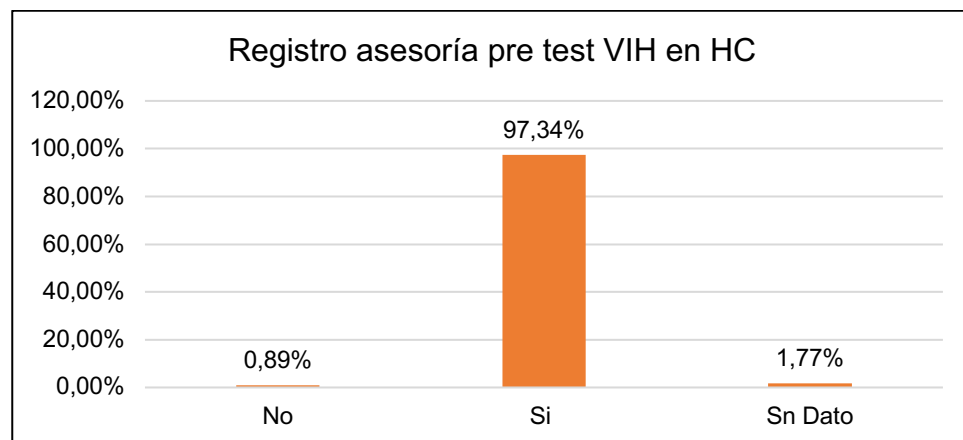


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 gestantes que se encuentran en la base de datos hay 1.5% (170) gestantes con campos vacíos respecto a la hemorragia vaginal en el embarazo actual de más de 20 semanas.

De las 11.018 que registraron el dato de hemorragias en el embarazo actual en embarazos mayores a 20 semanas, el 94.1% (10.071) no la ha presentado, 0.2% (20) ha presentado hemorragia vaginal y el 8.4% (927) esta sin dato.

Figura 30. Registro asesoría pre test VIH en historia clínica (HC). Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

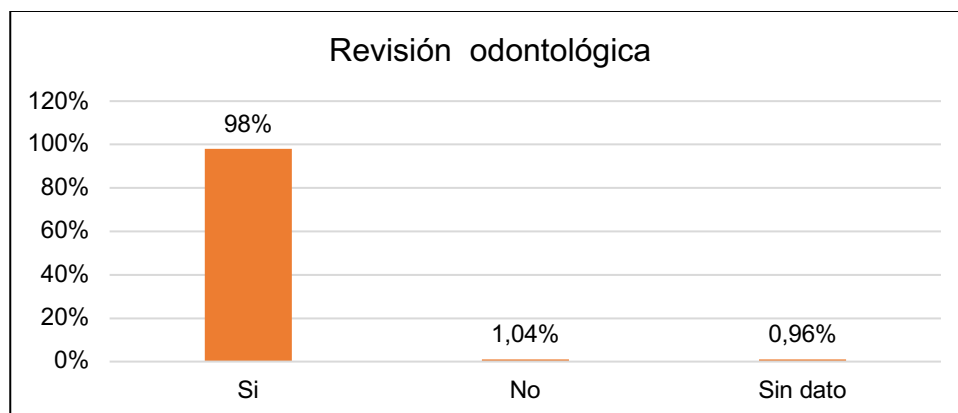


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De los 11.188 gestantes que están en la base de datos, para la asesoría pre test VIH el 12.7 % (1.421) de los campos están vacíos

De las 9.767 gestantes que tienen el dato de asesoría pre test VIH en la historia clínica, el 0.89% (87) no tienen dato registrado, el 97.34% (9.507) tiene el dato registrado y el 1.77% (173) se encuentra sin dato.

Figura 31. Revisión odontológica. Secretaria Departamental de Salud del Cauca.

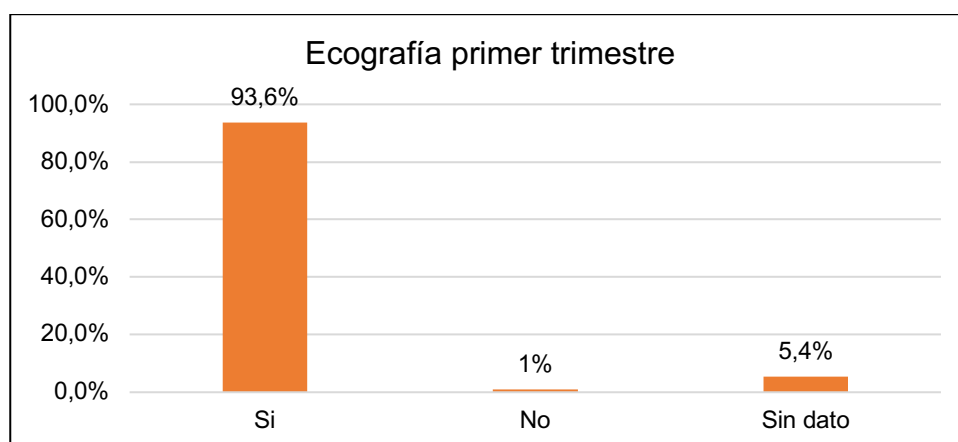


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 gestantes registradas en la base de datos, el 22.6% (2.525) de los campos se encuentran vacíos respecto a la revisión odontológica.

De las 8.663 gestantes que tienen el registro de la revisión por odontología, el 98% (8490) se realizó la revisión por odontología, el 1.04% (90) no se la realizó y el 0.96% (83) se encuentra sin dato.

Figura 32. Realización ecografía primer trimestre. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.

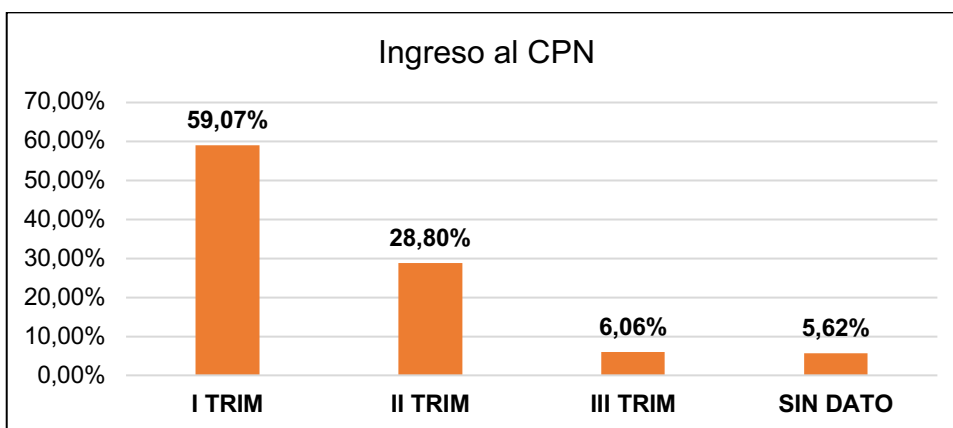


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 gestantes registradas en la base de datos, el campo de realización de ecografía del primer trimestre esta vacío en el 33.7% (3.772) de los campos.

De las 7.416 gestantes, el 93.6% (6.942) se realizó la ecografía del primer trimestre, el 1% (72) no se la realizó y el 5.4% (402) se encuentra sin dato.

Figura 33. Trimestre de ingreso al CPN. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

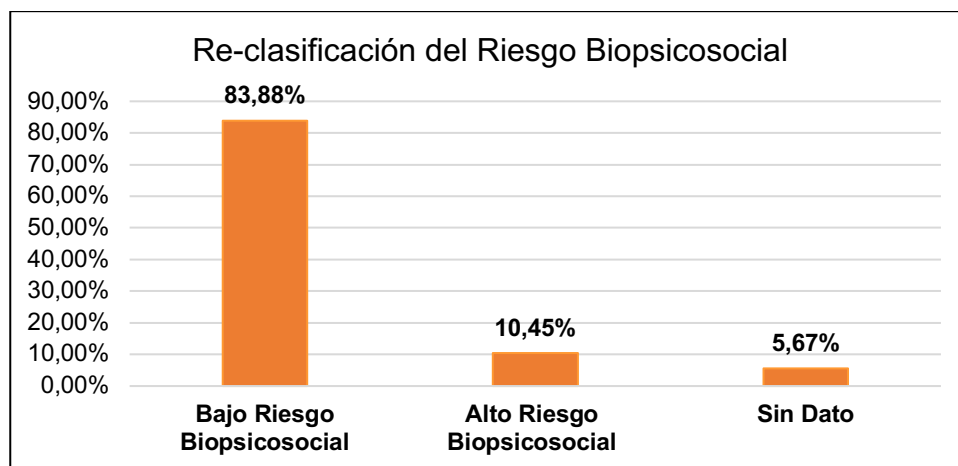


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 gestantes, el 1.66% (186) de los campos se encuentran vacíos al ingreso del control prenatal (CPN).

En el total de 11.002 mujeres, se encontró que en el primer trimestre de gestación el 59% (6499) ingresaron al CPN; 28.8% (3.169) lo hicieron en el segundo trimestre; 6.06% (667) en el tercero y 3.99%(618) no dio información al respecto.

Figura 34. Re - clasificación del riesgo biopsicosocial de las gestantes. Secretaria Departamental de Salud

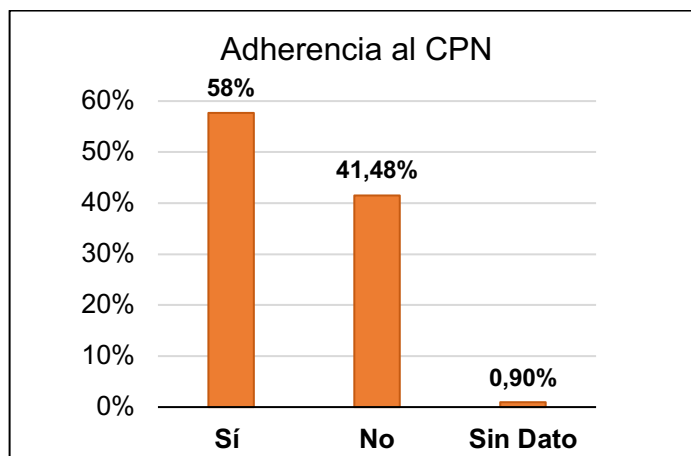


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188, el 0.32% (36) de los campos de clasificación del riesgo biopsicosocial se encuentran vacíos.

De las 11.152 mujeres que se encuentran registradas en la base de datos, el 83,88% (9.353) se encuentran clasificadas con bajo riesgo y el 10,45%(1.165) estan clasificadas en alto riesgo biopsicosocial.

Figura 35. Adherencia al CPN. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

La adherencia al control prenatal, es definida según el instructivo de la base de datos como la gestante que realizó al menos 4 controles prenatales durante el embarazo o el 80 % de los controles programados de acuerdo a su edad gestacional al ingreso.

De las 11.188 gestantes, el 1.5% (168) de los campos se encontraban vacíos para adherencia al control prenatal.

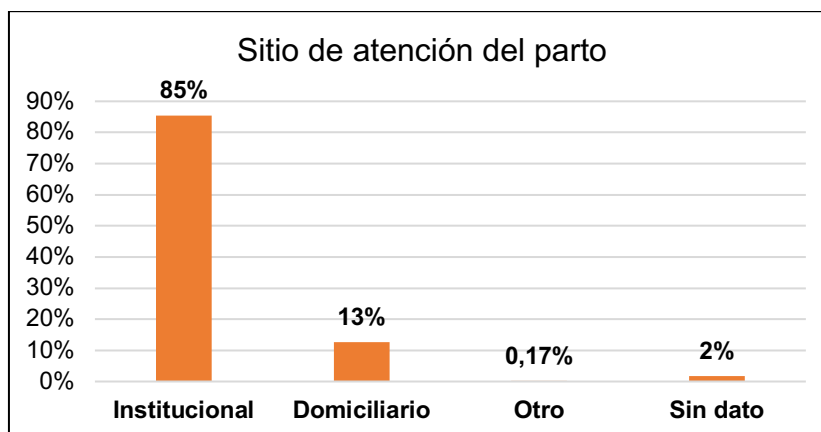
En el 58.0% de 11.020 mujeres, presentaron adherencia a los programas de CPN, el 41.48% no se adhirieron y el 0.9% no proporcionó ninguna información.

Las variables de ecografía del segundo trimestre, valores de serología, conducta medica ante los resultados serológicos, conducta médica ante los resultados serológicos, registro de los resultados de VIH y conducta medica de los mismos y la valoración de actividades básicas del control prenatal no se realiza su lectura, ya que más del 50% de los campos están vacíos y los que están diligenciados tienen dificultades para procesar la información.

5.1.3. Describir las características de atención del parto y recién nacido por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.

En la atención del parto, no todas las mujeres tienen registro ya que este depende de la fecha probable de parto que este exista. Sin embargo, al realizar el análisis por fecha probable de parto se debería contar con la información de 9.061 gestantes que tenían programado el parto para el 2.016, situación que no se da en ninguna de las variables.

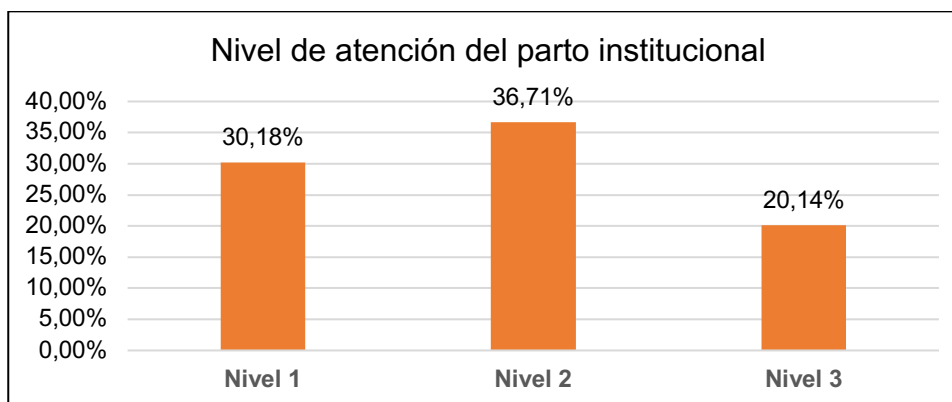
Figura 36. Sitio de atención del parto. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Según la base de datos, un total del 4.160 mujeres reportaron que habían tenido atención de parto, este fue en el 84%(3.555) realizado en instituciones, el 13%(526), en otro el 0,17%(7) se clasifican las atenciones realizadas en ambulancia u otro vehículo y el 2%(72) se reporta sin dato.

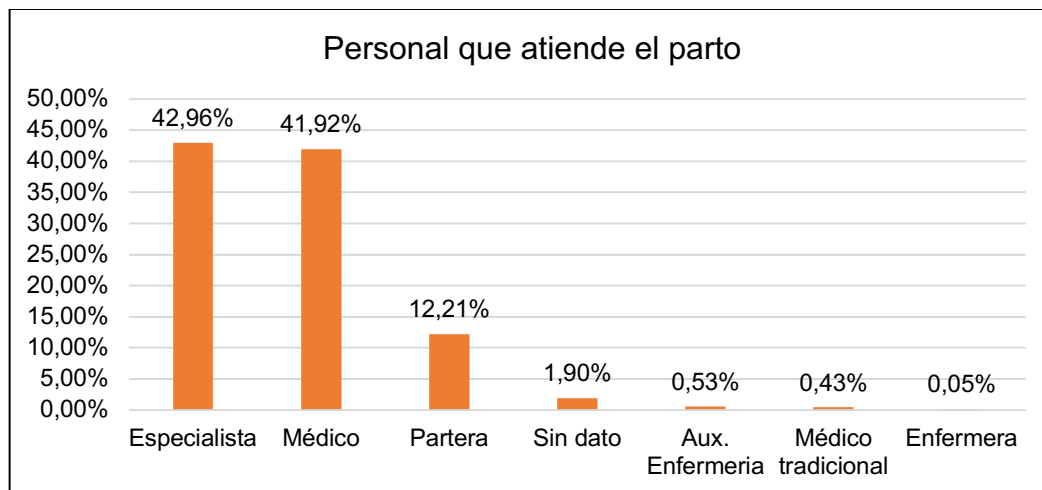
Figura 37. Nivel de atención del parto institucional. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De los 3.555 partos atendidos institucionalmente, el 30,18%(1.212) fueron atendidos en el primer nivel, el 36,71%(1.474) fueron atendidos en el segundo nivel y 20,14%(869) fueron atendidos en el tercer nivel.

Figura 38. Personal que atiende el parto. Secretaria de Salud Departamental. Cauca. 2016

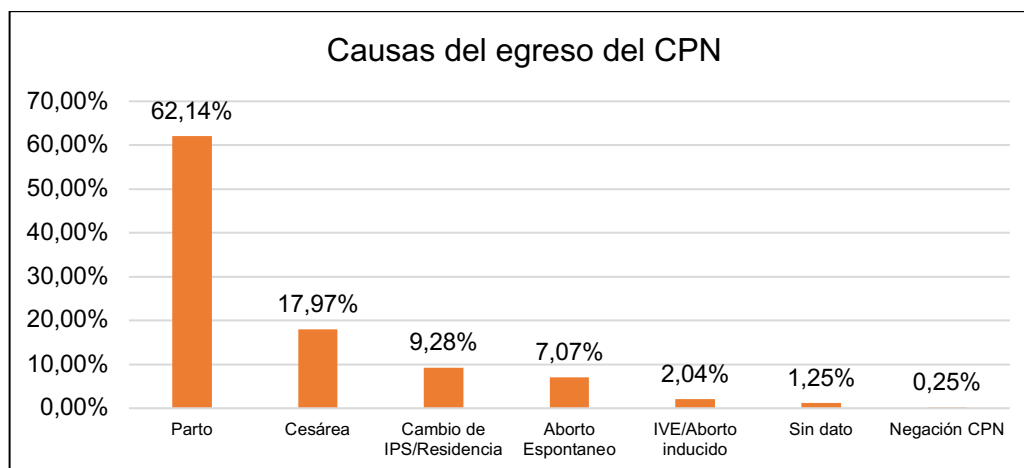


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 4.160 mujeres atendidas en el parto, el 42.96%(1.787) fueron atendidas por especialista, el 41.92%(1.744) fue atendida por médico, un 12.21%(508) fue atendida por partera y un 0,43%(18) por medico tradicional.

Según la base de datos, las 526 pacientes atendidas por parto por personal propio de la comunidad, el 71,10%(374) pertenecen a los municipios de Páez (151), Caldono (89), Jambaló (62), Toribio (37) y Silvia (35).

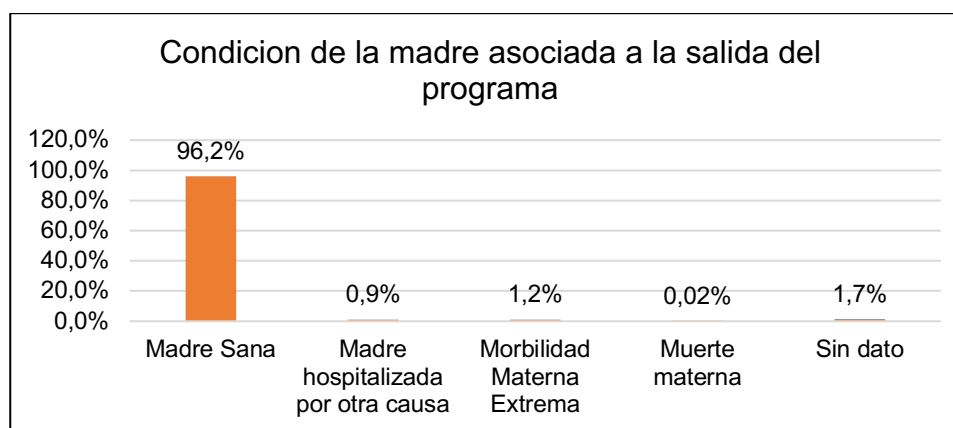
Figura 39. Causas del egreso del programa CPN. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Según la Base de Datos de 5.193 mujeres que tuvo egreso del programa de control prenatal, el 80.1%(4.160) se les realizó egreso del programa porque tuvieron parto normal o por cesárea, el 9.28% (482) tuvo egreso por cambio de residencia o de IPS, el 9.11%(458) egreso del CPN porque tuvieron un aborto espontaneo, inducido. En el 1.25% (65) se encuentran sin dato y 0.25% (13) se negaron al control prenatal

Figura 40. Condición en que la madre egresa del programa CPN. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.

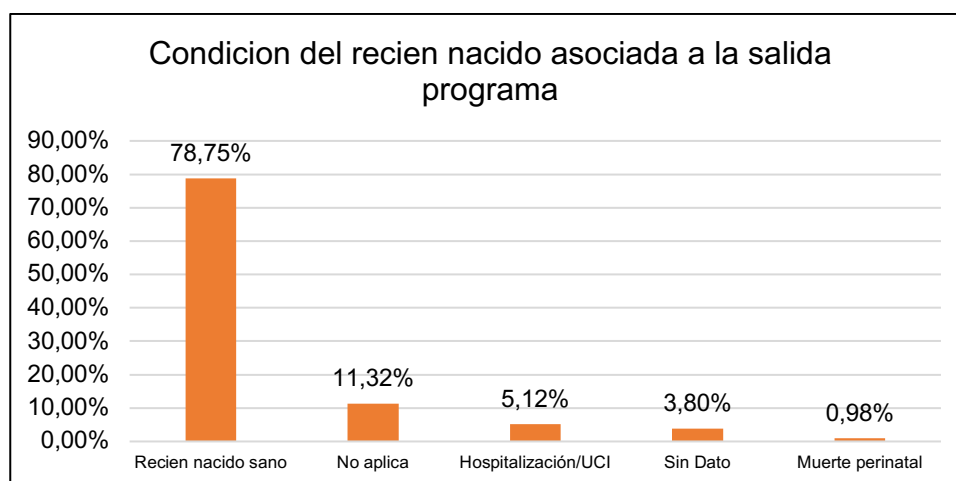


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 5193 gestantes que reportaron salir del programa, el 14% (738) de las gestantes tenían las celdas vacías.

De las 4.455 gestantes que reportan información de la condición asociada el 96.2% (4285) de las gestantes su condición de salida es sana, 0.9% (42) de las gestantes salen hospitalizadas por causas no relacionadas con la gestación, el 1.2% (53) su condición de salida es morbilidad materna extrema, el 0.02% (1) reporta una muerte materna y en el 1.7% se encuentra sin dato.

Figura 41. Condición en que el Recien Nacido egresa del programa CPN. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016,



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

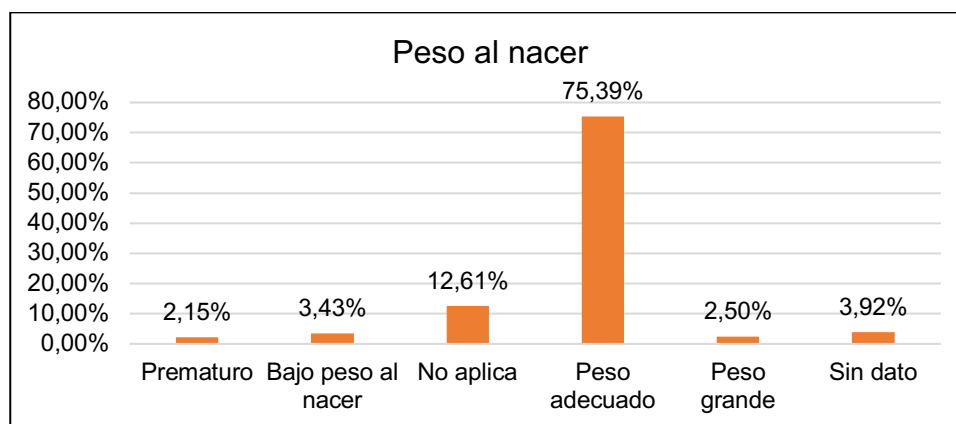
De las 5.193 gestantes que registran salida del programa, el 15.8% (822) los campos están vacíos respecto a la condición del recién nacido asociada a la salida del programa.

De las 4.371 campos de la condición del recién nacido a la salida del programa, el 78.75% (3.442) es recién nacido sano, el 11.32% (495) se registran como no aplica ya que se asocia la salida con aborto o cambio de domicilio o IPS, el 5.12% (224) se registra con hospitalización neonatal o UCI, el 3.80% (166) se registra sin dato,

el 0.98% (43) se registra como muerte perinatal y un 0.02% (1) es un embarazo ectopico.

De las 43 muertes perinatales reportadas el 16,3%(7) pertenecen al municipio de Jambaló, el 9,3%(4) al municipio de Almaguer y el 6,9%(3) al municipio de Guapi.

Figura 42. Peso del recién nacido al egreso¹. Secretaría Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 5.193 gestantes que reportan salida del programa, en el campo peso al nacer se encuentran el 33.72% (1.751) vacíos. Las mujeres que salieron del programa de control prenatal por causas como cambio de residencia, IPS o aborto espontáneo o inducido el campo se registra con No Aplica.

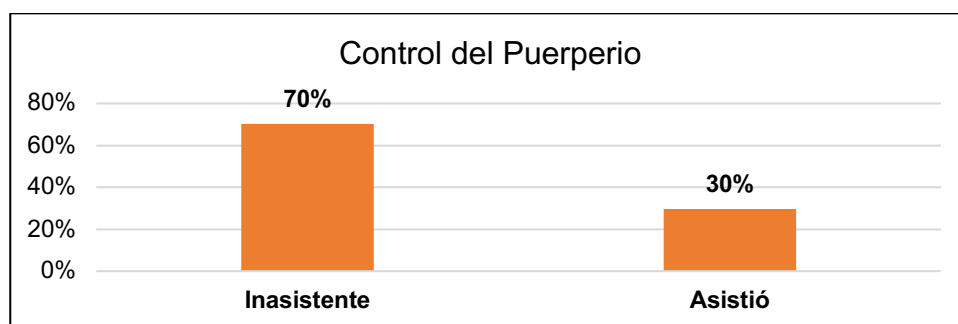
De los 3.442 campos que se encuentran diligenciados para peso al nacer, el 2.15% (74) de los recién nacidos tienen el peso de un prematuro, el 3.43% (118) tienen bajo peso al nacer. El 12.61% (434) no aplica, porque las gestantes salieron del

¹ Según el instructivo de la base de datos de la Secretaría Departamental, el cual se basa en el protocolo del Instituto Nacional de Salud: Prematuro. Es un neonato que nace antes de la semana 37 y el bajo peso es correspondiente con la edad gestacional. Bajo Peso al nacer: Neonatos que nacen después de la semana 37 y pesan menos de 2.500 gramos. Peso adecuado: Neonatos que pesan entre 2.500 y 4.000 gramos y Peso grande es el neonato que pesa más de 4.000 gramos.

programa por cambio de residencia, IPS o aborto. En el 75.39% (2.595) tienen peso adecuado al nacer, el 2.50% (86) el peso corresponde a grande al nacer y en el 3.92% (135) estan sin dato.

5.1.4. Describir las características de atención del puerperio por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.

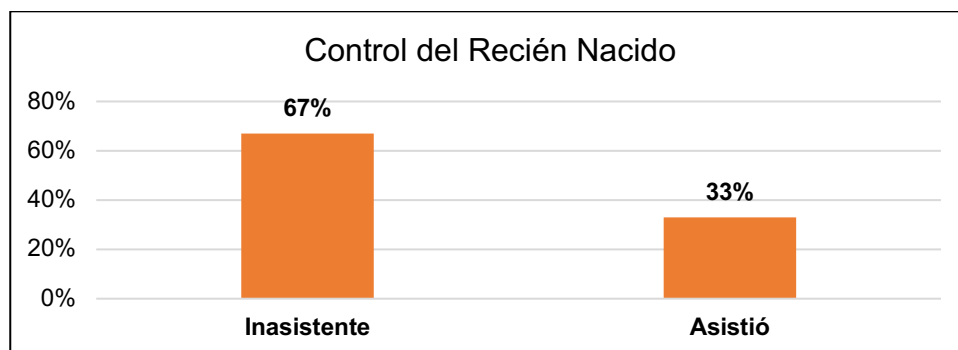
Figura 43. Asistencia al Control del Puerperio. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 3.915 mujeres de las que se reporta información en la base de datos, el 70%(2.751) se reporta que son inasistentes al control del puerperio y el 30%(1.164) reportaron que asistieron al control del puerperio.

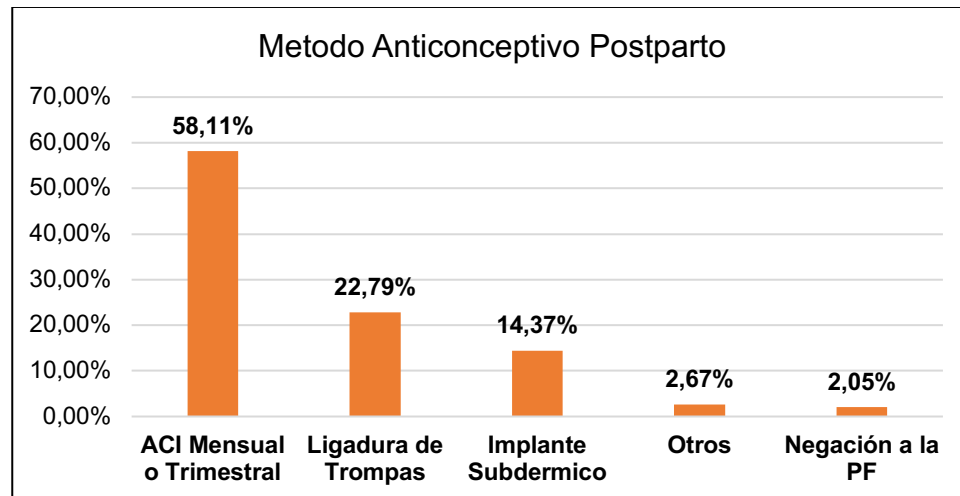
Figura 44. Asistencia al Control del Recién Nacido. Secretaria Departamental. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De los 3.617 recién nacidos a quienes se les reporta que asistieron al control, el 67%(2.422) no asistieron al control y el 33% sí asistió al control.

Figura 45. Método anticonceptivo que inician las mujeres post-parto. Secretaria Departamental de Salud. Cauca.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 4.160 mujeres que egresaron del programa de CPN ya sea por parto, aborto u otra causa, en la base de datos se registra que el 4,2%(974) ingreso a planificación familiar. De esas mujeres el 58,11%(566) escogieron la anticoncepción inyectable, ya sea mensual o trimestral; el 22,79%(222) se realizó ligadura de trompas, el 14,37%(140) se colocó el implante sub-dérmico, el 2,67%(26) escogió otros métodos de planificación entre ellos la anticoncepción oral y el 2,05%(20) se reporta que se negó a recibir planificación familiar.

En la base de datos se incluyeron los campos de seguimiento por partera, médico tradicional o personal de terreno de las IPS/EPS; sin embargo, al revisarla durante el 2016 los encargados de su diligenciamiento dejaron los campos vacíos.

5.1.5. Identificar las características de atención materna y perinatal desde la atención tradicional por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.

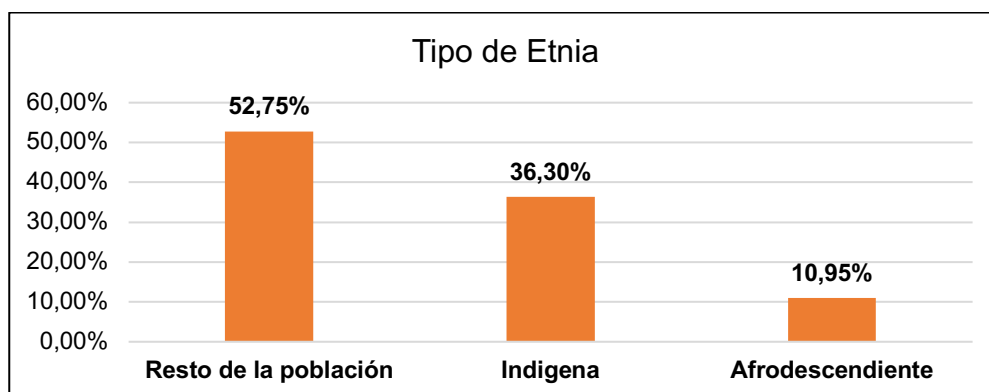
En la base de datos los campos relacionados con el seguimiento de la partera, el número de seguimientos, el total de seguimientos por medicina tradicional y el número de seguimientos por medicina tradicional no se encuentran diligenciados, por lo cual el análisis de dicha información no se puede realizar.

5.2 ANÁLISIS BIVARIADO

A continuación se presenta el análisis bivariado de la información proveniente de la Base de Datos de 2016, tomando en consideración la etnia como variable alrededor de la cual las demás variables proporcionan información.

5.2.1. Caracterizar demográficamente a la población étnica que recibió atención en salud en el departamento del Cauca, en 2016

Figura 46. Tipo de etnia de las gestantes. Secretaria Departamental de Salud del Cauca. 2016

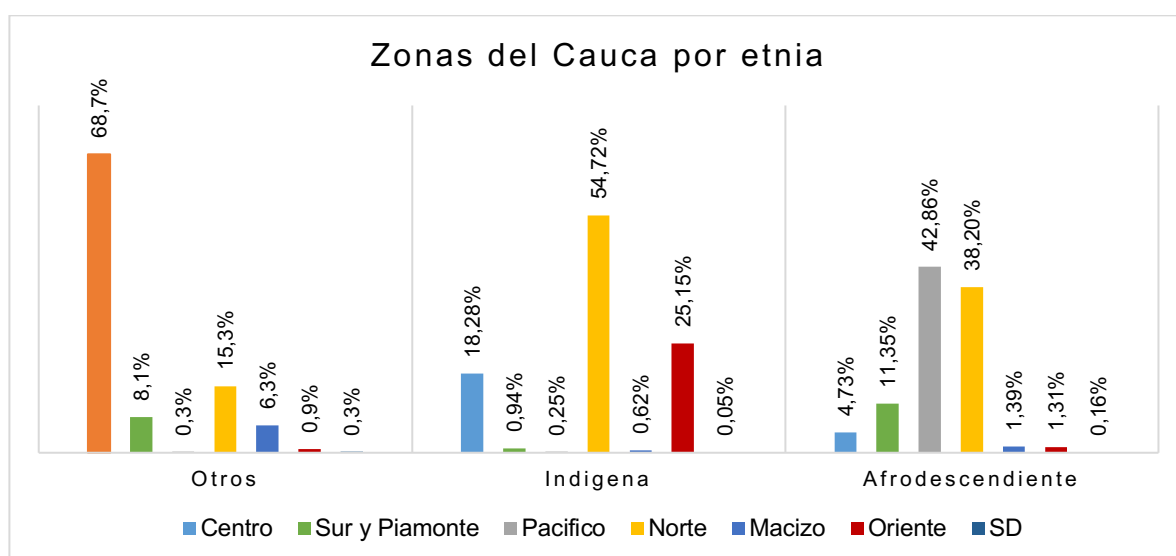


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Con respecto a la etnia, de 11.188 mujeres gestantes registradas en la bases de datos materno–neonatal Cauca 2016, en un 42.75% (5.902) representan al resto de la población, es decir, a los mestizos, mulatos, blancos, entre otros; 36.30%(4.061) de comunidades indígenas; 10,95% (1.1225) son afrodescendientes.

El departamento del Cauca esta distribuido en siete zonas² y las mujeres gestantes por pertenencia étnica esta distribuida, respecto a las mestiza y otras, el 68.7% (4.052) esta en el centro, el 15.3% (900) esta en el norte, el 8.1% (480) esta en el sur y el 6.3% (372) esta en el macizo. Las gestantes indígenas se encuentran el 54.72% (2.215) en el norte, el 25.15% (1.018) en el oriente y el 18.28% (740) en el centro del departamento. Las afrodescendientes estan el 42.86% (525) en el pacífico, el 38.2% (468) en el norte y el 11.35% (139) en el sur del departamento sobretodo en el municipio del patia.

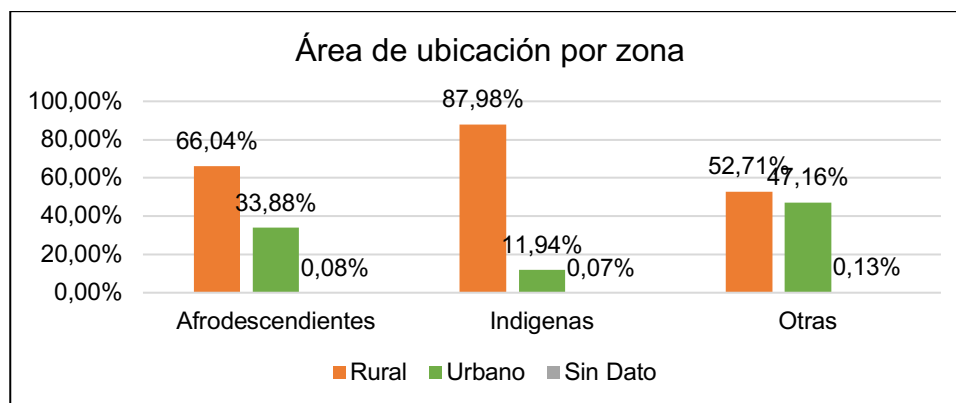
Figura 47. Distribución étnica por zona del departamento. Secretaria Departamental de Salud del Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

² Las siete zonas son: Centro: Popayán, Cajibío, Morales, Piendamó, Silvia, Totoró, Timbío, Puracé, El Tambo; Sur y Piamonte: Piamonte, Patía, Bolívar, Sucre, Mercaderes, Florencia, Balboa, Argelia, Pacífico: Guapi, López de Micay, Timbiquí; Norte: Jambaló, Toribio, Suarez, Buenos Aires, Santander de Quilichao, Caldono, Caloto, Corinto, Miranda, Guachene, Padilla, Puerto Tejada, Villarrica; Macizo: Rosas, Sotará, La Sierra, Almaguer, La Vega, Santa Rosa, San Sebastian; Oriente: Paez, Inza.

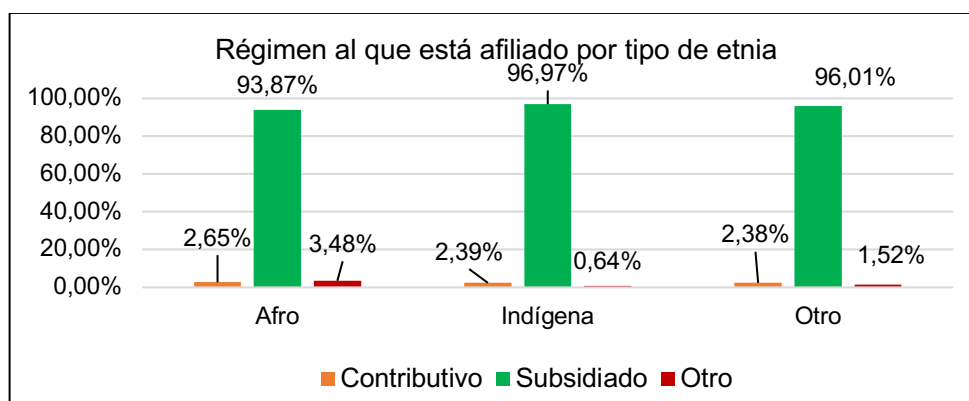
Figura 48. Zona de residencia por tipo de etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 mujeres, quienes viven en comunidades afro, el 66.04% (809) habitan en zona rural, el 33.88% (415) en áreas urbanas y el 0.08% (1) no reportó información del sitio de residencia. En cuanto a las indígenas, el 87.98% (3.573) viven en áreas rurales, el 11.94% (485) en urbanas y el 0.07% (3) no reportó datos respecto al área de la vivienda. En el grupo de otros el 52.71% (3.007) vive en zonas rurales, el 47.3% (2.882) en urbanas y el 0.13% (13) no reportó información sobre el área de la vivienda.

Figura 49. Régimen al que está afiliado por tipo de etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

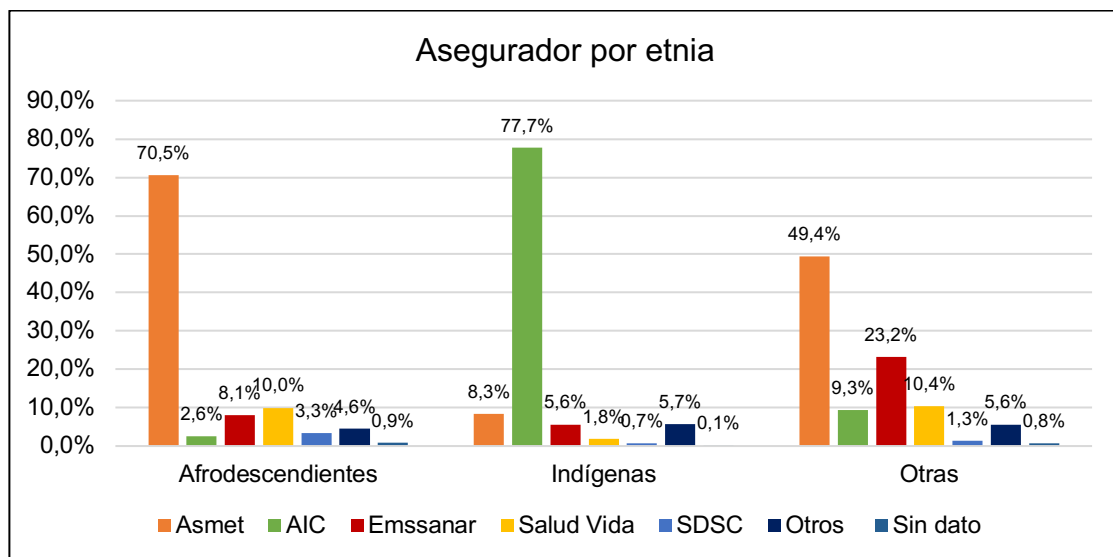


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De 11.188 mujeres, el 93.87% de las que pertenecen a comunidades afro, reportan que su régimen de afiliación al sistema de salud, es el subsidiado. Igual ocurre con el 96.97% de las indígenas y con el 96.01% del grupo de otros.

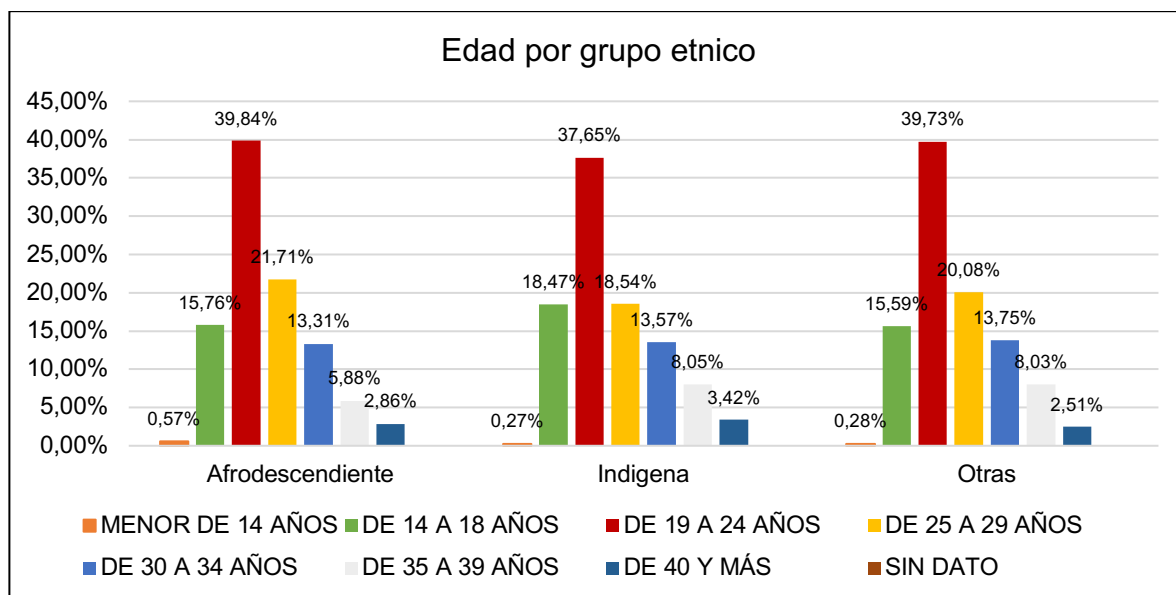
Respecto a la aseguradora, el 70,5% de la población esta afiliada a ASMET, el 10 % esta con Salud Vida, el 8,1% a Emssanar y el 3.3% esta con la Secretaria Departamental de Salud del Cauca (SDSC). El 77.7 % de la población indígena esta afiliada a la AIC, 8.3% esta en Asmet, el 0.7 % es la SDSC. Respecto al resto de la población el 49.4% esta afiliada a Asmet Salud, el 23.2% a Emssanar, el 10.4% a Salud Vida, el 9.3% a la AIC y el 1.3% a la SDSC.

Figura 50. Asegurador al que está afiliada por tipo de etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

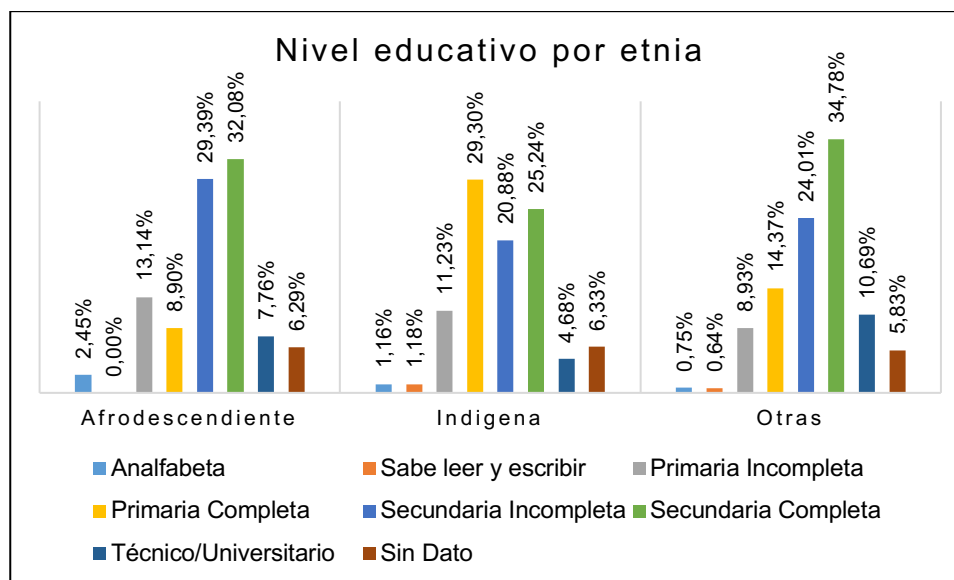
Figura 51. Edad de las gestantes por tipo de etnia. Secretaria Departamental de salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 mujeres, de las 1.225 que se identifican como afrodescendientes el 0,57% (7) son menores de 14 años, el 15.76% (193) esta entre 14 y 18 años, el 39.84% (488) entre 19 y 24 años, el 21.71% (266) entre 25 y 29 años, el 13.31% (163) entre 30 y 34 años, el 5.88% (72) de 35 a 39 años, el 2.86% (35) de 40 y más años y el 0.08% (1) no reporta dato de la edad. De las 4.061 mujeres que se identifican como indígenas el 0,27% (11) son menores de 14 años, el 18.47% (750) esta entre 14 y 18 años, el 37.65% (1.529) entre 19 y 24 años, el 18.54% (753) entre 25 y 29 años, el 13.57% (551) entre 30 y 34 años, el 8.05% (327) de 35 a 39 años, el 3.42% (139) de 40 y más años y el 0.02% (1) no reporta dato de la edad. De las 5.902 mujeres que se identifican como mestizas o de otras etnias el 0,28% (18) son menores de 14 años, el 15.59% (926) esta entre 14 y 18 años, el 39.73% (2.350) entre 19 y 24 años, el 20.08% (1.185) entre 25 y 29 años, el 13.75% (809) entre 30 y 34 años, el 8.03% (468) de 35 a 39 años, el 2.51% (144) de 40 y más años y el 0.04% (2) no reporta dato de la edad.

Figura 52. Nivel de estudios alcanzado por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



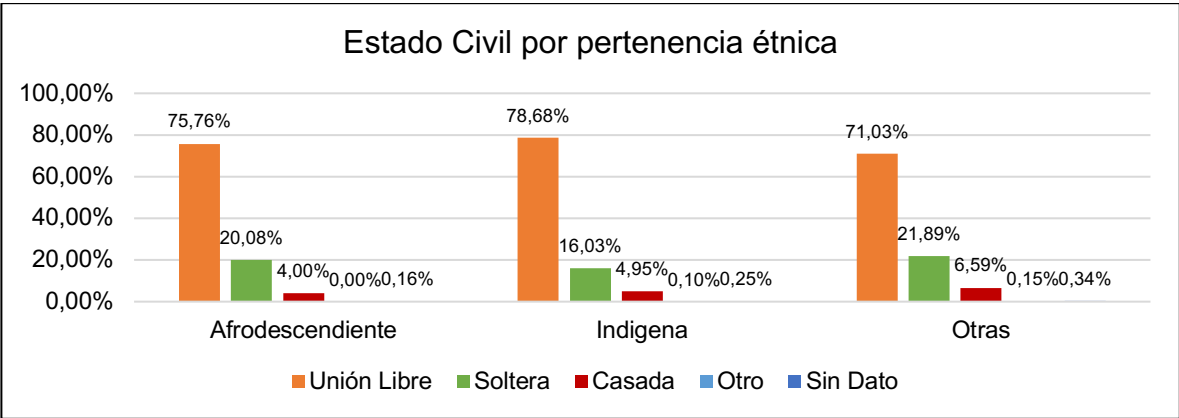
Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 mujeres, el 32,08% (393) que pertenecen a la población afrodescendiente terminó el bachillerato, el 25,24% (1025) de las mujeres indígenas terminó el bachillerato y de las que pertenecen a la población mestiza el 35,42% (2053) terminó el bachillerato.

El 8,90% (109) de la población afro terminó la primaria; el 29,30% (1.190) de indígenas 15,29% (848) de mestizos terminó la primaria. Respecto a la población analfabeta, el 2,53% (30) de mujeres afrodescendientes, 1,09% (47) indígenas y el 0,83% (44) de las mestizas, reconocen esta condición.

De la población que se reconoce como afrodescendiente el 7,76% (95) informan haber terminado la formación técnica o universitaria, de la población indígena el 4,68% (190) y el 10,69% (631) reconocer haber terminado dicha formación.

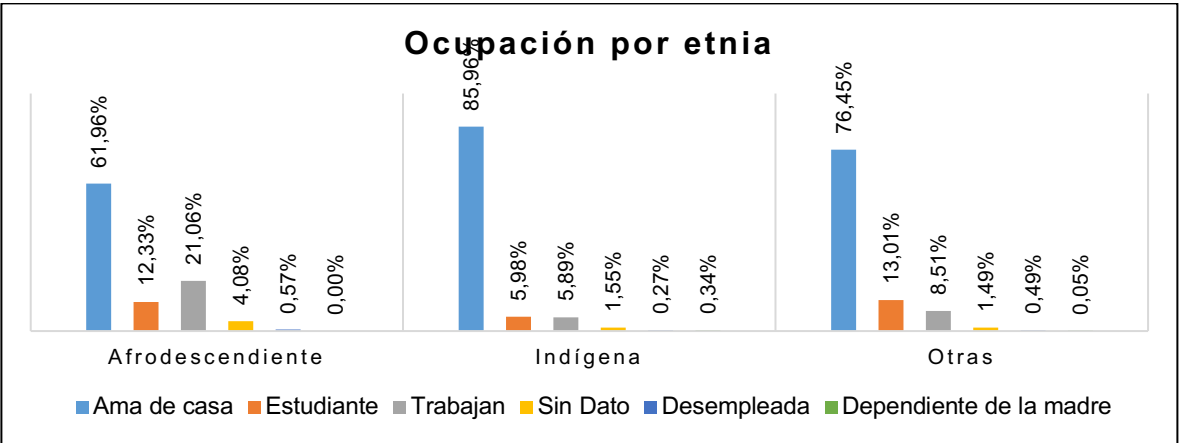
Figura 53. Estado civil por tipo de etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De 11.188 mujeres, el 4% (49) de las afro están casadas, al igual que el 4.95% (201) de las indígenas y el 6.59% (389) del resto de la población. En cuanto a permanecer en la condición de soltera, el 20.08% de las afrodescendientes, el 16.03% (651) de las indígenas y el 21.89% (1292). La unión libre la que aparece con mayores frecuencias, 75.76% (928) para las afrodescendientes y 78.68% (3195) para las indígenas. Condición que se aprecia también en el grupo de otros.

Figura 54. Ocupación por pertenencia étnica. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

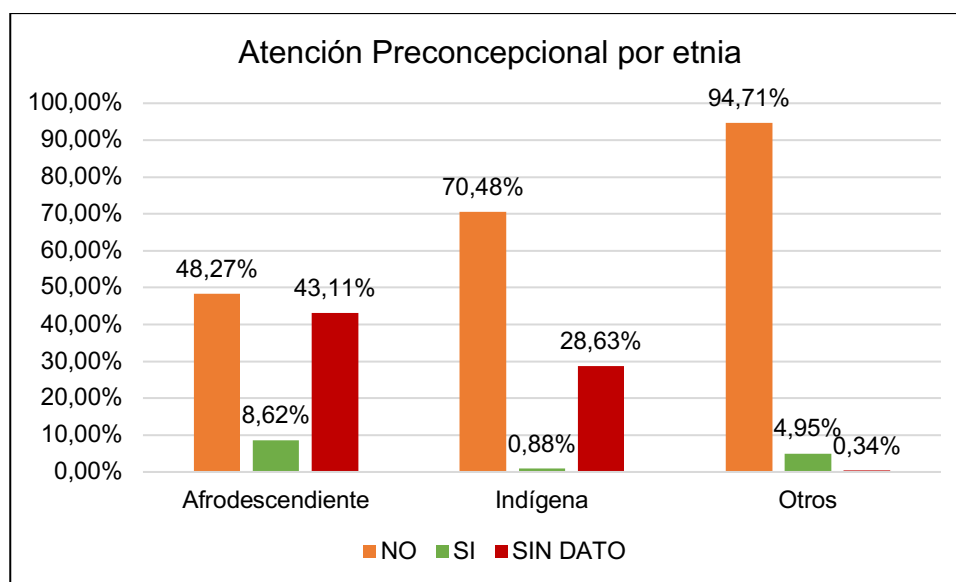
De las 11.188 mujeres con reporte de ocupación en la base de datos, de acuerdo a su pertenencia étnica, el 61.96% (759) de las afrodescendientes son amas de casa, al igual que el 85,96% (3.491) de las indígenas y 76.45% (4.512) para el resto de la población.

De las 8.93% (999), el dentro de la población afrodescendiente el 21.06% trabaja, el 59.3% (es decir, 12.49% del total de las afrodescendientes) de ellas en oficios varios; de la población indígena trabaja el 5.89% y el 8.51% de las otras etnias.

De las mujeres indígenas el 5.98% (243) reporta estudiar, al igual que el 12,33% (151) de las afrodescendientes y en el resto de la población es de 13.01% (768).

5.2.2. Describir las características de atención prenatal por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.

Figura 55. Atención preconcepcional según la etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca.2016.



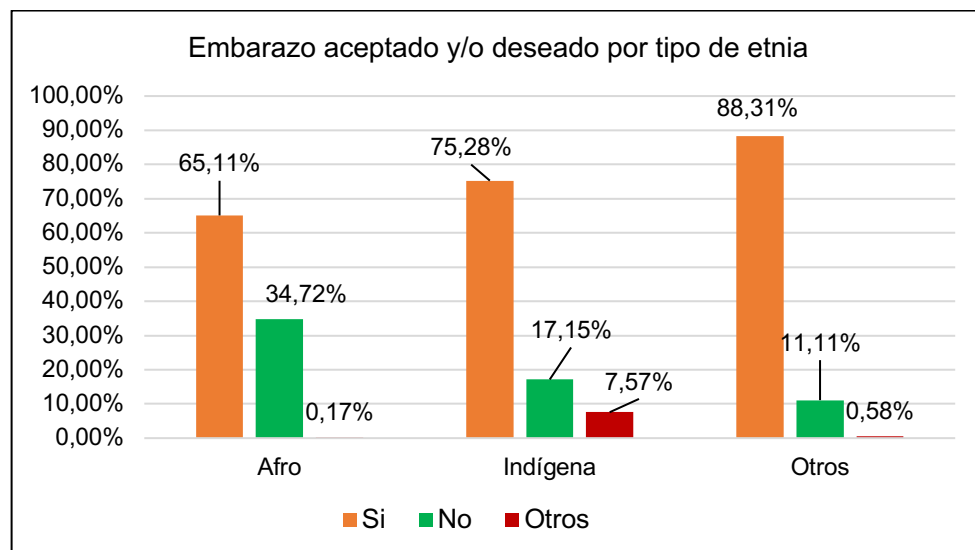
Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 mujeres, el 21.68% no reportó información en la base de datos sobre atención preconcepcional, de estas el 9% (216) son afrodescendientes, el 18 % son indígenas y el 74% son del resto de la población.

De las 8.745 mujeres que tienen dato, el 48.27% de la población afrodescendiente, el 70.48% de la indígena no recibieron atención preconcepcional y un 94.71% del resto de la población.

El 43.11% de afrodescendientes, el 28.63% de indígenas y el 0.34% de los otros no proporcionaron información respecto a si recibieron o no atención preconcepcional.

Figura 56. Embarazo aceptado y/o deseado por tipo de etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca.2016



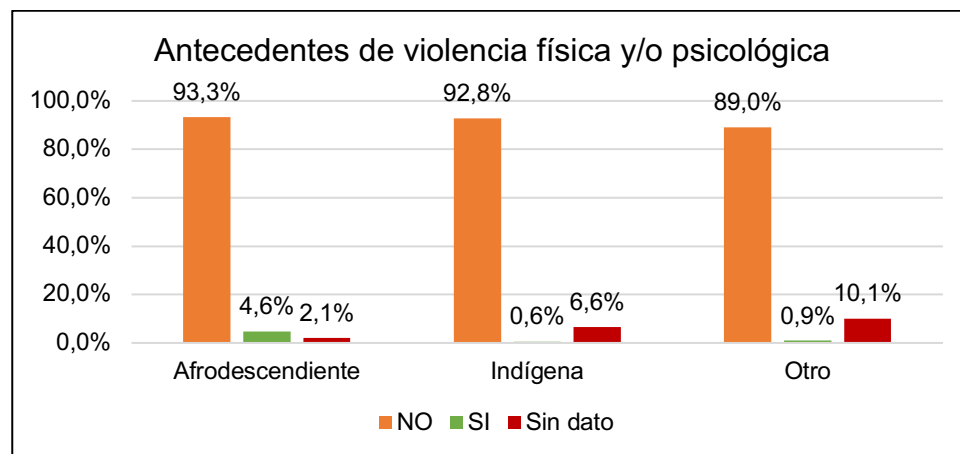
Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Según la Base de Datos de 11.027 mujeres, se observa que predomina la aceptación o el deseo por la condición de embarazada en las distintas comunidades. El 65.11% de las mujeres afrodescendientes y el 75.28% de las indígenas,

reconocen que ellas y sus familias están de acuerdo con su nueva condición. En el grupo otros, la situación es similar.

En cuanto a no estar de acuerdo, sin especificar las razones, el 34.72% de las afrodescendientes y el 17.15% de las indígenas, afirman que su embarazo no ha sido aceptado plenamente en su entorno familiar, aunque en menor proporción que lo ocurrido a las mujeres afro.

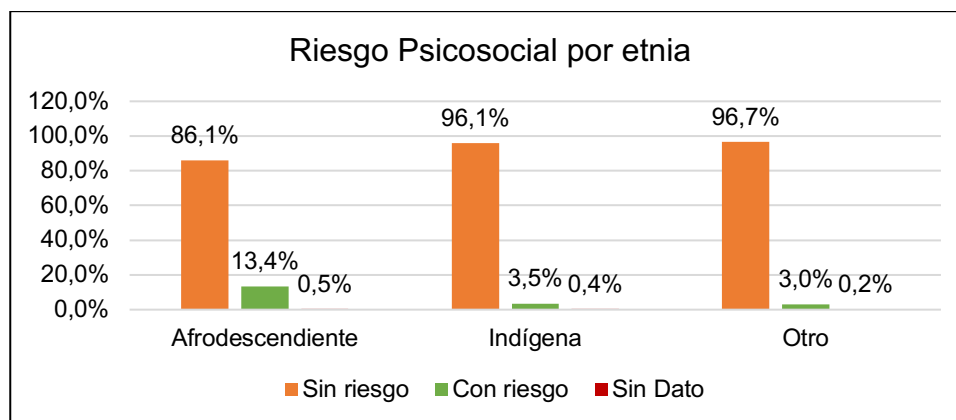
Figura 57. Antecedentes de violencia física o psicológica por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca.2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 10.925 mujeres que tenían dato reportado, de las afrodescendientes el 4.6% (53) reporto antecedentes de violencia física y/o psicológica, el 0.6% (23) de las que se identifican como indígenas y el 0.9% (52) de las que se reportan de otras etnias.

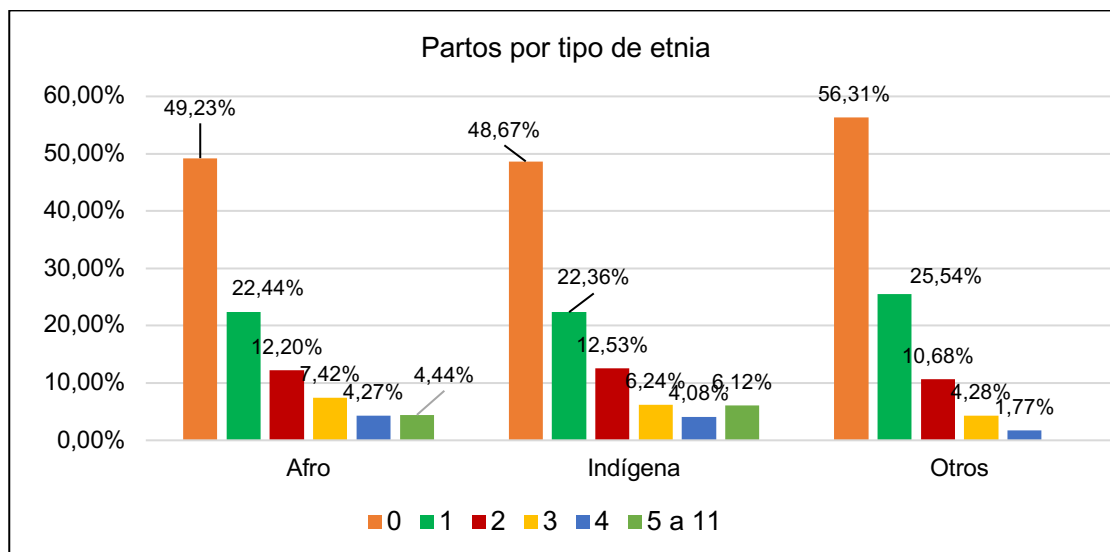
Figura 58. Riesgo Psicosocial al ingreso al control prenatal por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188, El 86.1% de las mujeres afrodescendientes se reporta sin riesgo, el 13.4% con riesgo y e 0.5% sin dato, de las mujeres indígenas el 96.1% se reporta sin riesgo, el 3.5% con riesgo y el 0.4% sin dato. En las de otras etnias, el 96.7 % se encuentra sin riesgo, el 3.5% con riesgo y el 0.2% sin dato respecto al riesgo psicosocial.

Figura 59. Antecedentes de parto por tipo de etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

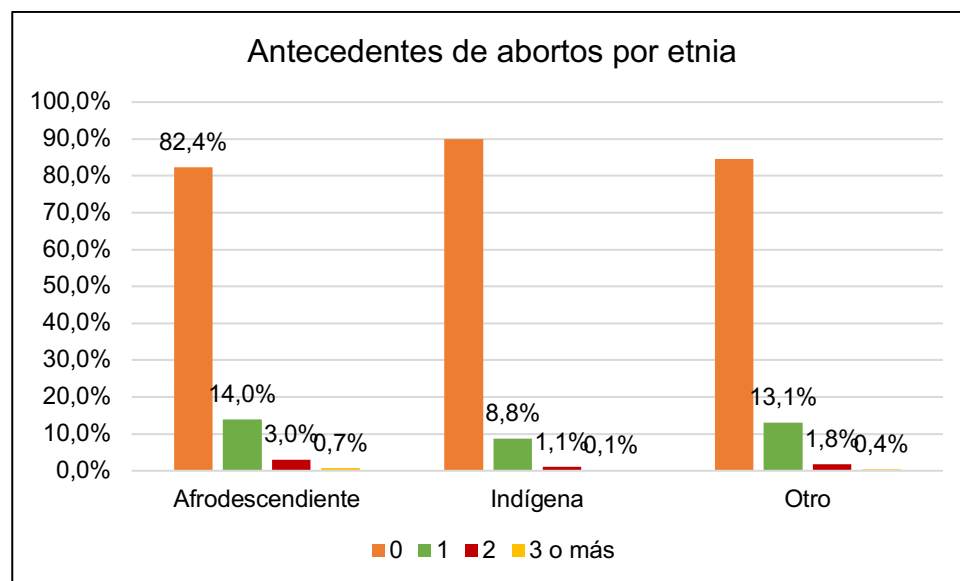


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

En cuanto al número de partos, entre las 10.849 mujeres, las que declaran estar embarazadas por primera vez muestran que dentro de los grupos poblacionales, en los afros es del 49.23%; el 48.67% en los indígenas y el 56.31% corresponden al grupo otros.

Con un parto aparecen el 22.44% de afros y el 22.36% de indígenas. De allí en adelante se observa una tendencia decreciente hasta las que manifiestan haber tenido entre 5 a 11 embarazos previos. Sin embargo, dentro de la población afrodescendientes el 48,68% manifiesta haber tenido más de tres embarazos, en la población indígena el 37,53% y en otros es de 33,3%.

Figura 60. Antecedente de abortos por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.

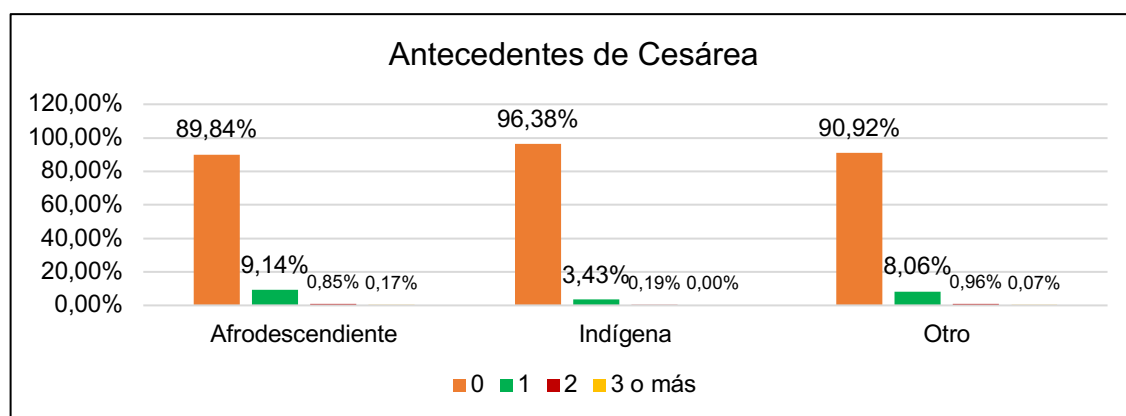


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Del 2.7% de las celdas que se encuentran vacías, el 13 % corresponde a afrodescendientes, el 20 % a indígenas y el 67% a otras etnias.

De acuerdo con la Base de Datos de 10.884 mujeres, el 17.6% de las mujeres afrodescendientes, el 10% de las mujeres indígenas y el 15.4% de las otras etnias refieren haber tenido 1 o más abortos

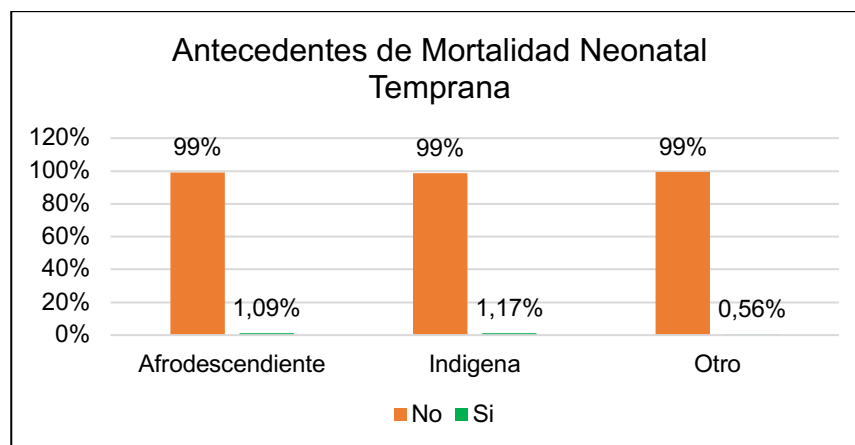
Figura 61. Antecedentes de cesáreas por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 10.846 mujeres que suministraron información sobre antecedentes de la realización de cesáreas previas al embarazo actual, dentro de la población afrodescendiente el 89,84% reportó no tener cesáreas previas, en la población indígena el 96,38% y en la otra población el 90,92% reportó no tener cesáreas previas. En la población afrodescendiente el 9,14% reportó haber tenido 1 cesárea, en los indígenas el 3,43% y en la otra población es de 8,06%.

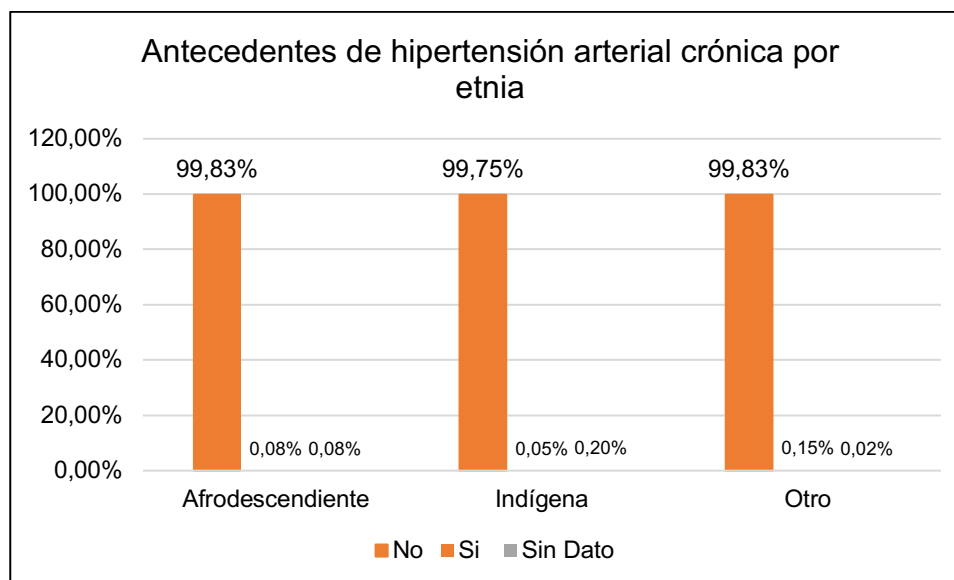
Figura 62. Antecedentes de mortalidad neonatal temprana por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De 10.779 mujeres en la base de datos, dentro de las indígenas el 1,17% tienen antecedentes de mortalidad neonatal temprana, de 1,09% dentro de la población afrodescendiente y 0,56% en los otros.

Figura 63. Hipertensión arterial crónica de las gestantes por etnia. Secretaria Departamental de Salud. 2016.

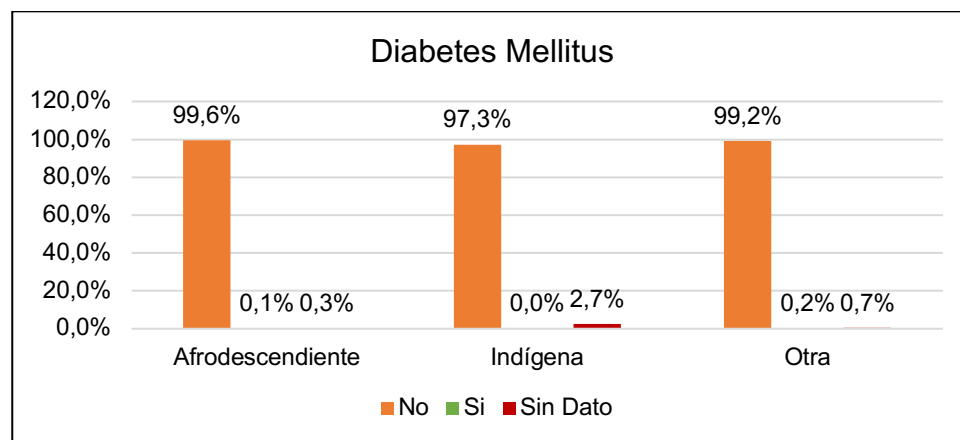


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal.2016

Del 0.5% (58) de los campos vacíos, el 36.21% (21) corresponden a población afrodescendiente, el 34.48% (20) a población indígena y el 29.31% (17) a otras etnias.

De 11.130 mujeres que respondieron, el 99.83% de la población reporta no tener antecedentes de hipertensión arterial crónica, el 99.75% de los indígenas y el 99.83% de las otras etnias.

Figura 64. Diabetes Mellitus en las gestantes por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca.2016.

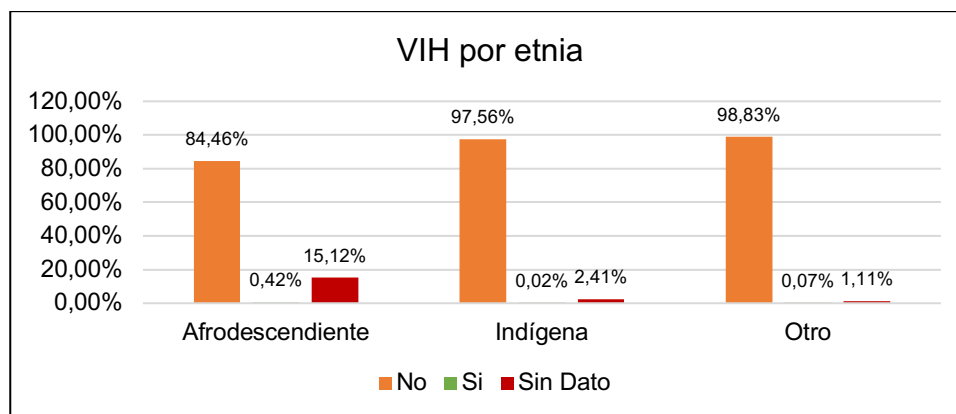


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal.2016

Del 0.9% (100) de campos vacíos, corresponden a el 20% (20) mujeres afrodescendientes, 24% (24) mujeres indígenas y el 56% (56) a mujeres de otras etnias.

El 99.6% de las gestantes afrodescendientes, el 97.3% de las indígenas y el 99.2% de las de otras etnias reporta no tener diabetes mellitus.

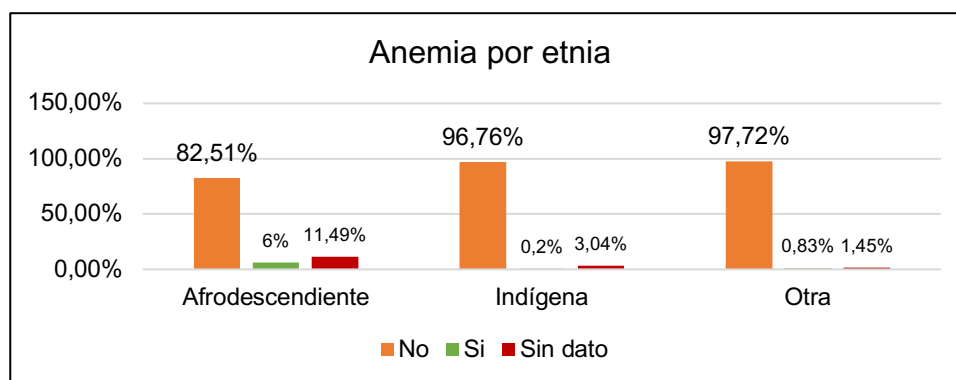
Figura 65. Gestantes con VIH por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal.2016

Del 1.6% (181) gestantes con el campo de VIH vacío, el 15.47% (28) son afrodescendientes, 23.20% (42) son indígenas y 61.33% (111) son de otras etnias. De las mujeres que son afrodescendientes y cuentan con registro de VIH, el 84.46% (1.011) refieren no tener VIH, el 0.42% (5) registran tener VIH y el 15.12% (181) se registran sin dato. De las indígenas, el 97.56% (3.921) no refieren la enfermedad, el 0.02% (1) tienen VIH, el 2.41% (97) se encuentra sin dato. En la población mestiza el 98.83% (5.723) refiere no tener VIH, un 0.07% (4) refieren tener VIH y en 1.11% (64) no tienen dato.

Figura 66. Gestantes con anemia por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.

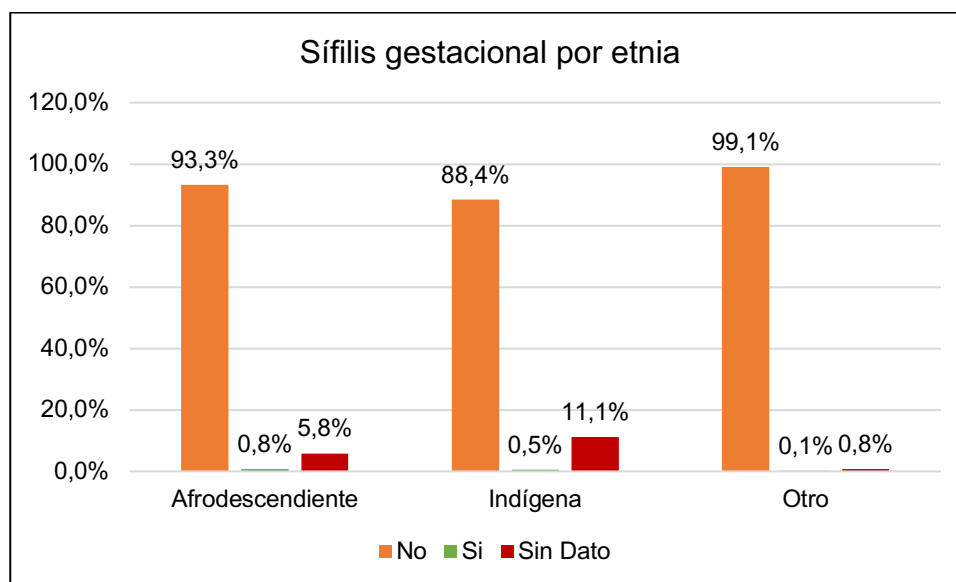


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 177 mujeres que tenían el campo vacío respecto a la anemia, el 14% (24) son afrodescendientes, el 24% (43) son indígenas y el 62% (110) son de otras etnias.

De las 11.011 mujeres que tienen reporte de anemia, de las afrodescendientes el 82.51% (991) no refieren anemia, el 6% (72) refieren en la base de datos anemia y el 11.49% no tiene dato registrado. En las indígenas; el 96.76% (3888) no tienen anemia, el 0.2% (8) tiene anemia y el 3.04% (122) no tiene dato. En las otras etnias; el 97.72% (5.660) no tiene anemia, el 0.83% (48) tiene anemia y el 1.45% (84) no tiene dato.

Figura 67. Gestantes con Sífilis Gestacional por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

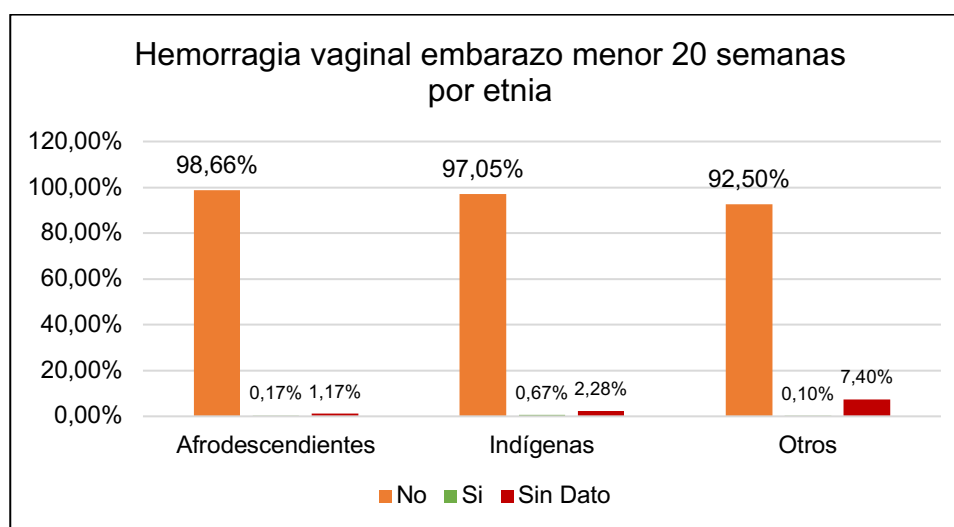


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 11.188 mujeres que se encuentran en la base de datos, en el 1.4% (156) las celdas se encontraban vacías. De este 1.4%, el 14.7% (23) son afrodescendientes, el 23.7% son indígenas y el 61.5% son de las otras etnias.

De las 11.032 gestantes con dato registrado de sífilis gestacional, en la población afrodescendiente el 93.3% (1.122) no tienen sífilis gestacional, el 0.8% (10) tienen sífilis gestacional y 5.8% (70) se encuentra sin dato. En la población indígena el 88.4% (3.557) según la base de datos no tienen sífilis gestacional, 0.5% (19) tiene sífilis gestacional y el 11.1% (448) se encuentra sin dato. En las otras etnias, el 99.1% (5.753) no tiene sífilis, 0.1% (6) y 0.8% (47) no registra dato.

Figura 68. Hemorragia vaginal en gestantes de menos de 20 semanas por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



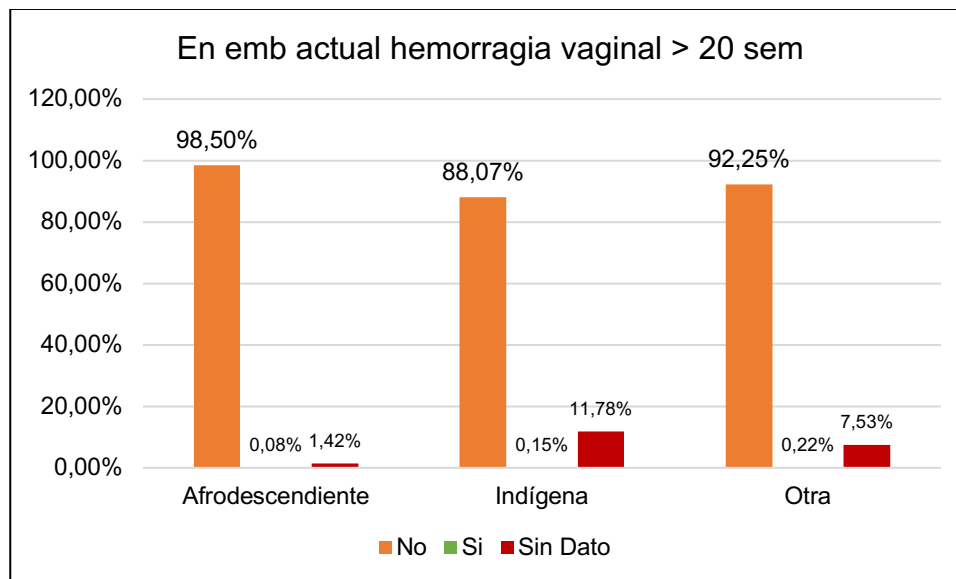
Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Del 1.4 % (156) gestantes con el campo vacío de hemorragia vaginal en embarazos de menos de 20 semanas, el 17.31% (27) es afrodescendiente, el 17.95% (28) es indígena y el 65.38% (102) es en otras etnias.

De las 11.032 gestantes que tiene diligenciado el campo de haber presentado hemorragia vaginal en el embarazo actual durante el periodo de menor de 20 semanas. En la población afrodescendiente, el 98.66% (1.182) no han presentado hemorragia, 0.17% (2) presento hemorragia vaginal y 1.17% (14) estan sin dato. De lo indígenas, el 97.05% (3.914) no presento hemorragias, el 0.67% (27) presento

hemorragia vaginal antes de la semana 20 del embarazo y 2.28% (92) esta in dato. En las otras etnias, el 92.52% (5.366) no presento hemorragia vaginal, el 0.10% (6) presento hemorragia vaginal y 7.38% (428) esta sin dato.

Figura 69. Hemorragia vaginal en gestantes de más de 20 semanas de embarazo. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



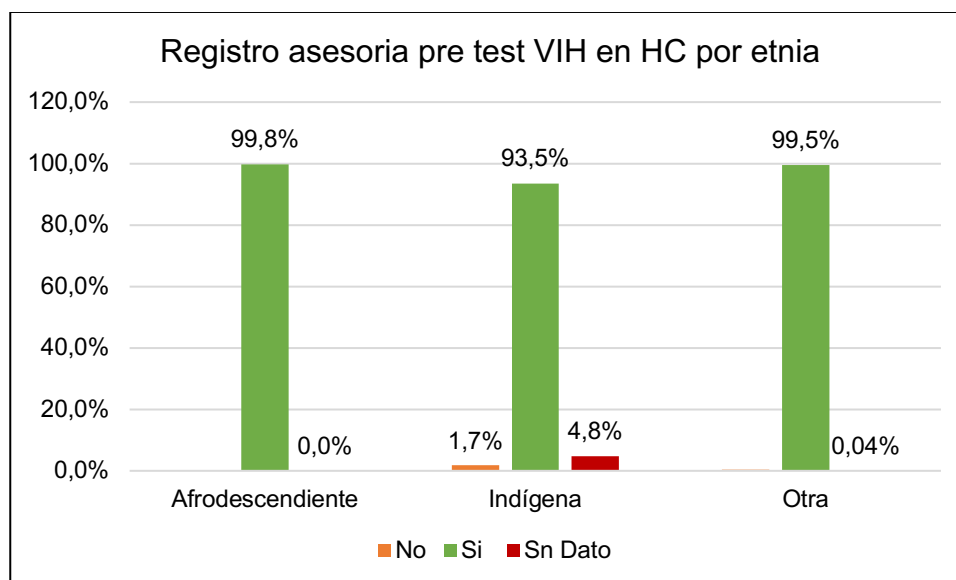
Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Del 1.5% (170) de campos vacíos de la hemorragia vaginal en el embarazo actual de más de 20 semanas, el 14.1% (24) son afrodescendientes, el 21.2% (36) son indígenas y el 64.7%(110) son de otras etnias.

De las 11.018 gestantes que reportan información respecto a hemorragia vaginal en embarazo mayor de 20 semanas, de las afrodescendientes el 98.5% (1.183) no han presentado hemorragia vaginal, 0.08% (1) presento hemorragia vaginal y 1.42% (17) se encuentra sin dato. De las indígenas, el 88.07% (3545) no han presentado hemorragia vaginal, el 0.15% (6) ha presentado hemorragia vaginal y el 11.78% (474) se encuentra sin dato. De las otras etnias, el 92.25% (5343) no ha presentado

hemorragia vaginal, el 0.22% (13) ha presentado hemorragia vaginal y el 7.53% (436) se encuentra sin dato.

Figura 70. Registro de asesoría pre test VIH en historia clinica por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

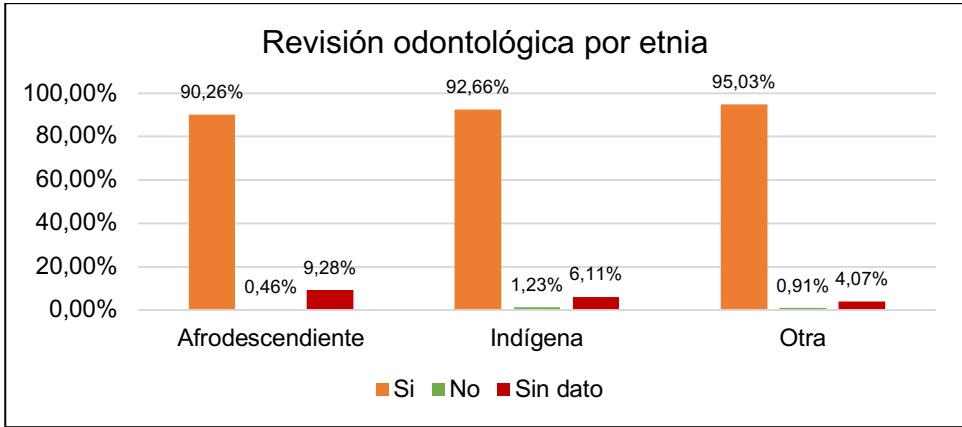


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 12.7% (1.421) que estan las celdas vacías, el 13.9% (197) son afrodescendientes, el 34.8% (494) son indígenas, el 51.4% (730) son de otras etnias.

De las 9.767 gestantes con registro de asesoría pre test VIH en historia clinica, de las afrodescendientes el 0.2% (2) no se realizó la asesoría, el 99.8% (1.026) tiene dato registrado de que se realizó. En las gestantes indígenas, el 1.7% (62) no tienen el dato registrado, el 93.5% (3.334) se registro el dato de la asesoría y el 4.8% (171) el registro es sin dato. De las otras etnias, el 0.4% (23) no se ha realizado la asesoría, en el 99.5% (5.147) se registro la realización de la asesoría y en 0.04% (2) no se cuenta con dato.

Figura 71. Revisión odontológica por etnia. Secretaria Departamental de Salud del Cauca.

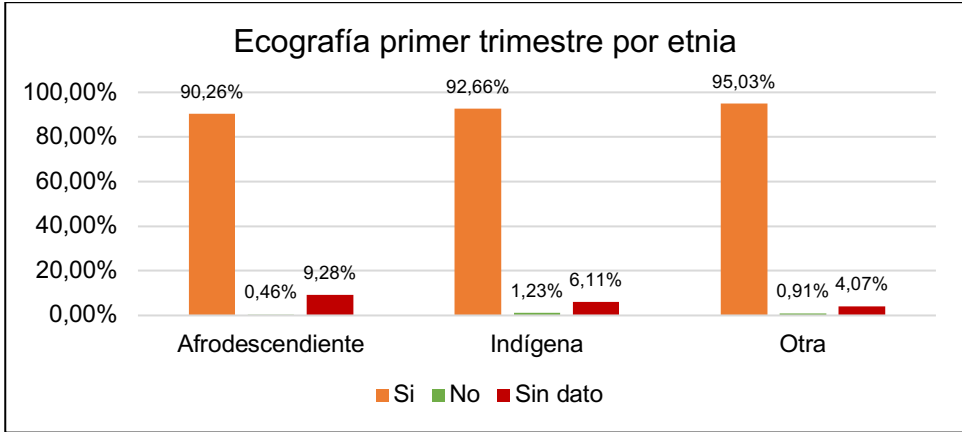


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Del 22.6% (2.525) de las gestantes con las celdas vacías, el 12.32% son afrodescendientes, el 39.68% (1.002) son indígenas y el 48% son de otras etnias.

De las 8.663, de las gestantes afrodescendientes el 99.12% (906), de las indígenas 98.20% (3.004) y el 97.65% (4.580) de otras etnias recibieron revisión odontológica.

Figura 72. Realización ecografía primer trimestre por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.

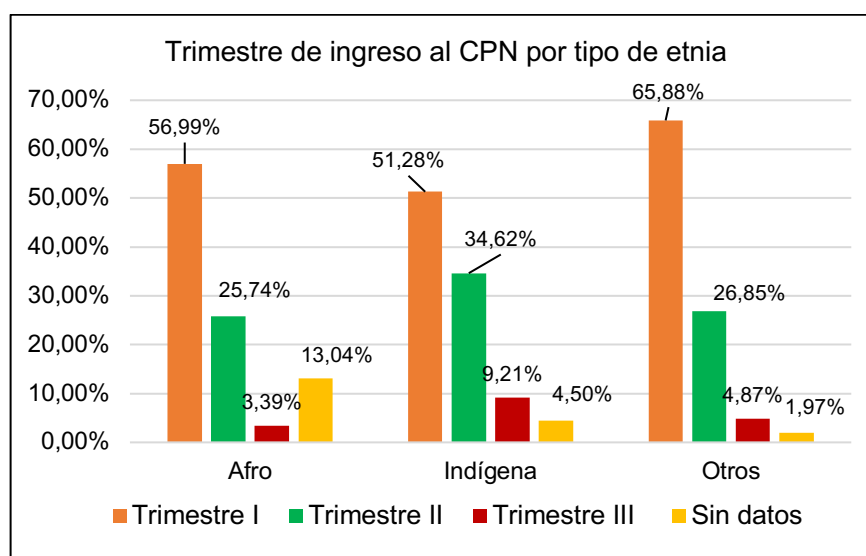


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Del 33.7% (3.772) de los campos vacíos, el 9.33% (352) son gestantes afrodescendientes, el 36.53% (1.378) son gestantes indígenas y el 54.14% (2.042) son de otras etnias se realizaron la ecografía del primer trimestre.

De las 7.416 gestantes, de la afrodescendientes el 90.26% (788), el 92.66% (2.486) de las indígenas y el 95.03% (3.668) de otras etnias se realizó la ecografía correspondiente al primer trimestre.

Figura 73. Trimestre de ingreso al CPN por tipo de etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.

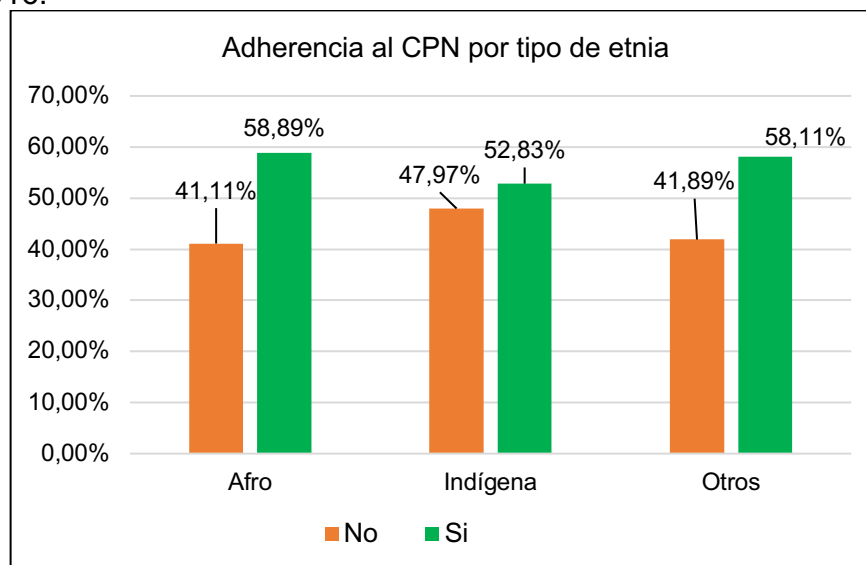


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De 11.002 mujeres, entre las que corresponden a las poblaciones afrodescendiente e indígena, el 56.99% de las afrodescendientes y el 51.28% de las indígenas, ingresaron durante el primer trimestre al programa CPN.

El 25.74% y el 34.62% respectivamente, lo hicieron en el segundo trimestre. Para el tercer trimestre, el 3,39% y el 9,21% de las mujeres afrodescendientes e indígenas ingresaron al control prenatal.

Figura 74. Adherencia al CPN por tipo de etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



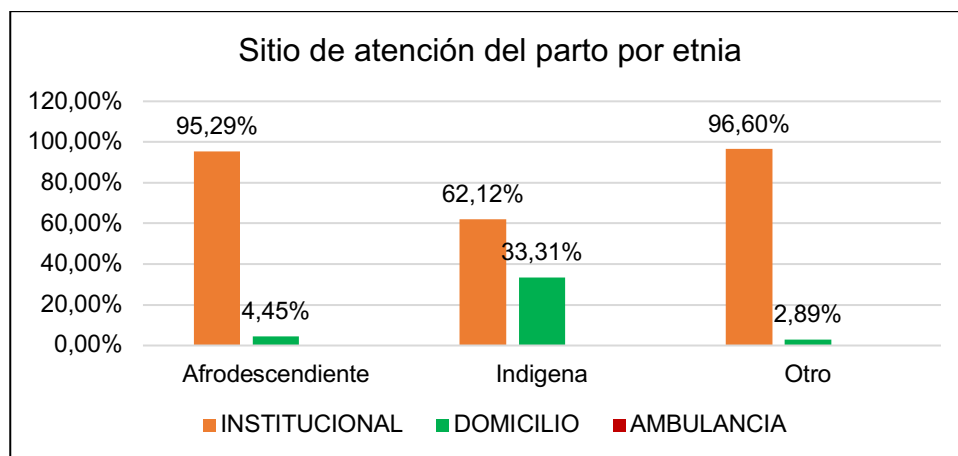
Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

En cuanto a la adherencia al CPN, de 11.020 mujeres, entre la población afrodescendiente el 41.11% no tuvo adherencia al control prenatal, mientras que al 58.89% tuvo adherencia al control prenatal. Respecto de las indígenas, en el 47.97% se reportó que no y el 52.83% que sí.

5.2.3. Describir las características de atención del parto y recién nacido por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.

Los datos de la atención de parto y del recién nacido tienen subregistro, por eso de 5.193 gestantes que se reportan como saliendo del programa por diversas causas, 4.160 salen por atención de parto o cesárea; sin embargo, al revisar las variables de parto estas se ven afectadas por el mal registro y el subregistro.

Figura 75. Sitio de atención del parto por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016

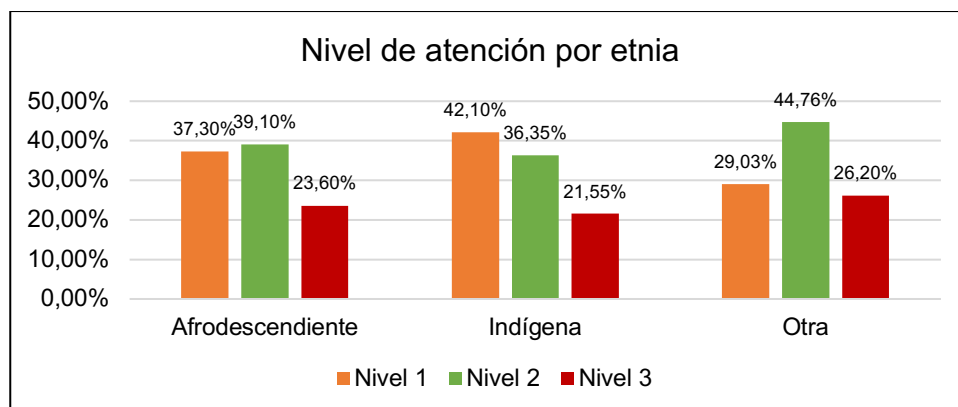


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 4.160 mujeres, en la población afrodescendiente el 95,29% su parto fue atendido institucionalmente, el 62,12% en la población indígena y el 96,6% en el resto de la población.

El parto domiciliario es para la población indígena el 4.45% , para la indígena es del 33,31% y para los otros el 2,89%.

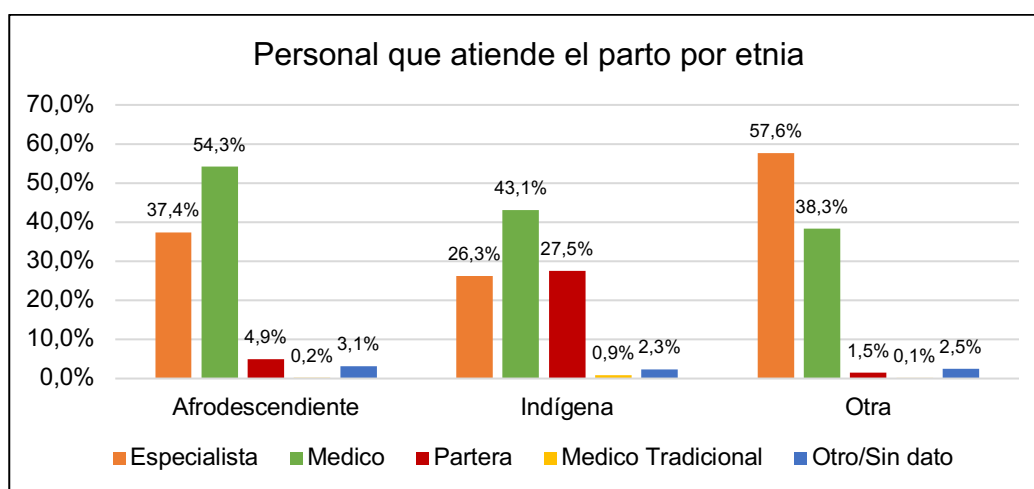
Figura 76. Nivel de atención del parto institucional por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De los 3.555 partos reportados como atendidos institucionalmente, para la población afrodescendiente el 37.30% (166), el 42.10% (461) de los indígenas y el 29.03% de las otras etnias se atiende en el primer nivel de atención. En el segundo nivel de la población afrodescendiente el 39.10% (174) es atendida, el 36.35% (398) de las gestantes indígenas y el 44.76% (902) de las gestantes de otras etnias. Y en el tercer nivel de atención, el 23.6% (105) de las afrodescendientes, el 21.55% (236) de las indígenas y el 26.2% (528) de las otras etnias son atendidas.

Figura 77. Personal que atiende el parto por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



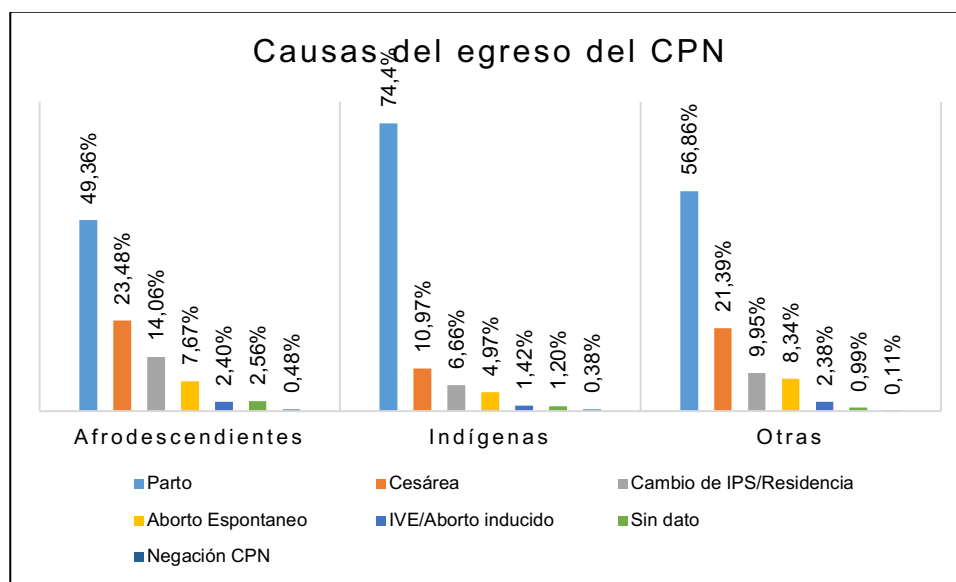
Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

El 97.52% (4.057) de los partos atendidos son atendidos por ginecologos, medicos generales, parteras y medicos tradicionales.

De las 4.160 mujeres que reportan la atención del parto, en las afrodescendientes el 37.4% es atendido por especialista, el 54.3% es atendido por medico general, el 4.9% por partera, el 0.2% por medico tradicional y el 3.1% esta sin dato. En las gestantes indígenas, el 26.3% es atendido por especialista, el 43.1% por medico general, 27.5% por partera, el 0.9% por médico tradicional y el 2.3% esta sin dato.

En las de otras etnias, el 57.6% es atendido por especialista, el 38.3% por médico general, el 1.5% por partera, el 0.1% por médico tradicional y el 2.5% esta sin dato.

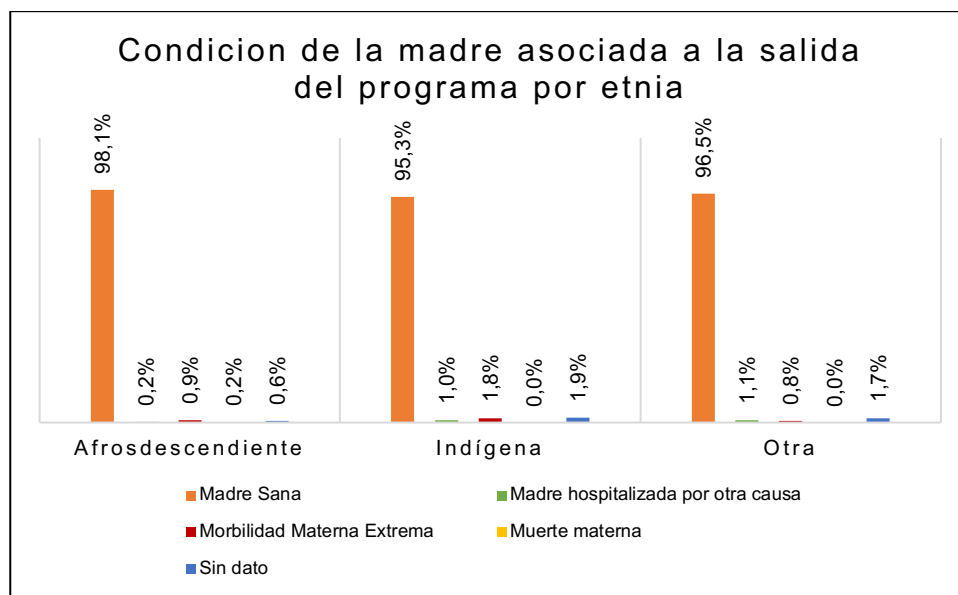
Figura 78. Causas del egreso del programa de CPN. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 5.193 gestantes, de las que pertenecen a la población afrodescendiente el 72.84% (456) sale del programa de control prenatal (CPN) porque tuvo parto normal o cesárea, el 14.06% (88) por cambio de IPS o residencia, el 10.07% (63) por aborto espontáneo o inducido, el 2.56% (16) no tiene dato y el 0.48% (3) se negaron al control prenatal. Las que pertenecen a la población indígena el 85.37% (1.564) sale del programa de control prenatal (CPN) porque tuvo parto normal o cesárea, el 6.6% (122) por cambio de IPS o residencia, el 6.39% (63) por aborto espontáneo o inducido, el 1.20% (22) no tiene dato y el 0.38% (7) se negaron al control prenatal.

Figura 79. Condición en que la madre egresa del programa CPN. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.

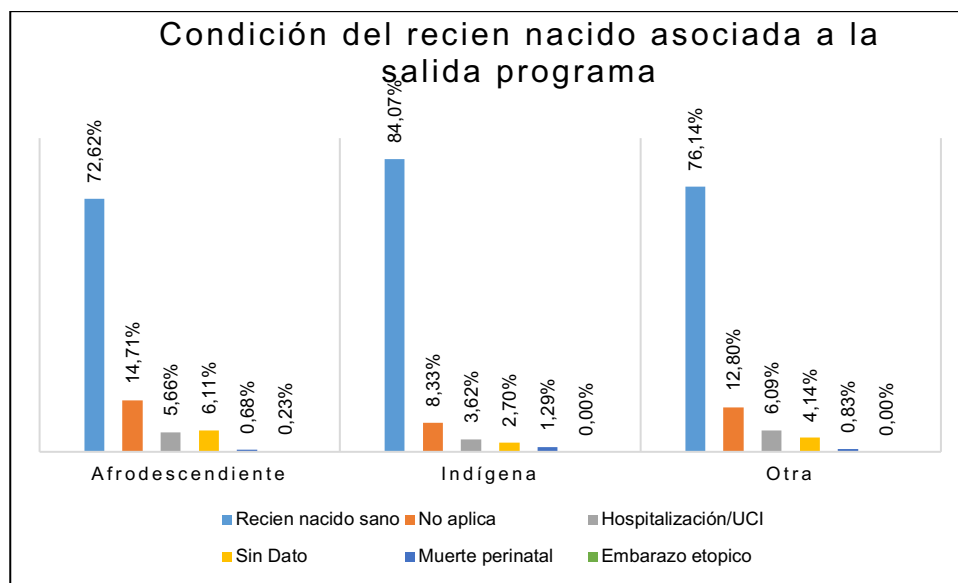


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

Del 14% (738) de las celdas vacías frente a la condición de la madre asociada a la salida del programa, el 22% (161) son afrodescendientes, el 26% (189) son indígenas y el 53% (388) son de otras etnias.

De las 4.455 gestantes, en las tres etnias el 98.1% (456), el 95.3% (1.565) en las indígenas y el 96.5% (2.264) en otras etnias las condiciones de salida de la madre es sana. La morbilidad materna extrema se da en 0.9% (4) de las afrodescendientes, el 1.8% (30) de las indígenas y el 0.8% (19) de las de otras etnias. En las gestantes afrodescendientes la condición de salida en el 0.2% (1) es una muerte materna.

Figura 80. Condición en el que el Recien Nacido egresa del programa de CPN. Secreria Departamental de Salud. Cauca. 2016.

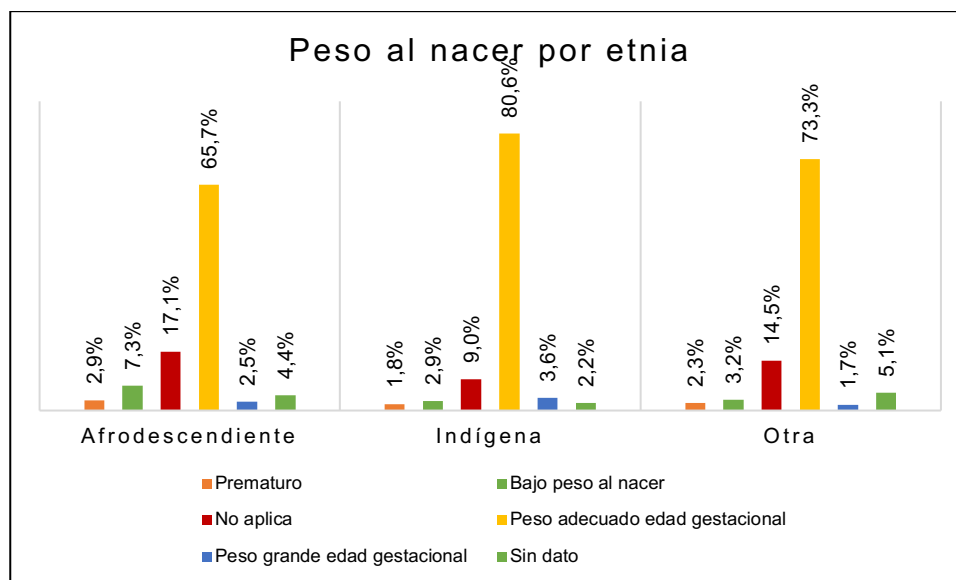


Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 5.193 que registran salida del programa por diferentes causas, el 15.8% (822) tiene los campos vacíos. De estos, el 22% (184) son afrodescendiente, el 24% (200) son indígenas y el 53% (438) son de otras etnias.

De los 4.371 campos de la condición del recién nacido a la salida del programa, en las gestantes afrodescendientes el 72.62% (321) su condición es recién nacido sano, de las indígenas es 84.07% (1.372) y de las otras etnias es 76.14% (1.749). De las muertes perinatales, el 0.68% (3) de la población afrodescendiente es su condición de salida, el 1.29% (21) de las indígenas y el 0.83% (19) de las otras etnias.

Figura 81. Peso del recién nacido al egreso por etnia. Secretaría Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

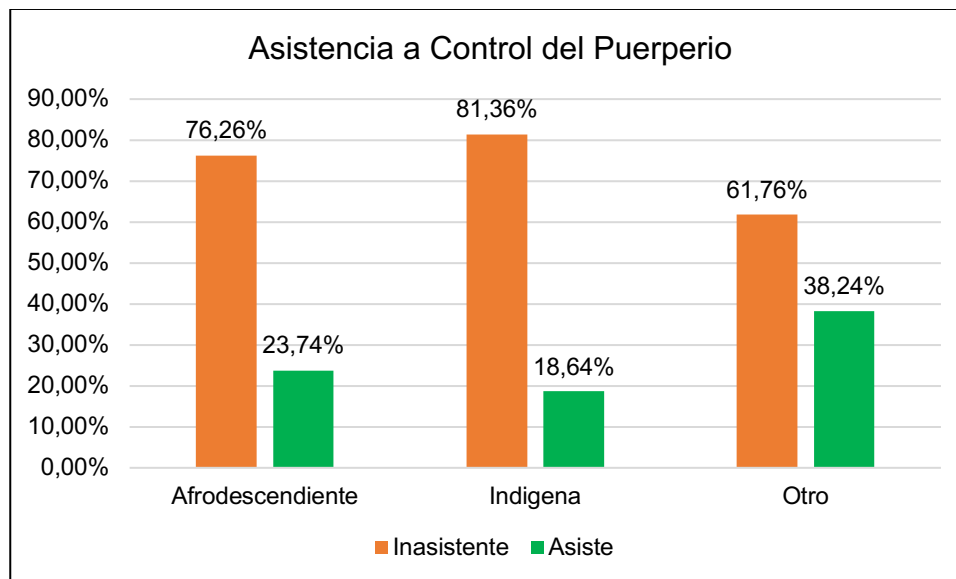
De las 5.193 gestantes que reportan salida del programa, en el campo peso al nacer se encuentran el 33.72% (1.751) vacíos. De estos el 18% (311) son afrodescendientes, el 29% (500) son indígenas y el 54% (940) son de otras etnias.

De los 3.442 campos que se encuentran diligenciados para peso al nacer, para las gestantes afrodescendientes el 10.2% (32), el 4.7% (62) de las indígenas y el 5.5% (98) de las otras etnias son recién nacidos prematuros o de bajo peso.

Los recién nacidos de peso adecuado para el nacimiento, para las mujeres afrodescendientes es del 65.7% (207), para las indígenas es de 80.6% (1073) y para las gestantes de otras etnias es del 73.3% (1.315)

5.2.4. Describir las características de atención del puerperio por grupo étnico en el departamento del Cauca, en 2016.

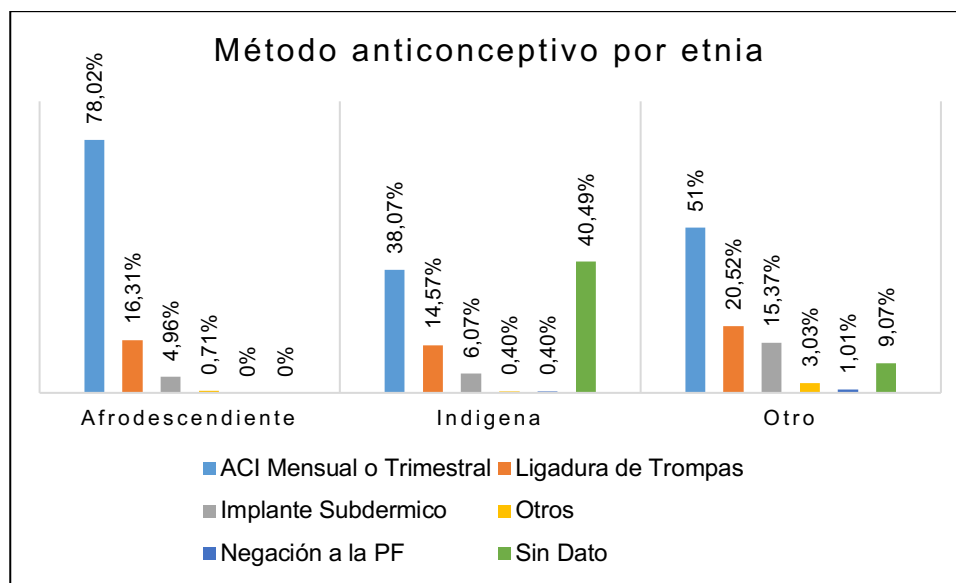
Figura 82. Asistencia al Control del Puerperio por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De las 3.808 mujeres, de la población afrodescendiente el 76,26% es inasistente al control del puerperio; de la población indígena el 82,36% y del resto de la población el 61,76%.

Figura 83. Método anticonceptivo que inician las mujeres post-parto por etnia. Secretaria Departamental de Salud. Cauca. 2016.



Fuente. Base de datos departamental de salud materno-neonatal. 2016.

De 1.182 mujeres que reportan escoger un método de planificación familiar por etnia, en las mujeres afrodescendientes el 78,02% escoge un método de anticoncepción inyectable, de las indígenas el 38,07% y en el resto de la población es del 51%.

La ligadura de trompas, para las afrodescendientes su escogencia es del 16,31%, las indígenas del 14,57%, para el resto de las mujeres es del 20,52%. En las mujeres indígenas el sin dato es de 40,49%.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La caracterización de la población en sus condiciones de salud ha sido definida por la OPS y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), como un mecanismo que facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud. Es por esto, que desde el año 2015 el MSPS estandarizó el proceso analítico-sintético que permiten caracterizar, medir, explicar, realizar el análisis del perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo sus determinantes, este se ha denominado el Análisis de Situación de salud (ASIS). (72)

A pesar de que el ASIS incluye el enfoque étnico en el análisis del perfil de salud-enfermedad existen deficiencias en la información con enfoque diferencial, para el caso del departamento del Cauca, uno de los departamentos que presenta una alta población étnica (43.75% de la población), el análisis de prestación de servicios de salud por etnicidad por ejemplo, está ausente, en especial, como para este caso donde el foco de atención es la mujer a lo largo del proceso de gestacional, el parto y la atención perinatal. Como lo cita Lozano, et al., los sistemas de información, como por ejemplo el acceso a la bases de datos, es importante para poder brindar elementos para la toma de decisiones de prestar servicios de calidad y no solo a ofrecer disponibilidad de este, más cuando desde el enfoque descentralizado favorece este tipo de análisis. (73)

Específicamente en lo referente a la atención en salud materno-neonatal, los datos del país y el Cauca requieren, como se afirma en el Informe Nacional de calidad de la atención en salud, “el conocimiento de las condiciones que subyacen a la

mortalidad materna es un fin en sí mismo, en tanto favorece la formulación de estrategias que contribuyen al logro de reducir la mortalidad materna; y variables como la etnia y la ubicación geográfica, entre otros han demostrado ser determinantes en estas muertes”. (74)

Otros esfuerzos por caracterizar la atención materno-neonatal como el realizado por Gage (12), Purdin, Khan y Saucier (13) han centrado sus esfuerzos en estudios retrospectivos, con información tomada de fuentes secundarias, como lo es, la base de datos de atención materno-neonatal del departamento del Cauca en el 2016. Esta información, por las técnicas de recolección permite la reconstrucción de la atención en salud materna, facilitando conocer aspectos como acceso, uso, permanencia y calidad de los servicios materno-perinatales. Sin embargo, como dice Szklo (21) se pudo observar durante el análisis de la base de datos, existen limitaciones frente a la información, ya que esta presentaba inconsistencias en el registro de los campos requeridos para el análisis, afectando los resultados del mismo.

Este tipo de análisis retrospectivo permite entender los factores que afectan la utilización del servicio, especialmente en condiciones de atención diferencial, y generar una herramienta para diseñar estrategias y políticas adecuadas para mejorar la utilización del servicio e impactar indicadores claves como la reducción de la mortalidad materna, aspectos citados por Molu, Tarekegn, Liberman y Giedratis. (75)

Al revisar la caracterización demográfica reportada en la base de datos materno neonatal del departamento del Cauca en el 2016, se observa que el 66.04% de las gestantes reportadas en la base de datos, habita en zona rural; de estas mujeres que habitan la zona rural el 45% son indígenas. Las mujeres en su mayoría se dedica al hogar o a trabajos informales en las tres etnias (el 78.32%), dentro de la población indígena la mayor parte se dedican a amas de casa (85,96%). Las

mujeres afrodescendientes la mayor parte se dedica a amas de casa, en un 61.96%; y son de las tres etnias los que tienen mayor porcentaje de población que trabaja el 21.06 %; tanto que el 12.49 % de las gestantes son afrodescendientes y se dedican a oficios varios o trabajo informal.

Respecto al estudio, de las mujeres afrodescendientes el 24,49% terminó quinto de primario o menos, incluso tienen el 2.45% de analfabetismo, de la indígenas el 42.87% terminó quinto de primaria o menos y el 1,16% son analfabetas y de las otras etnias el 24.69% termino quinto de primaria o menos y el 0.75% son analfabetas. Las mujeres indígenas son las que en menor porcentaje han alcanzado estudios de bachillerato completo, técnico y universitario con 29,92%, las afrodescendientes con 39.84% y el resto con 45.48%.

Según lo reportado por Cáceres-Marin y Sandoval – Eslava, las inequidades sociales que más se dan en atención maternas estan relacionadas con barreras de acceso, ligadas a la mayor distancia entre la vivienda y la unidad de salud, la residencia en el área rural y el bajo nivel educativo; situación que se evidencia al revisar la base de datos, la población indígena habita en mayor porcentaje en la zona rural y tiene más bajo nivel educativo, y aunque las mujeres afrodescendientes tienen menor porcentaje de ruralidad, su nivel educativo y su ocupación generan dificultades de acceso y continuidad en la atención materna neonatal. (67) (69)

Respecto a la edad, el 17.05 % de las gestantes reportadas en la base de datos son menores de 18 años, de estas el 0.32% tiene menos de 14 años. Dentro de la población indígena el 18.74% son menores de 18 años y 16.33% son afrodescendientes, con el mayor porcentaje de menores de 14 años comparados con otras etnias, con un 0.57% respecto a 0.27% y 0.28% de indígenas y el resto de la población respectivamente. El 2.84% de las gestantes son mayores de 40 años.

Según lo expuesto por Peláez, la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. La mortalidad materna, fetal tardía, neonatal e infantil y los riesgos médicos asociados como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, entre otros son mayores en población menor de 20 años. Incluso, se afirma que el mayor riesgo no es fisiológico, sino sociocultural; ya que es frecuente que no sea deseado, producto de relaciones débiles de pareja; lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente. Aunque la edad se comparta de manera similar para las etnias, este aspecto del embarazo en adolescentes y la etnia debe profundizarse en estudios posteriores.(61)

La base de datos revisada en el presente estudio muestra un porcentaje de afiliación al régimen subsidiado del 95.96% de las gestantes; un porcentaje mayor que el del departamento para diciembre de 2016, donde la afiliación al régimen subsidiado era de 68%. La principal razón, es que la información para la base de datos que ha consolidado proviene de las IPS públicas y públicas especiales del departamento del Cauca, quienes contractualmente atienden a la población del régimen subsidiado y PPNA. Las IPS privadas quienes atienden al régimen contributivo y las de los regímenes especiales no reportan la información de la atención de gestantes al departamento, según el informe de seguimiento de metas del Plan de Desarrollo del Cauca, vigencia 2016. (87)

Prevenir la mortalidad materna y perinatal está ligado a garantizar de acuerdo con el MSPS, primero, al derecho a la vida y, segundo, a una maternidad segura, aspectos afectados por la prestación del servicio de salud, por las inequidades sociales y económicas, tales como el ingreso, el lugar de residencia y la pertenencia étnica. Por ello, es fundamental revisar y generar evidencia sobre las condiciones

de atención del embarazo desde aspecto que la afectan como la ruralidad y las diferencias étnicas.

El embarazo es una etapa llena de cambios físicos y emocionales que constituyen la espera de un nuevo ser, dentro de estos cambios que experimenta la madre sobreviene una serie de complicaciones que pueden alterar la evaluación normal del proceso de gestación, es por ello que los controles de atención prenatal resultan fundamentales para detectar los riesgos y realizar las intervenciones necesarias para limitar los daños. Los controles prenatales son la herramienta fundamental para efectuar intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportuno, sin embargo, los profesionales de la salud no pueden asumir un rol paternalista y dejar de lado las sugerencias de las mujeres que a diario reciben sus cuidados y corren el riesgo de complicarse y ser hospitalizadas para tratar problemas de salud durante la gestación y el parto, como indican Arias, Obando y Muñoz (2008), por lo cual el control prenatal debe trascender su rol protocolizado y rutinario, e individualizar a cada paciente dentro de sus características particulares y en su contexto. Para lograrlo se debe generar datos que permitan caracterizar la atención recibida en la población y ampliar el análisis a una característica diferencial fundamental en un departamento como el Cauca donde es significativa la condición étnica. (56).

En tal sentido, de acuerdo con Tobón y Posada (2005), la manera en que los sistemas de salud en el ámbito internacional, nacional, departamental o municipal, pueden tomar decisiones oportunas y generar políticas acordes con las problemáticas propias de la intervención materno-perinatal, se fundamenta en adecuados sistemas de información que permitan generar datos oportunos y de calidad, para la toma de decisiones, implementación, monitoreo y mejora de las mismas. (57) Pero en Colombia, el esquema de prestación de servicios de salud, al ser fragmentado con el surgimiento de la Ley 100 de 1993, afectó los servicios de atención y control prenatal, los cuales anteriormente se realizaban cerca de las

viviendas de las embarazadas a través de promotores de salud, sin importar en qué lugar se encontraran, actividades favorables sobre todo en un departamento como el Cauca donde el 61.0% de su población vive en áreas rurales. Este solo hecho contribuía al control del gasto de bolsillo de las familias más vulnerables y al ser suspendido incrementó los niveles de inequidad ya existentes, como ha sido demostrado por las encuestas de Demografía y Salud del 2005, 2010 y 2015 (58), donde se cita entre otros, el caso de las gestantes de la Región Pacífico en los departamentos de Nariño, Cauca, Valle y Chocó, quienes tienen menos probabilidades de asistir al control prenatal por las distancias tan grandes que deben recorrer hasta un centro médico y los costos que esto implica.

En similares condiciones se encuentran las gestantes indígenas de áreas rurales distantes, siendo esto parte de lo que se requiere generar evidencia, acción incluso recomendada en estudios previos de salud materna, tal como señalaban Manrique y Marín (59). En el caso particular del Cauca, la primera fuente de información que realizar el perfil diferencial de la atención es la Base de Datos del Control Prenatal que diligencian los 42 municipios y consolida el equipo técnico de la Secretaría de Salud del Cauca. (61)

Al iniciar el análisis de la atención de la gestante, la primer variable que se revisa es la atención preconcepcional, el 21.68% de las celdas se encontraban vacías y de las que se encontraban diligencias el 79.29% no había recibido atención preconcepcional. Y son las indígenas y las afrodescendientes las de mayor porcentaje de casillas sin dato, el 28.63% y 43.11% respectivamente. Las mujeres multíparas, adolescentes, con riesgos como hipertensión crónica, diabetes, mortalidad neonatal previa o mujeres que sufren violencia física; quedan embarazadas según la base de datos, en un alto porcentaje, sin contar con la información previa suficiente para tomar una adecuada decisión.

Como lo expone Lugones (88) o el protocolo de atención preconcepcional de Colombia(89), en buena medida los problemas de salud en el embarazo ya están presentes en la mujer desde antes de la concepción o al menos los elementos de riesgo para su aparición. Estos problemas de salud se agravan por el embarazo y pueden colocar en riesgo la vida de la madre, el feto o ambos.

La atención preconcepcional es un momento estratégico fundamental para la modificación o eliminación de dichos problemas de salud o de los factores de riesgo, donde se exige la remisión y atención oportuna del especialista. Y se exigen que la atención se haga incluso desde visitas a la vivienda y con una participación activa de la comunidad, el médico y la enfermera. (88) (89)

Según un estudio de salud rural materna del BID citando a Kolstan (2011) se afirma la importancia de esta consulta, ya que de ella se deriva la anticoncepción; el uso de los anticonceptivos es también esencial para reducir muertes, al espaciar los embarazos y partos, o evitar embarazos a edades adolescentes y/o tardías que son los que más riesgo conllevan. Pero en las zonas rurales es difícil promover la utilización de estos servicios al tratarse de poblaciones aisladas, con estilos de vida y estatus socioeconómicos y culturales que actúan como barreras y generan una percepción del valor de la salud y de los cuidados de salud más bajos que en zonas urbanas. (78)

Aunque el personal de salud se niega a considerar la partera e incluso al personal de salud de terreno, como los gestores en salud o a los antes llamados promotores de salud como aliados en la lucha contra la mortalidad materna y neonatal o incluso para que el personal de salud conozca y respete las prácticas culturales de las gestantes. Desde la mirada intercultural, la partera cobra importancia como actor de salud y debe incorporarse al sistema de referencia y contrareferencia, ya que podría generar una primera atención que permita el respeto de usos y costumbres, incluso desde la atención preconcepcional. (80)

Respecto a la oportunidad del ingreso a la atención prenatal, el 51.28% de la población indígena, el 56.99% de la población afrodescendiente y un 65.88% del resto de la población ingresa al control prenatal en el primer trimestre de la gestación. El valor más alto de ingreso al segundo y tercer trimestre esta en población indígena con 34.62% y 9.21% respectivamente. Estos datos son similares a los registrados por Colombia para la construcción de política pública de atención a la primera infancia, las mujeres de la zona rural inician el control prenatal cerca de los 3 meses y solo el 67,4% manifiestan haberla recibido antes del cuarto mes, en la zona urbana, a los 2,6 meses de embarazo y el 80,4% de las madres reciben el primer control antes del 4 mes. Y están lejanos de la meta del país, que se encuentra según el Plan Decenal de Salud Pública, es que 80% de las gestantes del país ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional. (76)

Uno de los servicios que se debe garantizar es la adecuada calidad de la atención materna, ya que esto conduce a que; “debemos preocuparnos por el acceso efectivo a los servicios y realizar un análisis no solo de la oferta de servicios, sino de la disponibilidad real de estos y las barreras para acceder a ellos”, como lo expresan Bello y Romero. (70) Conocer estos aspectos, permite identificar e intervenir las barreras como ruralidad, ingreso, escolaridad e incluso embarazo en adolescentes que impacta en el ingreso oportuno a la atención prenatal.

Al revisar los datos del 2018 desde el enfoque étnico, según el Instituto Nacional de Salud, las tasas de mortalidad perinatal y neonatal más altas se concentran en la población indígena con 27,8 muertes por 1.000 nacidos vivos (307 casos), seguido por la población afrocolombiana con 14,5 muertes por 1.000 nacidos vivos (308 casos). Las unidades de análisis de estos casos indican que la mayor problemática está relacionada con: falta realizar demanda inducida o no se oferta la consulta preconcepcional y falla en los mecanismos de seguimiento al acceso efectivo de la consulta preconcepcional y regulación de la fecundidad, el ingreso tardío a la atención prenatal, la calidad en la prestación de los servicios de salud; el

desconocimiento de las guías de atención clínica;. La mortalidad materna y perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres en edad fértil y en la población infantil. Estas muertes son consideradas indicadores universales de la calidad en la atención en los servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que en un alto porcentaje son evitables. (54) (55)

El análisis de la base de datos materno neonatal del Cauca, 216; define como adherencia un aspecto mínimo, es la asistencia al menos a cuatro controles durante la gestación o al 80% de los controles programados dependiendo de las semanas de gestación al ingreso. Según la base de datos la adherencia al control prenatal es del 58%, donde las que menos se adhieren son las mujeres indígenas con 52.83%, seguidas por las de otras etnias en el 58.11% y las afrodescendientes en el 58.89%.

Uno de los aspectos claves a monitorear es la atención prenatal, en muchos casos tomada como mínimo 4 controles durante el embarazo; para el país la atención prenatal tiene la Guía de Práctica Clínica (25) y la meta del Plan Decenal 2012-2021 es de mínimo el 95 % de las gestantes con cuatro (4) controles, sobre estos preceptos se construyó la base de datos utilizada en la presente investigación, en la cual la adherencia de las mujeres al control prenatal fue del 58%. Considerando la pertenencia étnica, la de menor adherencia es la indígena y la de mejor adherencia fueron los afrodescendientes. Estas cifras comparadas con el resto del país, muestran que el 80% de los recién nacidos tuvo más de cuatro controles prenatales y donde se presentaron porcentajes inferiores fue en los departamentos más dispersos; se puede decir, que el departamento del Cauca tiene una población con brechas en la atención ligadas a ingreso, nivel educativo, ruralidad, etnia y afiliación al sistema que afecta su adherencia a la atención prenatal. (15)

Como aspecto importante, como lo cita Willey Barbara, et al., (2018) que los hallazgos que permiten conocer el potencial de atención de los servicios de salud, los requerimientos de la población para demandar y adherirse a la atención, son

necesarios para que los países generen evidencia para informar las acciones necesarias para abordar las brechas en la atención en salud. Dado el seguimiento individual que se realiza a la gestante y al recién nacido con el diligenciamiento de la base de datos, y como se invierte tiempo del personal de salud en el registro de la información; es importante que este también se cualifique para el análisis y monitoreo efectivo de la continuidad y calidad de la atención de la gestante. Se sugiere generar cualificación del personal para mejorar la calidad del dato y se fortalezca el seguimiento institucional y departamental de la información que la base de datos genera, impactando en indicadores como el de adherencia al control prenatal y de los eventos asistenciales que determinan la atención como exámenes diagnósticos, seguimiento al riesgo e interconsultas con profesionales del equipo multidisciplinario como psicólogos y especialistas. (77)

Según Cáceres-Manrique esta generación de conocimiento servirá para orientar los servicios de salud en acciones tendientes a lograr equidad, para formar investigadores en el tema, mejorar la producción científica en lengua castellana, validar las teorías y promover el empoderamiento de las mujeres sobre sus derechos en salud. (69)

Como lo cita Cáceres - Manrique, en la revisión de estudios tanto en países en vía de desarrollo como en países desarrollados encontró que los factores sociales, tales como la edad, ingresos, bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, afiliación a la seguridad social y etnia están asociados al inicio tardío del CPN, como al menor número de consultas y mostraron mayor riesgo de resultados adversos de su gestación. Se reconoce el avance significativo que ha hecho Colombia al respecto, pero se resalta que estas inequidades sociales generan diferencias en los resultados y genera brechas en la atención. (69)

Según los datos obtenidos de las bases de datos la atención del parto fue del 85% institucional y 13% domiciliario. Donde el institucional es atendido 36,71 % en la

mediana complejidad y el 30,18% en la baja complejidad. De las gestantes que reportaron parto institucional el 48,75% es atendido por especialista, y el parto domiciliario se dio para las gestantes pertenecientes a la población indígena es del 62,12% institucional y 33,31% domiciliario; para las afrodescendientes y el resto de la población la atención del parto institucional es mayor al 90%; y en el 4,45% en domicilio.

Según el ASIS 2015, en el mundo el 67% de los nacimientos son atendidos por personal entrenado. Para el periodo 2005 a 2013, el 98,06% de los partos en Colombia fueron atendidos por profesional calificado, lo cual nos deja un punto por encima del promedio de los países de ingresos medio altos. De acuerdo con la ENDS, en 2010 el 92,7% de los partos fue atendido por médico, el 2,1% por enfermera y el 2,9% por partera. El porcentaje es afectado por el nivel educativo, los ingresos y si su ubicación es urbana o rural.

La atención domiciliaria para el departamento del Cauca, es mayor que la reportada en la ENDS del 2010 sobretodo para la población indígena y afro, incluso en el resto de población es igual. Situación que demuestra la complejidad del departamento por su diversidad étnica, sus condiciones geográficas, de acceso a servicios de salud e ingresos de la población. Este tipo de eventos es visto como una inequidad social, que genera mortalidad materna y perinatal; según lo expresado por Bello y Parada por que debe ser abordada, (79) sin embargo, se reconoce debe abordarse reconociendo y trabajando de manera consensuada con las organizaciones, las parteras y los médicos tradicionales. Es importante resaltar la necesidad de trabajar en este aspecto, ya que la atención calificada del parto es una de las intervenciones más exitosa para la disminución de muerte materna y perinatal, en el caso de ser atendido en casa debe garantizarse un centro de referencia oportuno; según lo expresan diferentes artículos, entre ellos el BID en su informe de salud de la mujer indígena. (80)

Un aspecto a tener en cuenta es que en la base de datos se reporta que 7,29% de las gestantes han tenido al menos una cesárea previa al presente embarazo y que el 10,45% tienen riesgo biopsicosocial, las cuales según las guías de atención del país deben ser remitidas a atención por especialista. En cuanto a los antecedentes de cesárea, se encontró que las mujeres indígenas tienen un mejor porcentaje de cesáreas previas en comparación que las afro y el resto de la población. (78)

Según la base de datos solo el 30% asiste al control del puerperio de las mujeres que deben y llevan al recién nacido al control del recién nacido en el 33 %. Dentro de las mujeres por su pertenencia étnica, las indígenas y las afrodescendientes son los porcentajes más bajos de asistencia, 18,64% y 23,74 respectivamente.

El control del puerperio y del recién nacido son elementos claves para disminuir tanto la mortalidad materna como la perinatal; ya que las complicaciones como la hemorragia puerperal es una de las principales causas de esta, indicando la existencia de problemas para el acceso sobretodo en países en vías de desarrollo, por lo cual, en algunos incluso se han diseñado visitas domiciliarias para lograrlo. (81) (82)

En esta etapa, existen prácticas para el cuidado de la gestante y del recién nacido, por ejemplo, el equilibrio frío/calor, por lo que hay que climatizar la sala de alojamiento conjunto; y otros aspectos relevantes como la dieta y el vestido. Esas son prácticas culturales que deberán implementarse para poder generar una real asistencia al control tanto del puerperio como del recién nacido; superando el conflicto entre lo tradicional y lo occidental. (80)

Hay que tener en cuenta lo expresado sobre salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes por la CEPAL; donde hay que considerar que la función de la partera no se limita al parto, sino que cumple tareas de nutrición,

cuidados prenatales, el puerperio y la lactancia, así como apoyo afectivo emocional a las madres y sus familias. (84)

Limitantes del estudio:

En los resultados alcanzados por esta investigación se evidencia la advertencia de Gage (12) y Purdin, Khan y Saucier (13), respecto a que las investigaciones de perfiles de atención de la salud materno-neonatal suelen estar centradas en estudios de tipo retrospectivos, a partir de información tomada de fuentes secundarias, como bases de datos de los programas de salud e historias clínicas. Estas técnicas de recolección permiten la reconstrucción de la atención en salud materna, facilitando a su vez conocer aspectos sobre el acceso, uso y calidad de los servicios materno-perinatales, pero según Szklo (21), este tipo de recolección tiende a limitar la validez de los resultados, debido a que los registros pueden tener problemas de diligenciamiento de la información, que causen omisión de los datos para su posterior análisis, simplemente porque el investigador que los toma en consideración no controla el diseño del instrumento, su metodología y propósitos estadísticos y prácticos. De ese modo, se accede a información producida con fines distintos o no coincidentes con la investigación que pretende realizar.

Fortalezas:

La mayor fortaleza de esta investigación consiste en haber podido explorar complejos aspectos del perfil diferencial por condición étnica en la atención en salud materno-infantil en el departamento del Cauca. Destacándose que es la primera vez que se lleva a cabo un acercamiento de esta naturaleza a la realidad de las mujeres y los recién nacidos a lo largo del periodo de gestación y puerperio.

De esta manera, se validaron las indicaciones de Boerleider, Wiegers, et al (22) al haberse encontrado que existen características demográficas, biológicas, del embarazo, accesibilidad, falta de conocimiento del sistema de salud occidental, bajo dominio del idioma, cuando está de por medio la condición étnicamente diferenciada y educación en salud no adaptada a las poblaciones étnicas que impactan negativamente en los resultados de salud materno-neonatal.

Implicaciones para la salud pública.

Esta investigación se caracteriza por haber identificado en el departamento del Cauca, factores socioculturales asociados al ingreso tardío a programas como el CPN, tales como la edad, nivel de ingresos, bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, afiliación a la seguridad social y particularmente la etnia, sea indígena o afrodescendiente. Este conjunto de factores inciden en un menor número de consultas y mostraron mayor riesgo de resultados adversos de su gestación y en cierta forma no responden plenamente al avance significativo que ha hecho Colombia al respecto, evidenciando que estas inequidades sociales generan diferencias en los resultados y genera brechas en la atención, información crucial para el rediseño de los aspectos relacionados con la atención materno-neonatal en el Cauca, a cargo de la Secretaría departamental de Salud.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados alcanzados, el escenario que se ofrece en términos de un perfil diferencial étnico, entre las poblaciones afro e indígena, muestra la existencia de inequidades sociales y de salud reproductiva en las mujeres de estas minorías, fenómeno que no es actual, sino que se prolonga a lo largo del tiempo desde el momento de la conquista por parte de los españoles, generando deudas históricas y brechas que reclaman ser saldadas y cerradas. De allí que la actuación del Estado no solo debe garantizar sino ejecutar estrategias en favor del derecho a la salud, pero con visión de diversidad y autonomía de los pueblos étnicamente diferenciados y minoritarios, tal como lo reconoce la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas de 2007, con mayor razón en Colombia donde la legislación y los pronunciamientos de la Corte Constitucional reconocen la existencia y los derechos de las comunidades étnicas, además definen la salud como derecho fundamental en un marco de principios de equidad e interculturalidad, de acuerdo con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y mediante políticas públicas garantiza los derechos de los grupos étnicos y los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población.

Uno de los propósitos de la presente investigación ha sido contribuir a visibilizar la situación de acceso a servicios de salud de grupos étnicos minoritarios que sufren bajo diversas connotaciones la vulneración de sus derechos, realidad expresada en la limitación de recursos destinados a superar las inequidades en salud que padecen las mujeres pertenecientes a las etnias afro e indígena que habitan el departamento del Cauca. Para lograr superar estas condiciones es necesario responder efectivamente a las condiciones de exclusión social de la que son objeto,

desde una perspectiva intercultural y aplicando modelos de atención en salud diferenciados, según la etnia y la región, sobre los cuales existen experiencias en Colombia y en América Latina, que faciliten superar las barreras existentes para la atención de la salud reproductiva de las mujeres pertenecientes a comunidades étnicas, como un deber ético y de justicia social del Estado colombiano.

La salud sexual y la salud reproductiva, específicamente la salud materna, es considerada una prioridad global, siendo una de las metas planteadas en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio para el año 2015, reducir la mortalidad materna en 75% y el acceso universal a la salud reproductiva. No obstante, la tasa de mortalidad materna solo se redujo 45%, en el contexto mundial, como afirma la OMS en 2016. Mientras tanto, en la región de las Américas persisten importantes inequidades como las señaladas por la OPS que estimó para América Latina y el Caribe 6.040 defunciones maternas, expresada en una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 85 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, cifra mayor que en América del Norte (RMM = 27 por cada 100.000 NV. En cuanto a Colombia, según la OMS para el 2013 el país tenía una de las tasas de mortalidad materna más alta de Sur América, estimada en 83 muertes por cada 100.000 NV, distante de la meta para el 2015 de 45 muertes por cada 100.000 NV, situación que persiste en las zonas rurales del país, pese a los esfuerzos del Estado por reducirla.

Este panorama encontrado en la Base de Datos de salud materno-neonatal, aplicada en 2016, utilizada para la presente investigación, muestra que la caracterización demográfica de las mujeres gestantes se focaliza en las áreas rurales, en la mayoría de las veces sujetas a barreras geográficas y culturales, pero también socioeconómicas y políticas que dificultan su desplazamiento para ser atendidas en los centros de salud del departamento del Cauca. Es por eso que quienes recibieron atención en salud, mostraron inicialmente su interés y necesidad o respondieron a la demanda inducida, desarrollando hasta cierto punto un grado

de adherencia a los programas CPN, pero finalmente, en más del 40.0% de los casos, fueron retornando a las prácticas tradicionales propias de su comunidad.

En cuanto a las características de la atención prenatal por grupo étnico, la Base de Datos no muestra de manera específica una diferenciación en este aspecto, porque bajo la denominación étnica de afros e indígenas, brinda similares oportunidades para la atención que requieren las mujeres en las etapas preconcepcional, gestacional y del puerperio. La finalidad en este caso es promover el acceso y utilización de servicios de salud reproductiva durante el proceso de gestación, parto y posparto como factores que coadyuvan a reducir la mortalidad materna y perinatal, tratando en todo momento de acatar los cuatro controles prenatales mínimos recomendados por la OMS, con el propósito de identificar de manera temprana los riesgos y complicaciones a tener en cuenta al momento del parto, el cual debe ser atendido por personal cualificado y de preferencia al interior de los servicios de salud, en particular cuando se han detectado posibles complicaciones obstétricas, no obstante aquí se retorna al respeto de las tradiciones étnicas, por lo cual los médicos tradicionales deben ser entrenados y advertidos cuando tomar la decisión de trasladar a la mujer a un centro médico especializado.

Con respecto a la atención del puerperio, no se ofrece en la información estadística segregada por etnia, información específica, pero se puede inferir que sigue los mismos determinantes que la atención del procesos gestacional hasta llegar al parto, observándose que a partir del III trimestre la mayoría de mujeres suelen retornar a sus comunidades de origen y no se sabe qué grado de atención prestan a las recomendaciones de la Secretaría de salud departamental en materia de cuidados puerperales.

RECOMENDACIONES

Es importante que, al diseñar las bases de datos, estas sean pensadas como un elemento del sistema información, que tenga en cuenta no su uso meramente administrativo, sino que se las construya como un elemento de gestión, monitoreo y evaluación del acceso y continuidad de las gestantes a la atención y que se utilice para toma de decisiones tanto de la gestante, del programa y de la política pública.

El Sistema de Información debe construirse integralmente, articulando los diversos actores del sistema de salud e incluso de ser necesario otros sectores, que permitan el acceso oportuno y de calidad a la información de la atención de la gestante. Para esto es importante tener en cuenta, además del diseño, los procesos de formación y seguimiento del talento humano, las tecnologías a utilizar, los procesos que permitan el diligenciamiento, procesamiento, monitoreo y tomas de decisiones de la información, que permitan impactar directamente en la salud de la gestante.

Articular el Sistema de Información con la operación rutinaria de la atención de la mujer, incluido la integración por ejemplo con elementos normativos y transaccionales como la Resolución 4505 de 2012 y los RIPS, garantizando de esta manera su operación y uso permanente; donde desde la normatividad realmente se indague y se tome decisiones oportunas sobre variables que afectan los indicadores de salud como lo son el enfoque étnico y la ruralidad.

La Secretaria departamental de salud del Cauca, desde el 2018 ha implementado aspectos para mejorar el registro y seguimiento de la base de datos, incluso en el marco normativo de la Resolución 408 de 2018, de evaluación de gerentes y la

Resolución 4505 de 2012, de seguimiento y evaluación de las acciones de protección específica y detección temprana; para así utilizar la valiosa información que se genera de ella en la toma de decisiones oportuna, no solo en la planeación de acciones, sino en el seguimiento y atención oportuna a las gestantes.

Es importante resaltar, que el país debe tomar una decisión frente a la fragmentación de servicios, ya que es en las zonas dispersas, donde los costos de la atención son mayores para las instituciones y el bolsillo de la gente, realmente afectan los resultados en salud. La inversión en los planes de intervención colectiva, el antes llamado plan obligatorio de salud cubierto por las EPS y los recursos de atención a la población pobre no asegurada, en el terreno no generan articulación y acceso real a la población. Este, por ejemplo, es un tema que debe colocarse en la agenda pública y generar evidencia al respecto, que permita tomar decisiones que beneficien a la población.

Realizar una construcción de los programas con enfoque intercultural para la atención prenatal, en donde se logre una real articulación y respeto entre la medicina occidental y los usos y costumbres de los pueblos indígenas y afrodescendientes.

Uno de los primeros aspectos, es realizar la planeación conjunta entre los diferentes actores del sector salud y otros sectores, hoy se facilita desde la construcción de las redes integrales de atención sobretodo de la ruta de atención materno perinatal, que permita la articulación real de las acciones y recursos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), de atención individual tanto de EPS, regímenes especiales como de población pobre no asegurada, de gestión con otros sectores, organizaciones internacionales, universidad, investigación, otros sectores; generando que la atención sea realmente lo más cercana posible a la gente, que garantice continuidad, oportunidad y calidad, impactando en ingreso oportuno y adherencia de la gestante.

Generar vínculos entre las instituciones, la comunidad, la familia y sobretodo la gestante, para asegurarse que las mujeres van a recibir de manera oportuna, con calidad, monitoreo, toma de decisiones oportuna los servicios de atención prenatal, atención del parto y el cuidado postnatal; atenciones prioritarias para salvar su vida y garantizar la calidad de la misma.

Esto se logró generando un camino de respeto y reconocimiento, primero el departamento del Cauca es piloto nacional para la construcción, implementación y evaluación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI); el cual está liderado por el Consejo Regional Indígena del Cauca. Esto, a través de aspectos como la construcción del ASIS con enfoque étnico, que permita la utilización de fuentes oficiales y la triangulación de datos construidos en los territorios, como la base de datos materno neonatal que sirvió de insumo para el presente estudio, los datos del SIVIGILA y de las estadísticas vitales.

Realizar pilotos de atención materno – infantil con enfoque étnico como los que en este momento se están construyendo e implementado en municipios como Toribio, Totoró, Caldonó, Guapi, Timbiquí y Silvia, entre otros, en donde se realiza caracterización de la población, construcción comunitaria, planeación territorial, espacios interinstitucionales de IPS, EPS y entes territoriales, espacios transectoriales donde participan sectores como educación, cultura, infraestructura las autoridades de los pueblos indígenas, entre otros, realizar formación intercultural para los actores municipales y departamentales que permitan la adecuación de la atención y la normatividad de acuerdo y además de la articulación con la academia que permitan la sistematización, evaluación e innovación del trabajo de terreno.

Es importante, volver a crear vínculos con la comunidad y sus recursos propios como parteras y médicos tradicionales, un primer aspecto es dentro de la implementación que en la actualidad se hace en el departamento del Cauca revivir la figura del promotor de salud, ya sea como gestor comunitario o como técnico en

salud pública; este desde su enfoque territorial, reconoce la comunidad y es reconocido como un actor clave en los procesos de salud.

Adicionalmente, aceptar y potenciar que un departamento como el Cauca tiene diversidad en la atención materno neonatal y a pesar que las estadísticas nacionales, como el ASIS del 2015, tiene el parto en atención institucional por encima del 90%; cuando se hacen análisis de etnias y población rural sobretodo la dispersa; como el presente estudio, se observan las diferencias en estas condiciones particulares y es allí donde retomar las relaciones y el reconocimiento a la labor de las parteras y los médicos tradicionales se vuelve fundamental. Esta relación debe permitir la implementación de espacios de diálogo permanente, donde sean escuchados en su quehacer, como por ejemplo el parto vertical y ellos escuchen y afiancen su relación con la médica occidental, para realmente trascender de los campos vacíos de una base de datos a prácticas interculturales reales que impacten la salud incluso no solo la materno-neonatal.

El departamento del Cauca, debe también construir una hoja de ruta para la construcción intercultural con las poblaciones afrodescendientes, si bien es cierto se han hecho trabajos para generar impactos en enfermedades transmitidas por vectores; en la salud materno neonatal existen vacíos en la atención, que impactan la atención real en municipios como Guapi, Timbiqui y Lopez de Micay entre otros.

Los resultados univariados y bivariados, muestran que entre las razones que reclaman modificar algunas acciones de la planeación y la implementación del sistema de salud y del personal de salud en el contexto étnico, sea afro o indígena, sobresalen la valoración dada al conocimiento técnico de la salud-enfermedad y al desconocimiento del contexto sociocultural de la población étnicamente diferenciada; puesto que la manera en que pierde interés entre las mujeres su adherencia a los programas CPN, se debe a que el sistema de salud está planteado para funcionar dentro de una lógica de mercado y estandarizada para una población

monocultural. De igual manera el personal de salud que trabaja en zonas indígenas y afros mayoritariamente desconoce la conceptualización étnica del proceso salud-enfermedad, el modo cultural en que realizan sus prácticas de atención, a la escasa comunicación interpersonal, falta de empatía y confianza, todo lo cual conduce a un encuentro asimétrico entre el sistema de salud oficial y el culturalmente estructurado. Por lo cual, este es un aspecto de vital importancia construir una atención materna con enfoque intercultural no solo en el departamento del Cauca, sino en Colombia.

Es importante armonizar la salud tradicional y el sistema de salud occidental en los cuidados más importantes, la atención previa a la gestación, los cuidados del embarazo, la atención del parto y el cuidado postnatal.

Estas comunidades mantienen prácticas de auto cuidado durante el proceso gestacional y perinatal ancestrales, porque resultan de la confluencia entre saberes tradicionales y facultativos; por eso es preciso fortalecer los vínculos con la comunidad mediante el diálogo horizontal, teniendo como eje principal el aprendizaje de los saberes tradicionales.

Lo anterior conduce a la validez de construir perfiles diferenciales de atención en salud materno-neonatal, con base a la condición étnica, puesto que la clave reside en buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las mujeres de cada comunidad respecto al cuidado. Esto significa que cualquier diagnóstico que sea realizado sin tomar en cuenta el conocimiento cultural se convierte en potenciales rechazos a la adherencia.

Ante la crítica respuesta de las mujeres a comprometerse con los programas CPN, durante todo el proceso materno-neonatal, además de las barreras geográficas, socioeconómicas y políticas existentes, se torna en una necesidad considerar que el acercamiento a las comunidades afro e indígena, debe hacerse desde la

interculturalidad, la cual requiere a su vez de parte de las entidades públicas en salud y por extensión de todo el sistema de salud de la acción consensuada, la gestión con sustrato cultural y el cambio en las actitudes con las cuales se encuentran la medicina oficial y la tradicional.

A lo largo de la presente investigación se ha destacado la identidad étnica como un aglomerante que las convierte en líderes de su propio cambio, porque entre ellas existen también promotores de salud que tratan de construir puentes para el intercambio de saberes, pero este tipo de negociaciones culturales requieren de mucho tiempo y recursos para llegar a ser efectivas, como es el propósito de las entidades oficiales de salud, en beneficio de la salud de la gestante y su neonato, así como en la identificación de las diversas barreras, no a modo de inventario sino de sus factores para generar acciones reales que permitan su superación definitiva, empezando por el estigma que ha mantenido tanto a afros como indígenas, sumidos en la marginación y la invisibilidad cultural.

Un punto a favor del cambio en la promoción de la demanda y adherencia a los programas CPN, es el relativo reconocimiento de ambas etnias del esfuerzo estatal por prestarles un mejor servicio en salud materno-neonatal y de la legislación que reconoce la interculturalidad como base del dialogo de saberes para lograrlo. Sin embargo, la falta de continuidad en los programas podría ser la responsable de la desconfianza permanente acerca de su efectividad, promoviendo el retorno obligado a la medicina tradicional, que, pese a sus virtudes, se enfrenta a casos en los cuales su alta complejidad no está al alcance de los médicos tradicionales y los llamados mayores y mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Guía metodológica para la atención de la salud materna culturalmente adecuada: Atención del Embarazo, Parto y Postparto culturalmente adecuados desde una perspectiva étnica. 2010.
- (2) Ministerio de la Cultura. Caracterización de los pueblos precolombinos. Bogotá., 2010. [En línea] [20 de noviembre de 2018] disponible en: <http://www.mincultura.gov.co/?idcategoria=41800>
- (3) Plan departamental de desarrollo del Cauca 2016-2019. Aprobado por la Ordenanza 037 de 2016.
- (4) Report on the World Health Organization Working Group on the Classification of Maternal Deaths and Severe Maternal Morbidities. Geneva, World Health Organization, 2009.
- (5) Danel I, Berg C, Johnson CH, Atrash H. Magnitude of maternal morbidity during labor and delivery: United States, 1993-1997. Am J Public Health 2003; 93:631-4.
- (6) PNUD. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Washington. 2015.
- (7) Lale S, et al. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the Prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reproductive Health 2004;1:3. World Health
- (8) Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenariobased projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016;387(10017):462-74.

- (9) Alexander G, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: History, challenges, and directions for future research. Public Health Rep 2001; 116: 306-6.
- (10) Unicef/WHO/The World Bank/ United Nations DESA/Population Division. Levels & Trends in Child Mortality Report 2011.
- (11) Rowe RE, Garcia J, Davidson LL. Social and ethnic inequalities in the offer and uptake of prenatal screening and diagnosis in the UK: a systematic review. Public Health 2004;118(3): 177-89.
- (12) Gage AJ. Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. Social Science & Medicine 2007;65(8): 1666-82.
- (13) Purdin S, Khan T, Saucier R. Reducing maternal mortality among Afghan refugees in Pakistan. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2009;105 (1): 82-5.
- (14) Bryant AS¹, Worjloh A, Caughey AB, Washington AE. Racial/ethnic disparities in obstetric outcomes and care: prevalence and determinants. Am J Obstet Gynecol. 2010 Apr;202(4):335-43. doi: 10.1016/j.ajog.2009.10.864. Epub 2010 Jan 12.
- (15) República de Colombia. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud – ASIS, Colombia, 2015. Dirección de Epidemiología y Demografía, Bogotá, Noviembre 2015
- (16) República de Colombia. Gobernación del Cauca. Informe Técnico de Trabajo de Análisis de Situación en Salud 2016. Oficina de Epidemiología. Popayán, Enero 2017.
- (17) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 429 de 2016 por la cual se adopta la Política Integral de Atención en Salud –PAIS. Bogotá DC, Enero 201
- (18) Departamento Nacional de Estadística. Datos oficiales del Cauca para 2016 proyectados con base al censo de 2005. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf
https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf

- (19) Constitución Política de Colombia. Capítulo II de los derechos sociales, culturales y económicos. Artículo 43: la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades.
- (20) Gobernación del Cauca. Política pública: Por la dignidad de las mujeres en el Cauca. Ordenanza 088 de noviembre 24 de 2011
- (21) Szklo M, Nieto F. Epidemiology. Beyond the Basics. Gaithersburg: Aspen Publishers; 2000.
- (22) Boerleider AW, Wiegers TA, Manniën J, Francke AL, Devillé WL. Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Mar 27;13:81. doi: 10.1186/1471-2393-13-81.
- (23) Noreña-Herrera, Camilo, Leyva-Flores, René, Palacio-Mejía, Lina Sofía, & Duarte-Gómez, María Beatriz. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. Cadernos de Saúde Pública, 31(12), 2635-2648
- (24) Koopmans GT, Redekop WK, de Groot CJ, Hoefman RJ, Jaddoe VW, Hofman A, Steegers EA, Mackenbach JP, Trappenburg M, Foets M. Explaining ethnic differences in late antenatal care entry by predisposing, enabling and need factors in The Netherlands. The Generation R Study. Matern Child Health J. 2011 Aug;15(6):689-99. doi: 10.1007/s10995-010-0619-2.
- (25) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- (26) República de Colombia. Departamento de Planeación Nacional. Dialogo Regional para la Construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Pacífico – Cauca. Bogotá, Diciembre 19 de 2014.
- (27) Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348. Noviembre de 2015
- (28) Glanz K, Rimer B, Lewis F. Health Education and Health Education. Theory, Research, and Practice. 3rd Edition ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.

- (29) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Resúmenes metodológicos en epidemiología para realización del Análisis de la Situación de Salud (ASIS). Boletín Epidemiológico OPS, 20 (3): 1-3, 1999.
- (30) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural. Bogotá. 2015.
- (31) Montealegre Mongrovejo, Diana María, Enfoques diferenciales de género y etnia. Universidad Nacional de Colombia. Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convivencia (PIUPC). Bogotá. 2011.
- (32) Smith, Anthony. La identidad nacional. Madrid: Trama Editorial, 2007.
- (33) Castells, Manuel. La Era de la Información. El poder de la Identidad. 1997. citado en: Subdirección de Ordenamiento y desarrollo Territorial, Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible. Guía para la inclusión de la variable étnica y el enfoque diferencial, en la formulación e implementación de planes y políticas a nivel nacional y territorial. Bogotá: DNP, 2012, p. 12.
- (34) Vivar, Karla. Trayectoria y desplazamiento de modelos teóricos e ideológicos: de la educación indígena a la educación intercultural en México. Una crítica antropológica. UNAM. Guadalajara, 2014.
- (35) INDEPAZ. Situación de los pueblos indígenas. Colombia. Bogotá: Konrad Adenauer Stiftung, 2009, p. 4
- (36) Subdirección de Ordenamiento y Desarrollo Territorial, Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible. Guía para la inclusión de la variable étnica y el enfoque diferencial, en la formulación e implementación de planes y políticas a nivel nacional y territorial. Bogotá: DNP, 2012, p. 5.
- (37) Plan Nacional de Desarrollo: Todos por un nuevo país 2014- 2018.
- (38) Sánchez, S. Trujillo, J. Guzmán, M. Caja de herramientas para la adecuación técnica y la pertinencia cultural de los programas, y servicios de salud pública con los pueblos indígenas, afrocolombianos y Rom. Bogotá, MSPS, 2013. Documento producto del contrato 275 de 2013 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y Sol Beatriz Sánchez Montoya que recoge informes previos desarrollados desde el

Ministerio de Salud y Protección Social, el Convenio Ministerio OPS/OMS No 485 de 2010 del Litoral Pacífico y Sinergias ONG.

(39) Green E.C. The integration of Modern and Traditional Health Sectors in Swaziland. En: *Anthropological Praxis* Robert M, Wulff SJ, Fiske, eds. Wesview Press Boulder. London. 2007. pp. 87-97.

(40) Helman C.G. *Culture, Health and Illness*. 2nd Edition. Butterworth-Heinemann. Oxford. 2004.

(41) Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Proclamación de la Iniciativa de los Pueblos Indígenas*. 1993.

(42) Organización de las Naciones Unidas (ONU,). *Proclamación de la Declaración Universal de los Pueblos Indígenas 2007*

(43) Camacho, A. V., M. D. Castro y R. Kaufman, "Cultural aspects related to the health of Andean women in Latin America: A key issue for progress toward the attainment of the Millennium Development Goals", En *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, núm. 94, Amsterdam: Elsevier Health Sciences, 2006. pp. 357-363.

(44) García F.; A; Ramos V., I.; García R., J.F. y Gálvez G., A. M. *El balance entre la oferta y la demanda en salud*. Escuela Nacional de Salud Pública. Departamento de Economía de la Salud. La Habana. 2015.

(45) Sanabria Montañez C. *La demanda por servicios de salud. Una aproximación teórica*. Revista de la facultad de ciencias económicas de la UNMSM. 2002; No. 21. La Habana. pp. 151-70

(45) Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Colombia: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, 2010. Bogotá: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; 2011.

(46) Krieger N. *Discrimination and health inequities*. Social epidemiology. New York: Oxford University Press; 2014.

(47) León, Victoria y Flor, Marlene. *Cultura y cuidado en la gestación: Una aproximación a la atención intercultural prenatal*. Salud en Tabasco, 20(2), Mayo-Agosto de 2014. pp. 63-68.

- (48) Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). El nacimiento de la guagua. Cartilla para autoridades. Bogotá. 2009. p. 19.
- (49) Bonilla, E y Rodríguez, P.
- (50) Gobernación del Cauca. Secretaría de Salud Departamental. Popayán. 2016
- (51) Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Helsinki, Finlandia, Junio 1964.
- (52) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, 1993.
- (53) Raudenbush, S.W. and Bryk, A. S, Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods. Newbury Park. Sage publication, 2002.
- (54) Ministerio de Salud y Protección Social. Estadísticas de eventos materno-perinatales en Colombia para el primer semestre de 2018. Bogotá.
- (55) Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal No 32 de 2018.
- (56) Arias, P. B., Obando, M. C., & Muñoz, D. G. Experiencia sobre la atención prenatal de un grupo de madres post-parto hospitalizadas en una institución de IV nivel de atención, Bogotá DC, segundo semestre de 2008. Bogotá DC. Colombia: Universidad Pontificia Javeriana. 2008.
- (57) Tobón, J. Z., Cardona, J. L., & Posada, D. J. Análisis Individual de la muerte perinatal. En A. d. (58) Secretaria de Salud, Modelo para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Impresos Marín Sierra SA. 2005.
- (59) Ministerio de la Protección social, hoy Ministerio de Salud y de la Protección Social; Bienestar Familiar. Encuestas de demografía y salud 2005,2010 y 2015. Bogotá.
- (61) Pelaez , J. M. (Enero de 1997). Adolescente embarazada: características y riesgos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 3(1). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1997000100003
- (62) Secretaria departamental de salud del Cauca. Base de datos del materno neonatal de 42 municipios.

- (63) Centro Nacional de Investigación en evidencia y tecnologías en salud - CINETS. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Bogotá DC, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia. 2013.
- (64) Suárez, A. M., Camargo, V. M. y Moreno, K. Q. Adherencia al control prenatal, dificultades y retos. Bogotá DC. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. 2012.
- (65) Sinergias. Estudio sobre la calidad de la atención prenatal en 23 entidades territoriales de Colombia. Bogotá DC. 2012.
- (66) Cuadros, A. L., Flórez, A. C., y Bueno, H. M. Factores Asociados a la no adherencia del control prenatal en las gestantes captadas en la ESE Hospital Integrado Sabana de Torres. Bucaramanga, Santander, Colombia: Universidad CES - Universidad Autónoma. 2011.
- (67) Sandoval, Y. V., & Eslava, J. S. (2013). Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años 2000-2001, 2005-2006 y 2008-2009. *Revista de Salud Pública*, 15(4), 529-541. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n4/v15n4a04.pdf>
- (68) Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Bogotá 2015.
- (69) Cáceres-Manrique, Flor de María y Molina-Marín Gloria. Inequidades sociales en atención materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(3). pp. 231-238. Agosto 9 de 2010. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/1952/195215351007/>
- (70) Hernández Bello, Amparo; Vega Romero, Román. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 1, núm. 1, noviembre, 2001, pp. 48-73. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia
- (71) Noreña-Herrera, Camilo; Leyva-Flores, René; Palacio-Mejía, Lina Sofía y Duarte-Gómez, María Beatriz. Ethnic disparities in the use of reproductive health services by indigenous and African-descendant Colombian women. Universidad de

Antioquia. Colombia. 2015. Disponible en:
<https://www.scielo.org/pdf/csp/2015.v31n12/2635-2648>

(72) Ministerio de Salud y Seguridad Social. Análisis de la situación en salud en Colombia. Bogotá. 2015. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>

(73) Lozano, R., P. S., E. G., J. A.-K., D. M., C. V., . . . C. J.. Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. *Salud Pública de México*, 49(1), 53-69. México. 2007.

(74) Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Nacional de calidad en atención de salud. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>

(75) Mulu, S. T., V. G., & L. L. (2014). Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: Analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(161)

(76) Plan Decenal en Salud Pública. De cero a siempre. Atención Integral a la Primera Infancia. Condiciones de vida para la gestación y el nacimiento en la zona rural en Colombia. Bogotá DC. 2013

(77) B. W., P. W., D. K., M. M., J. A., E. A., & T. M. Linking data sources for measurement of effective coverage in maternal and newborn health: what do we learn from individual- vs ecological-linking methods? *Journal of global health*, 8(1). 2018.

(78) BID. Cómo cambiar conductas para mejorar la salud materna y neonatal en zonas rurales de América Latina. Nota técnica del BID citando a Kolstan (2011). Washington DC: BID. 2016.

(79) Bello, L. A., & Parada, J. B. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 A 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos centinela. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(4). Octubre-Noviembre de 2017.

- (80) BID. Salud de la mujer indígena. Intervenciones para reducir la mortalidad materna. Washington: BID. 2010.
- (81) BID. Cómo cambiar conductas para mejorar la salud materna y neonatal en zonas rurales de América Latina. Nota técnica del BID. Washington DC: BID. 2016
- (82) Instituto Nacional de Salud de Colombia. (2017). Informe del evento de mortalidad materna. Colombia. 2016. INS.
- (83) CEPAL. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 2010.
- (84) González Zhindón, Gabriela del Pilar y Granda Juca, Delia Gabriela. Morbilidad y mortalidad materno-neonatal y calidad de la atención en el hospital Aida de León Rodríguez Lara, Girón. Tesis de grado en medicina. Directores: José Ortiz y Xavier Molina. Universidad de Cuenca. Facultad de ciencias médicas. Escuela de medicina. Ecuador. 2011. Disponible en línea en. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3479/1/MED03.pdf>
- (85) Watanabe Varas, Teresa Inés. La reducción de la mortalidad materna y su relación con factores socio-sanitarios asociados 2001-2010. Tesis de maestría. Directora: Alida Isidora Díaz Encinas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de ciencias sociales. Lima, Perú. 2012. Disponibles en Línea en: <https://core.ac.uk/download/pdf/54214810.pdf>
- (86) Artilles Visbal, Leticia. Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género. Artículo de investigación publicado en Revista Cubana de Salud Pública v.33 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2007. Versión impresa ISSN 0864. p. 5.
- (87) Gobernación del Cauca. (Enero de 2017). Informe seguimiento ejecución de metas. Plan Departamento de Desarrollo. Vigencia 2016. Recuperado el Diciembre de 2018, de Gobernación del Cauca: http://www.cauca.gov.co/sites/default/files/rendicion-cuentas/informe_seguimiento_ejecucion_metas_pdd_vigencia_2016.pdf
- (88) Lugones, M. B. (2016). Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. *Revista Cubana de Obstetricia y*

Ginecología, 42(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100001.

(89) Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Protocolo de Atención Preconcepcional*. Recuperado el Enero de 2019, de MinSalud:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de las Variables: La plantilla de base de datos con información de salud materna de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca, registra las variables exigidas por el sistema de información materno nacional.

VARIABLES RESULTADOS			
Nombre / Nivel	Definición operacional	Nivel de medición	Posibles valores
Etnia	Según registro consignado en la base de datos	Categorica- politómica	0: Mestiza 1: Indígena 2: Negra 3: Otra
VARIABLES INDEPENDIENTES			
Nombre / Nivel	Definición operacional	Nivel de medición	Posibles valores
Municipio	Nombre municipio	Nominal	Nombre mpios del Depto del Cauca
Zona de Residencia	Según registro consignado en la base de datos	Categorica – dicotómica	0. Urbano 1. Rural
Edad de la mujer	En años cumplidos.	Cuantitativa – discreta	11 años y más
Tipo de afiliación	Régimen de afiliación de la mujer al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Categorica- politómica	0: contributivo 1: subsidiado 2: No afiliado 3: Otro

Nombre de la Aseguradora	Según registro consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Nominal	Nombre de la ARS o EPS.
Ana-Alfabetismo	Según registro consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Categoría-Dicotómica	0: Si 1: No
Nivel educativo de la mujer	Mayor nivel de educación aprobado por la mujer.	Categoría- politómica	0: Ninguno 1: Primaria 2: Secundaria 3: Universidad
Estado civil	Estado marital en que se encuentra la mujer que está registrada	Cualitativa/Nominal politomica	1: Casado 2: Unión libre 3: Separado 4: Viudo 5: Soltero 88: No registra
Ocupación	Según registro de la base de datos de la Secretaria Departamental de Salud del Cauca (SDSC)	Nóminal	Nombre de las ocupaciones de las gestantes.
Presencia de condiciones de salud anteriores	Según registro consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Categoría- politómica	0: Violencia física o psicológica 1: Gravidez 2: Abortos 3: Cesáreas 4: Muerte Neonatal Temprana
Condiciones de salud embarazo y el parto actual	Según registro consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Categoría- politómica	0: Hipertensión Crónica 1: Diabetes Mellitus 2: Enfermedad Renal 3. VIH 4: Anemia 6: Sífilis gestacional 7: Hemorragia 8.1: Menor semana 20 8.2: Mayor semana 20
Consejería VIH	Se encuentra registrada la actividad de consejería de VIH en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal Politómica	1:Si 2:No 3: No Registra

Revisión Odontológica	Se encuentra registrada la revisión odontológica en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal Politómica	1:Si 2:No 3: No Registra
Edad Gestacional de inicio del CP	Registre la Edad Gestacional (semanas) en la que ingreso a Control Prenatal la paciente y que se encuentra consignada en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cuantitativa continua	En trimestres
Ecografía Primer Trimestre	Está consignada la realización de la Ecografía de del primer trimestre en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1:Si 2: No
Ecografía Segundo Trimestre	Está consignada la realización de la Ecografía del segundo trimestre en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1:Si 2: No
Valores de Serología	Están consignados los valores de Serología de la paciente en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal	Primer Trimestre 1. Si 2. No Segundo trimestre 1. Si 2. No Tercer Trimestre 1. Si 2. No
Conducta médica ante resultados serológicos	El resultado de la serología, permitió clasificar el riesgo y está consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal	Reclasificar el riesgo obstétrico 1. Si 2. No Remisión con especialista 1. Si 2. No Realizar tratamiento 1. Si 2. No
Registro resultado prueba de VIH	Esta registrado el resultado de la prueba de VIH en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1:Si 2: No

Registro resultado prueba de VIH	Esta Registrado el resultado de la prueba de VIH de la Paciente consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1:Positiva 2: Negativa
Conducta médica ante resultados de VIH	El resultado de la prueba de VIH, permitió clasificar la conducta médica y está consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal	Reclasificar el riesgo obstétrico 1. Si 2. No Remisión con especialista 1. Si 2. No Realizar tratamiento 1. Si 2. No
Controles Prenatales	Número de controles prenatales consignados en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cuantitativa continua	En Números
Valoración actividades básicas del CP	El número de controles prenatales corresponden con el tiempo de ingreso al programa de Control prenatal y están dentro de los parámetros establecidos por la guía de control nacional y esta consignada en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Clasificación del Riesgo Materno	Indique la clasificación de riesgo que se encuentra en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal	1. Alto 2. Medio 3. Bajo 4. Sin Riesgo 5. No registra
Consulta Ginecobstetricia	Está consignada en la base de datos de la SSD del Cauca la remisión al especialista en Ginecobstetricia	Cualitativa Nominal Dicotómica	1:Si 2: No
Ruptura de membranas anteparto	Según registro consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Categoría-Dicotómica	0: Si 1: No

Uso Partograma	Se encuentra registrado el uso del partograma en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Egreso Materno	Está consignada la fecha de egreso materno en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Valoración del Egreso Materno	la condición de egreso materno se encuentra registrado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca	Cualitativa Nominal	1. Viva 2. Viva después del traslado 3. Muerta 4. Muestra después del traslado 5. No registra
Vía del Parto	La vía del parto se encuentra registrada en la base de datos de la SDSC	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Vaginal 2: Cesárea
Referencia Postparto	Está consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud si la paciente fue referida a Post Parto	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Educación Planificación Familiar	Está consignado si se brindó educación de planificación familiar en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Examen de Serología	Está consignada la toma de Serología a la Paciente al momento del parto en la base de datos de la secretaria departamental de salud.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Alumbramiento Activo	Está consignado el uso de oxitócicos en el alumbramiento en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca	Cualitativa Nominal Politémica	1: Si 2: No 3: No registra
Endometriosis	Está consignada la presencia de endometritis post parto vaginal en la base de datos	Cualitativa Nominal Politémica	1: Si 2: No 3: No registra

	de la secretaria departamental de salud del Cauca		
Endometriosis	Está consignada la presencia de endometritis post parto cesárea en la en la base de datos de la secretaria departamental de salud.	Cualitativa Nominal Politémica	1: Si 2: No 3: No registra
Peso del RN	Registre el peso al nacer (gramos) que se encuentra consignada en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca	Cuantitativa continua	En Gramos
Egreso Recién Nacido	Está consignada la fecha de egreso del Recién Nacido en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Condición Egreso RN	Condición de egreso del Recién Nacido reportado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca	Cualitativa Nominal Politémica	1. Viva 2. Viva después del traslado 3. Muerta 4. Muerta después del traslado 5. No registra
Lactancia Materna Exclusiva	Está consignado el egreso del Recién Nacido con Lactancia Materna Exclusiva en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Hipotiroidismo	Está consignado el resultado Prueba de TSH del menor (Hipotiroidismo) en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Consejería Lactancia Materna	Está consignada la consejería de Lactancia Materna realizada a la paciente en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No

Provisión método de PF	Está consignada en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca la provisión de un método de planificación familiar a la paciente	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Presentación Fetal	Según registro consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Categoría-Politómica	0: Cefálica 1: Pelviana 2: Transversal
Resultado final del Producto	Según registro consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Categoría-Dicotómica	0: Vivo 1: Muerto.
Placenta	Según registro consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Categoría-Dicotómica	0: Completa 1: Retenida
Seguimientos por partera	Según registro consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Número de seguimientos por partera	Número de seguimientos por parteras consignados en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cuantitativa continua	En Números
Total seguimientos por medicina tradicional	Según registro consignado en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Si 2: No
Número de seguimientos por medicina tradicional	Número de seguimientos por medicina tradicional consignados en la base de datos de la secretaria departamental de salud del Cauca.	Cuantitativa continua	En Números

