

**COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE LA MUERTE  
MATERNA Y PERINATAL MUNICIPIO DE PAEZ, CAUCA**

**1998-2002**

**PIEDAD CANO TORRES**

**Universidad Del Cauca**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Universidad El Bosque**

**Especialización En Epidemiología Básica**

**Popayán**

**2003**

**COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE LA MUERTE  
MATERNA Y PERINATAL MUNICIPIO DE PAEZ, CAUCA**

**1998-2002**

**PIEDAD CANO TORRES**

**Universidad Del Cauca  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad El Bosque  
Especialización En Epidemiología Básica  
Popayán  
2003**

**COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE LA MUERTE  
MATERNA Y PERINATAL MUNICIPIO DE PAEZ, CAUCA**

**1998-2002**

**PIEDAD CANO TORRES**

***Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de  
Especialistas en Epidemiología General***

**Asesor:**

**José Milton Guzmán Valbuena**

**Medico Salubrista**

**Universidad Del Cauca**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Universidad El Bosque**

**Especialización En Epidemiología Básica**

**Popayán**

**2003**

---

*PRESIDENTE DEL JURADO*

---

*JURADO*

---

*JURADO*

*POPAYÁN 25 DE NOVIEMBRE DEL 2003*

## **DEDICATORIA**

*A mis hijas con todo mi amor,  
su paciencia y aliento  
permanente para continuar, a  
mis familiares por su apoyo  
incondicional.*

---

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco al Dr. José Milton Guzmán, Dr. Julio Cesar Campuzano y Carmen Daza, por su asesoría y revisión crítica del proyecto de investigación. En el Hospital de Belalcázar al Dr. Jesús Enrique Casas por darme la oportunidad de especializarme en algo fundamental para la entidad, a Dr. Luis Miguel Daza y Lic. Martha Segura por sus aportes.*

---

**CALIFICACIÓN DEL JURADO**

<hr/> <i>PRESIDENTE</i>	<hr/>
<hr/> <i>JURADO</i>	<hr/>
<hr/> <i>JURADO</i>	<hr/>
<hr/> <i>JURADO</i>	<hr/>
<hr/> <i>JURADO</i>	<hr/>

## **TABLA DE CONTENIDO**

	<b>PRESENTACIÓN</b>	
	<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>1</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>26</b>
5.1	<i>Objetivo General</i>	26
5.2	<i>Objetivos Específicos</i>	26
<b>6</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	<b>27</b>
6.1	<i>Generalidades</i>	27
6.2	<i>Definiciones operativas</i>	32
<b>7</b>	<b>MARCO SITUACIONAL</b>	<b>36</b>
7.1	<i>Generalidades</i>	36
7.2	<i>Comportamiento Demográfico</i>	39
7.3	<i>Aspectos epidemiológicos</i>	45
7.4	<i>Aspecto social</i>	50
7.5	<i>Aspecto Cultural</i>	53
7.6	<i>Aspectos políticos</i>	55
<b>8</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>58</b>



8.1	<i>Tipo de estudio</i>	58
8.2	<i>Población</i>	58
8.3	<i>Criterios de inclusión</i>	58
8.4	<i>Criterios de exclusión</i>	58
8.5	<i>Método e instrumentos para la recolección de información</i>	59
8.6	<i>Procedimientos</i>	59
8.6	<i>Procedimientos</i>	60
8.7	<i>Operacionalización de variables</i>	60
8.8	<i>Proceso de la información</i>	60
<b>9</b>	<b>PLAN DE TABULACION Y ANALISIS</b>	<b>61</b>
<b>10</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>62</b>
	<i>Epidemiología descriptiva de la mortalidad materna y perinatal en</i>	
10.1	<i>Páez, Indicadores y análisis epidemiológico</i>	62
10.1.1	<i>Mortalidad perinatal</i>	62
10.1.2	<i>Mortalidad materna</i>	69
	<i>Accesibilidad a servicios institucionales, barreras culturales, una</i>	
10.2	<i>versión desde la comunidad.</i>	74
<b>11</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>81</b>
<b>12</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>83</b>
<b>12</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>88</b>
<b>13</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>92</b>
<b>14</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>94</b>

14.1	<i>Anexo 1:Operacionalización de variables</i>	94
14.2	<i>Anexo 2: Fichas de mortalidad perinatal</i>	96
14.3	<i>Anexo 3: Fichas de mortalidad materna.</i>	98
	<i>Anexo 4 Ubicación de las muertes perinatales en el municipio de</i>	
14.4	<i>Páez.</i>	100
	<i>Anexo 5 Ubicación de las muertes maternas en el municipio de</i>	
14.5	<i>Páez.</i>	101

## **TABLAS ESTADÍSTICAS**

	Pág
Tabla 1. Clasificación del municipio de Páez por resguardos, corregimientos y comunidades civiles.	37
Tabla 2. Distribución de la población, año y por zona 1998 a 2003.	38
Tabla 3. Comportamiento de la fecundidad 1998 a 2002, en el municipio de Páez	41
Tabla 4. Comportamiento de la natalidad 1998 a 2002 en el municipio de Páez	43
Tabla 5. Comportamiento de la mortalidad en el municipio de Páez 1998 a 2002	43
Tabla 6. Comportamiento de la mortalidad infantil en el municipio de Páez 1998 a 2002	44
Tabla 7. Causas de morbilidad infantil en el municipio de Páez, 2002	44
Tabla 8. Causas de mortalidad infantil en el municipio de Páez año 2002	45
Tabla 9. Causas de morbilidad en embarazadas en el municipio de Páez año 2002	45
Tabla 10. Morbilidad general por consulta externa consolidada año 2002.	46
Tabla 11. Morbilidad hospitalaria consolidada, municipio de Páez, año 2002	46
Tabla 12. Mortalidad general todas las edades consolidado municipio de Páez, año 2003	47

	48
Tabla 13. Atención prenatal y atención del parto por personal calificado de los nacimientos en los años 1998 a 2002, Municipio de Pàez	
Tabla 14. Segmentación de la población según afiliación al régimen de seguridad social, Municipio de Pàez, año 2003	50
Tabla 15. Cobertura de la madre al régimen de seguridad social	61
Tabla 16. Distribución porcentual por grupo de edad y en primíparas y múltiparas para mortalidad perinatal en el municipio de Páez.	62
Tabla 17. Clasificación de controles prenatales por zona en mujeres primíparas.	62
Tabla 18. Múltiparas por edad materna y zona	63
Tabla 19. Antecedentes obstétricos en mujeres de 21 a 45 años	65
Tabla 20. Otros antecedentes obstétricos en mujeres de 21 a 45 años.	65
Tabla 22. Periodo intergenesico en mujeres múltiparas de 21 a 45 años.	65
Tabla 23. Causas de muerte perinatal en el municipio de Páez, 1998 a 2002	67
Tabla 24. Lugar de la muerte materna, por división territorial, Páez	67
Tabla 25. Antecedentes obstétricos referidos en las fichas de mortalidad materna.	69
Tabla 26. Razón de mortalidad materna, años 1998 a 2002, Páez	71
Tabla 27. Causas d de muerte materna, municipio de Pàez	71

### **LISTA DE FIGURAS**

<i>Figura 1</i>	<i>Distribución de la población en zona rural y urbana</i>	39
<i>Figura 2</i>	<i>Pirámide Poblacional 2002</i>	40
<i>Figura 3</i>	<i>Comportamiento de la fecundidad en el municipio de Páez</i>	41
<i>Figura 4</i>	<i>Segmentación del aseguramiento en el municipio de Páez-2003</i>	50
<i>Figura 5</i>	<i>Cobertura de la madre al régimen de seguridad social</i>	61
<i>Figura 6</i>	<i>Persona que atendió el parto en la zona rural, en mujeres primíparas</i>	63
<i>Figura 7</i>	<i>Variables de identificación general en la mortalidad materna</i>	68
<i>Figura 8</i>	<i>Atención del parto</i>	70

## **MAPAS**

<i>Mapa 1</i>	Distribución del municipio de Páez por resguardos, corregimientos y comunidades civiles	36
<i>Mapa 2</i>	Ubicación de las muertes perinatales en el municipio de Páez.	98
<i>Mapa 3</i>	Ubicación de las muertes maternas en el municipio de Páez.	99

## PRESENTACIÓN

El trabajo de investigación “Comportamiento Epidemiológico de la Mortalidad materna y perinatal”, dadas las características socioculturales de la población del municipio Páez, exige para abordar el problema de estudio metodológicamente complementar el análisis cuantitativo, con el análisis cualitativo<sup>1</sup>.

El análisis cuantitativo permite evidenciar las tendencias de la mortalidad materna y perinatal, lo cualitativo permite explicarse desde las subjetividades el porque de estas tendencias.

El estudio aporta de esta manera en avanzar en la identificación de elementos que permitan una intervención, teniendo en cuenta los factores objetivos y subjetivos que se movilizan alrededor de la mortalidad materna y perinatal en el Municipio de Páez.

---

<sup>1</sup> ELSY BONILLA CASTRO, Penélope Rodríguez Sehk, Más allá del dilema de los métodos.

## **INTRODUCCIÓN**

La mortalidad materna y perinatal es problema de salud pública, son indicadores del grado de desarrollo de un país y constituyen un problema básico de salud por su elevada frecuencia, especialmente en los países en vía de desarrollo. La situación se torna más preocupante porque la mayoría de las causas se pueden prevenir con los recursos disponibles y una atención primaria de buena calidad. Durante la vida reproductiva de la mujer, especialmente en los países en vía de desarrollo, se presenta una serie de factores que inciden directamente en la morbi - mortalidad materna y perinatal como son: biológicos, médicos, del comportamiento, sociales y relacionados con los servicios de salud.

La presente investigación aborda como problema de estudio epidemiológico la mortalidad materna y perinatal.

Se ubica el municipio de Páez en el departamento del Cauca, como sitio de referencia para realizar la investigación.

Los objetivos que motivaron la investigación y que sustentan este estudio fueron:

1. Obtener los indicadores epidemiológicos de la mortalidad materna y perinatal en el municipio de Páez.



2. Identificar cualitativamente las barreras culturales relacionadas con el acceso a los servicios institucionales de control prenatal y atención del parto.

Es un estudio exploratorio, descriptivo retrospectivo de las muertes maternas y perinatales ocurridas en el Municipio de Páez durante los años 1998 a 2002. Para el presente estudio se acepta la mortalidad perinatal I. La población fueron todas las muertes maternas y perinatales ocurridas en el periodo mencionado.

Dejo a su disposición este trabajo, que espero sirva como aporte a todos los que de una u otra forma dedican sus esfuerzos en el municipio de Páez, a mejorar las condiciones de salud y bienestar de nuestras mujeres, madres y recién nacidos, que constituyen el pilar fundamental en el desarrollo humano y social de cualquier región.

## **1. JUSTIFICACIÓN**

El Ministerio de Salud de Colombia propuso, para el cuatrienio 1997-2000, alcanzar reducciones significativas de la mortalidad materna- perinatal. De acuerdo a los Indicadores básicos 2003 de la O.M.S., la tasa de mortalidad perinatal en Colombia por 1000 nacidos vivos es de 24, para el departamento del Cauca es de 19.71. En esta misma publicación se menciona que la “tasa” de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos para Colombia es de 104.9, para el departamento del Cauca de 151.33.

En el documento sobre la evolución y el estado actual de la mortalidad en Colombia del Fondo de Población de las Naciones unidas del 2001, la razón de mortalidad materna para Colombia se estimó entre 89.8 y 101.9 por 100.000 nacidos vivos para finales del siglo XX, para el departamento del Cauca se determinó en 66.4 por 100.000 nacidos vivos. La estructura de las muertes maternas por edad no se ha modificado en los últimos 25 años; la mayor incidencia continúa en las edades de mayor fecundidad (20 a 29 años). Dentro de las causas de muerte materna en este estudio, se clasificó la eclampsia como la principal, seguida por las complicaciones del trabajo de parto y el parto, en tercer lugar se identificó el aborto, seguido por otras complicaciones el puerperio y hemorragias.

Con base en el CLAP, se puede anotar otras tasas nacionales que están muy relacionadas con el estudio a realizar. La mortalidad infantil es de 13.5 por 1000 nacidos vivos.

Además se observa que el 80% de los partos en Latinoamérica y del Caribe, para el periodo 1983 a 1993, fueron atendidos en instituciones por personal de salud, con grandes rangos entre los países de la región, mientras en Haití el 20% de los partos fueron institucionales, en Chile fueron el 98%. En Colombia durante el mismo periodo la atención del parto fue del 94%.

En el departamento del Cauca no se encuentran estudios epidemiológicos sobre mortalidad materno - perinatal, donde se pueda clarificar porque las altas tasas de mortalidad materno perinatal, incluyendo el municipio de Páez.

Por lo anterior, la investigadora se propuso analizar todas las muertes maternas y perinatales ocurridas en el Municipio de Páez entre 1998 a 2002, con el fin de caracterizar la situación para establecer las bases que orienten la intervención del Hospital de Belalcázar Cauca, pero estos esfuerzos y acciones a desarrollar pueden lograr mayores avances e impacto si hay participación de la misma comunidad, si hay apoyo decidido de las distintas instancias gubernamentales de nivel local y si las acciones que desarrollan las distintas instituciones departamentales y nacionales y agencias internacionales logren darse bajo una coordinación concertada.

El estudio se considera necesario social y culturalmente en salud, y como instrumento de formación y obtención del título de Epidemióloga.

## **2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

El Municipio de Páez, uno de los más extensos del Departamento del Cauca, con 1258 kms<sup>2</sup>, localizado al oriente caucano. Se mantiene un intercambio comercial, con el departamento del Huila específicamente con el municipio de la Plata.

El municipio de Páez es muy variado y rico, encontrándose en su territorio todos los pisos térmicos, desde nieves perpetuas, frías, templado, hasta el más cálido, variedad de climas a las que se agrega una geografía con predominio de altas montañas de marcada pendiente, ofreciendo dificultades de acceso geográfico a los servicios de salud en la mayor parte de su territorio.

Para el año 2002, este municipio, según los ajustes y proyecciones obtenidas cuenta con una población de 35.296, el 10.2 % vive en la zona urbana y el 89.8% están ubicados en el resto del municipio. Del total de la población el 54.88% son de sexo femenino y, el 45.12% son de sexo masculino, lo cual denota una alta y selectiva migración femenina, fenómeno que es muy normal en municipios como éste. Por la alta fecundidad, es lógico esperar que este sea un municipio joven en término de la población menor de 15 años. De seguir el actual comportamiento, el crecimiento de la población del municipio será muy lento, mostrando tasas de crecimiento anual de 1.1% para 1997, 1,1% para 1998, 1.1% para 1999 y 1.3% para el 2000.

La economía del municipio se encuentra representada principalmente en la agricultura el 70%, ganadería 15%, 25% economía informal, cultivo de ilícitos no cuantificados.

El municipio de Páez tiene, como muy pocos en Colombia, la riqueza de poseer tres etnias: la indígena, la negra y la mestiza. La pluriculturalidad, la diversidad étnica y la multiplicidad socio-comunitaria son características fundamentales en la vida del municipio ya que coexisten comunidades, estamentos y sectores bien diferenciados en cuanto a producción, organización política, comunicación, cosmovisión y expresiones simbólicas, factores que no deben ser generadores de conflictos, deben aprovecharse positivamente para convertirlos en pilares del desarrollo y del progreso.

En cuanto a cobertura de servicios de salud de las 112 veredas con que cuenta el municipio de Páez, el servicio hace presencia en 87 de ellas, es decir el 77.6%, variando el servicio en cada una de las zonas según la disponibilidad de personal existente y las dificultades de acceso a las mismas.

Existe a nivel de la comunidad indígena de Páez una inasistencia marcada a los programas promocionados por las instituciones de salud y más en el control prenatal cuando esta población tiene sus propios agentes de salud (médicos tradicionales, sobanderos y parteras) con una gran aceptación y amplia cobertura.

El municipio de Páez cuenta con 50 médicos tradicionales y alrededor de 70 parteras - sobanderos.

Con relación a la cobertura del régimen de seguridad social a la fecha el 7.08% esta en el régimen contributivo, el 44.67% en el régimen subsidiado y 48.25% son vinculados.

Respecto a las actividades de promoción, prevención y protección específica que exige la normatividad (resolución 412), algunas empresas del régimen contributivo solo han contratado el programa de vacunación, el régimen subsidiado pactó todas las actividades, pero la empresa con más afiliados en el municipio (12.530 indígenas), ha contratado algunos de estos programas como el control prenatal, planificación familiar por demanda espontánea de acuerdo a estudios propios de la ARS y uno de sus objetivos que es fortalecer los agentes propios de salud.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El municipio de Páez tiene una diversidad territorial, social, económica y cultural, expresada fundamentalmente en dos modelos médicos, el académico – occidental y la medicina indígena.

Estos dos modelos vienen presentando a lo largo de la historia de su contacto acercamiento y contradicciones.

Estos acercamientos y contradicciones se ubican en la realidad al tener miradas distintas sobre el territorio, sobre la salud – enfermedad, sobre la curación, sobre el manejo del cuerpo, el embarazo y el ciclo vital llevando a situaciones que no permiten garantizar la accesibilidad geográfica, social, económica y cultural a los servicios ofrecidos por el estado.

En este contexto se plantea que la embarazada y el recién nacido no son atendidos adecuadamente ni por la medicina indígena que ha perdido mucha de las condiciones para su ejercicio, ni por la medicina occidental por posibles barreras culturales e institucionales.

Teniendo en cuenta que la gestación es un periodo de mayor vulnerabilidad en la salud de la mujer, que requiere de acompañamiento más cercano en el estado de salud del binomio madre e hijo por parte de los trabajadores de salud, como proceso donde necesariamente hay relación directa entre las

manifestaciones de salud enfermedad y los aspectos socioculturales, económicos y políticos en la comunidad donde ellos habitan. A pesar de los esfuerzos que se realizan desde la Institución de Salud de la zona, por brindar los programas de salud de Promoción y Prevención dirigidos a la población materno infantil, las coberturas no son muy buenas, especialmente en el programa de control prenatal, atención del parto institucional, Atención en Planificación Familiar; donde el rechazo es fuerte.

Lo anterior hace necesario pensar en hacer un alto en el camino y evaluar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna y perinatal, para encontrar bases y las posibles formas de inferir en cada uno de los aspectos de la problemática de la mortalidad materna y perinatal.

También con esta investigación se propone analizar de acuerdo a las variables incluidas todas las muertes maternas y perinatales que han ocurrido en el periodo comprendido entre los años 1998 a 2002 con el fin de determinar el comportamiento epidemiológico de estos eventos en el municipio de Páez, con un estudio exploratorio, descriptivo retrospectivo y respondiendo a las siguientes preguntas:

- ◆ ¿Cuales son los indicadores epidemiológicos de la mortalidad materno-perinatal en el municipio de Páez?.
  
- ◆ ¿Cuales son las barreras culturales relacionadas con el acceso a los servicios institucionales de control prenatal y atención del parto en el municipio de Páez?.

Estas preguntas se sintetizan en la siguiente pregunta de investigación.



#### **4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el comportamiento epidemiológico de la mortalidad materno-perinatal en el municipio de Páez?

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad materno-perinatal en el municipio de Páez.

### **7.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Obtener los indicadores epidemiológicos de la mortalidad materna y perinatal en el municipio de Páez.
- Identificar cualitativamente las barreras culturales relacionadas con el acceso a los servicios institucionales de control prenatal y atención del parto en el municipio de Páez.

## **6. MARCO TEORICO**

### **6.1. GENERALIDADES**

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<sup>2</sup>.

Una muerte materna es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre el continuo de la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta su etapa productiva. Los factores determinantes de la muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan, el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y los relativos a su estado de salud, su conducta reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de atención materna<sup>3</sup>

Son condicionantes también, el nivel de nutrición, la existencia de enfermedades previas como la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías y en especial la historia obstétrica anterior.

---

<sup>2</sup> FNUAP, Mortalidad materna en Colombia. Evolución y estado actual 2001.

<sup>3</sup> MONSALVE LUZ ELENA, La promoción y fomento de la salud integral de la mujer en el marco de la seguridad social en Colombia. Ponencia presentada en el XX Congreso Colombiano de Obstetricia y ginecología, Medellín, marzo 5-9 de 1996.

En su gran mayoría, las muertes maternas son evitables, ya que las principales causas y factores que las determinan son conocidos, y a la vez el sector cuenta, desde hace mucho tiempo, con el saber científico y tecnología para impedirlos.

En general mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de sus embarazos. Pero lo que está fuera de toda discusión es que posibilitando el acceso cultural, económico y geográfico a servicios de salud de buena calidad, que realicen la detección temprana del riesgo, se pueden reducir sustancialmente el número de muertes maternas, a través de la atención prenatal, la disponibilidad de elementos esenciales para el cuidado obstétrico y el suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados.

La evitabilidad estimada de las muertes maternas oscila, de acuerdo con diferentes estudios realizados en América Latina, entre un 52% en México a un 92% en Colombia. Si toda la región de las Américas tuviera condiciones similares a las del Canadá, las muertes maternas se reducirían en 47 veces. Corrigiendo únicamente las omisiones de los servicios de salud y modificando la conducta familiar al respecto de la maternidad y el uso de servicios de salud, se podría evitar 85% de las mismas<sup>4</sup>

Cada vez más las políticas de salud a nivel Mundial, promulgadas por la OMS, responden a las necesidades de grandes grupos con intereses empresariales. Se cree que los problemas de salud más importantes en nuestras comunidades pueden ser resueltos aportando más capital al sistema, con intervenciones tecnológico-científicas, pero sin tener en cuenta

---

<sup>4</sup> RODRÍGUEZ QUINTERO C, BERGONZOLI G, SALAZAR A, Mortalidad materna y mortalidad evitable en Cali Colombia, citado por OMS.

la problemática social, política y económica donde se encuentra la raíz o causa de la mayoría sino todos los problemas de salud de una comunidad. Además de lo anterior se busca mejorar la rentabilidad económica en la prestación de los servicios de salud, donde cada vez es más importante el costo de un servicio, una factura, si se tiene dinero o carne de salud, que la situación real de ese ser humano con un entorno que muy posiblemente sea el origen de su enfermedad. En otras palabras se unen esfuerzos en torno a realizar acciones de “salud” que produzcan remuneración económica antes que social, que por lo general se centran en “la enfermedad” y no en la salud, pues aparentemente esto no es rentable económicamente.

Para mejorar el panorama anterior es necesario insistir en analizar la problemática de salud desde la visión o concepción que al respecto tiene una comunidad dada y los individuos que la conforman, porque los seres humanos hacen parte de una sociedad y su comportamiento depende de patrones culturales que se han formado a través de la historia y han sido legados de generación en generación por medio del lenguaje, la comunicación. La cultura no es solamente lo creado, lo formado y lo transformado, es también el acto de esa transformación, por lo tanto la cultura es el mundo propio del hombre. (Paredes Ligia, 1994, p.9). En este estudio es importante no perder de vista que el ser humano se encuentra inmerso en una cultura donde existen creencias, valores que se han pasado de generación en generación y hacen parte del pensamiento y la forma de actuar del individuo y la comunidad de la cual hace parte. Con base en lo anterior sé esta concibiendo la salud-enfermedad como proceso en una comunidad indígena inmersa dentro de una problemática de salud que tiene como protagonistas principales a la población femenina en edad reproductiva y la población infantil, son estas poblaciones las que más morbimortalidad presentan (desnutrición, enfermedad diarreica, infección respiratoria, mortalidad perinatal y materna). Durante muchos años la institución de salud de la zona ha llegado a las comunidades indígenas con los programas de

promoción y prevención; pero el impacto ha sido bajo, especialmente con los programas de planificación familiar y atención de la embarazada. La cultura indígena Páez, maneja una concepción propia de lo que implica la gestación, la enfermedad, la salud y el cuidado; toda esta información es desconocida o parcialmente conocida por el personal sanitario. Por lo tanto es trascendental poder conocer ese entorno cultural, agregando además los aspectos sociales, económico y políticos que afectan el proceso salud enfermedad y que son la base para entender el comportamiento de los indicadores epidemiológicos y demográficos.

Dentro de una comunidad y especialmente la indígena es importante explorar los valores, o sea lo que consideran más importante, lo que resaltan. Por lo general estos temas son poco manejados haciendo aun más difícil su conocimiento. Las creencias no son menos importantes pues de ellas depende en gran parte la forma como un individuo actúa, por lo general son arraigadas y es difícil ponerlas en duda.

El conocer profundamente las razones del comportamiento de un individuo dentro de una comunidad, es un punto de partida para lograr identificar acciones benéficas y no benéficas en lo relacionado con la salud y el cuidado o mantenimiento de la misma, así como la posibilidad de poder influenciar en forma positiva, tratando de transformar o evitar que se realicen acciones no benéficas, partiendo principalmente del deseo o la firme convicción del individuo de hacerlo.

Como lo menciona Madeline Leininger, en su artículo de "Teorías de los cuidados culturales". El conocimiento de los cuidados, valores, creencias y formas de vida de una cultura deben proporcionar una base segura, para planificar y aplicar eficazmente cuidados específicos según la cultura e identificar las características universales de todos los cuidados.

Es necesario tener en cuenta al hablar de factores culturales en la mortalidad materna y perinatal que para esta investigación “la cultura aparece como la variable explicativa de la conducta, de tal manera que la cultura pueda ser considerada como una cosa sui generis con una vida que le pertenece y con leyes propias”. En ese sentido Leslie White, señala : “Al hacer una consideración de las diferencias de conducta que existen entre la gente, debemos por lo tanto, considerar al hombre como una constante y a la cultura como una variable. Ello equivale a decir que las diferencias de conducta que observamos entre unas y otras, son debidas a sus respectivas culturas antes que a diferencias biológicas anatómicas, fisiológicas o psicológicas que puedan haber entre ellas.

En el informe quincenal epidemiológico del Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, sobre estudio realizado respecto a mortalidad materna y perinatal se anota con relación a los factores determinantes: “El mayor número de muertes maternas (60%) sigue presentándose en maternas con niveles de escolaridad bajos. En este mismo estudio muestra que quienes tienen más baja escolaridad tienen dos veces más riesgo de morir por complicaciones relacionadas con su maternidad que las que tienen niveles más altos de escolaridad. Por otro lado podría indicarse que las mujeres en embarazo que realizan algún tipo de trabajo tendrían más riesgo de morir que las que no lo hacen, sin embargo, más de 80% de las fichas analizadas corresponden a mujeres que se dedican al hogar. De igual forma dentro de los factores de riesgo se ha informado que las madres que viven solas tienen mayor probabilidad de morir, sin embargo, los datos refieren que aproximadamente 80% convivía con compañero. Si bien estos factores determinantes de las muertes maternas parecen no tener una relación directa con la ocurrencia de éstas, contrasta con el análisis de la realización de controle prenatales, solo el 57% refiere habérselos realizado, el número promedio no pasa de tres, lo cual contradice lo estipulado por la guía de atención prenatal de la resolución 00412 de 2000, en la cual indica que debe

realizarse un control mensual en los casos en que no se clasifica como embarazo de riesgo. Por otro lado el personal que realiza los controles prenatales son profesionales de la salud ya sea médico o enfermera, si se compara con el porcentaje de atención prenatal encontrada en la encuesta de Profamilia (91%) se puede decir que las mujeres muertas tuvieron 66%, menos de posibilidades de ser atendidas durante su embarazo por un médico, esto podría indicar que existen algunas fallas en el proceso de atención, que ponen en riesgo la vida no sólo de la madre sino del recién nacido. Ahora, si dentro del grupo de mujeres que si se realizaron controles, existen maternas en las que el número llegó a nueve pero aún así mueren, valdría la pena preguntarse si la calidad de la atención prenatal es la adecuada, si en realidad se está clasificando el embarazo como riesgoso o no y si con base en esto se están aplicando las medidas necesarias para evitar la muerte de la materna o del recién nacido.

## **6.2. DEFINICIONES OPERATIVAS.**

Muerte materna: Defunción de una mujer durante el embarazo, el parto y hasta los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, independiente de la duración y de la localización de la misma, debido a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Las muertes maternas se pueden agrupar según la clasificación internacional de enfermedades en causas directas como el aborto, hipertensión inducida por la gestación y hemorragia del embarazo y del parto. Y en causas indirectas como enfermedades infecciosas, epizoóticas, del colágeno.

Muerte perinatal: La definición de muerte perinatal de la clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión (CIE-X) es “muertes ocurridas en el periodo perinatal, el cual comienza a las 22 semanas



completas (154 días) de gestación y termina siete días completos después del nacimiento. En el Sivigila se definió desde 1996 la notificación de muertes perinatales que ocurrieran desde la semana 28 de gestación.

Para el presente estudio se acepta la mortalidad perinatal I: lapso de tiempo que transcurre desde las 28 semanas de vida intra – uterina hasta los 7 días de nacido, y/ o ha logrado alcanzar un peso de 1.000 gramos.

Las muertes perinatales se registran según la clasificación internacional de enfermedades en: Hipoxia intrauterina, asfixia al nacer y otras afecciones respiratorias. Complicaciones de la placenta, el cordón umbilical y membranas. Trastornos relacionados con la duración corta del embarazo. Complicaciones maternas del embarazo. Anomalías congénitas. Trastornos relacionados con la duración prolongada de la gestación. Desnutrición fetal. Otras causas.

Morbilidad perinatal: Con este nombre se designan las enfermedades que ocurren en el nacimiento o alrededor de él, es decir, durante las doce últimas semanas de gestación, el parto y la primera semana de vida extrauterina. Este grupo de enfermedades constituye la primera causa de muerte para los niños menores de un año en Latinoamérica y en Colombia, con una tendencia al ascenso, a pesar del gran porcentaje de partos atendidos en instituciones de salud.

Entre las enfermedades perinatales, por orden de frecuencia en Latinoamérica y Colombia aparecen como causa de mortalidad: 1.bajo peso al nacer, 2.hipoxia y anoxia al nacer; 3.otras afecciones respiratorias del feto y de recién nacido, 4.enfermedad de membrana hialina; 5. enfermedades mal definidas en el período perinatal.

Morbilidad materna: Enfermedades obstétricas del estado del embarazo, trabajo de parto y puerperio.

Muerte evitable: Toda muerte ocurrida en virtud de intervenciones u omisiones que representen fallas de realización de procedimientos o provisión de recursos, de origen humano, administrativo o logístico que aplicados a cabalidad hubieran impedido su ocurrencia.

Muerte no evitable: Toda muerte que se produce aun cuando se hayan llevado acciones correctas y oportunas.

Control prenatal y parto institucional: La salud materna va de la mano con la infantil. La gestación es un periodo de mayor vulnerabilidad en la salud de la mujer, que requiere de acompañamiento más cercano de los trabajadores de la salud, con el fin de orientar y apoyar prácticas y estilos de vida saludables, detectar riesgos – altas posibilidades de padecer una enfermedad o daño y tomar las medidas de protección y prevención específicas.

En Colombia se calculó para 1990 que 80% de las mujeres gestantes asistieron a consulta prenatal. Tanto en el país como en Latinoamérica, la calidad de la consulta prenatal debe mejorarse, con un asesoramiento mayor a la pareja gestante y a su familia, brindando aclaraciones a sus dudas, orientando sobre el ejercicio, alimentación, cambios corporales, uso de medicamentos y otros.

Si bien es cierto que la atención del parto institucional en general genera mayor seguridad para madres y niños, no siempre la atención es óptima; es necesario hacer un seguimiento al tipo de atención brindada para mejorar cada vez más la puericultura (disciplina que se preocupa por el cuidado y la salud de los niños, buscando como último fin que ellos tengan autoestima,

sean autónomos, creativos, sanos, solidarios y felices) perinatal con el fin de disminuir la morbimortalidad materna y del niño en su periodo perinatal.

Razón de mortalidad: Es el número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. Algunas veces se usa 1.000 o 10.0000 nacidos vivos.

## **7. MARCO SITUACIONAL**

### **7.1. GENERALIDADES SOBRE EL CONTEXTO**

7.1.1. Aspectos Geográficos: El municipio de Páez, se encuentra ubicado en la zona nor-oriental del departamento del Cauca, en las estribaciones de la cordillera central, en límites con el departamento del Huila y Tolima. Posee una extensión aproximada de 185.204.5 hectáreas.

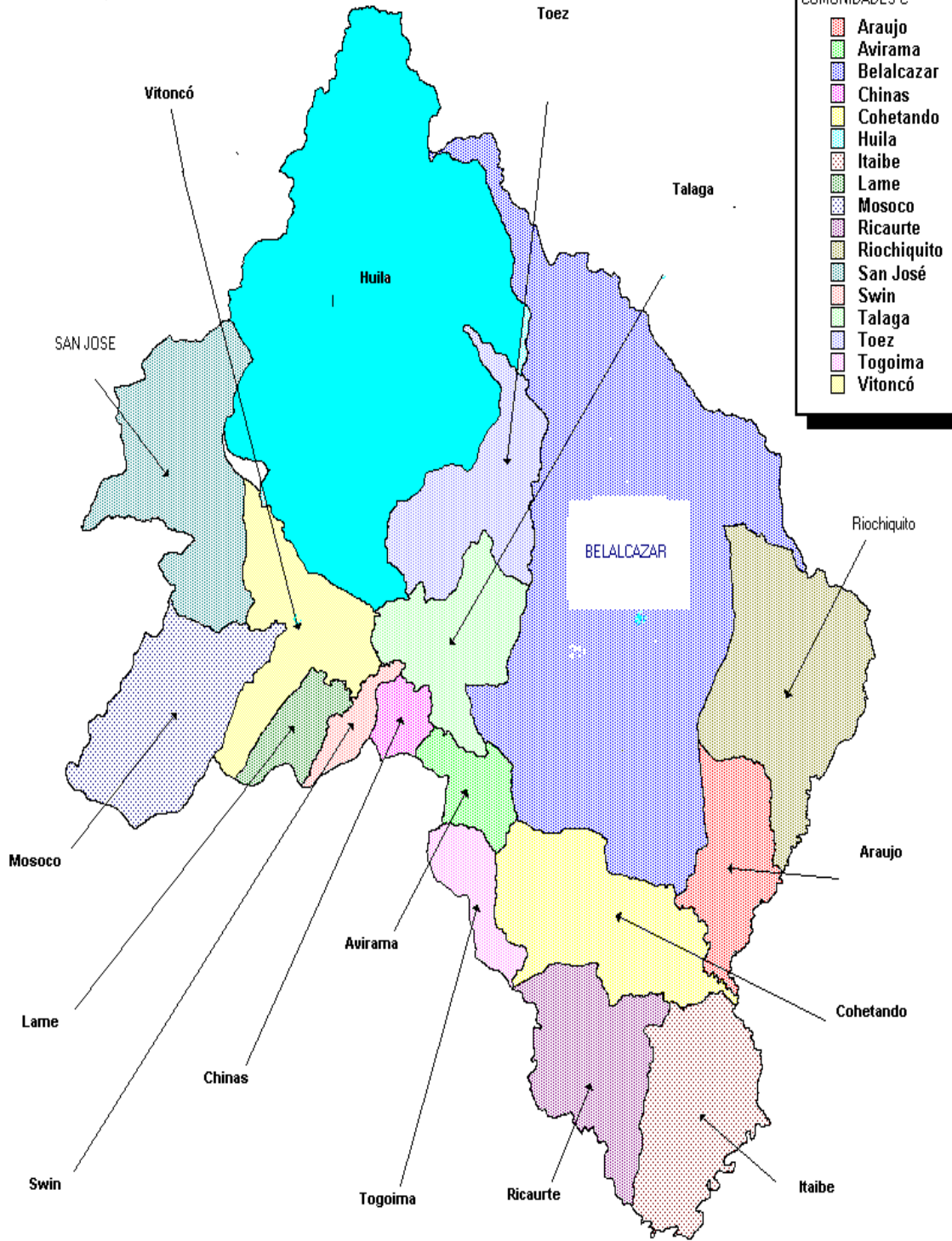
7.1.2. Distancia: La distancia del municipio de Páez a Popayán es de 130 kilómetros, a Inzá, 35 kilómetros y a la Plata, 43 kilómetros. El desplazamiento desde Páez a cualquiera de los anteriores municipios se hace por vías destapadas. En toda su extensión, el municipio lo atraviesa el río Páez.

7.1.3 Zonificación: Para estudios en salud el territorio se ha dividido en ocho zonas con características similares: Belalcázar, Itaibe, Ricaurte, Cohetando, Riochiquito, Vitoncó, San Luís, Mosoco, Tálaga.

7.1.4. División territorial: Muy pocos municipios colombianos presentan características tan especiales y complejas al respecto. De acuerdo a la oficina de planeación del municipio de Páez, se encuentra dividido en 15 resguardos indígenas, dos corregimientos, dos comunidades civiles y la zona urbana de Belalcázar, (tabla 1)

**MAPA No. 1**  
**DISTRIBUCION DEL MUNICIPIO DE PAEZ**  
**POR RESGUARDOS, CORREGIMIENTOS Y COMUNIDADES CNILES**

RESGUARDOS  
 CORREGIMIENTOS  
 COMUNIDADES C



Cartografía Base: PBOT Mpio. de Páez, 2000.

Tabla 1. Comportamiento epidemiológico de la Muerta materna y perinatal municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002, Clasificación del municipio de Páez en resguardos, corregimientos y comunidades civiles

<b>RESGUARDOS</b>	<b>VEREDAS</b>
Mosoco	Mosoco, Botatierra, Santa Martha, Moras, gargantilla, Chupadero, Pátalo, Escalereta
San José	San José
Vitoncó	Vitoncó, Cuartel, Cabuyo, Montecruz, La Troja
Suin	Suin
Chinas	Chinas
Lame	Lame
Wila	Wila, Chachucue, Toéz, Irlanda, Alto de San Miguel, Llano buco, Mesa Caloto, Yusayu, Mesa de Tóez.
Tálaga	Tálaga, Taravira, Quebrada arriba, Cuetandiyo, Mesa de Tálaga, Vicanenga
Avirama	Avirama, Chicaquiú, La Muralla, Agua bendita, San Miguel, Mesa de Avirama, Guaquiyò.
Centro	Pueblo Nuevo, Guapío, La María, Calderitas, el Rodeo, Potrero del Barro, El Carmen, San Antonio, el Canelo.
Togoima	Togoima, Villa Rodríguez, san Vicente, Mesa de Togoima.
Ricaurte	Ricaurte, Pastales, Aranzazu, La Honda.
Cuetando	La Palma, Florida, Caloto, Mesa Cohetando, el Recuerdo, Las Delicias
Itaibe	La Villa, La Esmeralda, Bello Horizonte
<b>CORREGIMIENTOS</b>	<b>VEREDAS</b>
Riochiquito	Las Delicias, el Ciprés, el Encanto, Palomas y Mazamorras.
Itaibe	El Hato Ascencio, San Felix y el Alto del Carmen.
<b>COMUNIDADES CIVILES</b>	<b>VEREDAS</b>
Araujo	El Palmar Y Risaralda.
San Luís	Capilla, San Antonio de Guaguite, el Colorado, La Estela y Quebrada arriba.

Resguardo: En Páez, hacia la parte norte y centro del Municipio se encuentran geográficamente ubicados los 15 resguardos indígenas, el cabildo se identifica por su vara de mando con empuñadura metálica y cintas de colores anudadas al tope.

Corregimiento: Area delimitada en donde ejercen su jurisdicción un inspector de policía y demás autoridades competentes.

Comunidades civiles: Son territorios que no están legalmente constituidos como resguardos, pero tampoco han alcanzado la figura de corregimientos; estas comunidades presentan conflictos internos debida a las diferentes concepciones sobre la tenencia de la tierra; a pesar de que la mayoría de habitantes son mestizos, existen fuerzas que tienden a la conformación de resguardos mientras que otros grupos se preocupan por titular el territorio, por eso se hace evidente la necesidad de las comunidades civiles y el fortalecimiento de los corregimientos y una medida que puede ser la creación dentro de estos de las juntas administradoras locales las que tendrían a su cargo funciones administrativas delegadas por el municipio y que se encargarían de planear directamente el desarrollo social de su territorio; igualmente se debe capacitar a toda la comunidad dentro del marco de la tolerancia, el respeto a las ideas y concepciones de cada grupo.

## 7.2. COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO

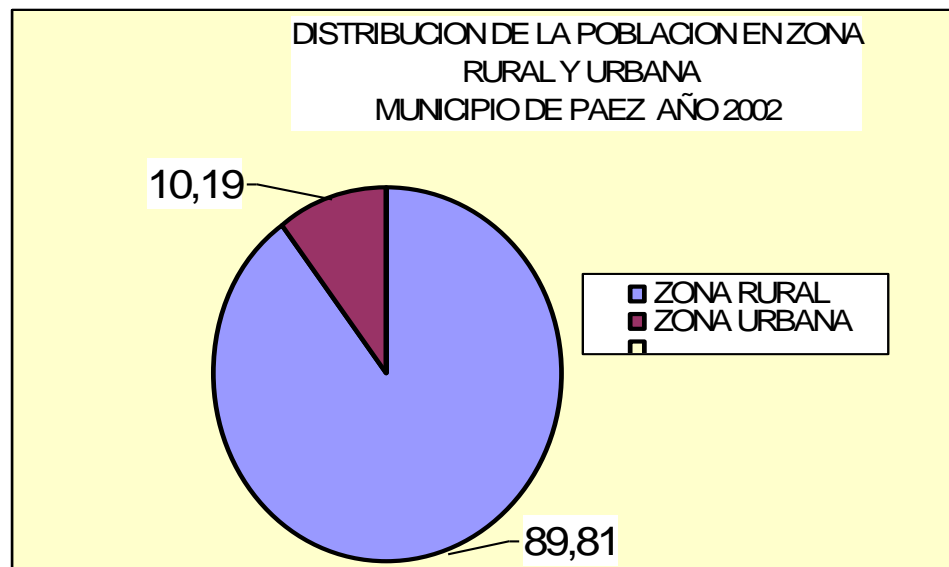
El Municipio de Páez, tiene una población multiétnica, con gran predominio del grupo indígena que constituye el 70% de los habitantes, un 21% de mestizos y un 9% de raza negra. El NBI es de 87.1% quedando clasificado el Municipio en la sexta (6) categoría.

Tabla 2: Comportamiento epidemiológico de la Muerta materna y perinatal municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002, Distribución de la población año por zona 1998 a 2003

<b>ZONA</b>	<b>1998</b>	<b>%</b>	<b>1999</b>	<b>%</b>	<b>2000</b>	<b>%</b>	<b>2001</b>	<b>%</b>	<b>2002</b>	<b>%</b>
<b>URBANO</b>	3.616	10,19	2.457	7,47	3.497	10,19	3.537	10,19	3.598	10,19
<b>RURAL</b>	31.858	89,81	30.456	92,53	30.806	89,81	31.159	89,81	31.698	89,81
<b>TOTAL POBLACIÓN</b>	35.474	100	32.913	100	34.303	100	34.696	100	35.296	100

Fuente: Censos DANE

Figura 1: Distribución de la Población en zona rural y urbana.



7.2.1. Distribución de la población. De acuerdo a la tabla 2 a través de la historia del municipio, la mayor parte de la población se ubica en la zona rural. El grupo de población que corresponde al área rural, se caracteriza por su gran dispersión, en comunidades pequeñas y aisladas presentando una gran dificultad para el cubrimiento adecuado y oportuno con servicios de salud.

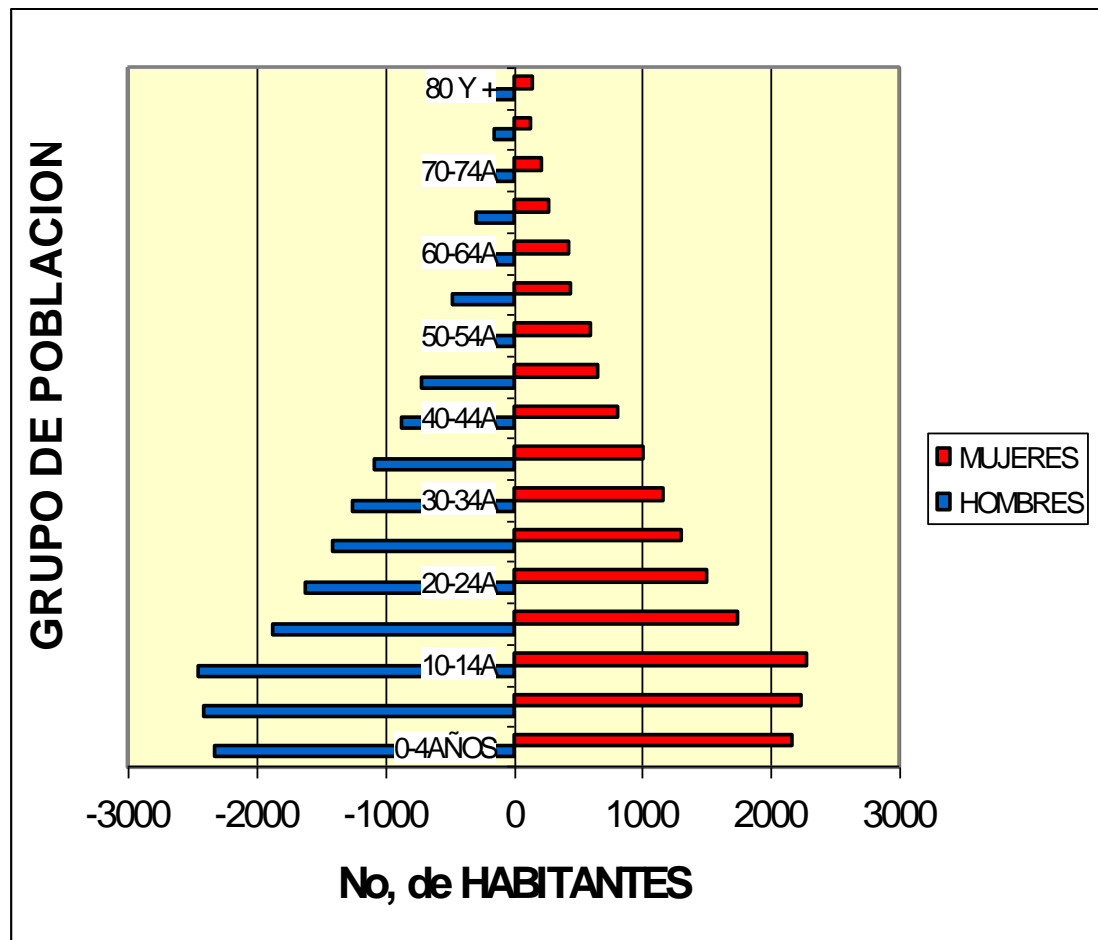
Basados en los datos anteriores, se puede anotar que la densidad poblacional global del municipio de Páez es de 22.7 habitantes por Kilómetro cuadrado.

7.2.2. Distribución de la población del municipio de Páez por sexo y grupos de edad, año 2002: La población presenta un comportamiento creciente constante en términos absolutos y porcentuales, a través de los años esta



cambiando la estructura de la pirámide poblacional, desplazando población muy joven a población en edad de trabajar.

Figura 2: Pirámide poblacional 2002



Fuente: Censo DANE 2002

7.2.3. Dinámica demográfica : La población del municipio de Páez tiene un índice de necesidades básicas insatisfechas NBI compuesto del 60.3% y de miseria del 35.7% presentándose en el sector rural porcentajes más altos

(75.4% y 31.5% respectivamente). Estos índices se encuentran por encima de los registros a nivel nacional (35.8% de N.B.I Y 14.9% de miseria) y los índices departamentales (48.1% de N.B.I y 22.5% de miseria)<sup>5</sup>.

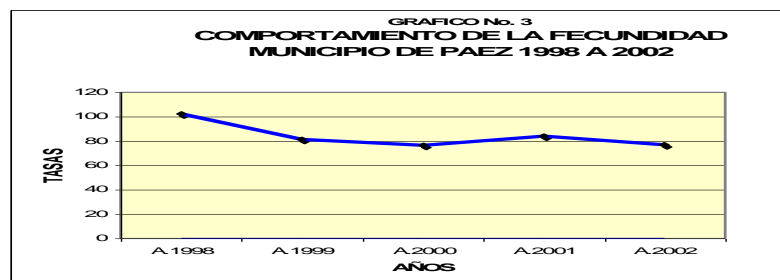
- Fecundidad : En esta población en general la tasa fecundidad es de 84 nacimientos por cada 1000 habitantes. Al construir las tasa de fecundidad específicas por grupos de edad, los valores máximos corresponden al grupo de 30 a 34 años, pero aunque las tasas en edades extremas (menores de 18 años y mayores de 40 años), son comparativamente mas bajas, no dejan de ser valores altos comparados con lo manejado a nivel nacional (166 por mil nacidos vivos) y son precisamente estas mujeres las que presentan mas riesgo de morbilidad y mortalidad relacionada con el embarazo parto y puerperio. Tabla 3

Tabla 3. Comportamiento epidemiológico de la Muerta materna y perinatal municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002, fecundidad 1998 a 2002, en el municipio de paez

VARIABLE	A.1998	A.1999	A.2000	A.2001	A.2002
MUJERES EN EDAD FERTIL	8655	11142	10509	10629	10813
# NACIDOS VIVOS	884	907	803	891	829
TASA GRAL DE FECUNDIDAD	102,14	81,40	76,41	83,83	76,67

Fuente: Sección estadística - Hospital Belalcázar

Figura 3: Comportamiento de la fecundidad en el municipio de Páez 1998-2002



<sup>5</sup> PBOT, 2000

- Natalidad: A partir del año 1997 mediante Decreto 1171 de Abril/97, los hospitales se obligaron a llevar “estadísticas vitales municipales” (natalidad-mortalidad), datos utilizados para el diagnóstico. Comparando la población fértil de los últimos años y las tasas de natalidad no se evidencia mucho aumento de nacimientos (tabla 4).

En esta población en general la tasa bruta de natalidad es de 25 nacimientos por cada 1000 habitantes, cifra similar comparada con los valores proyectados para Colombia que están alrededor de 20 nacimientos por cada 1000 habitantes.

Las condiciones económicas determinan el tamaño de las familias. Se espera cada vez menos personas por familia. Aunque en la zona rural los cambios no son tan significativos. Los factores son los efectos de la planificación familiar y la crisis económica producida por una economía tradicional con vocación agropecuaria en tierras de baja calidad productiva.

Tabla 4: Comportamiento epidemiológico de la Muerta materna y perinatal municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002, natalidad 1998 a 2002, en el municipio de Páez.

VARIABLE	1998	1999	2000	2001	2002
MUJERES EN EDAD FÉRTIL	8655	11142	10509	10629	10813
POBLACION TOTAL	35474	32913	34303	34696	35296
# NACIDOS VIVOS	884	907	803	891	829
TASA GRAL DE FECUNDIDAD	102,14	81,40	76,41	83,83	76,67
TASA DE NATALIDAD	24,92	27,56	23,41	25,68	23,49

- Mortalidad: Según estadísticas del Hospital de Belalcázar Cauca, las tasas de mortalidad son constantes en la población general (tabla 5)

Tabla 5. Comportamiento de la mortalidad en el municipio de Páez 1998 a 2002,

VARIABLE	A.1997	A.1998	A.1999	A.2000	A.2001	A.2002
# MUERTES	150	161	164	147	163	163
POBLACION TOTAL	31923	35474	32913	34303	34696	35296
TASA DE MORTALIDAD GENERAL	4,70	4,54	4,98	4,29	4,70	4,62

- Mortalidad Infantil: Las tasas de mortalidad son indicadores de los estándares de vida de una comunidad por ello es importante evaluar las tasas. Analizando la tendencia de la mortalidad infantil desde el año 1998 se encuentra un comportamiento estable con un descenso en el 2002 con respecto a los demás años ( tabla 6.)

Tabla 6. Comportamiento de la mortalidad infantil en el municipio de Páez 1998 a 2002

VARIABLE	A.1998	A.1999	A.2000	A.2001	A.2002
# MUERTES INFANTILES	33	29	25	35	19
# NACIDOS VIVOS	884	907	803	891	829
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL PAEZ	37,33	31,97	31,13	39,28	22,92

Fuente: Sección Estadística –Hospital Belalcázar.

### 7.3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

7.3.1. Morbilidad infantil: La población menor de 1 año, en el municipio de Páez está afectada básicamente por dos tipos de afecciones

infectocontagiosas; que son los problemas respiratorios y los problemas gastrointestinales. Este tipo de patologías esta muy ligada a las condiciones sociales, económicas y culturales de la zona; como por ejemplo hacinamiento, condiciones higiénicas, el consumo de agua contaminada etc. (tabla 7)

Tabla 7. Causas de morbilidad infantil en el Municipio de Páez Año 2002.

<b>CODIGO</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
103	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	442	16,51
106	NEUMONÍAS	342	12,78
136	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	287	10,72
6	ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS	287	10,72

7.3.2. Mortalidad infantil: Las primeras causas de mortalidad están ligadas a las causas de morbilidad en niños menores de 1 año. Las tasas de mortalidad son indicativas de la calidad de vida de una comunidad. Para los años 2001 y 2002 en el municipio de Páez es de 39.28 y 22.91 por 1000 habitantes. Analizando la tendencia de la Mortalidad infantil desde el año 1998 se encuentra un comportamiento estable con un descenso en el 2002. De estas el 31.5 % corresponde a muerte neonatal temprana (0 a 7 días de nacido)

Tabla 8: Causas de mortalidad infantil en el Municipio de Páez Año 2002.

<b>ORDEN</b>	<b>CAUSA</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>	<b>TASA POR 1000 HAB</b>
<b>1</b>	NEUMONÍA	7	<b>36,8</b>	<b>22,9</b>
<b>2</b>	EDA	4	<b>21,1</b>	
<b>3</b>	BRONCOASPIRACION POR ALIMENTACION, ASFIXIA	2	<b>10,5</b>	
<b>4</b>	ICTERICIA NEONATAL	1	<b>5,3</b>	
<b>5</b>	ENF CULTURAL	1	<b>5,3</b>	
<b>6</b>	INF VIAS URINARIAS	1	<b>5,3</b>	
<b>7</b>	HIPOXIA PERINATAL SEVERA	1	<b>5,3</b>	

<b>8</b>	BAJO PESO AL NACER, PREMATUREZ	1	<b>5,3</b>
<b>9</b>	HIPOGLICEMIA, HIPOTERMIA	1	<b>5,3</b>

7.3.3. Morbilidad durante el embarazo: Las patologías más comunes, que afectan a la mujer durante su embarazo, son las alteraciones a nivel genitourinario. Estudios de investigación realizados por el dr Julián Herrera M, "Aplicación de un modelo biopsicosocial", ha descrito diferentes factores de riesgo relacionados con una mayor incidencia de parto prematuro, que se pueden agrupar e identificar en el control prenatal: anomalías cervicouterinas infección urinaria, cardiopatías, asma, diabetes, antecedentes de abortos y los cuales no están fuera de las 10 primeras causas de morbilidad en las embarazadas del municipio de Páez. (tabla 9.)

Tabla 9: Causas de morbilidad en embarazadas en el Municipio de Páez Año 2002.

<b>ORDEN</b>	<b>COD</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>	<b>TASA X 1000H</b>
1	161	OTRAS ENF DE LOS ORGANOS GENITALES	113	3,49	134,05
2	170	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	100	3,09	118,62
3	122	OTRAS ENF DEL APARATO URINARIO	49	1,51	58,13
4	48	TODAS LAS DEMAS ENF INFECCIOSAS	14	0,43	16,61
5	113	GASTRITIS	14	0,43	16,61

7.3.4. Morbilidad general: Las diez primeras causas de morbilidad para el año 2002 por consulta externa están determinadas en la tabla No 11, por egreso hospitalaria en la tabla 12. La mayor morbilidad se presenta en los rangos de edades de 1 a 4 años y el grupo de 5 a 10 años. Algunas de las causas de morbilidad obedecen al inadecuado saneamiento básico, consumo insuficiente de nutrientes y distribución inadecuada de los mismos dentro del grupo familiar, bajos ingresos en el área rural, alto costo de los alimentos, hábitos y costumbres alimenticias inadecuadas.

Tabla 10: Morbilidad general por consulta externa consolidada año 2002

No.	CAUSA	N.	%	Tasa x 100.000 Hb.
1	Otras Helmintiasis	5.107	14,39	143,90
2	Infecciones Respiratorias Agudas	3.226	9,09	90,90
3	Enfermedades de piel y tejido celular subcutáneo	2.531	7,13	71,32
4	Otras enfermedades de los órganos genitales	1.844	5,20	51,96
5	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1.570	4,42	44,24

Fuente: HPTAL BELALCAZAR, Estadísticas

Tabla 11: Morbilidad hospitalaria consolidada , municipio de Páez año 2002

Orden	CAUSA	N.	Tasa X 10.000 Hab.
1	Neumonías	192	5,41
2	Enteritis y otras Enfermedades Diarreicas	139	3,92
3	Enfermedades de piel y tejido celular subcutáneo	63	1,78
4	Laceraciones, heridas y traumáticas de vasos sanguíneos	43	1,21
<b>5</b>	<b>Embarazo terminado en Aborto</b>	<b>32</b>	<b>0,90</b>
6	Gastritis y Duodenitis	30	0,85
<b>7</b>	<b>Complicaciones relacionadas con el Embarazo</b>	<b>26</b>	<b>0,73</b>

Fuente: HOSPITAL BELALCAZAR . CAUCA, Estadística

7.3.5. Mortalidad general: Las diez primeras causas de morbilidad para el año 2002 por consulta externa están determinadas en la tabla No 12. De acuerdo con las consultas médicas se puede apreciar que las causas de enfermedad son las mismas para el país. La E.D.A (diarrea) continúa siendo una causa de morbilidad pero ha disminuido como causa de mortalidad según las estadísticas desde 1998, gracias a las acciones de educación en salud.

La mayor parte de las muertes se presenta en el rango de 60 y más años, le sigue los adultos de 15 a 44 años. Es importante mencionar la cifra atribuida a los menores de un año, cuya tasa es de 32.99/1000 habitantes.

Tabla 12: Mortalidad general todas las edades consolidado municipio de Páez, año 2002

Orden	CAUSA	CASOS	TASA POR 10.000 HAB.
1	Homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente	21	.59
2	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	14	.40
3	Neumonías	10	.28
4	Otras formas de enfermedades del corazón	10	.28
5	Suicidios y lesiones autoinflingidas	9	.25
6	Desnutrición proteínico calórico y las no especificadas	8	.23
<b>7</b>	<b><i>Afecciones anóxicas e hipóxicas del feto</i></b>	<b>8</b>	<b>.23</b>

Fuente: HPTAL BELALCAZAR C, Estadística

7.3.6. Atención prenatal y del parto por personal calificado: Las medidas más importantes para llevar a feliz termino un embarazo son lograr que todas las mujeres tengan control de la gestación en forma temprana durante todo el proceso, que la atención del parto sea por personal calificado y que tenga control médico post – parto dentro de los 40 días siguientes al nacimiento de su hijo.

De acuerdo a la última encuesta nacional de demografía y salud 2000 realizada por Profamilia, en Colombia, la proporción de nacimientos cuyas madres tuvieron al menos un control prenatal por parte de un médico o enfermera es alta y ha aumentado en forma importante en los últimos 14 años: “ de un 73% en 1986 paso a 91% en el 2000 y la proporción de las mujeres que tuvieron 4 o más controles prenatales es de 81%”. Para el



municipio de Páez, entre 1998 y 2002 la cobertura en promedio de la atención prenatal por médico o enfermería fue de 56.07%. Tabla 13

Las cifras de atención del parto por personal calificado para el país y el área urbana muestran un aumento sostenido entre 1986 y el 2000, mientras en el área rural la proporción de partos asistidos por médicos y enfermeros permanecen invariable desde 1995. El parto institucional para Colombia es de 88% en el año 2000 y es más usual en los nacimientos de primero, segundo y tercer orden, en mujeres de 20 a 34 años y en las mujeres de más alta educación. Las mujeres mayores de 35 años y de alta paridad son las que en mayor proporción tienen parto domiciliario. En Páez el porcentaje de atención del parto por médico o enfermería es de 63.75% para el 2002. Tabla 13.

Tabla 13. Atención prenatal y atención del parto por personal calificado de los nacimientos en los años 1998 a 2002, Municipio de Páez.

Año	1998		1999		2000		2001		2002	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Control prenatal	381	35,88	475	58,64	474	57,80	579	69,84	540	63,75
Atención del parto										

Fuente: HOSPITAL BELALCAZAR CAUCA, Estadística

## 7.4. ASPECTO SOCIAL

7.4.1. Salud: La medicina occidental que tiene como finalidad atender directamente al individuo mediante la creación y ejecución de programas de salud en lo concerniente a la prevención, protección, recuperación y rehabilitación es ejercido por personal calificado. Para la prestación de la medicina occidental, el municipio cuenta con un Hospital Nivel 1, el cual

presta los servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias, cirugías, ayudas diagnósticas entre otros.

Para el año de 2002 se cuenta con dos (2) centros y seis (6) puestos de salud, dotados de acuerdo con su nivel I ubicados en sitios de mayor densidad de población. Existen 18 Casas Comunitarias de Salud asignadas a un Promotor de Salud y se dotaron con los elementos mínimos de un puesto de salud. Con la ley 715 de 2001 se imposibilitó a las administraciones municipales la contratación directa de recurso humano para realizar acciones de salud, por ello la cobertura en atención sufrió una drástica disminución quedando el 25.9% de las veredas del municipio cubiertas por doce (12) Promotores de Salud, el 25% de las veredas es cubierto por seis (6) Auxiliares de Enfermería. El 49.1% de las veredas no tiene cobertura directa por agentes de salud, se atiende con el personal de Consulta Externa a través de visitas periódicas para realizar principalmente la vacunación y durante los tiempos de contratación del PAB se apoya con personal de promotores y auxiliares de enfermería.

7.4.2. Aseguramiento: Con base a Tabla 14 para el presente año el 48.41% de la población está cubierta con alguno de los regímenes de seguridad social en salud, el resto de población que corresponde a un 51.59% se considera vinculada<sup>6</sup>. Las ARS con población afiliada en el municipio de Páez en orden de mayor a menor número son: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA, SALUD VIDA. En cuanto al régimen contributivo las E.P.S que tienen afiliados son: CAJANAL, COMSALUD (Programa Docentes), COOMEVA, POLICIA NACIONAL, SALUDCOOP, S.O.S. y el I.S.S. Todas estas empresas a excepción del I.S.S. contratan servicios con el Hospital.

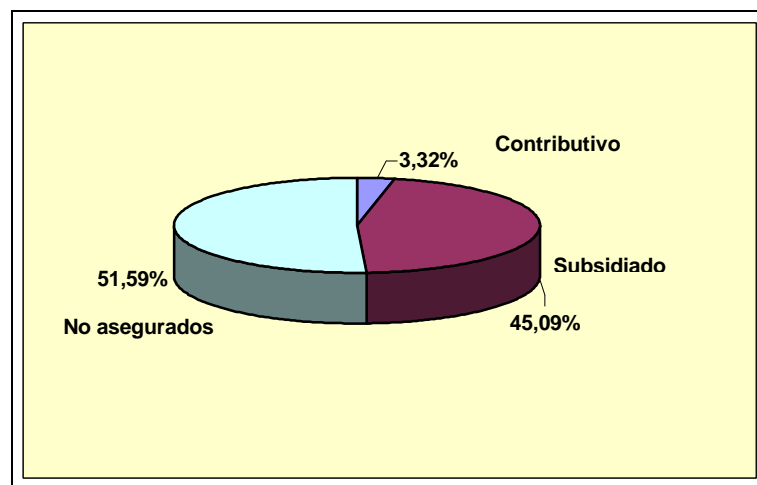
---

<sup>6</sup> Alcaldía de Páez-2003- Hospital Belalcázar- Estadística

Tabla 14. Segmentación de la población según afiliación al régimen de seguridad social- Municipio de Páez -año 2003

<b>RÉGIMEN</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
CONTRIBUTIVO	3.32	1.178
SUBSIDIADO	45.09	16.004
NO ASEGURADOS	51.59	18.307
<b>TOTALES</b>	<b>100</b>	<b>35.489</b>

Figura 4 : Segmentación del aseguramiento en el municipio de Páez- 2003.



Fuente: ALCALDIA DE PAEZ-HPTAL BELALCAZAR C, Estadísticas

7.4.3. Escolaridad. Páez cuenta con 94 centros docentes, que combinan modalidades educativas, tanto en la básica primaria como secundaria existe una deficiente cobertura especialmente en la zona rural, una inadecuada distribución. Además también se presentan tasas de deserción, en buena parte por los costos que limita la continuación de los estudios sobre todo en la básica secundaria, además los jóvenes son mano de obra para el trabajo agropecuario familiar tanto en la población indígena y campesina.

7.4.4 Ocupación: En el municipio de Páez, la mayor parte de las actividades productivas están asociadas al sector agropecuario, con una baja presencia

de otras actividades como el comercio, la venta de servicios o la producción industrializada.

La mayoría de la población trabajadora del municipio son jornaleros, la ocupación depende fundamentalmente de ciclos productivos, lo que conlleva a la inestabilidad laboral y a la permanente migración hacia otras regiones del país.

## **7.5. ASPECTO CULTURAL**

El municipio de Páez tiene como pocos en Colombia, la riqueza de poseer tres etnias: la indígena, la negra y la mestiza. La pluralidad cultural, la diversidad étnica y la multiplicidad socio – comunitaria son características fundamentales en la vida del municipio ya que coexisten comunidades, estamentos y sectores bien diferenciados en cuanto a producción, organización política, comunicación, cosmovisión y expresiones simbólicas, factores, que lejos de ser generadores de conflictos, deben aprovecharse positivamente para convertirlos en pilares del desarrollo y progreso.

7.5.1. Agentes de salud: El servicio que se presta en salud se atiende bajo dos modalidades: la medicina tradicional y la occidental.

Los médicos tradicionales que son aproximadamente 50<sup>7</sup> tienen su graduación dentro de su mismo círculo, los cuales se han formado unos por tradición y otros por señas, sueños y revelaciones. Este gremio por tradición y cultura es muy solicitado y consultado por la etnia Indígena.

Así mismo existen alrededor de 70 parteras que son reconocidas por la comunidad, las cuales no tienen formación académica inicial para esta

---

<sup>7</sup> Talleres comunitarios PBOT

actividad, sin embargo se han venido capacitando en técnicas de salubridad y cuidado en el trabajo de parto, este tipo de capacitaciones vienen siendo agenciadas por el Hospital de Belalcázar Cauca. Cuentan igualmente con sobanderos y pulsadores que coayudan en la labor que desarrolla los médicos tradicionales.

Es de anotar que este tipo de medicina ha venido ganando espacio dentro de las practicas de curación de las comunidades mestizas y por ende sigue siendo un elemento importante de unificación de identidades y sentidos de pertenencia de la comunidad indígena.

Actualmente en el Hospital de Belalcázar se han propiciado espacios para la atención de los médicos tradicionales generando así, un espacio interesante de articulación de estas dos modalidades de medicina.

7.5.2. Lengua: Aproximadamente el 48% de la población habla lengua indígena y de estos el 39% de la población encuestada habla y entiende bien el castellano y un 10% entiende el castellano pero no lo habla. Para la gran mayoría es difícil acudir a la medicina occidental, por la dificultad que representa el no poder tener una comunicación clara con “el blanco” como se le llama a las personas que no son indígenas. Sin embargo para la comunidad su lengua indígena es de vital importancia, por lo cual hacen esfuerzos para que los jóvenes, la hablen y no la reemplacen por el castellano.

7.5.3. Religión: Con base a estudio realizado en la vereda de Montecruz, municipio de Paez en el 2002 sobre “Concepción de la fecundidad” por la Mag Martha Segura se menciona que “en cuanto a la religión es importante analizarlo con respecto a la posición de estas frente a las creencias de la Medicina Tradicional, las religiones evangélicas no lo aceptan, porque lo ven como adoraciones a otros dioses, esta puede ser una buena explicación de

porqué el 63% de las mujeres encuestadas no creen en la medicina tradicional, contrario a lo que podría pensarse por tratarse de una comunidad indígena. El 81% de las mujeres acude y confía plenamente en las parteras. Tan solo un 44% de las encuestas acuden en primera instancia a la medicina occidental cuando se enferman y el resto prefiere usar remedios caseros, encomendarse a su religión y como última instancia acuden al hospital para tratar sus dolencias. Otro aspecto importante es lo relacionado con la regulación de la fecundidad; el 81% de las encuestadas refiere que no han escuchado que se prohíba la planificación, tan solo un 19% manifiesta que se les ha dicho que la planificación es mala y no la deben practicar. Esto último no parece ser una decisión de los pastores o líderes religiosos, debido a que son muy pocas las personas que lo manifiestan, entonces se podría decir que mas bien se escudan en la religión para no aceptar la planificación familiar”.<sup>8</sup>

7.5.4. Concepciones sobre la fecundidad y su regulación: Encuestas realizadas para realizar investigación sobre concepciones de regulación de la fecundidad determinan que respecto a este tema , “el 36% de las mujeres no lo ven necesario, consideran que deben tener los hijos que “dios les mande”, hay un 36% que no tiene compañero por eso tampoco es relevante para ellas pensar en la regulación de la fecundidad. Tan solo el 21% utiliza métodos como el coito interrumpido y el no tener relaciones sexuales para espaciar los nacimientos y un 7% le gustaría espaciar los nacimientos pero no sabe como hacerlo, por ello en primera instancia acudirá al médico tradicional.”

---

<sup>8</sup> Regulación de la fecundidad relacionada con factores socioculturales, políticos, vereda de Montecruz Páez-2002

## 7.6. ASPECTOS POLITICOS

A nivel nacional y con base en el Acuerdo No. 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud del Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de en salud.<sup>9</sup>

Con la resolución 412 del 2000 a nivel nacional se establece adoptar las normas técnicas de obligatorio cumplimiento. Para la presente investigación es necesario mencionar la norma para la atención del parto, atención del recién nacido y detección de alteraciones del embarazo, considerando el control prenatal, la atención institucional del parto: “medidas de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal, estableciendo parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones”.<sup>10</sup>

La Dirección Departamental de Salud del Cauca a través del tiempo y por intermedio de las secciones materno infantil y vigilancia epidemiológica, han establecido normas como la obligatoriedad de la notificación de muertes maternas y perinatales, sin embargo la oportunidad y la veracidad de la información deja mucho que desear en la actualidad. Al parecer la descentralización administrativa originada por la Ley 100, ha sido uno de los factores para que el sistema no haya logrado caracterizar el comportamiento de la mortalidad materna y perinatal que oriente la intervención de la DDSC en el departamento, además, la falta de una asesoría y evaluación permanentes, también están jugando un papel significativo.

---

<sup>9</sup> Resolución 412 de 2000

<sup>10</sup> Resolución 412-2000

En el municipio a nivel de comunidades indígenas, mestizas y afrocolombianos, no existen disposiciones ni de los cabildos ni de otras entidades respecto al embarazo y atención del parto, por lo tanto es necesario mostrar a nivel de todas las comunidades ubicadas en Páez el comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna y perinatal y establecer con estos sectores las bases que orienten la intervención sobre mortalidad materna y perinatal.

Sobre temas relacionados con la investigación se encontró que a nivel de algunas comunidades, los líderes manejan como política que la mujer no debe planificar, porque si lo hace se disminuye la población y temen que esta se termine extinguiendo. Actualmente cuentan con una ARS (Administradora del Régimen Subsidiado) que al contratar con la IPS (Institución Prestadora de Salud) de la zona la prestación de los servicios de promoción y prevención, no exige coberturas en el programa de planificación familiar e incluso de control prenatal, estos programas no deben tener demanda inducida, sino que la usuaria debe acercarse en forma espontánea y por último debe la mujer contar con el consentimiento del cabildo para poder solicitar que se le haga una ligadura de trompas, esto es de común acuerdo con la ARS indígena. Sin ese consentimiento la empresa no paga la intervención quirúrgica.



## **8.METODOLOGÍA**

### **8.1. TIPO DE ESTUDIO**

Estudio exploratorio, descriptivo retrospectivo de MMP ocurrida entre 1998 a 2002.

### **8.2.POBLACIÓN**

Nueve muertes maternas y 94 muertes perinatales ocurridas en el municipio de Páez durante el periodo 1998 a 2002

### **8.3.CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Muertes maternas ocurridas durante el embarazo, el parto y hasta los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, independiente de la duración y de la localización de la misma, debido a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o por su atención., pero no por causas accidentales o incidentales.
- Toda muerte perinatal clasificada en el periodo perinatal I: Lapso de tiempo que transcurre desde las 28 semanas de vida intra – uterina hasta los 7 días de nacido, y/o ha logrado alcanzar un peso de 1.000 gramos.

### **8.4.CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Muertes maternas causadas por causas accidentales o incidentales.
- Muertes perinatales periodo II.

## 8.5. MÉTODO E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS

Método: La investigadora hizo una revisión de los casos presentados en el año 1998 a 2002 a través de fichas para estudio de mortalidad materna y perinatal, registros de defunción, certificados de nacido vivo, historia clínica, análisis de las respuestas con preguntas abiertas, incluidas en la ficha de mortalidad materna y perinatal.

Instrumento: Formularios de recolección de datos, diseñado por el investigador para el estudio (Anexo 3,4).

## 8.6. PROCEDIMIENTOS

- El estudio se inició con la revisión de fichas para estudio de muertes perinatales y maternas ocurridas en los años 1998 a 2002.
- Se complementan las fichas correspondiente para cada caso.
- Revisión de la historia clínica para complementar datos.
- Visitas a zonas específicas para complementar datos necesarios en la investigación.
- Análisis cuantitativo para obtener los indicadores epidemiológicos de la mortalidad materna y perinatal en el municipio de Páez.
- Para realizar el análisis cualitativo, se obtuvo la información de las fichas para estudio de muertes perinatales y maternas, las cuales tenían unas preguntas abiertas sobre motivos para no acudir al control prenatal o a la atención del parto, se cuantifico la respuesta para obtener cuales eran los principales motivos que las madres en caso de las muertes perinatales y los familiares en las muertes maternas referían para no acudir al control prenatal o a la atención del parto perinatal. Al tener cuantificada las respuestas se hizo un análisis cualitativo para obtener desde la versión de la comunidad las barreras de accesibilidad a los servicios de control prenatal y atención del parto.

## 8.7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLES DEPENDIENTES: Mortalidad materna

Mortalidad perinatal.

VARIABLES INDEPENDIENTES: De identificación general, antecedentes maternos, epidemiológicas y culturales,.

Ver anexo 1 Cuadros de operacionalización de variables.

## 8.8. PROCESO DE LA INFORMACIÓN.

Los resultados son procesados en SPSS.

## 9. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el análisis de la mortalidad perinatal se aceptó solo mortalidad perinatal I.

Se recolectaron las fichas de mortalidad materna y perinatal del periodo 1998 a 2002. Se hizo una selección de las variables que estaban en la mayoría y que signifiquen información básica para el informe de resultados de las fichas de mortalidad materna y perinatal, después de esto se obtuvo los indicadores de mortalidad materna y perinatal en el municipio de Páez. Además mediante un análisis cualitativo a las respuestas que dieron las embarazadas o los familiares en caso de muertes maternas se identificaron las barreras culturales relacionadas con el acceso a los servicios institucionales de control prenatal y atención del parto.

Las variables incluidas son:

- De identificación general: residencia, etnia, estado civil, acceso geográfico, escolaridad, ocupación, salud
- Antecedentes maternos: personales, obstétricos y controles prenatales.
- Epidemiológicos: Indicadores que muestran el estado de salud - enfermedad de una comunidad y su comportamiento a través del tiempo.
- Culturales: Interpretada como una variable explicativa y determinante de la conducta de la familia y la madre con relación a las barreras culturales relacionadas con el acceso a los servicios institucionales de control prenatal y atención del parto en el municipio de Páez.

## 10. RESULTADOS

### 10.1 "EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN PÀEZ, INDICADORES Y ANÁLISIS EPIDEMIOLOGICO.

#### 10.1.1 Mortalidad Perinatal

Se recibieron 94 fichas de mortalidad perinatal

**De identificación general:** El 61.7% de las muertes perinatales correspondía a madres indígenas, el 3.2. % a Afrocolombianas y 31.9% a mestizas, el 3.2 corresponden a fichas sin dato.

El 11.7% corresponden a la zona urbana.

En cuanto a la estabilidad en la unión el 64.9% (61) refiere que si hay estabilidad en la convivencia.

El acceso Geográfico a servicios de salud predominante y determinado en minutos fue para sitios de residencia a más de 60 minutos con 66% seguido de sitios entre 1 y 30 minutos con un 22.3%.

El nivel de escolaridad predominante tanto en la zona rural como la urbana fue básica primaria con el 59% y 36.36% respectivamente.

La principal ocupación referida por las maternas fue Hogar-agricultura, tanto en el área rural(66.2%) como en la urbana(54.5%). En muy pocas fichas se refieren trabajo como empleada(18.18%).

Solo el 6.02% refirió consumir licor(chicha)en el área rural. En ambas zonas la mayor frecuencia coincide en el no uso de hábitos nocivos.

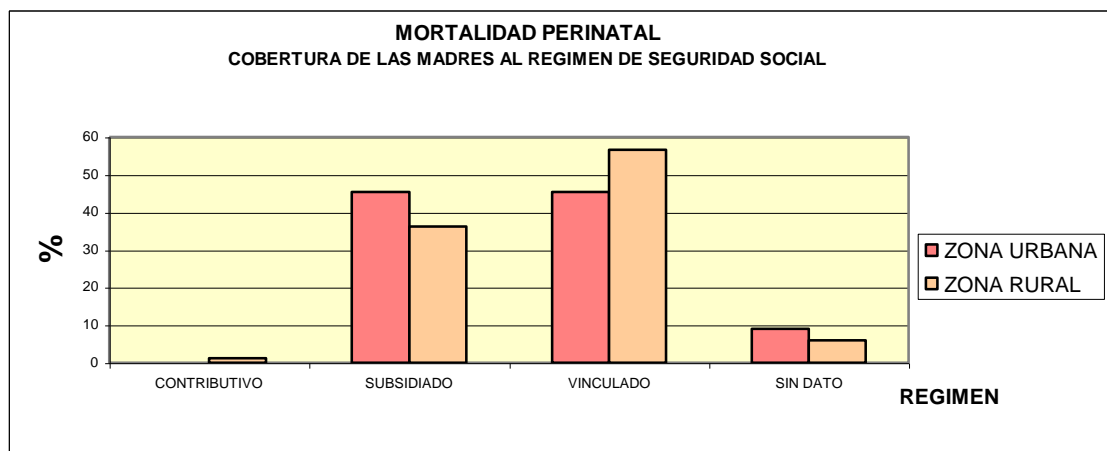
Con relación a la cobertura del régimen de seguridad social, el 55.32% de las madres no están en ningún régimen (tabla 15.)

Tabla 15: Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002, Cobertura de la madre al régimen de seguridad social

COBERTURA	ZONA				Total	
	Urbano	%	Rural	%	FREC	%
CONTRIBUTIVO			1	1,20	1	1,06
SUBSIDIADO	5	45,45	30	36,14	35	37,23
VINCULADO	5	45,45	47	56,63	52	55,32
SIN DATO	1	9,09	5	6,02	6	6,38
TOTAL	11	100	83	100	94	100

Fuente: Fichas de Mortalidad perinatal.

Figura 5. Cobertura de las madres al régimen de seguridad social



**Antecedentes maternos:** Las madres tenían una mediana de edad de 27 años, con un mínimo de 14 y un máximo de 45 años.

La distribución por edades, es de 23.40% para el grupo de 26-30 años, 19.15% para el grupo de 16-20 años, no hubo mujeres añosas. Ver tabla No. 16

Tabla 16: Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002; ddistribución porcentual por grupos de edad y en primíparas y múltiparas para Mortalidad perinatal en el Municipio de Páez.

EDAD-PRIMI-MULTI	Edad materna								TOTAL
	10-15A	16-20A	21-25A	26-30A	31-35A	36-40A	41 -45	SIN DATO	
PRIMIPARAS	27,78	50,00	16,67			5,56			19,15
MULTIPARAS	1,32	11,84	17,11	28,95	18,42	18,42	2,63	1,32	80,85
TOTAL %	6,38	19,15	17,02	23,40	14,89	15,96	2,13	1,06	100,00

Fuente: Fichas de mortalidad materna y perinatal en Páez 1998-2002

**Madres Primíparas:** En la atención del control prenatal en la zona rural el 38.89% asistieron a control prenatal (tabla 17.). En aquellas que tuvieron control el máximo fue de 3.

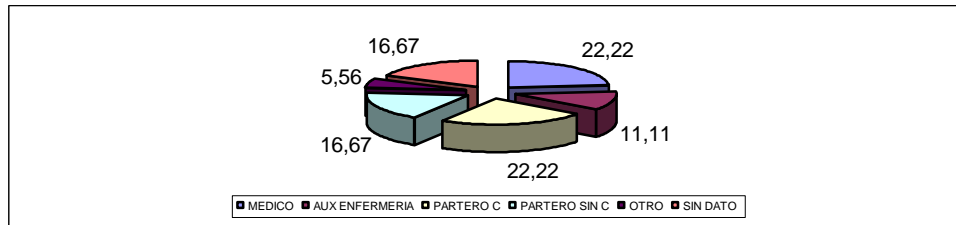
Tabla 17: Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002clasificación de controles prenatales por zona en mujeres primíparas

De las

CONTROL PRENATAL	URBANO	%	RURAL	%	TOTAL	%
SI		0,00	7	41,18	7	41,18
NO		0,00	6	35,29	6	35,29
SIN DATO	1	5,88	3	17,65	4	23,53
TOTAL	1	5,88	16	94,12	17	100,00

mujeres que llegaron a parto, en la zona rural, el mismo porcentaje 22.22% fue atendido por médico y partera complementada y el 11.11% fue para los partos atendidos por otras personas (esposo, madre, vecina), (figura 6)

Figura 6: Persona que atendió el parto en la zona rural en Mujeres primíparas



En estas mujeres el 72.22% (13) de las muertes perinatales ocurrió entre las semanas de gestación de 28 a 40, 16.67% fueron entre 0 y 24 horas de nacido y 5.56% (1) de 1 a 7 días de nacido vivo. En este grupo el mayor porcentaje de estas muertes fue para la zona rural con el 94.44% (18).

**Mujeres múltiples:** En este grupo, la mediana de edad fue de 27 años, con un mínimo de 21 años y un máximo de 45 años. Al analizar los grupos de edad de las maternas, se aprecia lo que se anota en la tabla 18.

Tabla 18: Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal, municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002, múltiples por edad materna y zona

EDAD MATERNA	ZONA				TOTAL	
	urbano	%	rural	%	FREC	%
10-15A	1	1,32	0,0		1	1,32
16-20A	1	1,32	8	10,5	9	11,84
21-25A		0,00	13	17,1	13	17,11
26-30A	3	3,95	20	26,3	23	30,26
31-35A	2	2,63	12	15,8	14	18,42
36-40A	4	5,26	10	13,2	14	18,42
41-45		0,00	2	2,6	2	2,63
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>14,47</b>	<b>65</b>	<b>85,5</b>	<b>76</b>	<b>100,00</b>



❖ **Adolescentes:** Con respecto a los antecedentes obstétricos, se encontró que en la totalidad de las mujeres menores de 20 años ya han tenido entre 1 y 4 hijos. Con el 10%(1) han sido sometidas a cesárea, este mismo porcentaje para embarazadas con antecedentes nacidos muertos y muertes perinatales anteriores.

El 60%(6) de las adolescentes, no realizaron controles. De las que sí referían control prenatal, se encontró que la mayor concentración de controles estuvo en 1.

De estas fichas de mortalidad perinatal en adolescentes , se obtuvo información de la persona que atendió el control prenatal, tan solo 1 (20%) fue realizado por médico.

En cuanto a la atención del parto fué por otras personas el 50%, seguido del 30% por parteras sin complementar, 10% para atención por ella misma .

❖ **Mujeres entre 21 y 45 años edad:** Para este grupo de edad se analizaron 65 fichas. La mediana de edad fue de 27 años con un mínimo de 20 años y un máximo de 45 años.

Se pudo establecer que tan solo el 35.53% asistieron a control prenatal, de ese porcentaje el 37.50% realizaron un solo control, el 15.63% 2 controles, de acuerdo a lo establecido en la resolución 412 del 2000 solo una embarazada realizó 6 controles y otra 9.

El 78.95%, refiere no haber tenido abortos, al 2.63% le han realizado cesárea, y el 10.53% refieren muertes perinatales (Tabla 19)

Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Pàez Cauca, 1998 a 2002, antecedentes obstétricos en mujeres de 21 a 45 años.

VARIABLE	ANTECEDENTES OBSTETRICOS			
	C.P.N	ABORTOS	CESAREAS	MUERTES PERINATALES
SI	35,53	6,58	2,63	10,53
NO	39,47	78,95	81,58	72,37
SIN DATO	25,00	14,47	15,79	17,10
TOTAL	100	100	100	100

En este grupo de edad se obtuvieron otros antecedentes obstétricos, ver tabla 20, el 60.53% de las madres han tenido entre 1-4 hijos, 63.16% tienen entre 1-4 hijos.

Tabla 20. Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Pàez Cauca, 1998 a 2002, otros antecedentes obstétricos en mujeres de 21 a 45 años.

VARIABLE	ANTECEDENTES MATERNOS	
	GESTACIONES	NACIDOS VIVOS
1-4	63,16	60,53
-5	22,37	21
SIN DATO	14,47	18,47
TOTAL	100	100

Con relación a la persona que atendió el parto se encontró, el 28.95% de los partos fue atendido por partero sin complementar, el 23.68% por médico, el 7.78% por partero complementada y otros, por ella misma el 3.95%.

El 61.84% de estas muertes perinatales ocurrió entre la semana 28 y 40, el 10.53% de 0-24 horas de nacido y el 13.16% de 1 a 7 días de nacido vivo.

El periodo íntergenésico fue de 68.42% más de un año y el 8% para menor de 1 año (Tabla 21)

Tabla 21. Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002; periodo intergenesico en mujeres multíparas de 21 a 45 años.

PERIODO	+1AÑO	-1AÑO	SIN DATO	TOTAL
INTERGENESICO				
N	52	8	16	76
%	68,42	10,53	21,05	100,00

Se encontró en las fichas de muertes perinatales, que todas terminaron en parto vaginal.

**Indicadores epidemiológicos**, con la información recolectada se puede establecer que la tasa de mortalidad perinatal 1 para el municipio de Páez esta en 21.79 por 1000 nacidos vivos. Y discriminada por años de acuerdo a tabla 22.

Tabla 22. Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002, tasas de mortalidad perinatal discriminada por años, Municipio de Páez, 1998 a 2002

AÑO	1998	1999	2000	2001	2002	TOTAL
No. DE MUERTES PERINATALES	18	21	14	19	22	94
No. NACIDOS VIVOS	884	907	803	891	829	4314
TASA DE MP POR 1000 NV	20,36	23,15	17,43	21,32	26,54	21,79

La tasa de mortalidad por 1000 nacidos de muertes perinatales ocurridas entre las semanas de gestación de 28 a 40 semanas es de 15.52, de 0 a 24 horas de nacido vivo 3.5 y 2.78 para muertes en los primeros siete días de vida.

Del total de las fichas de muerte perinatales analizadas el 5.32% no se determino la causa de muerte. En el restante, las siguientes fueron las causas de muerte perinatal (tabla 23)

Tabla 23. Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Pàez Cauca, 1998 a 2002, causas de muerte perinatal en el municipio de Páez, 1998 a 2002

<b>CAUSAS DE MUERTE PERINATAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
HIPOXIA INTRAUTERINA	15	15,96
ASFIXIA AL NACER Y OTRAS AFECCIONES RESPIRATORIAS	17	18,09
COMPLICACIONES DE LA PLACENTA, CORDÓN UMBILICAL Y LAS MEMBRANAS	8	8,51
TRANSTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION CORTA DEL EMBARAZO	13	13,83
COMPLICACIONES DEL TRABAJO Y DEL PARTO	12	12,77
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	5	5,32
ANOMALIAS CONGENITAS	11	11,70
TRANSTORNOS RELACIONADOS CON LA DURACION PROLONGADA DE LA GESTACION	3	3,19
INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	4	4,26
HEMORRAGIA SECUNDARIA A PROC CLÍTORIS	1	1,06
INDETERMINADA	5	5,32
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

### 10.1.2. Mortalidad Materna

□ De identificación general: El 81.82% corresponden a muertes maternas de la zona rural, teniendo en cuenta la división territorial del municipio se puede establecer las muertes maternas por resguardos, corregimientos y comunidades civiles de la siguiente manera, tabla 24.

Tabla 24, Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Pàez Cauca, 1998 a 2002, lugar de la muerte materna, por división territorial, municipio de Páez.

<b>RESGURDO, CORREGIMIENTO, COMUNIDADES CIVILES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Avirama	3	27,27
Vitonco	2	18,18
Belalcázar	2	18,18
Talaga	1	9,091
Tóez	1	9,091
Mosoco	1	9,091
Itaibe	1	9,091
Total	11	100

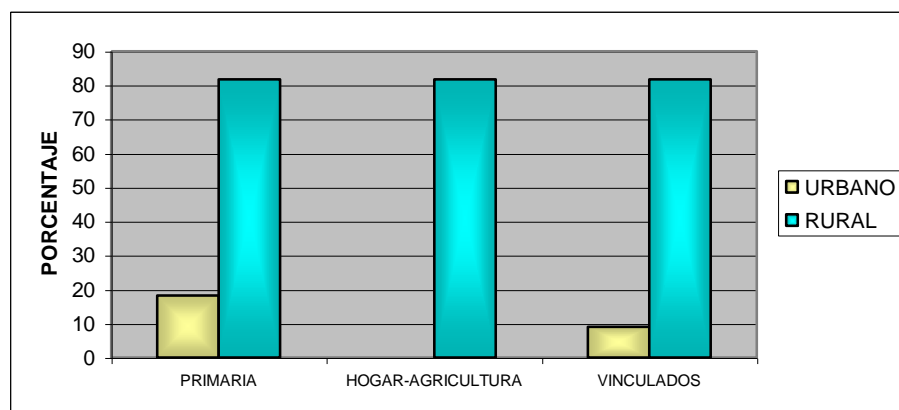
El 81.82% corresponde a maternas indígenas, el 9.095 para afrocolombianas y mestizas.

Con relación al acceso a los servicios de salud, el 63.6% su sitio de residencia se ubica a más de 1 hora del Hospital de Belalcázar Cauca, el 18.2% a menos de 1 hora.

Con respecto a la escolaridad , ocupación, y convivencia de las madres, el comportamiento por área de procedencia es similar con 81.82% de las madres con nivel de escolaridad básica primaria, de las cuales ese mismo porcentaje se dedican al hogar-agricultura y solo el 9.09% no tenían compañero permanente.

El 18.2% tenían afiliación al regimen de seguridad social, el resto 81.82% eran vinculadas. (figura 7)

Figura 7. Variables de identificación general en mortalidad materna



**Antecedentes maternos:** Información por grupos de edad; 81.8% de las muertes se presentaron en las mujeres entre 18 y 35 años. Por zona de residencia como se refleja en la figura 8

**Antecedentes obstétricos:** En promedio (mediana), las madres que fallecieron presentaron como antecedentes 5 gestaciones y 5 partos, con un mínimo de 0 y un máximo de 13 para las dos variables. 72.73% no presentaron abortos, situación que no varía por zona de residencia (rural – urbana) (tabla 25).

Tabla 25. Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Pàez Cauca, 1998 a 2002, antecedentes obstétricos referidos en las fichas de mortalidad materna, 1998 - 2002

	ANTECEDENTES OBSTETRICOS			
	PARTOS	GESTACIONES	NACIDOS VIVOS	No. DE HIJOS
Menos de 4	40%	30%	40%	30%
Entre 4 y 7	40%	40%	40%	40%
Mayor de /	20%	30%	20%	30%

El 81.82% de las maternas no tuvo antecedentes de nacidos muertos, el 72.73 no refirió muertes perinatales y, con respecto al antecedente de cesárea, el 100% no refirió este evento. Es importante resaltar que hubo 9.9% de muertes en mujeres primigestantes.

**Estado reproductivo y edad gestacional:** según las fichas, el 27.27% de las muertes maternas se produjo durante la gestación, 72.73% en el puerperio.

La edad gestacional en 9.09% de las madres era para más de 36 semanas, y en una misma proporción para 28 a 36 semanas y menos de 28 semanas de gestación. De las mujeres que murieron durante el puerperio, 64.64% tuvo embarazos de mas de 36 semanas de gestación, 9.095 para embarazos de 28 a 36 semanas de gestación.

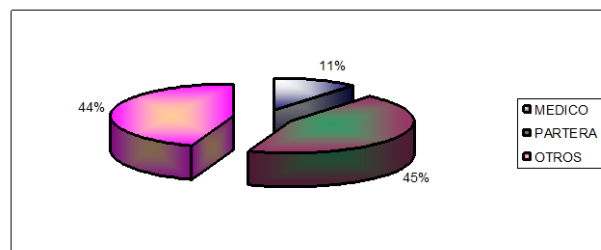
**Controles prenatales:** el 54.55% no realizaron control prenatal, ubicadas en la zona rural, del 45.45% que realizaron control, las maternas realizaron un promedio de 3 controles .

**Atención del control prenatal:** los controles prenatales fueron realizados en 70% por médico, y los restantes por auxiliar de enfermería.

**Terminación de la gestación:** De las madres que terminaron la gestación, 87.50% tuvo un parto normal, 12.50% por cesárea. La cesárea corresponde a una gestante de la zona urbana.

**Atención del parto:** la atención del parto fue realizada en un 27.27% por médico, 36.36% por partera y en una misma proporción parto atendido por otras personas (Mamá, esposo, vecina). (figura 8)

Figura 8. Atención del parto



**Datos de la muerte materna:** Lugar donde ocurre la muerte; 36.36% de las muertes ocurrieron en hospitales, 54.55% en la casa y un 9.09% en la vía (ambulancia).

**Indicadores epidemiológicos,** con la información recolectada se puede establecer que la razón de mortalidad materna para el municipio de Páez

esta en 254.98 por 100.000 nacidos vivos. Discriminada por año, se pudo determinar de acuerdo a la tabla 26

Tabla 26. Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002, razón de mortalidad materna, Municipio de Páez, año 1998 a 2002.

AÑO	1998	1999	2000	2001	2002	TOTAL
No. DE MUERTES MATERNAS	0	3	0	5	3	11
No. NACIDOS VIVOS	884	907	803	891	829	4314
RAZON DE MM POR 100.000 NV	0,00	330,76	0,00	561,17	361,88	254,98

Causas de muerte materna: El 100% de las muertes maternas se produjo por causas obstétricas directas. (tabla 26)

Tabla 26. Comportamiento epidemiológico de la muerte materna y perinatal , municipio de Páez Cauca, 1998 a 2002,Causa de muerte materna

Causa de muerte	N
Hemorragia	3
Retención de placenta	2
Atonia Uterina	1
Preeclampsia severa	1
Pericarditis restrictiva, insuficiencia renal	1
Atonia uterina	1
Aborto séptico	1
Utero compatible con TBC	1
Total	11



## 10.2 ACCESIBILIDAD A SERVICIOS INSTITUCIONALES, BARRERAS CULTURALES UNA VERSIÓN DESDE LA COMUNIDAD”.

“Allá sí lo bañan a uno... eso los médicos cogen y le alevantan a uno la barriga así y le meten la mano y ¡ay noi”<sup>11</sup>. Este es un testimonio, que muestra el grado de satisfacción de una mujer indígena Páez, con la atención brindada por nuestra medicina convencional. Opiniones como esta, demuestran en forma clara, el antagonismo, entre las costumbres, modos de vida, creencias y valores del cliente, en este caso la mujer indígena Páez embarazada y el personal sanitario. Durante mucho tiempo, el personal de salud, no ha tenido en cuenta este tipo de comentarios, y lo que hay mas allá del mismo, me refiero al soporte cultural, hasta ahora, que se comienza a entender, a tener conciencia de la influencia en el comportamiento del ser humano de las costumbres y creencias, por ello es de vital importancia, ir conociendo la realidad de la mujer indígena, mestiza o afrocolombiana Páez para de esta forma explicar el porque de los indicadores epidemiológicos que actualmente se manejan en el municipio y mejor aun plantear acciones que sean aceptadas por la comunidad, garantizando un mayor impacto en la salud y bienestar de la población materno infantil.

La experiencia de tratar de conocer el modo de pensar o sentir de la mujer embarazada Paéz, con relación a la atención brindada por nuestro sistema de salud, resultó muy interesante, le recuerda a uno, que esta tratando con un ser humano y no con un número o un porcentaje de cualquier estadística. Voy a ir mostrando los resultados obtenidos e interpretando el sentir de la mujer. Es de resaltar, que esta interpretación es validada nuevamente por las mujeres, con el fin de garantizar la credibilidad de dicha información.

---

<sup>11</sup> Testimonio de una de las mujeres que presento una muerte perinatal, y a quien le atendieron uno de sus partos institucional y la atención no llenó sus expectativas por tal razón se negó a acudir para la atención del parto en los siguientes embarazos.

- Motivos para no asistir al control prenatal ni al parto institucional.

La cobertura de control prenatal para el año 2002 fue del 63.75% y de parto institucional fue de 30.16%.

Uno de los grandes problemas, que comentaron estas mujeres con relación a la no asistencia al control prenatal, tiene que ver con la accesibilidad geográfica; esto es lógico debido a la realidad del municipio, puesto que es grande, con una topografía escarpada, vías carreteables en regulares condiciones, medios de transporte insuficientes, comunicaciones deficientes y si a lo anterior le agregamos un promedio de 38 veredas visitadas por médico mensualmente de las 112 que tiene el municipio, este tema de la accesibilidad geográfica, debe mirarse en los dos sentidos, tanto de parte de la mujer como de parte de la institución de salud<sup>12</sup>.

De parte de la mujer, son muchos los inconvenientes que se le pueden presentar o se le han presentado, como por ejemplo. “El esposo y promotora, fueron llamar ambulancia, pero el teléfono estaba malo y a esa hora no hay quien lleve en carro, niño nació muerto”. Así como este se siguen presentando casos, en muchas ocasiones las mujeres viven en lomas, donde solo hay caminos de herradura, donde no hay ningún medio de comunicación y es realmente difícil llegar al puesto de salud y peor aun al Hospital. En el momento que una mujer de estas se le presente una complicación durante su embarazo o parto, difícilmente tendría acceso al personal sanitario y peor aún a una atención oportuna.

---

<sup>12</sup> Me refiero especialmente al personal profesional, tanto de enfermería, como de medicina, quienes según la norma 412, son los responsables de realizar las actividades y procedimientos de las normas de promoción y prevención.

De parte de la institución de salud, la comunicación es deficiente, solo había una línea telefónica, que permanecía congestionada cuando funcionaba bien, fuera de eso, a pesar de tener dos ambulancias, hay ocasiones en las que, cuando al fin logran comunicarse con el hospital, no se tienen vehículos disponibles para ir a traer la materna. El no tener personal de salud, como médicos, que permanezcan mas tiempo en las veredas, hace que la embarazada deba desplazarse hasta Belalcázar, si requiere de los servicios de control prenatal o atención de parto. Por eso en muchas ocasiones no lo hacen, constituyéndose de este modo el acceso geográfico en la primer razón de las mujeres para no asistir al control prenatal y al parto institucional.

El factor económico, no es menos importante, es la segunda causa por la cual las mujeres afirmaron no haber acudido a la atención del parto institucional y al control prenatal, porque creen que los costos de la hospitalización son altos, además de ello, los costos del desplazamiento de la pareja, el transporte de regreso a su vereda, la estadía y alimentación del acompañante en Belalcázar, lo que se debe alistar para el parto si nace en el hospital (pañales desechables, utensilios de aseo, ropa para el bebe, etc.) como afirma una de la mujeres “pues da pena, las doctoras piden ropa nueva, ....no tiene plata”..

Siempre se aclara que no se cobra por ninguna atención que se realice a la embarazada en la institución, tenga o no carnet de salud, pero aun así el resto de cosas que deben gastar en el desplazamiento a Belalcázar, continua siendo un impedimento importante para no asistir al parto institucional o al control prenatal. Sin contar el tiempo que dejan de trabajar en su parcela o no van a jornalear, por acudir al hospital, lo cual les genera perdidas pues no pueden ganar dinero para el sustento diario, “pierden el día”. No olvidemos que tanto la mujer como el hombre trabajan de igual a igual en la agricultura en muchas ocasiones. Algunas veces, aunque la mujer quiera ir, el marido no le da el dinero, en ocasiones porque de verdad no lo tienen y en otras porque a pesar de tenerlo, prefieren gastarlo en otras actividades, como por ejemplo

la “chicha”. Esto se evidencia en el siguiente comentario “niño enfermo, pero marido borracho, bravo, no dejo llevar a hospital, no dio plata”.

La vergüenza, la pena que dicen sentir estas mujeres y que esta relacionado con una de las otras razones que es “la tocan mucho”, es en muchas ocasiones, uno de los factores que influye en las mujeres maternas o perinatales. Para estas mujeres, el tener que desnudarse es un hecho traumático, pues nunca lo hacen, ni siquiera delante del marido, para tener que hacerlo delante de un desconocido y peor aun en ocasiones delante de varias personas. Lo que para el personal sanitario, se constituye en una actividad de rutina, normal, que esta dentro de los protocolos de atención y manejo, como puede ser el examen físico, y dentro de este la valoración ginecológica, la toma de exámenes como la citología vaginal, los tactos vaginales, el abrir las piernas para la atención de parto, etc. Para la mujer, resulta muy difícil de aceptar, de asimilar, se siente ultrajada, muchas veces ni siquiera entiende porque le hacen esas cosas. La mayoría de las veces el personal de salud, no se toma la molestia de explicar los procedimientos, de mantener la privacidad, de solicitar el consentimiento de esa persona, para realizar cualquier actividad o procedimiento, a veces se cree que ese ser humano de condición humilde, no es capaz de sentir, de pensar. Pero este error, que tal vez es producto de la rutina que implica el trabajo en salud, entre otras cosas, esta causando rechazo por las atenciones, esta haciendo que las mujeres no deseen regresar, ni recomienden la atención de la institución, o sino recordemos el comentario que aparece al inicio de este capítulo. “Allá sí lo bañan a uno... eso los médicos cogen y le alevantan a uno la barriga así y le meten la mano y ¡ay no!”.

Muy relacionado con lo anterior están las siguientes razones para no acudir al control prenatal y al parto institucional, “Nadie le explico” y “No entiende el castellano”. Si para el personal de salud, de por si le resulta difícil, sacar un

tiempo de más para explicar los procedimientos a la mujer, peor aun, cuando dicha mujer entiende poco o nada el castellano. Esta es una barrera, que no es tan difícil de solucionar, se requiere de un poco de interés y de respeto por el otro, de un cambio de actitud y de solicitar el apoyo del personal bilingüe<sup>13</sup> siempre que sea necesario. Son muchas las ocasiones en que el personal de salud cree falsamente, que la mujer le entendió las explicaciones, la prueba de ello, es que no logramos en algunas ocasiones, que sigan un manejo o tratamiento, que entiendan de la gravedad de los riesgos y mucho menos que se motiven para la atención del parto institucional o para la continuidad del control prenatal.

Un motivo específico, que mencionan algunas de las mujeres, como causa para no asistir al control prenatal, son las esperas prolongadas, el tiempo que la mujer debe invertir cuando acude a un control prenatal, es considerable, para una mujer que asiste a su primer control prenatal, esto significa todo un día, debido a la toma de exámenes y la espera de resultados, que es en horas de la tarde, muchas de estas mujeres no esperan el resultado de exámenes, se van a sus casas y de estas solo algunas regresan. La gran mayoría de veces, deben irse porque el transporte hacia sus veredas, se dificulta en horas de la tarde o no hay servicio y si no toman el último carro a su vereda, deberán irse caminando, o buscar hospedaje para quedarse y alimentación, con escaso dinero.

Dentro de las razones para no asistir a control prenatal, aparece que el personal de salud, es de mal genio. Este aspecto es muy interesante, y esta relacionado precisamente con la rutina diaria, el volumen de trabajo y especialmente la actitud, de algunos funcionarios, que sin ser muchos, hacen su aporte, en el deterioro de la imagen de la institución. El personal sanitario, en su gran mayoría, cree que sus creencias, sus conocimientos, etc, son los

---

<sup>13</sup> Me refiero a los funcionarios de la institución, que hacen parte del equipo de salud, que hablan la

únicos, los valederos y que lo demás no tiene sentido. Esto hace que se genere una actitud, de “medio dios”, que todo lo sabe-

Dentro de los motivos específicos, que mencionaron las mujeres, como razón para no asistir al parto institucional, aparecen los siguientes:

No hubo tiempo, para llegar al hospital, para llamar la promotora de salud, o auxiliar de enfermería. Generalmente, cuando toman la decisión de ir al hospital, a transcurrido mucho tiempo, de trabajo de parto, o como ellas dicen “ de sufrimiento”, el no tener la intención si quiera de acudir al parto institucional, es parte de todo esto, siempre prefieren que su bebe nazca en la casa, rodeado de su familia y no en un hospital.

La posición del parto, es un aspecto interesante, para la gran mayoría de mujeres es más cómodo, tenerlo en cuclillas y no acostada en una cama, el siguiente paralelo de atención en casa Vs atención en el hospital, aclara aun más las razones de preferir el parto en casa.

PARTO EN CASA	PARTO HOSPITALARIO
<p>Cuando la partera considera que es hora de nacer el bebe, ordena a la mujer que se cuelgue de un “chumbe”, que esta colgado de una de las “vigas” del techo, la mujer debe tomar cada uno de las puntas del chumbe, colocarse en la posición de cuclillas y hacer fuerza o “pujar”, el esposo abraza la mujer por la espalda, para sostenerla, durante el momento del pujo. La partera se coloca delante de la mujer arrodilla, esperando que nazca “caiga” el niño, para recibirlo. Una vez nace el bebe, esperan hasta que salga la placenta para cortar el cordón umbilical, posteriormente le pasan el bebe a la madre.</p>	<p>Cuando la mujer se encuentra en expulsivo, es trasladada a sala partos en una camilla, en este lugar la mujer debe acostarse en la camilla de partos, abrir sus piernas y permanecer desnuda de la cintura para abajo durante el resto del proceso.</p> <p>Durante el expulsivo, si la mujer es primigravida, se le realiza la episiotomía, al nacer el bebe, de inmediato se corta el cordón umbilical, se limpia y es colocado en la lámpara de calor radiante, con el fin de evitar una hipotermia y las posteriores complicaciones.</p>

Dentro de la cultura indígena, lo frío y lo caliente, tiene gran relevancia, e influencia en el estado de salud y bienestar, existe una clasificación de plantas, alimentos, que tienen estas características, y que se deben utilizar según las necesidades, como en el caso de un parto, es muy importante conservar el calor, no solo conservando el calor en el lugar donde ocurrirá el parto, sino también en el cuerpo de la mujer, durante y después del parto. Ellas consideran frío el hospital, desde su visión cultural, creen que el no poder estar en un ambiente cálido, el no poder realizar sus rituales, el no comer los alimentos calientes, les traerá enfermedad y debilidad, lo cual se vera reflejado en sufrimiento para los embarazos posteriores.

Uno de los problemas, quizá al que más temor le tienen, es la remisión a otro Hospital, donde posiblemente les hagan cesárea u otras intervenciones, para ellas desconocidas. Si resulta difícil, convencerlas de que acudan al hospital local, es aun más difícil, decirles que se deben remitir a Popayán u otro lugar. Este temor radica en el miedo a lo desconocido, en que sienten que no podran defenderse en un ciudad grande, las barreras económicas, culturales etc. Se agrandan. Las experiencias negativas, de otras personas que han sido remitidas, acrecientan el temor. Es tal dicho pánico, que, se escuchan comentarios, en los cuales, manifiestan el deseo de morir antes que ser remitidas, o prefieren irse para su casa si están en el hospital o no acudir a este si les han dicho que le embarazo es de riesgo y que se las remitirá.

El registro inadecuado de la información cualitativa, cuando se realiza un estudio de campo, debe ser completo, buscando descubrir esas barreras, que han sido cómplices de la mortalidad materna y perinatal, no se debe menospreciar o restarle importancia a este aspecto, el encontrar estudios de campo “sin dato”, deja ver las falencias que al respecto se tienen.

## 11. DISCUSIÓN

La resolución 0412 del 2000, señala que para “ Dar respuesta al derecho a la vida de los colombianos en trance de nacer o recién nacidos, justifica plenamente el establecer parámetros básicos obligatorios que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica y con oportunidad para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el nacimiento y periodo neonatal precoz, disminuyendo las tasas de mortalidad perinatal”. Protocolizando, que la atención de la mujer durante el periodo de embarazo, parto y postparto sean realizados por personal profesional, lo cual garantiza una atención de calidad.

La aplicabilidad de la resolución 412, en municipios como este, implica una gran inversión en recurso humano, no solamente de profesionales, sino también de personal bilingüe, que sirva de puente con la comunidad, especialmente en el área indígena. Esto no aseguraría del todo el mejoramiento de coberturas e impacto de la atención en salud a la mujer embarazada. Los protocolos estandarizados, por nuestra medicina convencional para control prenatal y atención de parto, con toda la racionalidad y el sustento científico, no garantizan la satisfacción y aceptación de la mujer y su familia, como se evidencia en el resultado de este estudio, donde la gran mayoría de muertes ocurren sin control prenatal, ni atención del parto institucional.

El trabajo de salud, implica la interacción con la comunidad, las acciones que



se realizan, pretenden como fin último mejorar o mantener el bienestar de dicha comunidad, pero de que forma se puede realizar esto?, si no se conocen las expectativas, las necesidades y la realidad de esa gente?.

El personal de salud, maneja muy bien los protocolos, la parte técnica, es lo que tradicionalmente, se enseña la mayoría de nuestras universidades, al llegar a una comunidad, con una cosmovisión diferente, unas costumbres, creencias y valores, que en ocasiones difieren de las de ellos, se crea un conflicto, en el que al final, el personal de salud, termina imponiendo su criterio, basado justamente en la racionalidad científica.

Es realmente posible, diseñar un modelo de atención en salud, basado en las necesidades y sentir de una comunidad?, sin perder esa racionalidad científica?. Considero que vale la pena intentarlo, llegar a un punto de equilibrio, donde se respeten las costumbres, las creencias de la comunidad y al mismo tiempo el conocimiento científico. Esto implica la adecuación de los programas de promoción y prevención, para que sean aceptados y tengan impacto en la comunidad para la cual fueron creados.

## **12. CONCLUSIONES**

El sistema de vigilancia epidemiológico en mortalidad materna y perinatal, presenta falencias, las fichas para estudio de muerte materna y perinatal, no cuentan con todas las variables, para realizar un análisis completo, principalmente en la parte cualitativa. El personal que realiza los estudios de campo, no está sensibilizado ni tiene la habilidad muchas veces, para lograr un acercamiento con la familia, que permita recolectar de mejor forma las variables cualitativas. El no tener una buena información, ha hecho que los análisis sean poco profundos y no permiten diseñar buenas estrategias para intervenir la problemática, de forma tal que genere impacto.

Según el informe de mortalidad materna realizado por el Departamento Nacional de planeación y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en 1999, se ha establecido que el grupo en el cual ocurre la mayoría de las muertes es en edades de mayor fecundidad, 18 a 35 años, lo cual coincide con los datos analizados en el presente estudio.

Sin embargo el 18.82% de las muertes ocurre en los grupos de edad en riesgo (mayor de 35 años) para muerte materna lo cual refleja que se siguen presentando problemas para el acceso a los programas de planificación familiar con el objetivo de disminuir embarazos no deseados.

Con respecto a los factores determinantes, el mayor número de muertes (81.82%) sigue presentándose en maternas con niveles de escolaridad bajos. A este respecto, en el estudio sobre mortalidad materna en Colombia realizado por el Dane y el FNUAP en 1999 encontraron que la tasa de mortalidad en mujeres de 5 años o menos de educación era de 150 por 100.000 nacidos vivos y en mujeres con 8 o más años de escolaridad de 68 por 100.000 nacidos vivos, es decir que quienes tienen más baja escolaridad tienen dos veces más riesgo de morir por complicaciones relacionadas con su maternidad que las que tienen niveles más altos de escolaridad.

Por otro lado podría indicarse que las mujeres en embarazo que realizan algún tipo de trabajo tendrían más riesgo de morir que las que no lo hacen, sin embargo, más del 80% de las fichas analizadas corresponden a mujeres que se dedican al hogar.

De igual forma, dentro de los factores de riesgo se ha informado que las madres que viven solas tienen mayor probabilidad de morir, sin embargo, los datos refieren que aproximadamente 92% convivían con compañero.

Si bien estos factores determinantes de las muertes maternas parecen no tener una relación directa con la ocurrencia de éstas, contrasta con el análisis de la realización de controles prenatales: solo el 45.45% refiere haberse los realizado, el número promedio no pasa de tres, lo cual contradice lo estipulado por la guía de atención prenatal de la resolución 00412 de 2000, en la cual se indica que debe realizarse un control mensual en los casos en que no se clasifica como embarazo de riesgo. Si se compara el número de mujeres en estas fichas (9%) que se realizaron 4 o más controles con el encontrado en la encuesta de Profamilia en el 2000 (81%) se puede decir que las mujeres tuvieron 90% menos probabilidades de realizarse 4 o más controles.

Por otro lado, el personal que realiza los controles prenatales son profesionales de la salud ya sea médico o enfermera(18.18%), si se compara con el porcentaje de atención prenatal encontrada en la encuesta de Profamilia (91%), se puede decir que las mujeres muertas tuvieron menos de probabilidad de ser atendidas durante su embarazo por un médico, esto podría indicar que existen algunas fallas en el proceso de atención, que ponen en riesgo la vida no sólo de la madre sino de la del recién nacido.

Dentro del grupo de mujeres que si realizaron controles, existen una materna la cual llegó a nueve pero aún así muere, valdría la pena preguntarse si la calidad de la atención prenatal es la adecuada, si en realidad se está clasificando el embarazo como riesgoso o no y si con base en esto se esta aplicando las medidas necesarias para evitar la muerte materna. Esto debido a que parece no haber una evaluación adecuada del riesgo de la materna, pues, por ejemplo, el número de controles prenatales no aumenta cuando existen antecedentes obstétricos como muertes perinatales, alto número de hijos o nacidos muertos.

A pesar de que el 9.09% de las muertes ocurre en mujeres añosas y que la fertilidad en este grupo es menor, sería importante focalizar en ellas acciones y actividades de promoción y prevención con el fin de disminuir la carga de muerte por esta causa, y que muy seguramente impactaría el número de muertes perinatales en este grupo de edad.

Dentro de las causas obstétricas directas de muerte materna, se encuentra los trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio, los cuales deberían ser identificados y tratados adecuadamente en los controles prenatales.

Si bien las muertes que ocurren como complicaciones del trabajo del parto y puerperio no pueden evitarse en sitios donde no hay recurso suficientes para

su atención, vale la pena evaluar cuál es la capacidad de identificación de estas complicaciones y su remisión oportuna a un nivel de atención mayor bajo las condiciones del actual sistema de seguridad social en salud.

La información de las fichas analizadas permitió identificar problemas de tipo logístico, accesibilidad geográfica, deficiencia de personal calificado, factores económicos, factores culturales, los cuales se debe entrar a intervenir desde la concepción de la comunidad.

La mortalidad materna tiene un porcentaje de evitabilidad entre 90% y 95% con los conocimientos y tecnología disponibles en la actualidad. A través de este análisis se podría sugerir que, a pesar de la implementación de las guías, de atención integral y las normas técnicas para la atención del embarazo, parto y puerperio, de los esfuerzos regionales para fortalecer los programas de promoción y prevención en lo referente a la planificación familiar y prevención del embarazo no deseado, aun existe un alto índice de mortalidad materna de mujeres en edad fértil.

Con relación a muerte perinatal, la información de estas fichas es incompleta, incorrecta o incongruente. A pesar de esto se pudo lograr información que permite algunas aproximaciones al comportamiento de la muerte perinatal en el municipio e Páez.

La edad materna para mortalidad perinatal se pudo establecer que el 19.15% ocurrió en madres adolescentes (menores de 20 años), lo cual representa casi una quinta parte del total de muertes analizadas, por tanto es necesario seguir fortaleciendo las actividades de promoción de la planificación familiar y control del embarazo en el grupo de adolescentes.

La ocurrencia de muertes perinatales se ve influenciada por factores

socioeconómicos y factores demográficos, pero es relevante la calidad de la atención, infortunadamente a través de las fichas es imposible identificar la calidad de la atención en los controles prenatales y, por tanto, queda este aspecto sin análisis a profundidad.

La problemática de mortalidad materna y perinatal, definitivamente obedece a una gran gama de causales, que no las puede manejar un solo sector y que además de ello se requiere de la participación de la población afectada.

Este trabajo, es el inicio de un proceso que tiene como propósito el mejoramiento continuo de la atención de la mujer gestante del municipio de Páez, pero estos esfuerzos y acciones a desarrollar pueden lograr mayores avances e impacto si hay participación de la misma comunidad, si hay apoyo decidido de las distintas instancias gubernamentales de nivel local y si las acciones que desarrollan las distintas instituciones departamentales y nacionales y agencias internacionales logren darse bajo una coordinación concertada.

La presente investigación, arroja también un diagnóstico epidemiológico de la mortalidad materna y perinatal, el cual es necesario difundir a todos los sectores que laboran en el municipio, es hora de aplicar “INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN”

### **13. RECOMENDACIONES**

Los aspectos culturales, resultaron ser factores influyentes para la poca aceptación de los programas de atención en control prenatal y parto institucional, en el grupo de mujeres y familias afectadas por la mortalidad materna y perinatal, es necesario profundizar mas sobre este aspecto, con el propósito de brindar una atención adecuada, que llene las expectativas del grupo familiar al cual van dirigidas y que genere resultados positivos.

Es necesario implementar estrategias que permitan indagar sobre la calidad de los controles prenatales ya que a través de las fichas analizadas solo se hizo una aproximación para poder realizar un análisis cualitativo de las barreras culturales que impiden el acceso a los servicios institucionales del control prenatal y atención del parto. Valdría la pena indagar sobre el procedimiento mismo; la capacitación del personal médico toda vez que, según los resultados, es el personal que más los realiza, la infraestructura de las organismos de salud que prestan este servicio, la identificación de factores de riesgo durante el control, la remisión de las maternas a niveles de mayor complejidad cuando así sea requerido, haciendo énfasis en conciliar el rechazo de la materna a tener contacto con hospitales y menos que deban salir a Popayán.

La captación temprana de la gestante mediante labores educativas y sensibilización a las familias y las comunidades para que se perciba e interiorice la necesidad e importancia de acudir al control médico y hacerlo tempranamente, es una medida fácil y no costoso que se hace necesaria como una estrategia para la disminución de los indicadores de mortalidad materna y perinatal en el municipio, partiendo del respeto por sus creencias y costumbres.

El trabajo en el área de salud es amplio y no se puede enmarcar en una serie de normas rígidas, siempre debe haber una concertación con la población beneficiaria de estos servicios, en la medida que esto se tenga claro, la planeación y ejecución de las acciones será eficiente y efectiva.

Es importante contar con el recurso humano valioso con el que cuenta el municipio en relación agentes propios de salud en la comunidad indígena. Es necesario continuar capacitando y evaluando periódicamente a las parteras tradicionales ya que en muchas regiones del municipio, se constituyen en el único recurso para la atención del parto.

La riqueza cultural de una comunidad no se debe desconocer y menospreciar, son conocimientos adquiridos a través de los siglos e irrespetarlos es abrir un abismo entre la comunidad y el personal de salud.

El personal de salud, debe tener una visión amplia y flexible e integral del medio en el que se desenvuelve, debe ser capaz de manejar los problemas de salud de una comunidad, incorporando o fomentando las cosas positivas que en ella se tengan para el mantenimiento de la salud, negociando o conciliando los aspectos negativos. Se debe conseguir un equilibrio, esto no es fácil, para lograrlo se debe comenzar por conocer a fondo las costumbres y raíces de la



comunidad.

A través del estudio se ha mencionado el trabajo interinstitucional para lograr disminuir las altas de mortalidad materna y perinatal del municipio de Páez. Pero es necesario que a nivel de cada institución y de acuerdo a su competencia dentro de la disminución de estas tasas se , se tracen algunos retos como:

1. Mejorar la calidad de la información.

- Mejorar la calidad de los datos desde su captación, procesamiento, análisis y flujo a los niveles de intervención.

2. Incrementar el acceso de los servicios de salud.

- Aumentar la vinculación de las mujeres al sistema general de seguridad social especialmente las que se encuentran en pobreza y miseria y las mujeres cabez de familia.
- Aumentar la cobertura de captación temprana de la gestantes, control prenatal, atención del parto y puerperio a nivel institucional y del parto domiciliario atendido por personal calificado.
- Aumentar la información , educación, consejería y oferta anticonceptiva efectiva a hombres y mujeres en edad reproductiva.

3. Mejorar la calidad de la atención.

- Aumentar la calidad y humanización de los servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en las poblaciones de mayor riesgo como son las adolescentes y las mujeres mayores de 35 años.
- Mejorar la capacidad resolutive de las IPS, mediante la capacitación del recurso humano, la dotación con equipos y suministros adecuados para todos los niveles de atención.
- Evaluar la aplicabilidad de las guías de atención integral materna y perinatal que sirven de orientación a los equipos de las IPS, para la

promoción y fomento de la salud y control de los riesgos y problemas asociados al evento reproductivo.

- Seguimiento en forma periódica de las condiciones de eficiencia de los servicios ambulatorios y hospitalarios en el área de salud reproductiva, por medio de la aplicación de instrumentos de autoevaluación de la infraestructura, procesos y resultados y diseñar las intervenciones apropiadas para resolver los puntos críticos encontrados.
- Fortalecer los comites de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en todos los niveles e instituciones que atienden el proceso reproductivo, de tal manera que permitan conocer la magnitud, características y factores de riesgo asociados a la mortalidad materna y perinatal y diseñar las formas más apropiadas de reducirlas y lograr una maternidad segura.

4. Diseñar un modelo de atención en salud, basado en las necesidades y sentir de una comunidad, sin perder la racionalidad científica?. Un modelo que logre un punto de equilibrio, donde se respeten las costumbres, las creencias de la comunidad y al mismo tiempo el conocimiento científico. Esto implica la adecuación de los programas de promoción y prevención, para que sean aceptados y tengan impacto en la comunidad para la cual fueron creados.

## 14. BIBLIOGRAFIA

ELSY BONILLA CASTRO, Penélope Rodríguez Sehk, Más allá del dilema de los métodos

FNUAP, Mortalidad materna en Colombia. Evolución y estado actual 2001.

MONSALVE LUZ ELENA, La promoción y fomento de la salud integral de la mujer en el marco de la seguridad social en Colombia. Ponencia presentada en el XX Congreso Colombiano de Obstetricia y ginecología, Medellín, marzo 5-9 de 1996.

RODRÍGUEZ QUINTERO C, BERGONZOLI G, SALAZAR A, Mortalidad materna y mortalidad evitable en Cali Colombia, citado por OMS.

White, Leslie A. La Ciencia de la Cultura.

MINISTERIO DE SALUD, "Mortalidad materna en Colombia, 1996.

MINISTERIO DE SALUD, "Aplicación de un Modelo biopsicosocial", 1997.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, "Mortalidad materna en Colombia, Evolución y estado actual, 2001.

BEHRMAN RICHARD E, MD. TRATADO DE PEDIATRIA 14ª Edición.

DIRECCIÓN DPTAL DE SALUD DEL CAUCA, Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal. 1997.2001

O.P.S. Epidemiología de la desigualdad. 1992.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Mortalidad materna en Colombia, evolución y estado actual 2001.

MONSALVE, LUZ ELENA La promoción y fomento de la salud integral de la mujer en el marco de la seguridad social en Colombia. Ponencia presentada en el XX congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología. Medellín, Marzo 5-9 de 1996.

OPS/OMS Programa de salud materno infantil. Elementos básicos para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna. Fascículos I,II Washigton DC 1986.

OPS/OMS La salud de la mujer en las Américas. Publicación científica No, 488, Washington, 1988.

Gil C.E y Cataño L.O (1992) Mortalidad materna y factores de riesgo. Estudio de casos y controles Area Metropolitana de Medellín, Pag 15.

REPUBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de salud, Programa Materno infantil Hechos y Proyecciones 1997, p 49.

RODRIGUEZ J, QUINTERO C, BERGONZOLI G, SALAZAR A: Mortalidad materna y mortalidad evitable en Cali Colombia. Citado por OMS.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Clasificación internacional de enfermedades, novena revisión, ajustada y complementada 1999.

ALBERTI, PILAR, 1995, "Mujeres indígenas en organizaciones campesinas", en: Raquel Barcelo, Maria Ana Portal y Maria Judith Sánchez, coords., Diversidad étnica y conflicto en América latina: Organizaciones indígenas y políticas estatales, Plaza y Váldes- Universidad Nacional autónoma de México.

Anexo

1

Aenxo 1.2

Anexo1.3

## Anexo 1.4



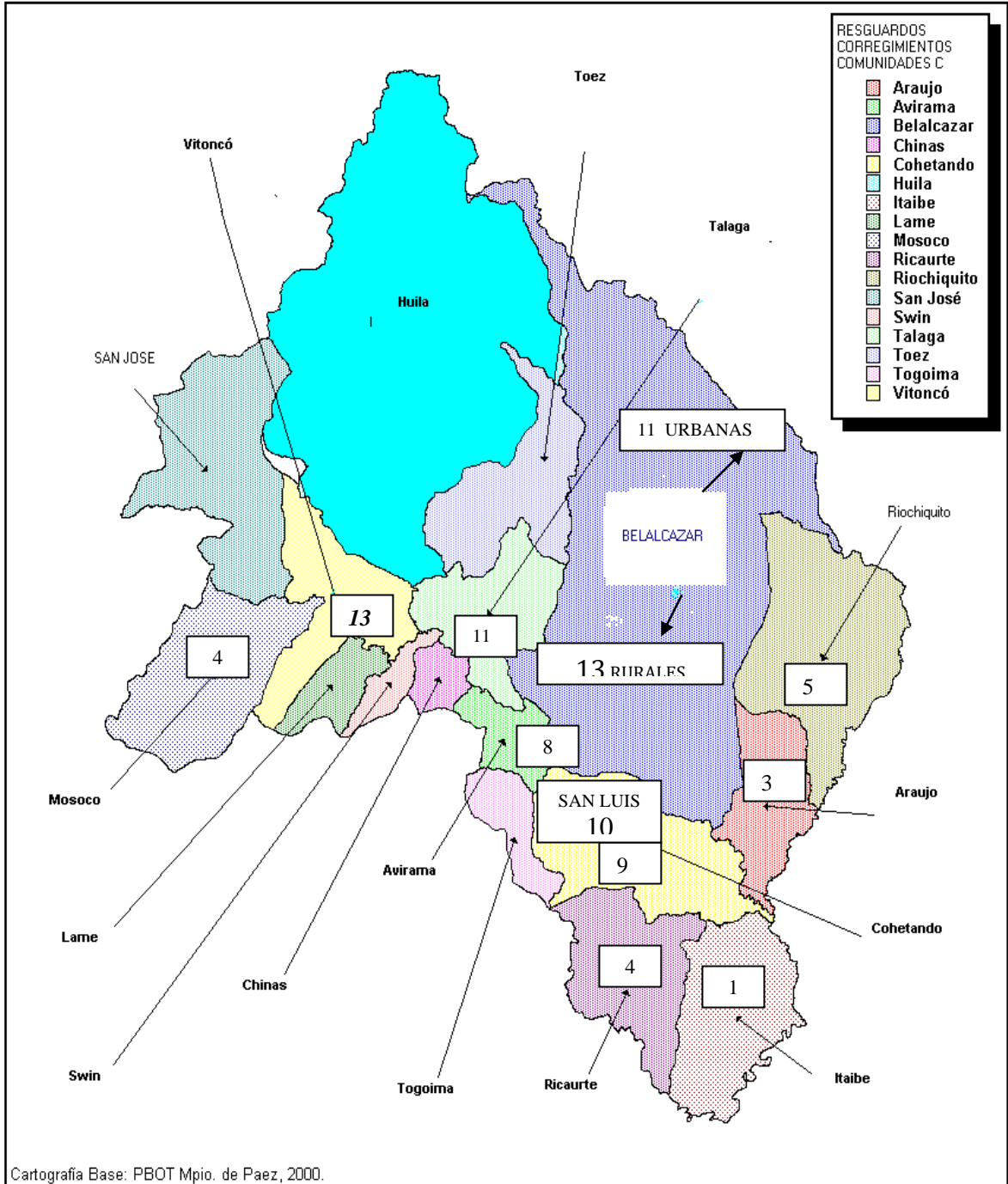
## Anexo 1.5

Anexo 1.6



## ANEXO 4

Mapa 2. Ubicación de las muertes perinatales en el municipio de Páez. 1998- 2002



## ANEXO 5

Mapa 2. Ubicación de las muertes maternas en el municipio de Pàez. 1998- 2002

