



SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES
REVISTA CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
Año 8 Vol 1 No.10 (Pags. 65 - 76)

MORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO (2.004 - 2.005)

Sonia Gómez Erazo¹ Carmen Eugenia Quiñónez Arteaga²

Fecha de recepción: Sep 03 - 08 Aceptado: Nov 07 - 08

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar la mortalidad materna en el Departamento de Nariño en los años 2004-2005. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, con base en información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública del Instituto Departamental de Salud de Nariño. Se analizó el 100% de las historias de muertes maternas (71) notificadas al instituto entre los años 2.004 (40 muertes) y 2.005 (31). **Resultados:** El promedio de edad de la muerte fue 26.5 años, la menor edad registrada fue 15 años y la mayor 44. Durante el año 2.004 ocurrió entre 20 y 24 años y en el 2.005 entre 25 y los 29 años. Con respecto al nivel educativo, 8.4% era analfabeta, 45% había cursado su primaria en forma incompleta; en general, 87.3% de las mujeres no terminaron sus estudios secundarios y solo 2.8% tenía secundaria completa o estudios universitarios. En relación con la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 43.7% carecían de afiliación al sistema. 52.1% de los casos asistieron al control prenatal, 43.7% nunca lo realizó y de 4.2% no se tiene dato; además se encontró que 36.6% cursaban su primera gestación, 25.3% su segunda o tercera gestación y 38.1% su cuarta gestación o mas. Resalta el hecho de encontrar casos de mortalidad en gestantes con más de 5 embarazos previos. **Conclusiones:** El postparto representa un momento especialmente crítico en la atención materna, por cuanto 60.5% de las muertes maternas ocurrieron en este periodo, seguido por 22.5% que fallecieron durante la gestación y 17% durante el parto.

Palabras clave: Mortalidad, mortalidad materna, vigilancia epidemiológica.

1 Candidata a Magíster en Salud Pública. Docente Hora Cátedra Programa Promoción de la Salud. Facultad de Salud. Universidad de Nariño. soniagomezerao@hotmail.com

2 Candidata a Magíster en Salud Pública. Ejecutora de Proyectos, Centro de Estudios en Salud. Universidad de Nariño. carmeneugeniaqu@gmail.com

ABSTRACT

The main objective of this study was to characterize maternal mortality in the Nariño Department between 2004 and 2005. Methodology: A retrospective descriptive study, based on information from the Epidemiological Surveillance System in Public Health at the Departmental Institute of Health Nariño. A 100% of the medical records of maternal deaths (71) reported to the Departmental Health Institute between the years 2004 (40 deaths) and 2005 (31) were analyzed. Results: The average age of death was 26.5 years, the lowest recorded was 15 years old and the oldest recorded was 44. During 2004 occurred between 20 and 24 years in 2005 and between 25 and 29 years. With regard to educational level 8.4% were illiterate, 45% had completed their primary school incomplete, in general, 87.3% of women completed their secondary education and 2.8% had complete secondary or university studies. Regarding the affiliation to the General Social Security System in Health, 43.7% had no affiliation at all. 52.1% of cases attended prenatal care, 43.7% never performed and 4.2% did not have data, also found that 36.6% were enrolled her first pregnancy, 25.3% in second or third pregnancy and her fourth pregnancy, 38.1% or more. Highlights the fact finding cases of death in pregnant women with more than 5 previous pregnancies. Conclusions: The postpartum period is a particularly critical time in maternal care, as 60.5% of maternal deaths occurred in this period, followed by 22.5% who died during pregnancy and 17% during childbirth.

Keywords: Maternal mortality, epidemiological surveillance.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es considerada como un grave problema de salud pública que afecta en gran parte a los países pobres del mundo, aunque la mayoría de las veces sus causas son evitables. Es la máxima expresión de injusticia social, debido a que es en los países de menor desarrollo económico, donde existen las más altas cifras. Según la OPS/OMS, se define como “la muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y

el sitio de embarazo y debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. (1)

La mortalidad materna afecta a mujeres pobres, desposeídas, analfabetas, que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad y muchas de ellas pertenecen a poblaciones indígenas y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no han sido planificados. Es el producto final de una serie compleja de riesgos que actúan durante su etapa reproductiva. (2) Es

así como mejorar la salud materna se convierte en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Los factores determinantes de la muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales destacan el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar y los relativos a su estado de salud, su conducta reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de atención materna y planificación familiar. ⁽³⁾

Causas asociadas a la mortalidad materna

Las muertes maternas pueden tener causas obstétricas directas e indirectas; las causas directas son aquellas que resultan de las complicaciones obstétricas del estado del embarazo, el parto o el puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas. Las causas indirectas son las que resultan de una enfermedad previa al embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas directas, pero agravadas por el embarazo. En Colombia, las causas directas de la mortalidad materna se han mantenido durante la última década, entre ellas las enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo, complicaciones puerperales como la hemorragia postparto, las complicaciones durante el trabajo de parto y parto, el aborto y por último, otras complicaciones del embarazo. ⁽⁴⁾

Para el análisis de la mortalidad materna, se han identificado tres tipos de retrasos o demoras en la atención materna que aumentan el riesgo de muerte, influyendo en el estado de la madre y del hijo/a. La demora 1 es el retraso por parte de la materna en reconocer los signos y síntomas

de complicaciones; esta demora 2 es el retraso para acudir a una institución de salud, cuando la mujer gestante presenta complicaciones; esta demora está relacionada con dificultades en todo tipo de acceso y la demora 3 se sucede dentro de la institución de salud, relacionada con la calidad de la prestación de servicios. ⁽⁵⁾

En consenso, la mortalidad materna es indicador de la calidad de vida y desarrollo de un país, así como del ejercicio de los derechos ciudadanos, sexuales y reproductivos de mujeres y hombres. Expresa las desigualdades e inequidades de género, económicas y culturales y es un indicador de la cobertura y calidad de los servicios de salud. Los trastornos de la salud reproductiva representan más del 30% de la carga global de morbilidad y discapacidad en las mujeres. La mayor proporción de años de vida sanos perdidos por mujeres en edad reproductiva, son atribuibles a problemas relacionados con el embarazo y el parto. Alrededor de 300.000 millones de mujeres, más de un cuarto de todas las mujeres adultas, sufren a corto o largo plazo, enfermedades ocasionadas por el proceso reproductivo. ⁽⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó para el año 2.000 la razón de mortalidad materna (RMM) a nivel mundial, en 400 por 100.000 nacidos vivos, lo que corresponde a 529.000 defunciones maternas anuales. En los países en desarrollo, esta razón es de 440 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados se estiman 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Para la región de América Latina y el Caribe, es de 190 por 100.000 nacidos vivos ⁽⁷⁾

En Colombia, la razón de mortalidad materna desde 1990 al 2005, ha oscilado entre 60 y 105

por 100.000 nacidos vivos, existiendo zonas del país donde la razón de mortalidad está por encima del promedio nacional. Existe dificultad para la estimación de estas cifras debido a que los dos componentes de la razón de la mortalidad materna provienen de las estadísticas vitales, siendo la única fuente de información y con frecuencia con problemas de calidad y cobertura. Además se presentan problemas con la identificación de las muertes maternas, imprecisión en el certificado de defunción y subregistro de los partos domiciliarios. Es así como las dificultades en el registro, obstaculizan el ajuste de tasas y propician diferencias entre los datos emanados de distintas entidades; dependiendo de la fuente empleada para establecer el número de nacidos vivos (proyecciones DANE vs. certificados de nacimiento), se producen distintos escenarios en las cifras de mortalidad materna, como lo referencia Magda Ruiz Salguero y Ana Salazar Aristizabal. ^(8,9)

No obstante, según los datos del ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y de la OPS, la razón de mortalidad materna en Colombia para el año 2003 fue de 104,9 por 100.000 nacidos vivos. Las cifras generales presentan diferencias importantes por departamentos, áreas urbano-rurales, estratos socioeconómicos y régimen de afiliación ⁽¹⁰⁾

En Nariño, la razón de mortalidad materna para los años 2002 y 2003 fue de 62.1 y 52.4 por cien mil nacidos vivos, para los años 2.004 y 2.005 la razón de mortalidad fue de 124.9

y 95.2 respectivamente, cifras reportadas a través del SIVIGILA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica) ⁽¹¹⁾

Dada la gran diversidad geográfica y cultural, sus vías de acceso y relación con la capital, los municipios del Departamento de Nariño se encuentran regionalizados en distintas zonas a saber: a) Zona Occidente, b) Zona Norte, c) Zona Sur, d) Zona Centro, e) Zona Centro Occidente.*

La situación actual del sector salud en el Departamento de Nariño está determinada por el grado de desarrollo de las zonas o subregiones. En términos generales se caracteriza por el limitado acceso a los servicios de salud, morbi mortalidad relacionada con los diversos determinantes que estructuran el perfil epidemiológico transicional, entidades de dirección local con débil desarrollo para asumir las competencias, poca capacidad de respuesta para atender las necesidades de salud, especialmente en el primer nivel de atención, traducidas en una baja capacidad instalada y resolutive, incipiente desarrollo en procesos institucionales y debilidad en el sistema de referencia y contrarreferencia .

De forma específica, la zona occidente – costa pacífica-, se caracteriza por tener los mayores problemas en capacidad resolutive, alta rotación de personal, baja capacidad instalada, cultivos ilícitos, conflicto armado, riesgo antrópico por desplazamientos masivos, riesgos naturales por tsunami, altos índices de enfermedades transmitidas por vectores, dificultad en el acceso

* **Zona Occidente:** Municipios de Olaya Herrera, El Charco, Barbacoas, Roberto Payan, Magui Payan, La Tola, Mosquera, Santa Bárbara, Francisco Pizarro, Tumaco - **Zona Norte:** Municipios de Arboleda, La Cruz, San Bernardo, San Lorenzo, San Pablo, San Pedro de Cartago, Belén, La Unión, Colon, Taminango. - **Zona Sur:** Municipios de Aldana, Contadero, Córdoba, Carlosama, Cumbal, Guachucal, Gualmatán, Ipiales, Iles, Pupiales, Potosí, Puerres. -**Zona Centro:** Municipios de Pasto, Chachagüi, Yaquanquer, Sandoná, Consacá, Tangüa, Nariño, La Florida, El Tambo, El Peñol, Buesaco, el Tablón, Albán, Cumbitara, Leyva, Policarpa, El Rosario, Ancuya y Funes - **Zona Centro Occidente:** Municipios de Guitarilla, La Llanada, Santacruz, Providencia, Linares, Ospina, Samaniego, Sapuyes, Túquerres, Los Andes, Mallama, Ricaurte, Imues.

por dispersión geográfica, teniendo en cuenta que en 7 de los 10 municipios el acceso se realiza vía fluvial y marítima y está limitado a las condiciones para la navegación y pluviales de la región, encontrándose municipios a una distancia de 498 km., a un tiempo de acceso promedio de 12 horas, al punto que, asistir a un control, puede llegar a costos de desplazamiento que pueden fluctuar entre \$300.000 y \$500.000 .

Además de las características culturales propias de grupos poblacionales afrodescendientes que condicionan la concepción y uso de los servicios de salud. En general, al ser una zona de bajo desarrollo, es la zona que requiere mayores esfuerzos de intervención integral.

La reducción de la mortalidad materna como prioridad en salud pública, se ha impulsado en los últimos años, a partir de su inclusión en los Objetivos del Milenio y en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, esperándose que para el 2.015, el país reduzca la razón de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos. Frente a este reto, el Ministerio de Protección Social, de manera conjunta con diferentes entidades gubernamentales y no gubernamentales, decidió en 2.003, movilizar a los diferentes actores del sistema, en torno a un plan de choque, que restituyera la importancia de la reducción de la mortalidad materna en el país y desencadenara acciones que pudiesen impactarla rápidamente.

En el Departamento de Nariño, el Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna fue liderado por el Instituto Departamental de Salud de Nariño y propuso la intervención en cuatro áreas de acción: comunicación y movilización social, fortalecimiento de la

gestión interinstitucional e intersectorial, fortalecimiento del sistema de vigilancia de la mortalidad materna y fortalecimiento de las acciones de seguimiento, vigilancia y control de la gestión institucional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, a fin de caracterizar la mortalidad materna en el Departamento de Nariño entre enero de 2004 y diciembre de 2005, con base en la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública del Instituto Departamental de Salud de Nariño, donde se notifican las muertes maternas ocurridas en la región. Los datos se extractaron de las historias clínicas de cada una de las pacientes. Se analizó el 100% de las historias de muertes maternas (71) notificadas al instituto entre los años 2.004 (40 muertes) y 2.005 (31). Para el procesamiento de datos se utilizaron las hojas de cálculo de Microsoft Excel y EPI Info.

RESULTADOS.

El Instituto Departamental de Salud De Nariño, mediante su sistema de vigilancia epidemiológica, identificó la ocurrencia de 71 muertes maternas durante los años 2.004 y 2.005. (Tabla 1).

Tabla 1. Numero de casos y razón de mortalidad materna en el Departamento de Nariño. 2.004 - 2.005.

Año	No de Casos	*Razón de Mortalidad Materna
2.004	40	124.9
2.005	31	95.2

* Numero de muertes maternas por cien mil nacidos vivos.

El Departamento de Nariño cuenta en total con 64 municipios y el sistema de vigilancia epidemiológica identificó que en el 37.5% de ellos (24), se presentaron casos de mortalidad materna.

Las zonas que tienen mayor peso porcentual de la mortalidad materna corresponden a la zona de occidente - costa pacífica - con 56.3% del total de muertes maternas, seguida por la zona centro con 22.6%.

De acuerdo al sitio de procedencia, se encontró que 67.6% de las mujeres residían en zona rural y 32.4%, en la zona urbana. Del total de muertes maternas, 72% ocurrieron en instituciones prestatarias de servicios de salud, 20% en el domicilio y 8% en la vía pública.

El promedio de edad de la muerte fue de 26.5 años, la menor edad registrada fue 15 años y la mayor 44. Durante el año 2.004 el pico máximo se registró entre 20 y 24 años y en el 2.005 entre 25 y los 29 años; Para la zona occidente, el promedio fue de 25.1 años en 40 casos de muerte materna; De ellos, 20% fueron menores de 18 años y 12.5% en mayores de 35.

Tabla 2. Mortalidad materna según el nivel de escolaridad

Escolaridad	# Casos 2.004	# Casos 2.005	Total	%
Analfabeta	4	2	6	8.45
Primaria incompleta	17	15	32	45.0
Primaria completa	5	3	8	11.3

Secundaria incompleta	7	9	16	22.6
Secundaria completa	1	0	1	1.40
Universitaria	0	1	1	1.40
Sin dato	6	1	7	9.85
Total	40	31	71	100

Con relación al estado civil de la materna como factor de riesgo biopsicosocial, 47.9% de las mujeres se encontraban en unión libre, 25.4% eran solteras y 22.5% casadas. Para la zona occidente, 67.5% eran casadas o en unión libre.

Al analizar el tipo de vinculación al sistema de seguridad social en salud, se advierte que 43.7% de las mujeres carecían de afiliación al sistema, 47.9% pertenecían al régimen subsidiado y el 2.8% al contributivo, el 5.6% restante no tienen dato. Para la zona occidente, 52.5% de las mujeres eran vinculadas, 37.5% pertenecían al régimen subsidiado, 2.5% al contributivo, 2.5% al régimen especial y de un porcentaje igual se desconoce el dato.

El análisis del periodo gestacional en que ocurrieron las muertes maternas, permite concluir que el postparto representa un momento especialmente crítico en la atención materna, por cuanto 60.5% de las muertes maternas ocurrieron en este periodo, seguido por 22.5% que fallecieron durante la gestación y 17% durante el parto. Para la zona Occidente, el comportamiento es similar, pues 60% murió en el periodo de posparto, 27.5% durante el embarazo y 12.5% durante el parto.

52.1% de los casos asistieron al control prenatal, 43.7% nunca lo realizó y de 4.2% no se tiene

dato; además se encontró que 36.6% cursaban su primera gestación, 25.3% su segunda o tercera gestación y 38.1% su cuarta gestación o más. Resalta el hecho de encontrar casos de mortalidad en gestantes con más de 5 embarazos previos (Tabla 3). En 53.6% de las muertes maternas, existió también, muerte perinatal. Para la zona Occidente, 50% no realizó control prenatal, 37.5% estaban embarazadas por primera vez e igual porcentaje tenían de 2 a 5 partos previos. 22.5% tenían más de 5 embarazos y 6 (15%) pacientes tenían antecedentes de entre 9 y 12 embarazos. Del total de muertes para esta zona, en el 60% de los casos, existió además, muerte perinatal.

Tabla 3. Mortalidad materna según número de gestaciones previas.

Número de Gestaciones Previas	# Casos 2.004	# Casos 2.005	Total	%
Gestas 1	12	14	26	36.6
Gestas 2 a 3	11	7	18	25.3
Gestas 4 a 5	6	6	12	17.0
Gestas mayor a 5	11	4	15	21.1
Total	40	31	71	100

En relación con la causa de muerte, se encontró que los trastornos hipertensivos asociados al embarazo ocupan el primer lugar (33.9%), seguidos de trastornos hemorrágicos (28.2%) y trastornos infecciosos (11.3%). La mortalidad materna por malaria ocupa el cuarto lugar con un 9.8%. (Tabla 4).

Para la zona Occidente, los trastornos hemorrágicos fueron la primera causa de muerte

(32.5%). La segunda la ocasionaron los trastornos hipertensivos asociados al embarazo (30%) y la tercera fue la malaria (17.5%)

Tabla 4. Mortalidad materna según causa de muerte.

Causa de Muerte	# Casos 2.004	# Casos 2.005	Total	%
Trastorno Hipertensivo Asociado al Embarazo	15	9	24	33.9
Trastorno Hemorrágico	12	8	20	28.2
Trastorno Infeccioso	3	5	8	11.3
Malaria	3	4	7	9.8
Tromboembolismo Pulmonar	1	3	4	5.6
Accidente Cerebro Vascular de origen cardiovascular	2	2	4	5.6
Otras causas	4	0	4	5.6
Total	40	31	71	100

Durante los años 2.004 y 2.005 se presentaron en el Departamento un total de 21 muertes maternas (29.5%) en adolescentes. 76.1% ocurrieron en seis municipios de la zona occidente - costa pacífica, de ellas el 80.9% cursaba su primer embarazo, 4.7% falleció durante el primer trimestre de gestación, 23.8% durante el segundo trimestre y 71.5% durante el tercer trimestre.

El 61.9% falleció durante el postparto: debido a la malaria (28.6%); a trastornos hipertensivos asociados al embarazo (23.8%); trastornos

hemorrágicos (23.8%); y por trastornos infecciosos (14.4%)

DISCUSIÓN

Al analizar las variaciones que presentan los datos epidemiológicos de muerte materna en los últimos años en Colombia y en Nariño, destaca:

A nivel mundial, 525.000 mujeres mueren todos los años a causa de complicaciones derivadas del embarazo y el alumbramiento. ⁽¹²⁾ En Colombia, la mortalidad materna era muy alta en la década de los 50, disminuyó hasta la década de los 80 cuando se estabilizó; entre 1986 a 1994 tuvo una disminución leve y desde entonces ha venido en aumento. La vigilancia epidemiológica y el seguimiento de las muertes maternas por el Instituto Nacional de Salud, indican que la notificación es irregular y se estima que existe subregistro del 50%, al comparar los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública (SIVIGILA), con los del DANE (Departamento Nacional de Estadística). ⁽¹³⁾

En el Departamento de Nariño se observa una variación importante de las cifras reportadas por el SIVIGILA: para el año 2002, se reporta una razón de mortalidad materna de 62.1 por cien mil nacidos vivos, para 2.003 de 52.4, para 2.004 de 124.9 y para 2.005 de 95.2. Esta variación puede deberse a dificultades existentes en los sistemas de información para la medición del número de muertes maternas, ausencia de notificación en poblaciones alejadas, sistemas eficaces de vigilancia, mal diligenciamiento de certificados de defunción y por diferencias en los denominadores poblacionales; estos aspectos hacen que algunas de estas muertes no se

clasifiquen como tales y que exista variaciones en los cálculos del indicador.

Pese a esto, el aumento de muertes maternas entre los años 2.003 y 2.004, muestra el esfuerzo regional en mejorar los sistemas de notificación, la vigilancia epidemiológica y las estadísticas vitales, los cuales se constituyen en la base para la medición del indicador.

En el Departamento de Nariño, el estudio indica que al igual que en Colombia, la primera causa de muerte esta relacionada con trastornos hipertensivos asociados a embarazo (33.9%), seguido por trastornos hemorrágicos (28.2%) y los infecciosos (11.3%). A nivel mundial, un 80% de las muertes derivadas de la maternidad se deben a hemorragias, septicemia, trastornos hipertensivos, retención fetal y abortos practicados en condiciones peligrosas. ⁽¹⁴⁾

Llama la atención como causa indirecta, la mortalidad materna por malaria, (9.8%) que afecta principalmente a adolescentes y se presenta en la zona occidente - costa pacífica del Departamento, con una alta incidencia para esta enfermedad. Esto indica de manera directa, las condiciones en salud que presenta la costa Pacífica en Nariño, así como condiciones de inequidad.

La mortalidad materna según grupos de edad, empieza a aparecer a partir de los 10 años de edad en Colombia, cuando apenas se inicia la adolescencia. El pico de mayor incidencia se observa en los grupos de 20 a 30 años ⁽¹⁵⁾ Este comportamiento es similar para el Departamento de Nariño, en donde el promedio de edad de muerte materna fue de 26.5 años con un pico

máximo entre los 20 y 29 años, aunque se encontraron edades mínimas de 15.

En cuanto al régimen de afiliación, durante el período 1995-2000, de la totalidad de las muertes maternas en Colombia, 27,3% correspondió a mujeres afiliadas al régimen subsidiado, 17,5% sin afiliación y 20% a afiliadas al régimen contributivo. En el 25% de los casos, se desconoce a qué régimen de afiliación pertenecían ⁽¹⁶⁾ Para el caso de Nariño se advierte de manera contundente, la falta de cobertura al sistema pues, 43.7% de las muertes correspondieron a mujeres sin afiliación al sistema, 47.9% pertenecían al régimen subsidiado y 8.4% al régimen contributivo.

Cada vez se hace más evidente la relación del nivel educativo con la muerte materna. Las oportunidades de educación en muchas comunidades son menores para las mujeres y su proyecto de vida no va más allá de formar la familia y criar hijos; además, el bajo nivel social y cultural las pone en desventaja para el acceso a la información y a los servicios de salud. El analfabetismo hace que las mujeres desconozcan sus derechos y las opciones que ofrece el sector salud; ⁽¹⁷⁾ es evidente que para el caso del Departamento de Nariño este aspecto se confirma como factor importante de riesgo, pues el estudio muestra que 87.3% de las mujeres no lograron culminar sus estudios secundarios y que más del 50 % ni siquiera lograron terminar la primaria completa.

La falta de acceso a los métodos de planificación familiar, expone a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas, a abortos inducidos y complicados con sepsis, a un

mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación y a mayor pobreza mientras más hijos tenga cada mujer. Las mujeres que tienen cuatro o más hijos, presentan razones de mortalidad materna superiores a 120, mientras que las que tienen 2,4 o menos hijos, presentan razones por debajo de 64. ⁽¹⁸⁾ De igual manera, en zonas donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es superior a 74%, presentan razones de mortalidad inferiores a 74, mientras que, donde la prevalencia es de 62% o menos, la razón aumenta a 111.

En el análisis de la mortalidad materna en Colombia entre 1998 y 1999, se encontró que el riesgo de morir era más alto en mujeres menores de 20 años y en mayores de 29 años. ⁽¹⁹⁾ Para el caso del Departamento de Nariño, llama la atención que 25.3% de las muertes maternas cursaban su segunda o tercera gestación y 38.1% cursaba el cuarto embarazo o mas, encontrándose incluso, casos de 11 y 12 gestaciones. Esto confirma aun más, la alta vulnerabilidad a la que se encuentra expuesta la población gestante, especialmente la mas pobre y vulnerable.

La falta de acceso a los servicios de salud por dificultades geográficas, económicas o culturales o por ausencia de estos servicios en las comunidades, es crucial como factor determinante para el aumento de las razones de mortalidad.

En el Departamento de Nariño coexisten otros factores que dificultan la atención en salud, como el conflicto armado, desplazamiento forzado, limitaciones de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aspectos que se ven reflejados especialmente en la alta incidencia de mortalidad materna de la zona occidente del

Departamento de Nariño, que la constituyen 10 municipios de la costa pacífica, zona que se caracteriza por una alta vulnerabilidad de sus pobladores a morir y enfermar ante las precarias condiciones de desarrollo, altos índices de necesidades básicas insatisfechas y dificultades de acceso a servicios de salud. Del total de muertes presentadas entre los años 2.004 y 2.005, 56.3% (40 muertes) corresponden a esta área de influencia; la intervención integral en los diferentes determinantes que afectan la salud materna en esta zona, debe establecerse como estrategia que permita impactar positivamente en el indicador regional.

Hay consenso en identificar que casi la totalidad de las causas de la mortalidad materna en el país podrían evitarse con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto, de un buen seguimiento posparto y servicios de planificación familiar; es decir, que todas las patologías que originan estos eventos están asociadas a la falta de servicios de salud reproductiva de buena calidad y a las precarias condiciones de vida de las mujeres. ⁽²⁰⁾

Con base en el modelo de la Universidad de Columbia, ⁽²¹⁾ se procedió a realizar el análisis del total de muertes maternas, con el objeto de determinar que tipo de retraso en mayor proporción incidió entre el periodo 2.004 y 2.005; los resultados mostraron que el retraso tipo 1 estuvo presente en 87.1% de los casos, mientras que el retraso tipo 2 lo fue en 33.3% y el tipo 3 en 34%; además, en 53.8% de los casos se presentaron combinaciones de más de un tipo de retrasos: en el 100% de los retrasos tipo 2 se vieron involucradas circunstancias de inaccesibilidad geográfica y el orden público.

RECOMENDACIONES

Se sugiere adecuar las estrategias de los programas de salud sexual y reproductiva, buscando la participación de la población para que desde su cultura, creencias, usos y costumbres contribuyan en su construcción.

Se hace necesario implementar modelos de atención para la población rural dispersa, que garanticen servicios de promoción y prevención con énfasis en los programas de salud sexual y reproductiva, así como fortalecer centros rurales de atención que sirvan como puntos de referencia locales, que garanticen capacidad resolutoria inicial, con la implementación además, de sistemas de referencia y desarrollo de los subsistemas de transporte y comunicaciones.

Para ello es imperativo el trabajo interinstitucional e intersectorial en la zona, con participación activa de la comunidad como fuente de diagnóstico, de propuestas y garante del cumplimiento de las mismas. Además es importante desarrollar capacidades en la mujer, relacionadas con estilos de vida saludable, autocuidado y toma de decisiones, por todo cuanto ella significa en la cultura de la zona pacífica; esto garantizaría el impacto cultural y social que en esta región, es urgente.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a los médicos Juan Carlos Vela Santacruz y Carlos Alberto Hidalgo funcionarios del área de epidemiología del IDSN; a la Magíster María Ruth Chamorro coordinadora de salud sexual y reproductiva del IDSN; a los ginecólogos Fabio Zarama Márquez y Ricardo Unigarro; a la Magíster Elizabeth Trujillo de Cisneros y a las directivas del Instituto

Departamental de Salud de Nariño por permitirnos retomar la información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. De igual manera a la magíster Martha Urdanivia Alviz, por su aporte al documento.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión (CIE-10). Washington, D.C. 1995.
2. Organización Panamericana de la Salud. Maternidad Saludable. Mortalidad Materna en Cifras. Colombia 1.998.
3. Ministerio de Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Mortalidad Materna. Bogota 2.007.
4. Factores Asociados a la Mortalidad Materna en Medellín 2001-2003, Gineco-CES, 2004.
5. Ministerio de la Protección Social, UNFPA, Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna. Bogota 2.003: Tomado de <http://colombia.unfpa.org/tempob/mortmat/mortmat.htm>
6. Organización Panamericana de la Salud. Maternidad Saludable. Mortalidad Materna en Cifras. Colombia 1.998.
7. Maternal Mortality in 2000 - Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. UNICEFT Statistics: Tomado de http://www.childinfo.org/eddb/mat_mortal/ el 15 de Agosto de 2005
8. Salguero M. La Mortalidad Materna en Colombia 1998-2001. ¿Cuánto ha mejorando su estimación? 2004
9. Salazar, A. Vásquez, M. ¿Una década sin cambios? Colombia Médica. Mortalidad Materna en Cali. Vol. 27 No. 3-4, 1996.
10. Ministerio de la Protección Social, UNFPA, Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna. Bogota 2.003: Tomado de <http://colombia.unfpa.org/tempob/mortmat/mortmat.htm>
11. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Sistema de Vigilancia Epidemiológico. SIVIGILA 2002, 2003, 2004 y 2005
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Programación para una Maternidad sin Riesgos. 1999.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística; Ministerio de la Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas. Mortalidad materna y perinatal en Colombia en los albores del siglo XXI. Bogotá D.C.: DANE; 2004.
14. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Programación para una Maternidad sin Riesgos. 1999
15. Organización Panamericana de la Salud. Maternidad Saludable. Mortalidad materna en cifras. Colombia 1.998.
16. Ministerio de la Protección Social, UNFPA, Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna. Bogota 2.003: Tomado de <http://colombia.unfpa.org/tempob/mortmat/mortmat.htm>

17. Organización Panamericana de la Salud. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Concenso estratégico interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C: OPS, 2003
18. Idem
19. Palacio M. El estancamiento de la mortalidad materna: un problema evitable. Colombia. Bogotá; Organización Panamericana de la Salud. 2004
20. Carrillo, A Mortalidad materna en Colombia: Reflexiones entorno a la situación y la política pública durante la última década. Rev Ciencias de la Salud. Bogotá (Colombia) 5 (2): 72-85, Julio – Septiembre de 2007 / 77
21. O.P.S.