

Causas y razón de mortalidad materna en gestantes de 15 a 49 años en Bogotá comparada con La Guajira, 2019.

Briceño Arias S^{1*}, Bocanegra Moreno MC².

¹Médico y cirujano general, Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Semillero de Salud Pública. Bogotá, Colombia.

²Médico y cirujano general, Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Introducción: En Colombia las cifras de mortalidad materna siguen siendo alarmantes, es por esto que es necesario conocer causas, estadísticas, determinantes sociales en salud asociados a este fenómeno.

Objetivo: Enumerar las causas e identificar la razón de mortalidad materna en gestantes entre las edades de 15 y 49 años comparando los departamentos de La Guajira y en la ciudad de Bogotá en el 2019.

Metodología: Estudio observacional descriptivo de tipo ecológico. Incluyendo población gestante entre los 15 y 49 años con cualquier edad gestacional, de los departamentos estudiados; Se analizó información de fuentes estadísticas nacionales como el Departamento Nacional de Estadística (DANE) tabuladas en Excel 2.0, y bases de datos nacionales con publicaciones médicas y científicas. Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada de la capacidad asistencial ginecobstetrica de los departamentos estudiados.

Resultados: En el 2019 se evidencio que Bogotá presentó una RMM de 48,19 defunciones y La Guajira 189,74 por cada 100.000 NV, con tendencia a la disminución. Identificando 514 muertes maternas en donde prevaleció la hemorragia obstétrica con 18,5% y los trastornos hipertensivos asociados al embarazo con 18,1%. Respecto a la capacidad asistencial ginecobstetrica, los datos de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud fueron determinantes causales. El 82,9% de los afiliados en La Guajira corresponden al régimen subsidiado, mientras que en Bogotá el 82,8% son contribuyentes. Dentro de los determinantes sociales en salud de La Guajira se identificaron como causales la pobreza, etnicidad, condiciones socioeconómicas, entre otras; comparadas con Bogotá que presenta un menor índice de riesgo.

Conclusión: La RMM en Bogotá es menor que en el departamento de La Guajira. Ambos comparten las principales causas como hemorragias obstétricas y trastornos hipertensivos asociados al embarazo. Se presenta un mayor índice de afiliación en La Guajira al SISBEN 1; comparado a Bogotá con mayor cantidad de personas afiliadas al régimen contributivo. Respecto a los determinantes sociales en salud hay mayor riesgo de mortalidad materna en las gestantes de La Guajira.

Palabras clave: Embarazo, Mortalidad Materna, Complicaciones del embarazo, Obstetricia, Ginecología.

ABSTRACT

Causes and prevalence of maternal mortality in pregnant women ages 15 to 49 years old in Bogotá compared with La Guajira, 2019.

Introduction: In Colombia, the maternal mortality figures are still alarming, which is why it is necessary to know causes, statistics, and social determinants in health associated with this phenomenon.

Objective: List the causes and identify the ratio of maternal mortality in pregnant women between the ages of 15 and 49, comparing the departments of La Guajira and the city of Bogotá in 2019.

Methodology: Ecological descriptive observational study. Including pregnant population between 15 and 49 years with any gestational age, from the departments studied; Information from national statistical sources such as the National Statistics Department (DANE) tabulated in Excel 2.0, and national databases with medical and scientific publications were analyzed. A systematized bibliographic review of the gynecobstetric care capacity of the departments studied was carried out.

Results: In 2019 it was evidenced that Bogotá had an MT of 48,19 deaths and La Guajira 189,74 per 100.000 NV, with a decreasing trend. Identifying 514 maternal deaths where obstetric hemorrhage prevailed with 18.5% and hypertensive disorders associated with pregnancy with 18.1%. Regarding the gynecological and obstetric care capacity, the data of affiliation to the Social Security System in Health were determining causes. 82.9% of the affiliates in La Guajira correspond to the subsidized regime, while in Bogotá 82.8% are taxpayers. Among the social determinants of health in La Guajira, poverty, ethnicity, socioeconomic conditions, among others, were identified as causes; compared to Bogotá, which has a lower risk index.

Conclusion: The MMR in Bogotá is lower than in the department of La Guajira. Both share the main causes such as obstetric hemorrhages and hypertensive disorders associated with pregnancy. There is a higher affiliation index in La Guajira to SISBEN 1; compared to Bogotá with a greater number of people affiliated to the contributory regime. Regarding the social determinants of health, there is a greater risk of maternal mortality in pregnant women in La Guajira.

Keywords: Pregnancy, Maternal Mortality, Pregnancy Complications, Obstetrics, Gynecology.

Autor de correspondencia:

Briceño Sebastián
sebastian-briceno@juanncorpas.edu.co

Como citar: Briceño Arias S, Bocanegra Moreno MC. Causas y razón de mortalidad materna en gestantes de 15 a 49 años en Bogotá comparada con La Guajira, 2019. Rev Cuarzo. 2022;28(1):8-20.

Recibido: 15 de agosto del 2021

Aceptado: 18 de febrero del 2022

Publicado: 30 de junio del 2022

Doi: <https://doi.org/10.26752/cuarzo.v28.n1.590>



License creative
Commons

I. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna no resulta ser un evento aislado, ni algo que se limite a épocas anteriores, es un evento vigente y preocupante a nivel mundial, lo es tanto que fue incluido como uno de los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la salud “Para el 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”(1) cifra que a grandes rasgos no cobra significado si no es comparada “con las 830 mujeres que mueren diariamente en el mundo, de las cuales 21 fallecen en América del sur, en su mayoría por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto”(2).

La OMS define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer mientras está embarazada dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo"(3) esta definición nos saca de la premisa de que la mortalidad materna se limita exclusivamente a la muerte durante el parto, y abre el panorama a establecer que las mujeres fallecen por causas prevenibles como hemorragias obstétricas, trastornos hipertensivos, capacidad asistencial y pertenecer o no a regímenes subsidiados.

Lo anterior se ratifica con las cifras dadas por la OPS con respecto a la situación de América del Sur, “el 75 por ciento de las muertes maternas en la región son causadas por hemorragias graves e infecciones, especialmente después del parto, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia”(2), lo cual nos lleva a plantearnos cuáles son las causas que llevan a que en el continente tengamos cifras tan alarmantes, qué medidas se están tomando para reducir estas cifras, ya que está demostrado que el 99% de las defunciones maternas prevenibles ocurren en países de ingresos bajos y medianos y esta cifra es aún mayor si entramos a comparar segmentos vulnerables de la sociedad.

Colombia es uno de los países que engrosa la lista con casos de mortalidad materna según las cifras del Boletín epidemiológico del Instituto Nacional de Salud (INS) en el 2019, Colombia tenía una razón nacional preliminar de mortalidad materna a la semana epidemiológica 52 de 46,73 muertes por cada 100000 nacidos vivos (4). Lo cual indica que las medidas que se han implementado no han sido provechosas debido a que aumentaron las cifras comparadas con el año anterior 2018 encontrando que a la semana epidemiológica 52 de 2018 “la razón de mortalidad materna nacional preliminar era de 42,8 casos por 100.000 nacidos vivos”(5), mostrando otro panorama que deja ver que hay regiones del país y comunidades que bien no han sido parte de las estrategias del gobierno en cuanto a Salud materna o tienen otros factores de riesgo y determinantes de la salud que hacen más susceptible a la población gestante de fallecer.

Es por esto que este estudio de investigación se ha orientado en identificar las causas que inciden en la mortalidad materna en Colombia, pero enfocados en establecer que las razones de mortalidad están relacionadas con la edad, para esto se estableció la población en las gestantes entre las edades de 15 a 49 años, a su vez se delimita el proyecto comparando la ciudad de Bogotá DC con el departamento de La Guajira en el periodo de 2019, esto basados en que los determinantes sociales en salud juegan un papel importante en el bienestar de la madre durante la gestación y después de ella.

Son muchas las causas de que las mujeres no reciban la asistencia que necesitan antes, durante y después del parto como pertenecer a regímenes subsidiados. En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles y si los hay, que la atención no sea buena. En otros casos la mujer no tiene acceso a centros sanitarios o no puede movilizarse hasta ellos, la educación, la cultura y el nivel socio económico de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita, por esto para mejorar la salud materna hay que identificar y resolver a nivel comunitario las deficiencias tanto en aspectos de calidad, como de capacidad de los sistemas de salud y los obstáculos que las embarazadas tienen que sortear para acceder a la atención oportunamente. Pero para poder llegar a este fin y lograr reducir las cifras de mortalidad materna, es fundamental reconocer cuales son las fallas y cuál es la situación actual que vive Colombia, tomando como base las cifras de mortalidad materna en territorios en extremo diferentes.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio. Este estudio es de tipo observacional descriptivo de tipo ecológico.

Población objetivo. Para esta investigación se incluye la población general de mujeres entre los 15 y 49 años que residan en la ciudad de Bogotá y en el departamento de la Guajira.

Criterios de selección: Se incluye población de género femenino, con una condición de gestantes sin importar la semana de gestación y en postparto hasta los 42 días; cumplir una edad entre los 15 y 49 años; residir exclusivamente en las ciudades de Bogotá y en el departamento de La Guajira. Se excluye de este estudio a toda la población que no cumpla con los criterios anteriores.

Variables resultado: Determinantes en salud, capacidad asistencial ginecoobstetrica, características sociodemográficas.

Variables secundarias: El procesamiento de la información exigió la construcción de base de datos en hojas electrónicas (Excel 2020) que posteriormente fueron tratadas a

través del lenguaje de programación R versión Desktop 1.4.1717 para Windows. Los datos se analizarán de forma univariada y bivariada.

Plan de recolección de datos: Primero se planteó la pregunta de investigación centrada en la problemática de salud pública respecto a la mortalidad materna, siendo ¿Cuáles son las causas que inciden en la mortalidad materna en las gestantes entre las edades de 15 a 49 años en la ciudad de Bogotá comparada con el departamento de La Guajira en el periodo de 2019? Siguiendo a esto, se realizó una búsqueda bibliográfica sistematizada en el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y en el Instituto Nacional de Salud (INS) para estimar la tasa de mortalidad materna general en la ciudad de Bogotá y en el departamento de La Guajira, por medio de los cuadros estadísticos de “defunciones maternas, por grupos de edad, según departamentos de residencia y grupos de causas de defunción (lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS, (año 2019)” y el “Boletín Epidemiológico Semanal, de la Semana epidemiológica 52 (22 al 28 de diciembre de 2019)”. Así mismo se aplicaron los criterios de selección del proyecto los cuales fueron basados en ser población en condición de gestantes, cumpliendo una edad entre los 15 y 49 años, residiendo exclusivamente en las ciudades de Bogotá y en el departamento de La Guajira. Se excluyó toda población que no estuvieran en condición de gestante; así como las gestantes que no cumplan con la edad requerida que es de los 15 y los 49 años; además de que no fueran residentes de las dos localizaciones en las cuales se centrará el trabajo las cuales son: ciudad de Bogotá y departamento de La Guajira.

Sumado a esto, es importante aclarar que no fueron tomados como criterios de selección ninguno de los siguientes: estrato socioeconómico, ingresos mensuales, actividad laboral desempeñada y nivel educativo. Tampoco se tuvo en cuenta la afiliación a una entidad prestadora de salud o Sisbén, paridad de la paciente, antecedentes de aborto, cesáreas o embarazos ectópico previos, de igual manera se excluyen pacientes con alguna comorbilidad diagnosticada antes o durante la gestación.

Luego de obtener la información de las cifras de mortalidad materna en las bases estadísticas de estas dos fuentes de búsqueda, se realizó una búsqueda sistemática por medio de los términos DeSC de Embarazo, Mortalidad Materna, Complicaciones del embarazo, Obstetricia y Ginecología en diferentes bases de datos; que posteriormente arrojó textos, artículos y estadísticas como en la base de la Secretaría de Salud con el artículo “Mortalidad Materna”; Scielo con los artículos “Mortalidad Materna: Análisis médico forense” y “Mortalidad materna: una tragedia evitable”; además de tener un soporte del Instituto Nacional de Salud a través de Sivigila, mediante el “Boletín Epidemiológico Semanal, de la Semana epidemiológica 52 (22 al 28 de diciembre de 2019)” para evaluar el año de estudio. En donde los artículos elegidos cumplieron criterios de filtración con una fecha de publicación que no sobrepasó los 5 años, y se continuó con el análisis acerca

de las principales complicaciones responsables de la mortalidad materna para dar un contexto más específico a las cifras de mortalidad materna y sus principales causas.

Después se abordó mediante búsqueda automatizada en Pubmed donde se encontró el artículo “Low rural health insurance take-up in a universal coverage system: perceptions of health insurance among the uninsured in La Guajira” donde se describen aspectos fundamentales de la cobertura en salud de La Guajira, además en bases de datos del Ministerio de salud de Colombia como el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y Análisis en Situación en Salud (ASIS) de las dos regiones, recolectando datos materiales institucionales físicos, concernientes a la capacidad asistencial ginecoobstétrica de la ciudad de Bogotá y del departamento de La Guajira en sus zonas urbanas y rurales tomando en cuenta las características asistenciales ginecoobstétricas como la Cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), capacidades físicas institucionales y de talento humano para realizar una comparación más profunda y conocer la importancia del rol de la asistencia ginecoobstetrica en toda su expresión, en estas dos poblaciones y como esta influye en las cifras de mortalidad.

Posteriormente, se estableció la diferencia de los determinantes sociales en salud de las gestantes del departamento de La Guajira comparada con los de Bogotá, para determinar cuál población tiene un mayor índice de riesgo de mortalidad, en asociación a los factores sociales de cada población, ya que poco más de la mitad de los habitantes del departamento de La Guajira, son población indígena. Por lo anterior, se abordaron los determinantes sociales en salud de las mujeres gestantes de estas tribus.

Se realizó una búsqueda en la base de datos ClinicalKey, la cual arrojó un artículo llamado “Mortalidad materna en la gestante Wayúu de Uribí, Guajira”, el cual menciona tres determinantes sociales en salud: pobreza, etnicidad y ruralidad. También en la misma base de datos, se recolectaron reseñas del artículo “Barreras de acceso a las indígenas Wuayúu para acceder a controles prenatales antes de las doce semanas en el Hospital del Perpetuo Socorro de Uribí, La Guajira”, el cual comenta que el nivel de escolaridad, la condición socioeconómica y la lejanía a los servicios de salud, son determinantes en salud que influyen en la capacidad de la gestante para acceder a controles prenatales.

La población indígena es la más baja posición social de La Guajira, las jerarquías sociales con diferencias en el acceso a recursos y poder de decisión, la posición subordinada de la mujer indígena limita sus decisiones; en conclusión, la etnia, el género y la jerarquía social, son determinantes sociales en salud, que limitan a las mujeres gestantes de La Guajira, según la guía “Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayúu” de la Organización Mundial de la Salud. Para esta búsqueda, se utilizaron artículos y guías, que no

sobrepasan los cinco años de publicación, asegurando que la información sea reciente y actualizada.

Plan de análisis de datos: Al realizar la recolección de todos los datos necesarios para estimar la tasa de mortalidad materna general del estudio a través de todas las fuentes nombradas anteriormente, se discriminó la información basadas en los criterios de inclusión, exclusión y la población de estudio. Posteriormente se unificó la información en un formato Excel 2.0 realizando una medición de la tasa de mortalidad materna en la ciudad de Bogotá y en el departamento de La Guajira el año 2019, además de eso brindando un contexto de los últimos 5 años de estadística, presentado en tablas y en gráficas de tasas de mortalidad en porcentaje llegando a una descripción detallada de la situación asociada a la mortalidad materna. Luego de manera independiente se realizó la organización y análisis de los casos de mortalidad materna tanto en la ciudad de Bogotá como en el departamento de La Guajira en el año 2019.

Ya analizadas las cifras, se dio paso a determinar las principales complicaciones responsables de la mortalidad materna brindando la información general más importante acerca del concepto de mortalidad materna, seguido de una caracterización epidemiológica en el continente donde se encuentra nuestro país y poblaciones de estudio, seguido de la descripción general más importante de cada causa. Ya habiendo recopilado esta información se procedió a realizar un análisis del impacto reflejado en las cifras que inciden en la mortalidad materna, así como, su prevalencia en la ciudad de Bogotá y en La Guajira.

En este estudio fue de vital importancia el rol que desempeñan las entidades de salud en el control y acompañamiento de las gestantes, por lo anterior se realizó una búsqueda tanto del acceso de la población gestante a entidades de salud que le brinden soporte asistencial, como de la capacidad de las mismas entidades de atender complicaciones y llevar a cabo controles prenatales, basados en su nivel, identificando así la capacidad asistencial ginecoobstétrica. Ya recopilados los datos de cobertura, capacidad regional en cuanto a material físico, logístico y talento humano para la atención de mujeres con complicaciones ginecoobstétricas en la ciudad de Bogotá y La Guajira, se analizaron los datos de acuerdo a una caracterización de la cobertura de las zonas de Bogotá y La Guajira teniendo en cuenta las diferencias en los perfiles de cobertura, además se describieron los diferentes espacios institucionales vinculados con la atención ginecoobstétrica institucional junto a las relaciones logísticas que conlleva cada lugar de acuerdo con su ámbito rural.

Ya realizada la búsqueda y recolección de los datos sobre determinantes sociales en salud que influyen en los factores de riesgo de complicaciones en el embarazo, parto y postparto, de madres gestantes del departamento de La Guajira y la ciudad de Bogotá, se analizó dicha información y se establecieron los principales determinantes sociales en salud que influyen en las

complicaciones de la gestación y posteriormente, se organizaron y se compararon los datos de las dos zonas teniendo en cuenta la población en estudio; el perfil de la gestante; la zona geográfica donde reside, sea rural o urbana; el nivel educativo; los ingresos económicos; los factores culturales; la afiliación a un sistema de salud; el acceso a los servicios públicos; la etnicidad y las creencias religiosas para establecer la relación de los determinantes sociales en salud con la mortalidad materna.

Finalmente a través de esta recopilación y unificación de datos se realizó un análisis no sólo estadístico a través del formato Excel de cómo estos factores inciden en la mortalidad materna, sino un análisis para establecer y reafirmar la importancia de las entidades de salud y de la identificación temprana de factores de riesgo y enfermedades asociadas en la razón de mortalidad materna que se presenta actualmente mediante la capacidad asistencial ginecoobstétrica, esto a través de la comparación de las cifras obtenidas de las dos ciudades en estudio, que no solo evidencia discrepancias en cuanto al número de casos reportados de mortalidad materna, sino que denotan que los determinantes en salud, en estas dos poblaciones tienen un rol muy importante en dichas cifras.

Consideraciones éticas: Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos con animales ni personas; además se han seguido los protocolos de publicación de datos de forma segura cumpliendo con los principios de privacidad. No se emplearon consentimientos informados debido a que no se trató información personal específica de alguna persona.

III. RESULTADOS

A. Razón de Mortalidad Materna.

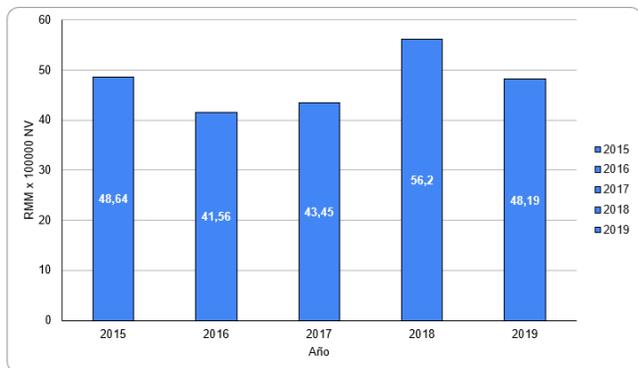
En la Tabla y Figura 1, se muestra la razón de mortalidad materna en Bogotá abarcando un periodo de tiempo entre los años 2015-2019 en el cual se observó que al año 2015 hubo 50 defunciones sobre 102.795 nacidos vivos con una RMM de 48,64; al año 2016 con 40 defunciones sobre 98.653 nacidos vivos, dando RMM de 40,55. Consecutivamente, en el año 2017, las defunciones se mantienen en 40 y el número de nacidos vivos disminuye a 92.054 con RMM de 43,45. Sin embargo, el 2018 tiene el pico más alto de defunciones con 49 muertes y el número de nacidos vivos de 87.191, con una RMM de 56,20 Por último, en el 2019 se registraron 41 defunciones maternas con una RMM de 48,19.

Tabla 1: Razón de Mortalidad Materna en función de Defunciones maternas sobre Nacidos vivos en Bogotá

Año	TDM ⁽¹⁾	NV ⁽²⁾	RMM ⁽³⁾
2015	50	102795	48,64
2016	40	98653	40,55
2017	40	92054	43,45
2018	49	87191	56,2
2019	41	85073	48,19

DANE.⁽¹⁾TDM: Total Defunciones Maternas. ⁽²⁾NV: Nacidos Vivos. ⁽³⁾RMM: Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos. Elaboración propia de autores

Figura 1: Razón de Mortalidad Materna de Bogotá (2015-2019).



Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos. Elaboración propia por autores.

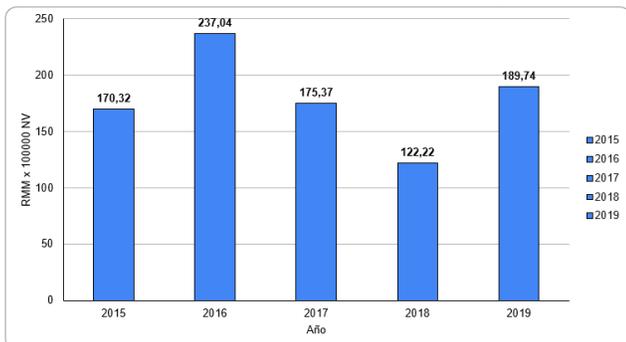
En la Tabla y Figura 2 se abarca la mortalidad materna en La Guajira, tomándose de igual forma datos entre los años 2015 a 2019. Se pudo observar que en 2015 las defunciones maternas fueron 26 sobre 15.265 nacidos vivos con una RMM de 170,32, lo que aumenta al siguiente año con 38 defunciones sobre 16.031 nacidos vivos, con una RMM de 237,04. Sin embargo, en el año 2017 se observa la disminución de defunciones a 31 aumentando los nacidos vivos a 17.677, con una RMM de 175,37. Asimismo, en el 2018 se evidencia su máxima disminución con 25 defunciones y 20.455 nacidos vivos; con una RMM de 122,22; resaltando que en el año 2019 se registra el número de muertes maternas, pues se registraron 42 defunciones y 22.136 nacidos vivos; con una RMM de 189,74.

Tabla 2: Razón de Mortalidad Materna Extrema en función de Defunciones maternas sobre Nacidos vivos en La Guajira.

Año	TDM ⁽¹⁾	NV ⁽²⁾	RMM ⁽³⁾
2015	26	15265	170,32
2016	38	16031	237,04
2017	31	17677	175,37
2018	25	20455	122,22
2019	42	22136	189,74

DANE. ⁽¹⁾TDM: Total Defunciones Maternas. ⁽²⁾NV: Nacidos Vivos. ⁽³⁾RMM: Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos. Elaboración propia por autores.

Figura 2: Razón de Mortalidad Materna en La Guajira (2015-2019)



Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos. Elaboración propia por autores

Siendo el 2019 el año de estudio, se revisaron estadísticas del DANE y del boletín epidemiológico 52 del 2020. Se encontró diversa información, entre esta, evidenciada en la Tabla y Figura 3 el total de las defunciones respecto al tipo de muerte siendo: temprana, tardía y coincidente, dando así un total de 514 muertes.

Tabla 3: Número de defunciones versus tiempo de gestación

Número de Defunciones	Tiempo de gestación
300 Tempranas	En el embarazo, parto y 42 días después de la gestación
157 Tardías	Después del día 43 hasta 1 Año
57 Coincidente	-

Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanas epidemiológicas 52, 2020. Elaboración propia por autores.

Figura 3: Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, 2018 a 2020

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2018	279	165	79	523
2019	300	157	57	514
2020	401	136	28	565

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018-2020.

Así mismo, en la Figura 4, se encontraron diferentes causas de la mortalidad, dividiéndolas en directas con un 50,3% e indirectas con 33,6%; siendo la principal causa la hemorragia obstétrica en 18,5%, seguida de los trastornos hipertensivos en 18,1%.

Figura 4: Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2019.

Razón /Causa agrupada	Casos	%
Directa	150	50,3
Hemorragia obstétrica	55	18,5
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	54	18,1
Sepsis relacionada con el embarazo	16	5,4
Otras causas directas	10	3,4
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	7	2,3
Evento tromboembólico como causa básica	6	2,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	0,7
Indirecta	100	33,6
Otras causas indirectas	38	12,8
Sepsis no obstétrica	34	11,4
Evento tromboembólico como causa básica	6	2,0
Otra causa indirecta: Cáncer	6	2,0
Otra causa indirecta: Tuberculosis	6	2,0
Otra causa indirecta: VIH-SIDA	5	1,7
Otra causa indirecta: Malaria	2	0,7
Otra causa indirecta: Dengue	2	0,7
Otra causa indirecta: Accidente ofídico	1	0,3
En estudio	48	16,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019.

Para el año 2019, en la figura 5 según el boletín epidemiológico 52, se observó un aumento en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en el departamento territorial de La Guajira y una considerable disminución en las cifras de mortalidad en la entidad territorial de la ciudad de Bogotá.

Figura 5: Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad temprana respecto al promedio 2014-2018, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2019

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
La Guajira	31	24	0,028
Bogotá	18	28	0,012
Córdoba	10	20	0,006

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014-2019.

B.Principales complicaciones responsables de la mortalidad materna.

Para establecer las complicaciones responsables de la mortalidad materna, se abordó de manera general el significado

de Mortalidad Materna acompañado de un pequeño resumen epidemiológico en la región de Latino América, en Colombia y en su capital respectivamente. Posteriormente se postulan las complicaciones responsables de la mortalidad materna y así mismo las cifras causales de mortalidad principales del año 2019.

Según Elu, M. Santos Pruneda, E. (2004), La Organización Mundial de la Salud en 1992, definió la mortalidad materna como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales" (6). Así mismo se excluyen de esta definición los suicidios y los homicidios en mujeres adolescentes cuyo causal, en muchos casos, es precisamente el embarazo y, por otro lado, no incluye los fallecimientos posteriores a los 42 días o *muertes maternas tardías*.

Todo este contexto refleja que la mortalidad materna maneja un intervalo de tiempo, desde el comienzo de su gestación hasta la culminación de los 42 días posteriores al parto, que en este caso se considera el periodo puerperal de la madre. Tampoco discrimina las condiciones en las que se llevan a cabo la práctica y manejo del parto o manejo de todo el proceso gestacional y puerperal. Pero rotundamente excluye los suicidios y homicidios por la condición de maternidad, reflejando que se estas causas no son tomadas como propias del proceso de gestación, parto y puerperio sino como causas externas generando duda a la población sobre porque el homicidio y suicidio de la mujer en el rol de gestante no están incluidos en esta definición y más en países como Colombia, donde predomina el feminicidio incluyendo a gestantes y demás condiciones de la mujer.

Respecto al resumen epidemiológico se puede notificar que, según el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría de Salud de Bogotá, la OMS afirma que en "América latina, la razón de mortalidad materna promedio es de 270 por 100 mil nacidos vivos. En América latina y El Caribe el riesgo reproductivo o la probabilidad de que una mujer muera por causa materna durante su vida es equivalente a 1/79; en Colombia es de 1/289, lo que quiere decir que por cada 289 mujeres en gestación una tiene riesgo de morir" (7).

Así mismo, en el mismo protocolo se da por entendido que la principal causa de mortalidad materna en el mundo son las *hemorragias con un 24%, seguidas de causas indirectas con 20%, también se toman las infecciones representando un 15%, el aborto en sus condiciones de riesgo con un 13%, la eclampsia 12%, el parto obstruido 8% y otras causas diferentes con un 8%*. Ya en el país de estudio, Colombia, el subregistro estimado de las muertes maternas estimado es de 63%, calculado con base en dos componentes:

1. El subregistro general que se obtiene de las defunciones

en mujeres de 15 a 49 años.

2. La mala codificación debido a la ausencia del antecedente obstétrico en los certificados de defunción en este grupo etéreo.

Para la capital de Colombia, Bogotá, el componente por mala codificación se ha calculado en 1.141 y por subregistro general de las defunciones en 1.0526, que da paso a ajustar las defunciones y las razones en 1.2011, resultante de la combinación de ambos factores (7).

Así mismo se evidencia que Bogotá, en sus últimos diez años cuenta con una disminución de la mortalidad materna de 152.55 defunciones en 1990 a 68 defunciones por 100 mil nacidos vivos en 1999; dando como el principal causa de mortalidad materna en el mismo año los trastornos hipertensivos en un 40%, seguidos de causas indirectas representando el 16%, las complicaciones del trabajo de parto y parto en 13%, otras causas distintas a las expuestas en un 7%, las hemorragias, el aborto, las complicaciones relacionadas con el puerperio y las infecciones, cada una con un 6% de la representación de muertes.(7)

Respecto a las cifras exactas mostradas sobre la mortalidad materna en el departamento de La Guajira no se logran obtener de forma independiente de la mortalidad materna general del país, ya que la OMS y demás entidades hacen sus reportes generales detallados del País y su capital para dar un determinado registro general de la condición de Salud Pública que en este caso es la Mortalidad Materna, además de que por ser un Departamento popularmente olvidado en el país, no hay muchos estudios que nos brinden información detallada acerca de la situación de mortalidad materna.

De igual manera al final de este estudio será objeto dar un análisis de este Departamento (La Guajira) con sus índices de tasas de mortalidad al 2019 con sus principales causas o complicaciones responsables de la mortalidad y sus determinantes sociales de Salud, además de su capacidad de asistencia ginecoobstetrica.

Las clasificaciones de las principales complicaciones responsables de la mortalidad materna se clasifican de la siguiente manera:

- **Causas obstétricas directas:** Se describen como las causas producidas como consecuencia de las complicaciones del embarazo, proceso de parto o periodo puerperal, por tratamientos incorrectos, intervenciones incorrectas e inoportunas, omisiones o por la suma de varios de éstos.

De acuerdo con esto, la OMS brindó una clasificación llamada Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (1,8), en la cual se registra la clasificación de enfermedades en donde están incluidas en la tabla 4, las causas de mortalidad materna agrupándose de la siguiente manera:

**Tabla 4: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
Causas de mortalidad materna directas**

Código CIE-10	CMM ⁽¹⁾
O00-O08	Embarazo terminado en aborto.
O10-O16	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio.
O20-O29	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo.
O30-O48	Atención materna relacionada con el feto y con los posibles problemas del parto.
O60-O75	Complicaciones del trabajo de parto y del parto.
O80-O84	Parto.
O85-O92	Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio.
O97	Muerte por secuela de causas obstétricas directas que ocurre en un año o más después del parto.

⁽¹⁾CMM: Causas de Mortalidad Materna. Elaboración propia por autores

- **Causas obstétricas indirectas:** Son las generadas por consecuencia de enfermedades preexistentes o de enfermedades producidas en el curso de la gestación y que sin relacionarse con éste provocan el deceso de la vida al complicarse por el efecto fisiológico del proceso de gestación. De acuerdo con el CIE-10 y la tabla 5, se agrupan de la siguiente manera:

**Tabla 5: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
Causas de mortalidad materna indirectas**

Código CIE-10	CMM ⁽¹⁾
O98	Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio.
O99	Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

⁽¹⁾CMM: Causas de Mortalidad Materna. Elaboración propia por autores.

- **Causas no obstétricas:** Estas son las causas que sin estar emparejadas con el acto médico llegan a ser predictivas si una mujer permanece con vida o muere en el proceso de gestación o por complicaciones del parto o periodo puerperal.

Se comprenden dentro de éstas los problemas de tipo logístico, dificultad al acceso de transporte, falta de combustible para tal transporte, deficiencias o daños de equipos, medicamentos y hemoderivados, deficiencia de personal de la salud capacitado, descuido, negligencia; en donde también se presentan aspectos sociales relacionados, como el nivel educativo, mala nutrición, situación económica, y los aspectos culturales que ponen en riesgo a la gestante.

- **Causas accidentales e incidentales:** Son las causas en su naturaleza presentadas durante la gestación, proceso del parto o periodo puerperal, y que la condición de maternidad no es la causa principal, siendo determinante del deceso de la vida; incluyendo principalmente el homicidio y el suicidio.

Según el análisis presentado en el artículo de González Sáenz, M. Soto Cerdas, J, llamado “*Mortalidad Materna: Análisis médico forense*” se demostró una relación estrecha de la mortalidad materna con la edad de la gestante, aumentando el riesgo para aquellas menores de 18 años y mayores de 34 años. Además de que las muertes maternas también han sido

reportadas mayormente en las mujeres multíparas, embarazos múltiples producto de gemelos o trillizos respectivamente y en aquellas utilizaron fertilización in vitro por infertilidad.

Y se señaló que “La violencia domestica durante el embarazo no está solo asociada a la muerte materna y fetal, morbilidad severa, aborto, depresión, suicidio y abuso de drogas sino también a efectos a corto y largo plazo en el niño o la niña” (9).

Además de la clasificación de causas según el CIE-10, a continuación, se presentarán las causas principales de mortalidad materna, según la OMS (8).

1. Hemorragia Post Parto

Esta causa de mortalidad materna proporciona el mayor índice estimado en número de muertes y tiene como víctima en mayor porcentaje las mujeres que se desembarazan en países en vías de desarrollo.

En este caso la OMS (8), la define como una pérdida sanguínea mayor a 500 cc a través del tracto vaginal. Se piensa que la prevalencia de la hemorragia post parto pueda ser subestimada, de manera particular en los países en desarrollo, producto de que el cálculo visual de la pérdida sanguínea es inexacta visualmente proporcionando un problema para llegar a un diagnóstico certero y estudio de la misma.

La atonía uterina es presentada como el desencadenante más común de una hemorragia postparto. El uso de tratamientos como uterotónicos, compresión de vasos sanguíneos y detención de hemorragia ayudan a tratar la condición de hemorragia. Se estima que, en un periodo de 10 años, si los uterotónicos estuvieran disponibles para todas las mujeres después del parto, aproximadamente 41 millones de casos de hemorragia postparto se habrían prevenido, salvando aproximadamente 1,4 millones de vidas. A pesar de los datos brindados se sabe que la accesibilidad a estos uterotónicos no es la única razón influyente de muerte. Brindando cofactores como la edad materna, la obesidad, parto por cesárea, el embarazo múltiple y las anomalías de la placentación, entre otras, representados en el incremento del riesgo de mortalidad a pesar de contar con el tratamiento adecuado.

2. Preeclampsia/Eclampsia

Se describe como una causa que incide en más del 10% de los embarazos y contribuye de forma importante a la mortalidad materna mundial. Ocurrendo el mayor número de las muertes maternas debido a preeclampsia en países en vías de desarrollo:

- 26% de las muertes en Latino América y el Caribe.
- 16% en países desarrollados.

Los índices de mortalidad pueden ser debidos a complicaciones como sangrado intracerebral, edema cerebral y convulsiones, edema pulmonar, síndrome de distrés respiratorio agudo, necrosis hepática o ruptura hepática.

Se sabe que el comienzo fisiopatológico de la preeclampsia puede ser insidioso, con un curso impredecible terminando en un deterioro muy fugaz. Otra problemática es el acceso a los

cuidados prenatales haciendo que la enfermedad avance y curse con mayor peligro sobre la madre y el feto hasta llegar el punto que cobre con sus vidas.

El tratamiento de dicha patología, se remite a la observación y cuidados de soporte con un parto programado cuando las condiciones maternas o fetales empeoran, siempre y cuando se logre dar un control adecuado de las cifras de Tensión Arterial y prevención de epilepsias mediante antiepilépticos.

3. Sepsis

El tema de la infección puerperal y la sepsis del tracto reproductor son factores muy comunes y significativos respecto a la mortalidad materna en cualquier parte del mundo, siendo consecuente a las anteriores causas ya descritas esta de igual manera se relaciona con la población que reside en los países en vías de desarrollo.

Dando como ejemplo que en Asia la sepsis es la causante aproximadamente del 12 % de las muertes maternas, comparado con países desarrollados que sólo alcanzan el 2% de los casos. La ganancia más significativa para los países desarrollados o con un buen capital económico es la prevención de la infección puerperal. Junto con algunos factores importantes para reducir la mortalidad por infección siendo la mejoría en la nutrición materna junto el acceso al aseo y adecuadas condiciones de saneamiento. Dentro del tratamiento se toman medidas claves para prevenir las muertes por sepsis, mencionando, el diagnóstico temprano, la resucitación y la administración de antimicrobianos adecuado a tiempo (8).

4. Aborto inseguro

En la última causa que se menciona es el aborto inseguro, en donde aproximadamente el 90% de las muertes ocurren como resultado de un aborto proveniente de los abortos inseguros, promovidos y ejecutados por personas no capacitadas y en condiciones para nada estériles.

Siendo las principales causas de muerte de un aborto inseguro las hemorragias e infección.

El aborto inseguro se correlaciona de forma directa con la ley prohibitoria del aborto en algunos países, en donde se genera una decisión de terminar de forma insegura y desesperada la gestación con un sin fin de complicaciones en donde la mayoría culminan con la muerte materna. Durante muchos años se ha propuesto mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos efectivos y aceptados en cada parte del mundo, siendo esto importante para la reducción del embarazo no deseado.

Los países que prohíben el aborto, no cumplen con una disminución de las tasas de aborto a aquellos en los que esta práctica es legal; pero si presentan sin duda, tasas incrementadas de aborto inseguro, lo cual aumenta la razón de mortalidad materna por aborto inseguro.

C.Capacidad asistencial ginecoobstetrica de la ciudad de Bogotá y el departamento de La Guajira en sus zonas urbanas y rurales.

Los datos recopilados para determinar la capacidad asistencial ginecoobstetrica y los artículos más actualizados en aspecto solo tienen registro hasta el 2018, por lo tanto, para este estudio se dará una proyección de estos al año de 2019.

En Colombia la capacidad asistencial se representa desde la acción del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) donde en el año 2018 según la tabla se observó una cobertura del 94% de la población colombiana, en cuanto a Bogotá y La Guajira se ven las siguientes características en cobertura (10):

Tabla 6: Cobertura del SGSSS diciembre 2018.

	Bogotá D.C.	La Guajira
Sisbén 1	1'946.064	448.041
Sisbén 2	502.807	30.873
PPNA ⁽¹⁾	42.411	16.792
Contributivo	6'284.987	133.794
Subsidiado	1'161.125	727.566
Excepción y especiales	139.667	15.359
Afiliados	7'585.789	876.719
Población DANE	8'181.047	1'040.157
Cobertura (%)	92,72%	84,29%

⁽¹⁾PPNA: Población pobre no asegurada. Elaboración propia por autores.

En el manejo del SGSSS en Colombia, existen brechas en la cobertura en las diferentes ciudades del país. La Guajira presenta las mayores deficiencias, con un impacto negativo en la salud de sus habitantes, en comparación con Bogotá que tiene mejores procesos para proporcionar servicios de salud y, por lo tanto, tiene resultados de salud favorables en diferentes ámbitos de salud. El panorama en La Guajira muestra un gran número de afiliación al régimen subsidiado con el 82,9% de los afiliados, en contraste, la mayor proporción de los afiliados en Bogotá D.C. es representado por el régimen contributivo con el 82,8% de los afiliados.

Con el alcance de la seguridad social en salud provista en las dos regiones, hay unas capacidades físicas institucionales que tienen que suplir los entes públicos y privados encargados de la salud en las regiones para el disfrute de los ciudadanos. Para el caso de las mujeres con complicaciones obstétricas se determinan ciertos apoyos en equipos médicos y logísticos evidenciados en la tabla 7 y 8 (10).

Tabla 7: Indicadores REPS de servicios de Salud. Bodega de datos de SISPRO

Indicador	2015	2016	2017	2018
Razón de ambulancias básicas por 100.000 habitantes	4	5	5	6
Razón de ambulancias medicalizadas por 100.000 habitantes	3	3	3	4
Razón de ambulancias por 100.000 habitantes	7	8	8	10
Razón de camas de adulto por 100.000 habitantes	49	47	47	48
Razón de camas de cuidado intensivo por 100.000 habitantes	15	13	12	13
Razón de camas de cuidado intermedio por 100.000 habitantes	11	10	11	10
Razón de camas por 100.000 habitantes	121	128	134	140

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO. Indicadores REPS de Servicios de salud 2018

Tabla 8: Cubrimiento de Movilidad. Indicadores REPS de servicios de Salud, 2018.

Zonas	Grupo capacidad	Privadas		Pública		Total general	
		2017	2018	2017	2018	2017	2018
Norte	Ambulancias	370	356	34	70	404	426
	Apoyo terapéutico	777	927	8	26	777	953
	Camas	6.889	6.526	1.640	1.552	8.529	8.078
	Salas	725	831	77	76	802	907
Centro Oriente	Ambulancias	23	31	32	11	55	42
	Apoyo terapéutico	259	269	58	58	317	327
	Camas	2.815	2.552	1.402	1.320	4.217	3.872
	Salas	117	132	32	70	169	202
Sur	Ambulancias	11	5	36	60	47	65
	Apoyo terapéutico	0	0	32	32	32	32
	Camas	0	0	647	620	647	620
	Salas	9	9	30	26	39	35
Sur Occidente	Ambulancias	132	173	28	17	160	190
	Apoyo terapéutico	127	122	47	47	174	169
	Camas	878	836	609	586	1.487	1.422
	Salas	61	45	30	30	91	95
Sin Ubicación	Ambulancias	14	0	0	0	14	0
	Apoyo terapéutico	27	0	0	0	27	0
	Camas	152	0	0	0	152	0
	Salas	24	0	0	0	24	0
Total Distrito Capital	Ambulancias	550	565	130	158	680	723
	Apoyo terapéutico	1.190	1.318	137	163	1.327	1.451
	Camas	10.734	9.914	42.95	4.078	15.032	13.992
	Salas	912	1.037	189	202	1.125	1.239

Fuente: REPS, Cubrimiento de movilidad, 2018

En perspectiva el cubrimiento en salud de La Guajira representa retos logísticos para el traslado de pacientes obstétricas debido a las condiciones del terreno, la distancia a los centros de salud, el tiempo de traslado, entre otras. Uno de los grandes retos de esta región son las comunidades indígenas como la Wayúu la cual se distribuye en el territorio de modo que el 98% de su comunidad está en La Guajira y solo el 12,2% habita en zonas urbanas. En este caso los habitantes del sector rural necesitan acompañamiento de mayor variedad de médicos dando preferencia a los subgrupos de atención, como las mujeres que necesitan más especialistas, esa estrategia podría realizarse por medio de actividades de divulgación dirigidas a mujeres para la prevención de complicaciones ginecoobstétricas (11,12).

Tabla 9: Índices de necesidad en salud. Departamento de La Guajira.

Dibulla	-10,58
Maicao	-4,76
Uribia	-4,27
Albania	-1,54
Villanueva	-2,54
Manauare	-1,66
Rioacha	-1,11
Urumita	1,72
Fonseca	2,36
Distracción	2,48
Hatonuevo	2,58
San Juan del Cesar	3,26
El molino	4
La Jagua del pilar	4,11
Barrancas	6,66

Fuente: DANE, ASIS DSS.

En cuanto a las necesidades en salud tanto en Bogotá como en La Guajira representan una división geográfica y socioeconómica. Según la Tabla 9, en La Guajira se notan mayores necesidades en salud con mayor frecuencia en municipios con comunidades más aisladas del casco urbano y vías de acceso de difícil tránsito, con esto las mujeres están obligadas a tomar decisiones en cuanto el costo-beneficio de la movilización para controles y medidas preventivas con el embarazo. Por parte de Bogotá, los aspectos sociodemográficos actúan en las diferentes zonas del casco urbano, generando una

atención heterogénea en las diferentes instituciones de salud en sentido de la cobertura privada y pública repartida en Bogotá.

De acuerdo a las cifras de mortalidad materna en las dos regiones se presenta una diferencia en la proporción de casos, lo cual puede indicar un acceso limitado a la salud por parte de las mujeres en el caso de La Guajira, pero en el caso de Bogotá se puede enfocar a la densidad poblacional de las localidades y las capacidades propuestas para esas localidades en Bogotá (10,13,14,15).

D.Determinantes sociales en salud de las gestantes del departamento de La Guajira comparadas con Bogotá.

Según el artículo “Mortalidad materna en la gestante Wayúu de Uribia, Guajira” (16), las desventajas que tiene la mujer gestante indígena que vive en área rural del departamento de La Guajira, comparada con las gestantes que residen en zonas urbanas en el mismo departamento y la ciudad de Bogotá, son mucho más evidentes e inciden con mayor fuerza en los factores de riesgo para la mortalidad materna.

Estas mujeres se enfrentan con barreras de acceso a los servicios de salud, por su zona geográfica y la lejanía a los centros de servicios de salud. Generalmente estas mujeres tienden a recorrer largas distancias para llegar a ser atendidas a una institución de salud, por ende, estas mujeres prefieren tener la atención de parto por una partera de su propia comunidad en su sitio de asentamiento, debido a razones culturales (12). Esto puede ser un factor desencadenante de complicaciones obstétricas. En la mayoría de casos de mortalidad materna se identifican casos comunes, como:

- Las prácticas culturales (17).
- La toma de decisiones de la familia.
- Las intervenciones realizadas por parteras.

Por otra parte, el artículo “Barreras de acceso a las indígenas Wayúu gestantes para acceder a controles prenatales antes de la semana doce de gestación, en Uribia, La Guajira” (12), en la cuya población de estudio fueron 54 mujeres gestantes del municipio de Uribia, vinculadas al Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, arrojó como resultado lo siguiente:

- 93% de las gestantes viven en unión libre y el 7% solteras.
- Respecto al nivel de escolaridad, el 43% solo estudió hasta primaria, el 31% hasta secundaria y el 26% es analfabeta.
- El 83% de estas gestantes, no cuentan tienen vínculo laboral que les de algún sustento económico y se dedican a tareas en el hogar.
- El 46% emplean 1 hora aproximadamente en llegar al centro de atención en salud, el 28% 2 horas y el 26% 45 minutos.
- La mayoría de estas mujeres gestantes no considera que los controles prenatales sean de gran importancia.

La guía sobre “Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas” (11), define las condiciones materiales, sociales, psicológicas y

biológicas de las gestantes indígenas. Entre estas se incluyen prácticas culturales que se basan en la temprana y alta fecundidad; parteras para el control del embarazo; barreras geográficas para el acceso a servicios de salud y remisión en caso de urgencias; alto índice de pobreza; deficiencia en saneamiento y agua potable y desnutrición de madres gestantes. Son más frecuentes las muertes de recién nacidos wayúu, que las muertes maternas, principalmente en las comunidades más alejadas. Algunas de las causas de muerte son: macrosomía, multiparidad, mala posición del feto, hemorragias e infecciones post parto; y las principales causas de mortalidad materna son: sepsis, trastornos hipertensivos y hemorrágicos (16).

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio sobre las “causas que inciden en la mortalidad materna en gestantes entre las edades de 15 a 49 años en la ciudad de Bogotá comparada con el departamento de La Guajira”, con los resultados obtenidos mediante cuadros estadísticos sobre mortalidad materna, causas principales de mortalidad e influencias en los índices respecto a la capacidad asistencial ginecoobstétrica y los determinantes sociales se pudieron comparar y analizar con el estudio de “Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década”(18) en donde se encontró lo siguiente:

En este artículo se analiza en primer lugar el comportamiento de factores vinculados a la transformación demográfica colombiana, para así poder establecer la relación entre la fecundidad y la mortalidad materna, basados en las cifras establecidas por el DANE para los años de (1992-1996).

De igual manera se realizó un análisis del panorama nacional con respecto a los indicadores de mortalidad materna, las características en el acceso de las mujeres a los servicios de salud, las diferencias en la prevalencia de la mortalidad materna de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de las mujeres, el nivel educativo, la región o departamento, la edad y la pertenencia a grupos étnicos. Adicionalmente, se realizó un diagnóstico crítico de las causas directas e indirectas de la mortalidad materna y, por último, un análisis del marco jurídico y de la política pública implementadas en la última década.

También, se tuvieron en cuenta los datos de nacidos vivos establecidos por el Ministerio de Protección Social, del Instituto Nacional de Salud y de la OPS (2003) consignados en el documento Situación de Salud en Colombia: indicadores básicos 2003 de acuerdo con el cual la razón de mortalidad materna en Colombia era de 104,9 por cien mil nacidos vivos. Con base en esas estimaciones se calculó que en Colombia ocurrieron entre 859 y 895 muertes maternas por año (18).

Por eso mismo, al observar el comportamiento de la mortalidad materna de acuerdo con el ciclo reproductivo y según la distribución porcentual de las muertes en cada grupo de edad, se estableció que la razón es más alta en las mujeres de veinte a veinticuatro años, a su vez, la de este último grupo

es más baja que la del grupo de veinticinco a 29 años. Así mismo, se advirtió el mayor riesgo de muerte relacionado con los nacimientos después de los 34 años

De esta manera, de acuerdo con el estudio del DANE (19,20), las regiones que presentaron la razón más alta de mortalidad materna fueron la Orinoquia y la Amazonia (141 por cien mil nacidos vivos), que corresponden a las planicies y zonas selváticas del suroriente, seguidas por las regiones Oriental y Pacífica con tasas de 111 y 106 por cien mil nacidos vivos. Con valores por debajo del promedio nacional se encontraron las tres regiones restantes: Central, Atlántica y Bogotá. Según la división político administrativa por departamentos, un poco más de la tercera parte de ellos presentó niveles de mortalidad materna extremadamente altos frente al promedio del país.

Respecto a las causas de mortalidad materna para el caso colombiano, representado en causas directas e indirectas; las causas directas de la mortalidad materna se han mantenido estáticas en la última década. De las causas directas se dice que el 35% correspondieron a eclampsia, el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazo terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo, el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias. Estas complicaciones no necesariamente son predecibles, pero casi todas se pueden evitar.

En lo referente al régimen de afiliación, de la totalidad de las muertes maternas el 27,3% correspondió a mujeres afiliadas al régimen subsidiado, el 17,5% a mujeres sin afiliación y el 20% a mujeres afiliadas al régimen contributivo. En el 25% de los casos se desconoce a qué régimen de afiliación pertenencia. Es claro que la seguridad en salud de la población afrocolombiana es más crítica que la de los grupos indígenas.

Aproximadamente el 53,8% de los afro-colombianos no tuvo seguro médico en 2003, mientras que esta proporción fue igual a 37,9% en el caso de los grupos Santamaría, indígenas. La mayoría de la población indígena asegurada estaba afiliada al régimen subsidiado, comparado con solo el 10,64% de los afro-colombianos. En general, es menos probable que las minorías estén aseguradas.

En este sentido, la cobertura de atención prenatal por médico o enfermera –93,5%– y la de parto institucional –90.7%– se ha comprobado que estos indicadores no se correlacionan con las altas tasas de muertes maternas, factor que, entre otros, podría explicar que las mujeres en edad fértil no estén afiliadas a ningún sistema de seguridad social y por tanto no tengan acceso a los servicios de salud, o que pese a estar afiliadas a los regímenes subsidiado o vinculadas reciben servicios de salud en instituciones que con una difícil crisis financiera con infraestructura y personal insuficiente. Por tanto, se consideró que las jóvenes embarazadas no concurren a chequeos médicos indispensables y se den partos en condiciones subóptimas, se deba a los reducidos niveles de afiliación al sistema de seguridad social, entre otras razones.

Las condiciones socioeconómicas cumplen un rol

significativo en el comportamiento de la mortalidad materna. En este sentido, de acuerdo con el DANE, a mayores niveles de pobreza y de fecundidad mayor es la mortalidad materna; inversamente, a mayor nivel educativo y mayor uso de métodos anticonceptivos menor es la mortalidad materna. Los resultados muestran que las tasas de mortalidad materna en los municipios son menores de cien por cien mil, para niveles de pobreza menores de 50% y mayores de cien para el resto.

Como apreciación final se deduce que la mortalidad materna, en ese entonces, había mantenido estáticas y complicaciones no necesariamente predecibles, pero sí evitables, demostrando las consecuencias de la no garantía por parte del Estado del derecho a la salud de las colombianas. En este sentido, proponen que es pertinente mencionar que la política económica y social adoptada por los Gobiernos recientes no permitía para ese entonces asegurar avances necesarios en reducir la brecha de inequidad, el incremento de los índices de pobreza, las altas cifras de desempleo y subempleo, etcétera, los cuales tienen un impacto sobre los derechos a la salud y a la seguridad social.

Respecto al análisis de la discusión de los dos artículos evidenciados en la tabla 10 se tomaron en cuenta los siguientes puntos:

Basados en los datos recolectados en el Artículo de *Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década* (18), se ve puede ver que las causas de mortalidad materna eran: el 35% son eclampsia, el 25% complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazo terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo, el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias, las cuales ciertamente se evidencian en esta investigación: mostrando como las principales causas de muerte la hemorragia obstétrica con el 18,5 % y los trastornos hipertensivos asociados al embarazo con el 18,1 %,; aunque con una notable diferencia en lo que respecta a la incidencia de las mismas en la mortalidad materna, en el artículo de referencia se aprecia que las complicaciones hipertensivas (eclampsia) ocupan el 35% de las causas de mortalidad materna, y en este estudio realizado se evidencia que las complicaciones hipertensivas representan el 18,1% de las muertes, aunque es un valor que sigue siendo significativo, denotando que la prevención primaria de los eventos hipertensivos que se ha implementado en el control prenatal de las gestantes han dado resultado.

En cuanto al análisis de capacidades ginecoobstétricas, el sistema general de seguridad social tiene una representación variable en las regiones de Colombia de acuerdo a sus regímenes, esto se ve reflejado en las disposiciones de los modelos de atención en salud centrados en la atención institucional, pero no en modelos de prevención y promoción. Las condiciones de cobertura cuentan también con falencias en ciertos grupos étnicos y demográficos como la ruralidad y las comunidades indígenas, estos dos estudios están acomodados en el régimen subsidiado o sin cobertura del SGSSS, lo cual se

presenta en los artículos como una asociación a mayores cifras en muertes maternas en los territorios periféricos.

Tabla 10: Comparación de los resultados obtenidos en el trabajo “Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década” respecto a los resultados de la presente investigación.

Estudios	Estudio 1 ⁽¹⁾	Estudio 2 ⁽²⁾
Causas de Mortalidad Materna	De las causas directas, el 35% son eclampsia, el 25% complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazo terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo, el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias.	Las principales causas de muerte son la hemorragia obstétrica con el 18,5% y los trastornos hipertensivos asociados al embarazo con el 18,1%. ^(19,20)
Capacidad asistencial Ginecoobstetrica	De la totalidad de las muertes, el 27,3% correspondió a mujeres afiliadas al régimen subsidiado, el 17,5% a mujeres sin afiliación y el 20% a mujeres afiliadas al régimen contributivo. Aproximadamente el 53,8% de los afrocolombianos no tuvo seguro médico en 2003, mientras que esta proporción fue igual a 37,9% en el caso de los grupos Santamaría, siendo grupos indígenas.	El panorama en La Guajira muestra un gran número de afiliación al régimen subsidiado con el 82,9% de los afiliados, en contraste, la mayor proporción de los afiliados en Bogotá D.C. es representado por el régimen contributivo con el 82,8% de los afiliados.
Determinantes Sociales en Salud	Los determinantes que inciden principalmente en las muertes maternas son: departamentos de origen, sector urbano-rural, estrato socioeconómico, ingresos económicos, régimen de afiliación, pertenencia a determinados grupos étnicos y raciales, evasión controles prenatales, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto, buen seguimiento postparto, planificación familiar, número de hijos, nivel escolaridad, edad al momento de la gestación y pobreza.	Los determinantes que inciden principalmente en las muertes maternas son: prácticas culturales, toma de decisiones de la familia, intervenciones realizadas por parteras, baja escolaridad y analfabetismo, desempleo, lejanía a los centros de salud, inasistencia a controles prenatales, temprana y alta fecundidad, alto índice de pobreza, desnutrición de las madres gestantes.

⁽¹⁾Estudio 1: Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. ⁽²⁾Estudio 2: Causas que inciden en la mortalidad materna en gestantes entre las edades de 15 a 49 años en la ciudad de Bogotá comparada con el departamento de La Guajira en el 2019. Elaboración propia por autores.

Y, por último, respecto a los determinantes sociales en salud. Ambos artículos comparten la conclusión sobre las discapacidades que tienen las mujeres gestantes que viven en la ruralidad, debido a que estas tienen una menor facilidad al acceso de servicios de salud, por la lejanía en donde se encuentran; en su mayoría, estas poblaciones son grupos étnicos y raciales, los cuales no cuentan con una afiliación al sistema general de seguridad social en salud, bien sea por su bajo nivel socioeconómico o escasos ingresos por falta de

empleo, debido a que estas gestantes se mantienen con un nivel bajo de escolaridad. Estas mujeres suelen evadir por todas estas condiciones ya mencionadas, los controles prenatales, por ende, no cuentan con un adecuado seguimiento en la gestación, parto y puerperio.

Conflicto de Interés: Los investigadores declaran no tener ningún conflicto de interés en la realización del estudio.

Agradecimientos: A Dios, la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y los doctores Juan Carlos Correa Senior y María Luisa Latorre Castro, por ser nuestros mentores y guías respecto a su enseñanza en el tema de Salud Pública.

V. CONCLUSIÓN

Al año de 2019, se presentaron en la Ciudad de Bogotá 41 defunciones maternas sobre 85.073 nacidos vivos, con una RMM de 48,19, teniendo un registro de disminución de defunciones maternas, aunque con una disminución de población nacida viva lo cual aumenta su RMM. En el departamento de La Guajira, se registraron 42 defunciones y 22.136 nacidos vivos; con una RMM de 189,74. Pudiendo concluir que en aspectos generales la razón de mortalidad es menor en Bogotá dado que cuentan con mayor índice de nacidos vivos respecto a las defunciones maternas.

Respecto a las causas de complicación incidente en la mortalidad materna, se concluye que, al año de 2019 a nivel nacional, incluyendo la ciudad de Bogotá y el departamento de La Guajira, las causas de muerte más comunes son las causas maternas tempranas en un 50,3% correspondiendo a causas directas y en un 33,6% a causas indirectas.

Las principales causas de muerte son la hemorragia obstétrica con el 18,5% y los trastornos hipertensivos asociados al embarazo con el 18,1%. Reportado por el Boletín Epidemiológico Semanal, de la Semana epidemiológica 52 de 2019. En donde cabe aclarar que estas causas de mortalidad materna no se discriminaron respecto a Bogotá y al departamento de La Guajira debido a que en los datos obtenidos se hizo un sondeo nacional de causas y no por lugar de residencia de la madre.

En cuanto a la capacidad asistencial ginecoobstétrica se logra concluir que el acceso y contacto con los entes de salud en las regiones de La Guajira reporta una falencia en la prevención y educación de las madres en cuanto al control prenatal de las mujeres embarazadas. En relación a Bogotá la desproporción en la atención en salud dispuesta en las localidades puede afectar en la salud de las mujeres embarazadas. El acercamiento de la salud en ambas zonas está dispuesto por dos regímenes en salud diferentes los cuales proporcionan una relación socioeconómica.

El manejo de la salud en estas regiones debe enfocarse en

ámbitos diferentes, por lo tanto, los modelos de atención no deben ser iguales y debe existir un enfoque plenamente diferenciado al acceso logístico, las capacidades físicas y al apoyo económico de las regiones.

Con respecto a los determinantes sociales en salud, se concluye que, estos tienen un diferente impacto dependiendo del área geográfica a la que se refiera. En el departamento de La Guajira, se evidencia que las barreras de acceso a los servicios de salud, las prácticas culturales y la desnutrición de las madres, son los determinantes que mayormente influyen en la calidad de la gestación, el parto y el postparto. Esto llevó a que, en el año de estudio, la mortalidad materna fuese superior, aun cuando la natalidad en este departamento no fue mayor a la de Bogotá, ciudad en donde la calidad en la gestación, es mucho mejor; ya que por ser la capital cuenta con mayor capacidad económica, que a la larga provee una mejor calidad de vida.

Es por ello, que se deben plantear estrategias de políticas en salud pública que, sin afectar las prácticas culturales, ayuden a mejorar la calidad de atención en salud en los sitios alejados y olvidados del departamento de La Guajira.

REFERENCIAS

1. OMS. Organización mundial de la salud. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas [Internet]. [citado 30 julio 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
2. OPS/OMS. Mortalidad materna [Internet]. 24 abril de 2019 [citado 30 July 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id:3165:la-mortalidad-materna-es-incorrectable
3. OMS. Mortalidad materna [Internet]. [citado 27 August 2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
4. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 52, 22 al 28 de diciembre de 2019 [Internet]. 2019 [citado 30 julio 2020]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_52.pdf#search=boletin%20epidemiologico%20semana%2052%202019
5. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 52, 23 al 29 de diciembre de 2018 [Internet]. 2018 [citado 30 julio 2020]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2052.pdf>
6. Elu M, Santos. Mortalidad materna: una tragedia evitable. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en Internet]. 2004 [citado 30 julio 2020]; 18(1): 44-52. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372004000100006&lng=es
7. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Mortalidad Materna. [Internet]. SF [citado 30 julio 2020].

- Disponible en:
<http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20Materna.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Internet]. 2019 [citado 30 julio 2020]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
 9. González M, Soto J. Mortalidad Materna: Análisis médico forense. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2017 [citado 30 julio 2020]; 34(1): 112-119. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100112&lng=en
 10. Colombia M. Páginas - Cifras de aseguramiento en salud [Internet]. Minsalud.gov.co. 2019 [citado 30 julio 2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
 11. Hernández, A. Rodríguez, J. Cubillos, A. Santacruz, M. et al. Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayúu. [Internet]. 2019 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en:
<https://url2.cl/LYmB>
 12. Ruiz, Y. Oime, M. Barreras de acceso a las indígenas wayuu gestantes para acceder a controles prenatales antes de las doce semanas de gestación en el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Uribe, La Guajira. Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular. [Internet]. 2018 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en:
<https://url2.cl/8SImk>
 13. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 52, 22 al 28 de diciembre de 2019 [Internet]. 2019 [citado 30 julio 2020]. Disponible en:
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_52.pdf#search=boletin%20epidemiologico%20semana%2052%202019
 14. Buttorff C, Trujillo A, Ruiz F, Amaya J. Low rural health insurance take-up in a universal coverage system: perceptions of health insurance among the uninsured in La Guajira, Colombia. Int J Health Plann Manage. [Internet] 2013. [citado el 30 de julio de 2020] Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23996284/>
 15. Social M de S y P. Primer informe nacional de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá D.C.[Internet] 2009.[citado el 30 de julio de 2020] Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
 16. Bula. J. Galarza, K. Mortalidad materna en la gestante Wayúu de Uribe, departamento de La Guajira, Colombia. [Internet]. 2017 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en:
<https://url2.cl/uxz2R>
 17. ONIC - Wayúu [Internet]. ONIC. Ministerio de cultura República de Colombia 2018 [citado 6 Agosto 2020]. Disponible en:
<http://www.onic.org.co/pueblos/1156-wayuu>
 18. Carrillo U. Abelardo. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2007 [citado 30 julio 2020]; 5(2): 72-85. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732007000200008&lng=en
 19. DANE. Salud. Nacimientos y defunciones. Defunciones No fetales. [Internet]. SF [citado 30 julio 2020]. Disponible en:
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>
 20. Instituto Nacional de Salud. Morbilidad materna extrema. [Internet]. SF [citado 30 julio 2020]. Disponible en:
<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=46>