

La Salud Materna: un Gran Reto para Colombia.

Catalina B. Villegas¹ y Jairo E. Luna G.²

¹ Nutricionista Dietista. Especialista en Gerencia Social. Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Tel: 6730350. Santafé de Bogotá, Colombia.

² Médico. Especialista en Salud Ocupacional. Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Tel 6730350, Santafé de Bogotá, Colombia

En la actualidad se ha ampliado el concepto de salud materna, primero al análisis de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo vital, y en segundo lugar integrando aspectos sociales, culturales, demográficos, de desarrollo y de género.

En este trabajo se hace un acercamiento a los aspectos teóricos y conceptuales desde una perspectiva holística y centrada en los derechos humanos de hombres y mujeres. Luego, se exponen algunos de los factores a los que se atribuye capacidad explicativa, centrado en los riesgos para la salud materna. En tercer lugar se hace una revisión de la evolución de algunos de los indicadores importantes para acercarse a la magnitud y severidad de este problema de Salud Pública.

ASPECTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

Conferencias Internacionales

Durante los años 90, las Naciones Unidas promovió la realización de un ciclo de conferencias gubernamentales mundiales buscando posicionar la salud sexual y reproductiva (SSR) y los derechos sexuales y reproductivos como requisitos para el desarrollo sostenible y socialmente equitativo. Entre estas reuniones se cuentan la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing,1995), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague,1995), la Conferencia Inter-

nacional sobre la Cooperación y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Conferencia Mundial de derechos Humanos (Viena, 1993) (1).

En estas conferencias internacionales se constituyeron acuerdos de los países en torno al compromiso de los gobiernos en favor del desarrollo centrado en la persona y sobre la base de los siguientes principios básicos:

- Todas las personas deben gozar de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.
- La emancipación de las personas y la erradicación de la pobreza.
- Los derechos de la mujer son derechos humanos.
- Alentar a los hombres a compartir las responsabilidades y a participar en todos los aspectos relativos a la familia y las tareas del hogar, incluidos la crianza de los hijos y la obligación de alimentarlos, la conducta sexual y reproductiva y las prácticas de planificación de la familia.
- La salud y la educación para todos son factores fundamentales del desarrollo.

Especialmente la III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer reconocieron que la SSR y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos básicos para el desarrollo.

Colombia suscribió los planes de acción de estas conferencias comprometiéndose a transformar el proceso de formulación de políticas apoyados en los siguientes conceptos básicos:

- La salud y los derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho fundamental de una mujer de asumir el control y tomar decisiones respecto de su cuerpo y su sexualidad, son una parte integrante del desarrollo y los derechos humanos.
- Una buena salud sexual y reproductiva más allá del hincapié en la demografía y la planificación de la familia, es un requisito previo para lograr el progreso socioeconómico y el desarrollo sostenible. Asegurar el acceso universal a una amplia gama de servicios en

SSR, especialmente para las mujeres y los adolescentes, debe ser una meta prioritaria de los programas nacionales.

- Las políticas de población y los programas de planificación de la familia deben apoyar los principios de elección voluntaria e informada y no imponer medidas coercitivas que violen los derechos humanos fundamentales especialmente los de las mujeres.
- La integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y actividades es esencial para mejorar el impacto de los mismos y utilizar mejor los recursos disponibles, basado en cambios de conducta y de actitud.
- La asociación con la sociedad civil, en especial con las organizaciones no gubernamentales especializadas en la esfera de la SSR y con grupos de mujeres, debería llegar a ser un elemento integrante de las políticas gubernamentales y la planificación, ejecución y supervisión de los programas

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha venido planteando en el país, y en la Secretaría de Salud de Santa Fe de Bogotá, los principios de la SSR, que se indican a continuación.

Principios de la Salud Sexual y Reproductiva

Estos principios deben ser asumidos como guías para las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación. Los principios de la SSR son:

Igualdad

Todas las personas son iguales ante la Ley y ante el Estado, por lo cual deben tener el mismo tratamiento, las mismas oportunidades de satisfacción de sus necesidades, de desarrollo de sus potencialidades y las mismas garantías para el ejercicio de sus derechos.

Equidad

El reconocimiento de las diferencias y de las individualidades debe servir de base al tratamiento especial de las necesidades y oportunidades que debe tener cada persona para su desarrollo. Las diferentes necesidades en SSR que tienen las personas en razón de la edad, el sexo,

el estado civil, y las opciones frente a la reproducción, la sexualidad deben ser reconocidas y atendidas por los servicios de salud.

Universalidad

Es la garantía de la protección de la SSR para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida, según lo previsto en la Ley 100 de 1993 de seguridad social en salud.

Autonomía

Es la posibilidad que tiene cada ser humano para decidir sobre su propio ser. Con este fin las instituciones deben garantizar a los usuarios la información suficiente y adecuada para que puedan optar de manera informada en todo aquello que los afecta en su SSR (2).

Enfoques en Salud Sexual y Reproductiva

Como un complemento a los anteriores principios, en el desarrollo de la SSR se deben tener en cuenta los enfoques de género, integralidad, ciclo vital y derechos sexuales y reproductivos.

Categoría Género

Es el análisis sobre los modos de ser, vivir, sentir y pensar de mujeres y hombres, el análisis sobre las construcciones de feminidad y masculinidad y sus significaciones sociales; los campos simbólicos y los imaginarios colectivos sobre lo masculino y lo femenino que existen en las distintas sociedades (3).

La finalidad de la categoría género es analizar las situaciones que crean o mantienen iniquidades sociales entre mujeres y hombres por la única razón de ser un sexo u otro.

Las categorías sociales de hombres y mujeres condicionan las concepciones y prácticas que las personas y comunidades tienen en torno al nacimiento y la muerte, la salud y la enfermedad, las relaciones con el dolor y el placer, con el cuerpo y el deseo, la sexualidad y la reproducción, la construcción de afectividad e identidad, la valoración y asignación de roles sobre las etapas del ciclo vital y sobre la organización de la cotidianidad.

Integralidad

Este enfoque trasciende los abordajes hegemónicos en salud fundamentados en el modelo biologista, y busca explicar el proceso salud enfermedad como el producto de la interacción de los procesos orgánicos, psicológicos, los roles sociales y las relaciones de las personas con el ambiente natural y cultural. Este enfoque sostiene que la salud individual y colectiva es el resultado de las condiciones de vida y trabajo.

Los servicios deberán integrar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación, los aspectos de la atención individual con acciones sociales y la relación de la promoción de factores protectores con el control de los factores de riesgo.

Ciclo Vital

Es el concepto que explica el tránsito de la vida como un continuo, y que propone que el crecimiento y desarrollo humanos son el producto de la sucesión de experiencias en los aspectos biológico, psicológico y social. Así, la vida humana es la sucesión de etapas con características específicas desde la gestación hasta la muerte, pasando por la infancia, la adolescencia, la vida adulta y la vejez.

Derechos Sexuales y Reproductivos

Tienen como base los acuerdos internacionales mencionados anteriormente y constituyen la aplicación del ejercicio de los derechos humanos a los aspectos de la sexualidad y la reproducción humana. Algunos de estos derechos son :

- Actuación protagónica en la toma de decisiones.
- Maternidad y paternidad seguras.
- Atención humanizada.
- Tratamiento y atención integral.
- Educación información y orientación.
- Métodos seguros y modernos para la regulación de la fecundidad.
- Ambientes de trabajo y condiciones de vida que no afecten la fertilidad y la salud.
- Valoración y respeto por los conocimientos y prácticas culturales.

Estos principios y enfoques definidos para las acciones en SSR, son elementos teóricos que se deben retomar y operacionalizar en el nivel nacional, departamental y local, de tal forma que sirvan de guía para la definición de planes y programas tendientes a abordar de una manera más amplia y holística los problemas de salud de la población teniendo en cuenta sus particularidades y especificidad regional y cultural.

Son también un aporte importante para el marco conceptual desde el cual se investiga y se evalúan los problemas en SSR, los cuales hasta hace pocos años han sido restringidos al control de la natalidad y a los planes para proteger al binomio madre-hijo durante la gestación y el parto.

ALGUNOS FACTORES EXPLICATIVOS

Para abordar la multitud y variedad de factores que influyen en que la maternidad-paternidad sea un evento seguro y satisfactorio, es necesario transitar el camino desde la decisión de la pareja para concebir un hijo hasta los primeros 7 días de nacido el fruto. En este camino confluyen factores de tipo social, económico, cultural, geográfico, del desarrollo de los servicios de salud, característicos de una sociedad en particular, así como las políticas, planes y programas que el Estado está en capacidad de plantear y asumir en la práctica para proteger de manera eficaz a la familia gestante.

Es así como la gestación en una familia campesina tiene condiciones diferentes a la que se lleva a cabo en un barrio popular de la ciudad y ésta a su vez será muy distinta en la clase alta de esta misma ciudad.

En la etapa preconcepcional está presente la posibilidad o no de decidir las condiciones y el momento adecuado para engendrar un nuevo ser. En esta etapa se pone a prueba la autonomía tanto del hombre como de la mujer lo cual determina el que sea un niño deseado o no. Lo anterior conlleva en el primer caso beneficios decisivos en el desarrollo de la gestación, parto, crecimiento y desarrollo integral, en el

caso de los niños no deseados es muy probable que las condiciones sean adversas. De igual manera son importantes la salud de los padres, el estado nutricional de la madre y las condiciones de apoyo y seguridad social.

Otros factores a tener en cuenta son los tipos de unión predominantes en una sociedad como son matrimonio legal, unión consensual, unión circunstancial ó la unión polígama.

En este marco el acceso a patrones saludables de matrimonio y reproducción, a una adecuada nutrición, mejor instrucción y autonomía de las mujeres, son los aspectos que se relacionan más inmediatamente con las condiciones de salud materna y perinatal.

La actitud negativa hacia la anticoncepción, especialmente por parte de los hombres, quienes algunas veces la interpretan como promiscuidad, contribuye a los altos niveles de embarazo no deseado y aborto. De hecho el aborto inseguro constituye uno de los factores de riesgo más importantes. A este respecto Family Care International plantea:

“Diariamente muchas mujeres en el mundo se enfrentan a un embarazo no planeado. Las circunstancias que llevan a que este se produzca son múltiples y variadas. Para algunas mujeres el embarazo ocurre por falta de conocimiento de métodos o fuentes de suministro y por dificultades de acceso o deficiente calidad de los servicios. Para otras por no uso de anticonceptivos debido a razones culturales, religiosas, sociales, económicas, de salud ó temor a los efectos secundarios. En otras el embarazo ocurre por falla anticonceptiva ó mal uso de los métodos y en algunas por violación ó incesto. Es un hecho que muchas de las mujeres que se ven ante un embarazo inesperado y no lo desean, terminan en un aborto, realizado con frecuencia en condiciones inseguras” (4).

En el país se configura claramente una situación de inequidad y discriminación social en relación con el aborto. Son las mujeres de escasos recursos y las mujeres más jóvenes las que se ven abocadas a los mayores riesgos de morbilidad y mortalidad por esta causa.

El ciclo de vida reproductiva abarca unos 35 años con fecundidad menor al principio y al final, siendo el promedio entre el nacimiento del primer y último hijo de 17 años en Colombia mientras que en Canadá es de 6 años. Con frecuencia, es menor la preocupación del varón por los problemas de salud que son consecuencia de tener varios hijos en intervalos cortos.

La situación de la mujer en los países latinoamericanos, es de exposición a condiciones de privación extrema de recursos para desempeñar su doble o triple jornada diaria, la práctica doméstica depende casi totalmente del trabajo femenino.

La mujer padece la subvaloración en el empleo y la discriminación sistemática en el campo de la alimentación, recreación y formación. El sometimiento a formas de vida cotidiana bajo patrones de dominación patriarcal, subordinación y violencia, se constituyen en graves limitaciones para el logro de la salud integral.

Un aspecto a tener en cuenta en los factores que explican la salud materna es el acceso de la familia gestante a los servicios de salud. En este sentido habría que analizar varios puntos : en primer lugar la distancia cultural de los profesionales de la salud con respecto a la población que demanda atención. Si bien la gestación no es una enfermedad, si requiere de “cuidado materno”, de tal manera que se puedan identificar y controlar los riesgos en forma oportuna. Este cuidado se espera que lo brinde el personal de salud entrenado. Sin embargo, existe una gran distancia cultural entre la población y los servicios de salud, de tal forma que la gente acude a estos solamente cuando se siente enferma. Esta condición se refleja en que con mucha frecuencia, las gestantes acudan al servicio por primera vez cuando están próximas a la fecha del nacimiento ó cuando ya han iniciado el trabajo de parto. Entonces la ausencia ó la falta de continuidad en el control prenatal se constituye en un factor de riesgo para la salud materna y del recién nacido.

Otro problema relacionado con el acceso a los servicios lo constituyen las limitaciones económicas y la afiliación al Sistema General

de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Si bien uno de los principios de la Ley 100 es el de la universalidad, se vienen presentando inequidades en la implementación de la misma y esto se manifiesta en las gestantes que al no ser acogidas por el sistema no acceden a los servicios. La deficiente calidad de los servicios de salud también se constituye en una barrera para el acceso, ya que los usuarios y usuarias empiezan a ser conscientes de sus derechos en salud y no hacen uso cuando estos ofrecen condiciones deficientes.

Además de los anteriores, es necesario mencionar los problemas de acceso geográfico, que especialmente en el área rural son un grave problema para garantizar la atención oportuna.

El proceso mediante el cual se brindan los servicios de salud a la familia gestante debe tener características de calidad técnica, oportunidad y suficiencia en todos los aspectos del cuidado materno. En este sentido cobra importancia las relaciones interpersonales que logren establecer vínculo entre el personal de salud y la pareja que demanda el servicio, de tal manera que se posibilite la comunicación y mediante ésta establecer un compromiso mutuo para llevar a feliz término la gestación y el parto. Una de las funciones más importantes del control prenatal es la detección de riesgos y su tratamiento oportuno y adecuado para lograr controlarlos.

Existen también graves problemas en los sistemas de referencia y contrareferencia, lo cual convierte las emergencias obstétricas en momentos álgidos en donde la gestante o el feto pueden morir por fallas en la atención.

Otro factor clave en la salud materna y perinatal es la atención durante el puerperio. Lo más común es que una vez nace el niño, la familia y la mujer centran todo el interés en él descuidando la madre. Es así como el porcentaje de consultas de postparto que llegan a los servicios con respecto al número de partos atendidos es muy baja, constituyéndose este hecho en un factor de riesgo alto para la salud materna.

Existen deficiencias para el cuidado neonatal, faltan camas en cuidado intensivo y el personal de salud por lo general no está suficientemente entrenado.

MANIFESTACIONES DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD MATERNA

Uso de anticonceptivos

El uso de anticonceptivos en Colombia ha permeado todas las clases sociales y aunque en el momento actual se estima que el 72% de las mujeres en unión utiliza algún anticonceptivo, no todas usan los de mayor eficacia (5). Existen además diferencias por nivel educativo y por regiones y entre zonas urbana y rural.

Aborto

Se estima que en el mundo de los 175 millones de embarazos que se producen por año, al menos 75 millones son no deseados. De estos, 45 millones terminan en aborto. Para Colombia se calcula que de un millón cien mil embarazos que ocurren por año, la mitad son no deseados. De estos, 288 mil terminan en aborto (6).

A continuación algunos resultados del Estudio realizado por Zamudio, Rubiano y Watenberg (7) sobre la incidencia del aborto inducido en Colombia :

- De las mujeres colombianas de 15 a 55 años y que alguna vez han estado embarazadas el 30% ha tenido por lo menos una experiencia de aborto inducido.
- En todas las regiones del país y en todos los estratos, la proporción de mujeres con experiencia de aborto, aumenta con el número de gestaciones.
- El grupo de más alto riesgo de aborto son las mujeres menores de 20 años. Pese a que solo el 26% de estas ha estado embarazada, casi la mitad (45%) se ha practicado un aborto.
- En mujeres de más bajo estrato socioeconómico, es mayor el riesgo de embarazo no planeado por no uso de métodos anticonceptivos

pero el riesgo de abortar es menor ya que muchos de esos embarazos terminan en nacimientos no deseados.

- Cuando las mujeres deciden abortar lo hacen de cualquier manera, aún poniendo en peligro la vida, en especial las mujeres de estratos bajos quienes utilizan los métodos más riesgosos como sondas, varillas, golpes ó caídas, debido a falta de conocimiento ó dificultades de acceso a servicios, que aunque ilegales, algunos son mucho más seguros.

Embarazo y fecundidad en adolescentes

En Colombia el 16% del total de nacimientos son de madres adolescentes y hay indicios de aumento en las menores de 20 años. De 1990 a 1995, la tasa de fecundidad pasó de 70 a 89 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, con incrementos de 19% en la mujeres urbanas y de 47% en las del campo.

Del estudio realizado por Ordoñez G. (8) se citan aquí algunos resultados:

- El 46% de las jóvenes no asiste actualmente a la escuela, el 5% por razones asociadas a la maternidad.
- Aproximadamente una tercera parte de las adolescentes trabaja y de ellas, el 11% tiene hijos menores de 6 años.
- El 16.5% vive en unión, la mayoría de las cuales son consensuales.
- Casi una tercera parte ha tenido relaciones sexuales, de las cuales el 8% se inició antes de los 15 años.
- La tasa de fecundidad es de 89 nacidos vivos por cada mil mujeres de 15-19 años y la del área rural (137 por mil) es casi el doble del de la urbana (74 por mil).
- Una de cada 5 jóvenes ha usado algún método anticonceptivo moderno y el uso actual llega al 11%. El método más utilizado es la píldora para quienes están en unión y el condón para quienes no lo están.
- Una de cada diez madres adolescentes está desnutrida.

- Existe un conocimiento casi universal sobre el VIH/SIDA, sin embargo, casi las dos terceras partes creen que no tienen posibilidades de infectarse.
- El 3% de las adolescentes han sido forzadas a tener relaciones sexuales.

Cuidado prenatal parto y puerperio

La cobertura de atención institucional a las gestantes para el año de 1995 fue del 80% con un promedio de 4 controles, el 30% de los cuales se realizó en el primer trimestre. Para este mismo año la atención del parto por personal calificado fue del 85%. Esto significa que alrededor de 1/5 de las madres colombianas pasan por el proceso reproductivo sin recibir ninguna atención en salud por personal idóneo.

En la última década la concentración del control prenatal ha aumentado de 2.8 a 4. No obstante, el 45.2% de las gestantes con más de 6 hijos no tiene ningún tipo de cuidado prenatal. Además, las gestantes con el menor número de controles son las del grupo de más de 35 años sin escolaridad.

La Atención del puerperio únicamente fue proporcionada al 5% de madres atendidas en el subsector público (9).

Evolución de la mortalidad materna

En los países de América Latina y el Caribe la mortalidad para la población general ha descendido sin embargo la mortalidad materna no se ha reducido en forma significativa, y por el contrario, en algunos países ha aumentado. En la región mueren 52.000 gestantes anualmente.

La razón de mortalidad materna es de 190 por cien mil nacidos vivos. Esta razón explica el riesgo de morir que una mujer tiene cada vez que se embaraza.

La tendencia del país ha presentado un descenso moderado pero constante, desde 119.8 por cien mil nacidos vivos en 1986 hasta 78.2

en 1994, con una estructura estable: toxemia, aborto, hemorragias, complicaciones del trabajo de parto, complicaciones del puerperio y las otras complicaciones del embarazo.

En el Distrito Capital la situación de mortalidad materna presenta comportamientos similares y la razón ajustada en 1996 fue de 108.28 por cien mil nacidos vivos, con un ajuste del 20%, siendo las tres primeras causas de muerte materna obstétricas directas y que coinciden con las del país. En cuarto lugar se ubican las causas obstétricas indirectas.

REFERENCIAS

1. Alcalá MJ. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Nueva York: Family Care International; 1995.
2. Secretaría Distrital de Salud . Lineamientos generales en salud sexual y reproductiva para Santa Fe de Bogotá, Distrito Capital. 1998. P. 22 - 25
3. Londoño A. Salud y género. Un enfoque para pensar a hombres y mujeres en los procesos de salud enfermedad. 1995 (Multicopiado)
4. Family Care International. Boletín dialoguemos sobre salud sexual y reproductiva. No. 3, 1998.
5. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud. 1995 . p. 50.
6. UNFPA. Estado de la población mundial. Nueva York; 1997. p. 34.
7. Zamudio L., Rubiano N., Watenberg L. Incidencia del aborto inducido en America Latina y El Caribe. U. Externado de Colombia. 1994; 1: 24-40.
8. Ordoñez M. Mujeres Adolescentes, nupcialidad, fecundidad, prácticas anticonceptivas y salud materno infantil. Bogotá: Profamilia UNFPA; 1997. p. 30.
9. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Maternidad saludable. Santafé de Bogotá: OPS; 1998. p. 21.