



De:
 Planeta Formación y Universidades

Comportamiento del evento de mortalidad materna y sus factores de riesgo identificados, en un instituto de salud del departamento del Tolima en el año 2019

Trabajo de Grado para Optar por el Título de Especialista en Gerencia en Calidad en Salud

Natalia Salguero Barrios

Yeimi Arias Martínez

Dixie Manotas Visbal

Tutor:

Mary Luz Barrera Orduz

**Facultad de Ciencias Empresariales
Especialización Gerencia en Calidad de Salud
2021**



De:

 Planeta Formación y Universidades

Comportamiento del evento de mortalidad materna y sus factores de riesgo identificados, en un instituto de salud del departamento del Tolima en el año 2019

Natalia Salguero Barrios

Yeimi Arias Martínez

Dixie Manotas Visbal

Tutor:

Mary Luz Barrera Orduz

**Facultad de Ciencias Empresariales
Especialización Gerencia en Calidad de Salud
2021**

I.	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
I.I	Planteamiento del Problema	1
I.II	Pregunta de Investigación	2
II.	OBJETIVOS	3
II.I	Objetivo General	3
II.II	Objetivos Específicos:	3
III.	JUSTIFICACIÓN	4
IV.	MARCO REFERENCIAL.....	6
IV.I	Marco Conceptual.....	6
IV.II	Marco teórico	8
IV.III	Modelo de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.....	8
IV.IV	La Habilitación	8
IV.V	La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, PAMEC	9
IV.VI	La acreditación en Salud	9
IV.VII	Demoras o retrasos en la atención materna	10
IV.VII.I	Demora tipo I	10
IV.VII.II	Demora tipo II:	11
IV.VII.III	Demora tipo III	11
IV.VII.IV	Demora tipo IV	11
IV.VIII	Análisis de la mortalidad materna	12
IV.VIII.I	Causas básicas de riesgo para la Mortalidad Materna.....	13
IV.VIII.II	Marco Legal.....	14
V.	METODOLOGÍA.....	16
V.I	Población y muestra	16
V.I.I	Universo	16
V.I.II	Muestra	16
V.I.III	Muestreo	16
V.I.IV	Criterios de Selección.....	16
V.I.V	Criterios de inclusión	17
V.I.VI	Criterios de exclusión	17
V.I.VII	Operacionalización de Variables.....	17
V.II	Alcances y Limitaciones del Proyecto	20
V.III	Consideraciones Éticas	20
VI.	RESULTADOS DE LOS FACTORES DE RIESGO	22
VI.I	Variable Sociodemográfica	22
VI.I.II	Edad.....	23
VI.I.III	Escolaridad.	23
VI.I.IV	Antecedentes maternos.....	24
VI.I.V	Factores de riesgo.	26
VI.I.VI	Antecedentes prenatales.....	26
VI.I.VI	Antecedentes del embarazo y puerperio.....	29
VI.I.VIII	Causas de muerte.	31

VII.	ANÁLISIS DE LAS DEMORAS	34
VIII.	CONCLUSIONES.....	44
IX.	RECOMENDACIONES	47

Listado de figuras

Figura 1	Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.....	10
Figura 2	Distribución de la mortalidad materna según municipios de residencia.	22
Figura 3	Distribución de la mortalidad materna según escolaridad de la gestante, en un instituto de salud del tolima en el 2019.....	24
Figura 4	Distribución de la mortalidad materna según el tipo de convivencia en un instituto de salud del tolima en el 2019	24

Listado de Tablas

Tabla 1 Acción insegura.....	12
Tabla 2 Variables sociodemográficas	17
Tabla 3 Variables de Antecedentes maternos.....	18
Tabla 4 Variables de Factores de riesgo y complicaciones	18
Tabla 5 Variables de Antecedentes prenatales.....	18
Tabla 6 Variables de Antecedentes de embarazo y puerperio	18
Tabla 7 Variables de Causas de muerte	19
Tabla 8 Unidad de análisis, demoras del Servicio	19
Tabla 9 Análisis Tipo de Demora I.....	34
Tabla 10 Análisis Tipo de Demora II	35
Tabla 11 Análisis Tipo de demora III.....	36
Tabla 12 Análisis Tipo de Demora IV.....	37

Listado de abreviaturas

ASIS.	Análisis de Situación en Salud
CIE.	Clasificación Internacional de Enfermedades
CONPES.	Consejo Nacional para la Planeación de la Educación Superior
CPN.	Control Prenatal
DANE.	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EA.	Evento Adverso
EAPB.	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
ECO.	Ecografías
HELLP.	Enzimas Hepáticas Elevadas
HTA.	Hipertensión Arterial
IC.	Intervalo de confianza
IEC.	Información, Educación y Comunicación
INS.	Instituto Nacional de Salud
IPS.	Institución Prestadora de Salud
LCE.	Lesiones de Causa Externa
MM.	Muertes Maternas
MME.	Morbilidad Materna Extrema
NV.	Nacidos Vivos
ODM.	Objetivos del Desarrollo del Milenio
OIT.	Organización Internacional del Trabajo

OMS	Organización Mundial de la Salud
RMM.	Razón Mortalidad Materna
RUAF-D	Registro Único de Afiliados en Salud- Módulo defunciones
SISPRO.	Sistema de Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.
SIVIGILA	Sistema de vigilancia en salud pública.

Resumen

En Colombia la mortalidad materna se ha considerado la máxima expresión de desigualdad en salud en la que primordialmente son afectadas las mujeres con mayores dificultades socio-económicas, y en la que existe una gran diferencia entre las tasas de mortalidad de los datos suministrados por la Secretaría de Salud Departamental, con el fin de ofrecer un insumo que permita plantear acciones que contribuyan a disminuir dichos desenlaces fatales en el territorio que presentan los países desarrollados comparados con los países en vías de desarrollo.

Así bien, la motivación de esta investigación fue analizar los factores de riesgo presentados en los casos de las muertes maternas en el departamento del Tolima en el año 2019 en un instituto de salud, el comportamiento del evento y las demoras asociadas a la determinación de la clasificación de dichas muertes a través de la revisión sistemática. La presente investigación se realizará a través de un estudio descriptivo transversal, en el cual se determina las características de la mortalidad materna las cuales fallecieron durante la gestación o en puerperio en el año 2019 y a quienes se les realizaron unidades de análisis a partir de los datos sociodemográficos ofrecidos por la Secretaria de Salud Departamental del Tolima, las cuales no fueron por causas externas o violentas, identificando el tipo de demoras.

I. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

I.I Planteamiento del Problema

En el marco de la implementación de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) y de las correspondientes estrategias implementadas para cumplirlos, Colombia se encuentra rezagada en el cumplimiento del objetivo 5 que busca reducir la mortalidad materna.

Según el artículo 42 de la Constitución Política de 1991 en el cual garantizan la protección integral de la familia, Por esta razón, el significado de maternidad para las mujeres puede ser apreciada como una experiencia significativa que genera expectativas acerca de cumplimiento del concepto social de familia donde se espera terminar de manera satisfactoria, sin embargo, también puede ser percibida de manera negativa, relacionan con sufrimiento, enfermedad y muerte, donde las principales víctimas de estos eventos son las mujeres en condiciones de vulnerabilidad, siendo así, ¿qué pasa si por factores económicos, sociales, públicos y estatales esa madre muere en puerperio o gestación?

En la actualidad la Mortalidad Materna (MM) es un tema de interés en cuanto a políticas públicas, puede incluso evidenciarse que en la última década han ido disminuyendo paulatinamente los casos de MM registrados en Colombia, el Instituto Nacional de Salud, INS (2017), afirma que “en Colombia entre 2000 y 2008, la mortalidad materna se redujo en 44.3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que paso de 104.9 a 60.7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos entre 2008 y 2011”. (p.4). Estos datos, aunque son alentadores, se alejan de lo propuesto en los objetivos del desarrollo milenio (ODM) para el 2015 y los cursantes objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para el 2030 ya que este fenómeno ha seguido cobrando, cada año, la vida de cientos de mujeres por causas asociadas a la gestación, el parto y el postparto, tal como lo indica el Ministerio de Salud y Protección (2014).

De acuerdo con la OMS en el mundo a diario mueren 800 mujeres por eventos relacionadas con el embarazo y el parto, que pueden prevenirse, y en su mayor parte se presentan en los países en vías de desarrollo, en zonas rurales y en comunidades pobres, esta aseveración es respaldada por el Ministerio de Salud y de la Protección Social (MINSALUD, 2016) que afirma que “el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente, y alcanza un índice

de concentración de 0-17, es decir que es una desigualdad a favor de los más favorecidos. Se estableció a partir del año 2016 los nuevos objetivos para el desarrollo sostenible en donde se describe una nueva meta para la salud materna, la cual tiene como finalidad para el año 2030 reducir la razón de mortalidad materna RMM a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos en el mundo. (INS, 2017).

Por las razones anteriores se hace apremiante analizar los casos de mortalidad materna presentados en el año 2019 con el fin determinar las demoras asociadas a la muerte materna en el Departamento del Tolima para que con base se detecten a tiempo los factores de riesgo y las partes interesadas puedan intervenir de manera efectiva y lograr llegar a la meta de cero muertes evitables.

I.II Pregunta de Investigación

¿Cuál es el Comportamiento del evento de mortalidad materna y sus factores de riesgo relacionados, en un instituto de salud del departamento del Tolima en el año 2019?

II. OBJETIVOS

II.I Objetivo General

Analizar los casos de Mortalidad Materna en un instituto de salud del departamento del Tolima en el año 2019 y el comportamiento de los factores relacionados, para formular una propuesta de plan de acción dirigido disminución de los índices de mortalidad en esta institución.

I.II Objetivos Específicos:

Describir los datos sociodemográficos de las maternas que fallecieron en un instituto de salud del departamento del Tolima durante el año 2019.

Estudiar el comportamiento de la mortalidad materna en el año 2019, identificando las principales causas y el impacto sobre la salud publica en en un instituto de salud del departamento del Tolima.

Proponer sugerencias y recomendaciones mediante un plan de acción, donde se involucre a las instituciones interesadas, tales como: la secretaria de Salud Departamental, EAPB e IPS privadas y Públicas que presten atención en el Tolima.

III. JUSTIFICACIÓN

No se puede desconocer que el Gobierno Nacional por medio de las diferentes secretarías de salud Departamentales han enfocado sus esfuerzos para que siga reduciendo la tasa de mortalidad materna a nivel nacional, por su parte el Ministerio de Protección Social bajo la Política de atención integral en salud (PAIS) y la aplicación del Modelo de atención integral en salud (MIAS) el ministerio de salud y protección social en procura de mejorar las atenciones e intervenciones en salud para el grupo de riesgo materno perinatal plantea la Ruta de Atención Integral en Salud (RIAS) como una metodología que establece las acciones que le corresponden a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de manera individual y colectiva en la comunidad., pero a pesar de estos esfuerzos no se ha podido cumplir con la reducción tal como lo plantea el plan decenal donde indica que se debe tener “cero (0) Tolerancia con las muertes maternas” (Ministerio de Salud y Protección.

La mayoría de estas muertes son prevenibles. De acuerdo con los datos de 2014 a 2018, las hemorragias fueron la causa del mayor número de muertes maternas. Esta fue la causa de más del 27% de las muertes maternas en las regiones, otras complicaciones principales incluyen infecciones, presión arterial alta durante el embarazo, complicaciones en el parto y abortos en condiciones de riesgo. No obstante estudiar los distintos factores puede permitir establecer las acciones de mejora que deben tenerse en cuenta para evitar en mayor proporción las muertes maternas que ocurren no solo en Departamento del Tolima, sino también a nivel Nacional.

Es importante indicar que independiente de la localización y duración del embarazo las mortalidades maternas son tenidas en cuenta si están vinculadas o agravadas por el embarazo y su manejo y no por causas accidentales o incidentales (CIE MM, 2012). Además están subdivididas en dos grupos: muertes obstétricas directas: “las muertes obstétricas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados y muertes obstétricas indirectas: son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo” (CIE MM,

2012, p.9). El interés de esta investigación es determinar las demoras asociadas a las muertes maternas evitables para que se produjera este desenlace fatal, ya que se ha podido comprobar que las intervenciones sanitarias a tiempo pueden prevenir o manejar muchas de las situaciones que se presentan dentro de la gestación, dentro de las cuales se puede resaltar acciones como la atención prenatal temprana, las capacitaciones para que la gestante reconozca a tiempo los signos y síntomas de alarma, la asistencia capacitada para la atención del parto y el puerperio.

Siendo la motivación de esta investigación analizar los casos presentados de las muertes maternas en el departamento del Tolima en el año 2019, el comportamiento del evento y las demoras asociadas a la determinación de la clasificación de dichas muertes a través de la revisión sistemática, es importante reconocer el papel fundamental de la política en la formulación y adaptación de acciones dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en salud a las mujeres en estado de gestación, asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema (Minsalud)

IV. MARCO REFERENCIAL

IV.I Marco Conceptual

Antecedentes médicos: Registro con información sobre la salud de una persona. Los antecedentes médicos personales pueden incluir información acerca de las alergias, las enfermedades, las cirugías, las inmunizaciones y los resultados de los exámenes físicos y las pruebas. También pueden incluir información acerca de los medicamentos que se tomaron y los hábitos de salud, como el régimen de alimentación y el ejercicio. Los antecedentes médicos familiares incluyen información sobre la salud de los familiares cercanos (padres, abuelos, hijos, hermanos y hermanas). Esto incluye sus enfermedades actuales y pasadas. Los antecedentes médicos familiares pueden mostrar cómo se presentan ciertas enfermedades en una familia (Instituto Nacional de Cáncer).

Causa de muerte: "La enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal" (OMS).

Control Prenatal: Conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional. (Salud Capital, 2012).

Morbilidad materna: La morbilidad materna extremadamente grave es la complicación que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte (Toste, et al., 2011).

Muerte materna directa: es aquella resultante de complicaciones del embarazo, cualquiera que sea su momento (embarazo, parto y puerperio), de las intervenciones motivadas por el mismo, omisiones, tratamientos incorrectos o derivada de una cadena de eventos o resultado de cualquiera de los anteriores antes mencionados. Ejemplo: será la presencia de Pre-eclampsia o Eclampsia, Hemorragia y sus secuelas como los Trastornos de la Coagulación; la Anestesia y sus complicaciones

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

motivadas por una indicación obstétrica como la Cesárea o el manejo inadecuado o deficiente de esos eventos. (Elías, 2009).

Muerte materna indirecta: son aquellas generadas como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el curso del embarazo y que sin estar relacionadas con éste provocan la muerte al ser agravadas por el efecto fisiológico del embarazo (Salud Capital, 2012).

Muerte materna evitable: La muerte evitable se define como aquella muerte que, dado los conocimientos médicos actuales y la tecnología, podría evitarse por el sistema de salud a través de prevención y/o tratamiento. (López, 2016)

Muerte materna no evitable: Son aquellas que por su patología no pueden ser evitables independientemente del actor que intervenga en ellas, ya que el desarrollo de su enfermedad es la muerte (Salud Capital, 2012).

Muerte materna: es 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. (La OMS 1992).

Necropsia: La Necropsia es aquel estudio realizado a un cadáver con la finalidad de investigar y determinar las causas de su muerte, por lo general, el término utilizado como sinónimo de autopsia, ya que en ambos casos se procede al estudio de cadáveres, sin embargo, se puede acotar que la necropsia es usada en el área de criminalística más que en cualquier otro ámbito de la investigación ya que la necropsia comprende todo lo relacionado al lugar del hecho, todo lo concerniente a los indicios y herramientas que se usaron para realizar el asesinato y su posterior levantamiento del lugar (Ángel, 2011).

Necropsia verbal: La autopsia verbal es una metodología para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde que enferma hasta que fallece. Es una estrategia de vigilancia epidemiológica de gran utilidad en el quehacer de la salud pública, un instrumento de estudio del proceso enfermedad-atención-muerte (Ángel, 2011).

Patología: Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen (López, 2016).

Programas de prevención y promoción: El propósito de los programas de Promoción y Prevención es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de los afiliados y sus familias, y promuevan en ellos una vida sana, feliz, placentera y productiva. Por su naturaleza, estos programas son una responsabilidad compartida entre las personas, las familias, las organizaciones, e instituciones prestadoras de salud (López, 2016).

Razón de mortalidad materna: INEGI (2012) define la razón de mortalidad materna (RMM) como el “número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100000 nacidos vivos en el mismo periodo”.

IV.II Marco teórico

Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La vigilancia en salud pública de la MM se realiza en Colombia desde el año 1996 (Sistema Alerta-Acción, actual SIVIGILA) de manera individual y se correlaciona con el certificado de defunción que, desde el año 1998, contiene información específica referente al antecedente de embarazo en muerte de mujeres en edad fértil.

IV.III Modelo de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

El modelo de garantía de calidad de la atención en salud, se estructuró en el año de 1993 como uno de los principios rectores del sistema y se ordenó la definición del Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006) Este modelo de garantía debe establecerse bajo cuatro componentes integrales que harán optimizar los procesos de calidad dentro de las instituciones prestadoras de salud.

IV.IV La Habilitación

Un estándar de habilitación se describe como la declaración que define la expectativa de desempeño, estructura o proceso que son esenciales en una institución o servicio para mejorar la calidad en la atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006) Los estándares que plasman las

condiciones mínimas que se deben garantizar en la prestación de los servicios por componentes son los de recurso humano, infraestructura, instalaciones físicas y su mantenimiento; dotación y su mantenimiento; medicamentos, dispositivos médicos y su gestión; procesos prioritarios asistenciales; historia clínica y registros clínicos; interdependencia de servicios; de referencia y contra referencia de pacientes, y de seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.

IV.V La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, PAMEC

Esta auditoria construye un puente directo entre la habilitación y lo que se espera realmente de la prestación de los servicios en salud, en esta etapa se verifica de forma directa y analítica los procesos, la atención y la calidad de los servicios que se le ofrecen a los pacientes dentro de las diferentes instituciones prestadoras de salud. Vale la pena resaltar que las auditorias son obligatorias para las siguientes entidades:

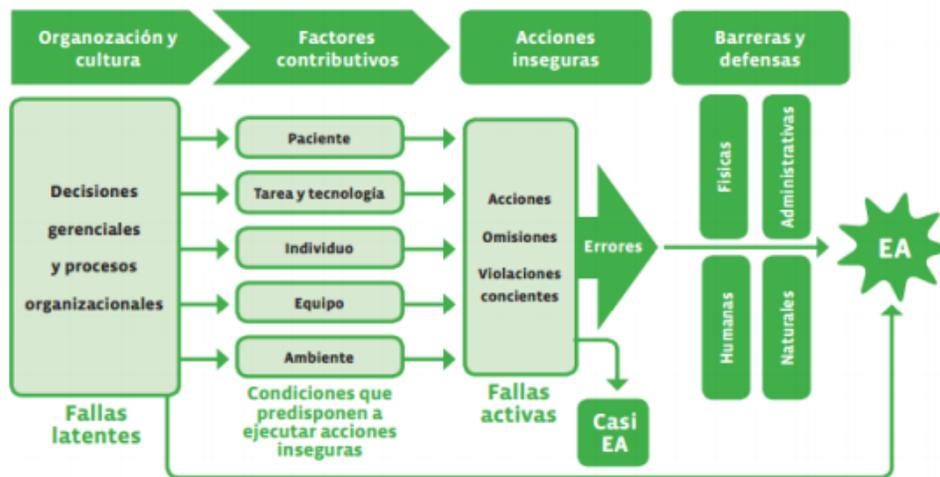
- Instituciones prestadoras de servicios de salud
- Las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado
- Las entidades adaptadas
- Las empresas de medicina prepagada.

IV.VI La acreditación en Salud

Este sistema busca de forma directa convertir a los diferentes agentes del sector competentes en las prácticas de salud; de otra forma también integra a los diferentes usuarios del sistema con capacitaciones en torno a las diferentes características, derechos, deberes y niveles de calidad que deben de esperar de las diferentes entidades a cargo de la salud en Colombia. En cuanto a maternidad el sistema de información brindará un modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud está alineado con el Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud (SOGC) como un sistema propio del área en el que existe un “conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (Ministerio de Salud y Protección , 2011) Busca dar cumplimiento a varios de los propósitos del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) definido por la Ley 100 de 1993, entre otros el de “fortalecer una red de servicios de salud que brinde la atención básica y compleja en todas las regiones, bajo un modelo integral de prestaciones de servicios preventivos, asistenciales y colectivos”.

Errores humanos: Es importante reconocer que en la prestación de los servicios y por ende dentro de la práctica de medicina, se deben considerar los errores humanos como un punto álgido, por lo cual lograr disminuir considerablemente la frecuencia de estos errores en las instituciones que atienden a mujeres embarazadas se constituye en un aspecto bien importante. (OMS, 2015).

Figura 1 Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos



IV.VII Demoras o retrasos en la atención materna

Estas demoras son una herramienta de ayuda para el análisis de los casos de morbilidad materna o posterior muerte materna, que permiten identificar los determinantes biológicos y médicos asociados con el evento. (OPS, 2017). Se han subdividido en 4 categorías de la siguiente forma:

IV.VII.I Demora tipo I

Hace alusión al desconocimiento por parte de las mujeres, sus familias y la comunidad en general, acerca de los signos y síntomas de peligro que pueden amenazar la vida durante el embarazo, parto, puerperio y de los recién nacidos, o de las intervenciones para una maternidad saludable (Estrategias de Información, Educación y Comunicación –IEC-) que se brindan a la población mediante el desarrollo de guías de difusión verbal, escrita, audiovisual y otros). (Ministerio de Salud Pública y

Asistencia Social, 2010-2015) Se describe como la demora para reconocer el problema y que se requiere atención en salud, relacionada con esta dicha falta de información sobre las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo, las señales de peligro y con el desconocimiento de derechos y deberes en salud sexual y reproductiva. (Ministerio de Salud y Protección, 2014).

IV.VII.II Demora tipo II:

Aunque la mujer reconozca los signos de peligro, en ocasiones tarda en decidir la búsqueda de atención, factores como la inequidad de género no le permiten tomar decisiones por sí misma, sino que debe realizarlas en conjunto con su pareja o familiares cercanos. Hace referencia al retraso en la toma de la decisión para buscar la atención por parte de la gestante y sus familiares desde donde por motivos de tipo social, cultural o económico o por experiencias negativas previas al ser atendida en un servicio de salud. (Ministerio de Salud y Protección, 2014)

IV.VII.III Demora tipo III

Se refiere a los retrasos debido a las dificultades para el acceso a las vías de comunicación y a los medios de transporte que permitan acceder a los servicios de salud y a los retardos asociados a los sistemas de referencia. (Ministerio de Salud y Protección, 2014).

IV.VII.IV Demora tipo IV

Hace referencia a una atención inoportuna e ineficiente dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud, debida a múltiples causas, entre otras, a la falta de medicamentos, insumos, equipo adecuado, conocimientos, habilidades, actitudes y/o destrezas de los proveedores de servicios de salud. (Ministerio de Salud y Protección, 2014). Se asocia a atención en salud deficiente que incluyen las actividades asistenciales y administrativas durante la prestación del servicio, desde la atención preconcepcional, la prenatal, el parto y puerperio y las demoras relacionadas con la falta de oportunidad en la referencia a un nivel de mayor complejidad para la atención en salud. (Ministerio de Salud y Protección, 2014).

Tabla 1 Acción insegura

DEMORA	ACCIÓN INSEGURA	Si
DEMORA tipo I	No reconocimiento de los signos y síntomas de alarma por parte del paciente	
DEMORA tipo II	Falta de oportunidad para entrar en contacto con el sistema de salud	
DEMORA tipo III	Presencia de barreras que limitan el acceso de los pacientes a la institución de salud	
DEMORA tipo IV	Acceso restringido al servicio	
	Demora en el ingreso físico de la paciente a la institución	
	Demora en el ingreso administrativo de la paciente a la institución	
	Demora en el reconocimiento de síntomas y signos de severidad por parte del personal de salud	
	Realización de un diagnóstico inadecuado	
	Ejecución incorrecta de las órdenes médicas	
	Ejecución inadecuada del control y supervisión	
	No disponibilidad de sangre o hemoderivados	
	No disponibilidad de insumos o medicamentos	
	No disponibilidad de ayudas diagnósticas	
	Deficiente dotación institucional de equipos y tecnología	
Procesos de atención no estandarizados		
Deficiente capacitación del personal en emergencia obstétrica		
Ineficiencia en el proceso de remisión		

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección . 2014)

IV.VIII Análisis de la mortalidad materna

De acuerdo a los lineamientos establecidos en el protocolo nacional para la vigilancia del evento, al realizar el análisis de mortalidad materna se deben tener en cuenta diferentes variables tales como la clasificación y la causa de muerte, los factores de riesgo, los protocolos existentes para las diversas patologías y debe realizarse en los primeros 30 días después de haber ocurrido el fallecimiento. MINSALUD. (2016). (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2013).

Importancia del análisis de la mortalidad materna: La Mortalidad materna por sí sola, refleja un indicador de las condiciones de salud y por ende, de la calidad de vida de una población determinada (economía, familia, educación, etc.), que permite evaluar el acceso y el nivel de atención que se le brinda a las gestantes. El evento se considera una prioridad en el país, definido así en el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021. (Ministerio de Salud, 2012-2021).

Este indicador pretende aportar elementos para la toma de decisiones en políticas públicas que permitan disminuir las inequidades y las barreras que puedan presentarse, favoreciendo la salud reproductiva de la población y la maternidad segura y la salud reproductiva de la población.

Salud reproductiva: La salud reproductiva (SR) se entiende como el bienestar físico, social y mental en cada uno de los aspectos relacionados con la reproducción, limitando los riesgos y permitiendo la libertad para decidir si desean o no tener hijos, cuántos y en qué momento es adecuado. (Profamilia, 2004).

IV.VIII.I Causas básicas de riesgo para la Mortalidad Materna.

La CIE MM (2012) con el fin de plantear un marco común agrupa las causas básicas de riesgo de la siguiente manera:

Causas básicas de riesgo: parto, pérdida de embarazo, embarazo ectópico y otras afecciones que llevan a la muerte materna y a un embarazo que termina en aborto Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio

Enfermedades obstétricas o afecciones directamente asociadas con hemorragia Enfermedades o afecciones inducidas por infecciones, vinculadas al embarazo Todas las demás afecciones obstétricas directas no incluidas en los grupos 1–4

Efectos adversos severos y otras complicaciones no previstas de los cuidados médicos y quirúrgicos brindados durante el embarazo, parto o puerperio

Afecciones no obstétricas

Cardiopatías (incluyendo hipertensión preexistente) • Afecciones endócrinas • Afecciones gastrointestinales • Afecciones del sistema nervioso central • Afecciones respiratorias • Afecciones genitourinarias • Trastornos autoinmunes • Afección esquelética • Trastornos psiquiátricos • Neoplasias • Infecciones que no derivan directamente del embarazo

Muerte materna que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio en la que no se conoce o no se ha determinado la causa básica

Muerte durante el embarazo, parto y puerperio debida a causas externas.

IV.VIII.II Marco Legal

Constitución Política de Colombia de 1991: Art 2. Establece que el Estado debe proteger la vida de todas las personas residentes en el País.

Art 11. Hace referencia a que el derecho a la vida es inviolable y en el artículo 43 se establece que las mujeres y los hombres tienen los mismos derechos, sin que las mujeres puedan ser sometidas a alguna clase de discriminación, adicionalmente: “Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada”.

Ley 100 de 1993: Art 166. Establece en el Artículo 166 que el Plan de Salud cubrirá el control prenatal, las atenciones relacionadas con el parto, posparto y las afecciones relacionadas con la lactancia.

Ley 1438 de 2011: El Congreso de la República de Colombia, expidió esta ley con el fin de lograr el mejoramiento de la salud, a través del fortalecimiento de acciones requeridas y de brindar servicios equitativos e incluyentes de mayor calidad. En su artículo segundo, define que el Sistema General de Seguridad Social en Salud el bienestar del usuario será el eje principal y articulador de las políticas en salud a través de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Para cumplir lo anterior, el gobierno nacional deberá definir indicadores de los resultados en salud para los diferentes sectores relacionados en el que se incluya la “Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materno perinatal e infantil”.

En su artículo tercero, que con el fin de garantizar la vida, salud e integridad, así como el desarrollo de las mujeres en estado de embarazo, en edad reproductiva a los niños y adolescentes, la sociedad, el Estado y la familia, tiene la obligación de proteger, asistir y cuidar a dicha población y refuerza los principios generales del sistema en los que se incluye la calidad, que hace referencia a

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

brindar servicios acordes a la evidencia científica, provistos de manera humanizada, integridad, oportunidad, seguridad, eficiencia, corresponsabilidad, en la que cada persona debe propender por el autocuidado y el cuidado de la salud de la familia y comunidad, la prevención, definida como la precaución aplicada a la gestión del riesgo, y la continuidad, en la cual se establece que las personas no pueden ser separados del Sistema cuando pelagra su integridad o su vida.

Resolución 4505 de 2012: Establece el reporte del registro de las actividades de detección temprana, protección específica y en el caso de las enfermedades de interés en salud pública del obligatorio cumplimiento de la aplicación de las guías de atención integral.

Resolución 3202 de 2016: elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones.

Resolución 2626 de 2019: adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, modifica la Política de Atención Integral en Salud — PAIS, y se convierte en el nuevo norte conceptual para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia.

V. METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, de carácter cuantitativo en el cual se hace una descripción de las causas de la mortalidad y se establecen categorías de riesgo, en el cual se investigó el evento mortalidad materna ocurrida en un instituto de salud del departamento del Tolima en el año 2019.

V.I Población y muestra

V.I.I Universo

La población base fueron las mujeres gestantes o en puerperio atendidas en un instituto de salud del departamento del Tolima y que fallecieron durante el año 2019, a quienes se les realizó unidad de análisis por el grupo de epidemiología deL instituto de salud en conjunto con la Secretaría de Salud Departamental en dicho período.

V.I.II Muestra

Serán las muertes que notifico el instituto de salud a la secretaria de salud como muerte materna durante el año 2019, equivalente a 10 casos notificados.

V.I.III Muestreo

El estudio no requirió realizar muestreo.

V.I.IV Criterios de Selección

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Se tomaron las muertes maternas ocurridas en el año 2019 en un instituto de salud del departamento del Tolima.

V.I.V Criterios de inclusión

Mujeres que fallecieron en estado de embarazo, parto o puerperio en el año 2019 en un instituto de salud del departamento del Tolima.

Muertes Maternas que hayan sido reportadas al SIVIGILA por en un instituto de salud del departamento del Tolima durante el año 2019 que cuenten con Unidad de Análisis suministradas por el instituto de salud y Secretaría de Salud Departamental y análisis de demoras.

V.I.VI Criterios de exclusión

Casos reportados de mujeres que fallecieron debido a causas externas o no documentadas en la base de datos del año 2019.

V.I.VII Operacionalización de Variables

Las variables a considerar para el análisis, se operacionalizan y subdividen de acuerdo con los lineamientos de la ficha de mortalidad materna, establecida en la Ley 1273 del 09 y 1266 del 09 de la siguiente manera:

Tabla 2 Variables sociodemográficas

Nombre:	
Edad:	
Régimen de Salud:	
Escolaridad:	
Estado Civil:	
Lugar de Residencia:	
Lugar De Fallecimiento:	
Edad Gestacional:	
Fecha probable de parto:	
Fecha de Defunción:	

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Terminación Embarazo:	
------------------------------	--

Fuente: Formato de recolección de datos.

Tabla 3 Variables de Antecedentes maternos

Regulación de la fecundidad:	Método de planificación familiar que estaba utilizando al momento de embarazo
Paridad:	Numero de gestaciones

Fuente: Formato de recolección de datos.

Tabla 4 Variables de Factores de riesgo y complicaciones

Antecedentes de riesgo	Aspectos presentes en la madre antes de la gestación actual
Complicaciones del actual embarazo	Complicaciones visibles durante el periodo de gestación del embarazo actual

Fuente: Formato de recolección de datos.

Tabla 5 Variables de Antecedentes prenatales

Numero de control prenatal	Número de controles prenatales realizados
Controles realizados por	Indica la persona que realizo el o los controles prenatales
Nivel de atención	Nivel de complejidad de la institución prestadora del servicio, donde ocurrieron los CP
Remisiones oportunas	Necesidad de remisión oportuna

Fuente: Formato de recolección de datos.

Tabla 6 Variables de Antecedentes de embarazo y puerperio

Momento en que ocurrió la muerte materna	Momento del embarazo en el que ocurrió la muerte
semana en que ocurrió la muerte materna	Valor absoluto semana de gestación en al que se encontraba la madre
Tipo de parto	Procedimiento para desembarazar a la madre
Parto atendido por	Profesional que atiende el parto

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Nivel de atención	Nivel de complejidad de la institución prestadora del servicio
--------------------------	--

Fuente: Formato de recolección de datos.

Tabla 7 Variables de Causas de muerte

Causa de la defunción	CIE 10 de las causas que ocasionaron la muerte
Causa de la Muerte determinada por	Extracción de datos a partir de historia clínica, autopsia verbal, necropsia.
Descripción de demoras encontradas	Clasificación de las demoras: Demora I, Demora II, Demoras III, Demoras IV.

Fuente: Formato de recolección de datos.

Tabla 8 Unidad de análisis, demoras del Servicio

	SI	NO
DEMORA 1. Reconocimiento del problema		
Reconocimiento del problema con prontitud por parte del paciente		
Reconocimiento de los factores de riesgo (signos y síntomas de peligro)		
Desconocimiento de derechos y deberes en salud		
DEMORA 2. Oportunidad de la decisión y de la acción:		
Presencia de inconvenientes familiares, culturales, económicos para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica.		
Experiencias negativas en los servicios de salud demoran la decisión de solicitar atención.		
DEMORA 3. Acceso a la atención / Logística de referencia.		
Inaccesibilidad geográfica o por orden público.		
Falta de estructura vial y de comunicaciones.		
Factores económicos que dificultan el traslado.		
Falta de acceso a la atención en salud debido a que se solicitó el pago por algún servicio.		

Remisión oportuna.		
DEMORA 4. Calidad de la atención.		
Tratamiento médico adecuado y oportuno		
Calidad de la atención en cuanto a identificación del riesgo y clasificación de caso.		
Personal suficiente y capacitado para la atención		
Evaluación y cumplimiento de protocolos.		
Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados etc.		
Programas de promoción y prevención ineficientes		
Inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender al paciente		
Atención en niveles no acordes a su gravedad.		
Calidad de los apoyos diagnósticos (ecografías, exámenes de laboratorio etc.).		
Deficiente historia clínica.		

V.II Alcances y Limitaciones del Proyecto

Para el control de sesgos y posibles errores dentro de la presente investigación, no se permitió extraer los datos en físico tanto de historias clínicas como unidades de análisis de la secretaría de salud Departamental a ninguna persona diferente a las autoras, evitando que se pudiera generar algún tipo de manipulación intencionada de las estadísticas.

Solo fueron objeto de análisis los 10 casos reportados por parte del instituto de salud y de la Secretaria de Salud Departamental del Tolima.

V.III Consideraciones Éticas

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Esta investigación se rige por los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud de Colombia, definidos en la Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

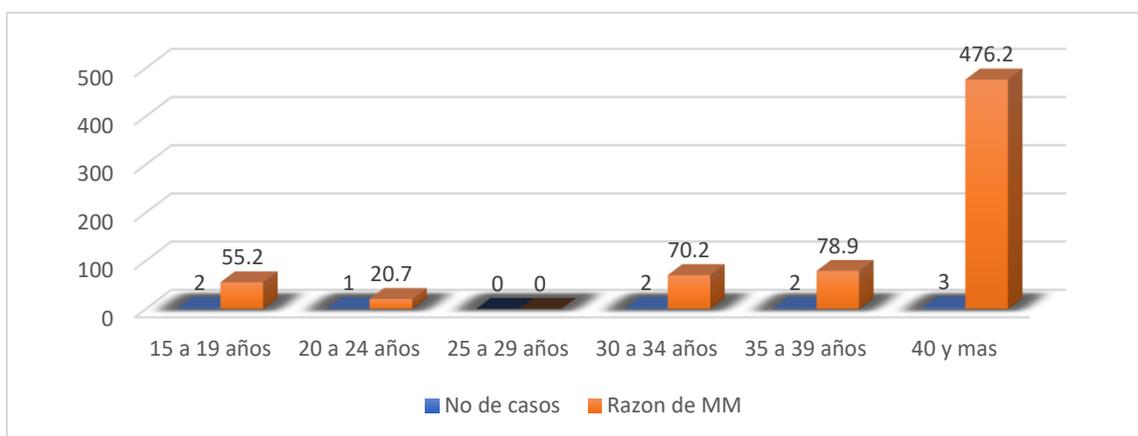
Se consideró una investigación sin riesgo ya que analiza eventos ya ocurridos de gestantes fallecidas, sin intervenir ni modificar las variables biológicas, fisiológicas, o psicosociales de las participantes en este estudio. Se emplearon métodos de investigación documental retrospectivos; los datos se manejaron con altos estándares de confidencialidad. No se requirió firma de consentimiento informado de acuerdo a lo consignado en dicha resolución.

Los resultados obtenidos no pretenden hacer señalamientos de culpabilidad administrativa o asistencial, ni podrán ser utilizados como pruebas de carácter legal o disciplinario.

VI.I.II Edad

El mayor número de casos de mortalidad materna se registró en las gestantes en edades comprendidas entre 40 y más años con una razón de mortalidad de 476,2 por cada 100.000 nacidos vivos mientras que el grupo etario con menos casos reportados es el comprendido entre los 25 y 29 años

Grafica 1 Casos de mortalidad materna

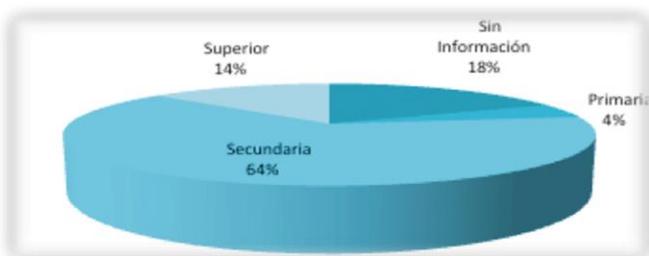


Fuente: redactado por las autoras según datos analizados

VI.I.III Escolaridad.

La escolaridad hasta la secundaria fue un factor común en el 63% de los casos; en relación a la convivencia el 72% de las maternas vivía con sus parejas, la totalidad de las muertes se presentaron en centros asistenciales, así entonces no hubo fallecimientos durante el traslado, en el domicilio, ni en vías públicas.

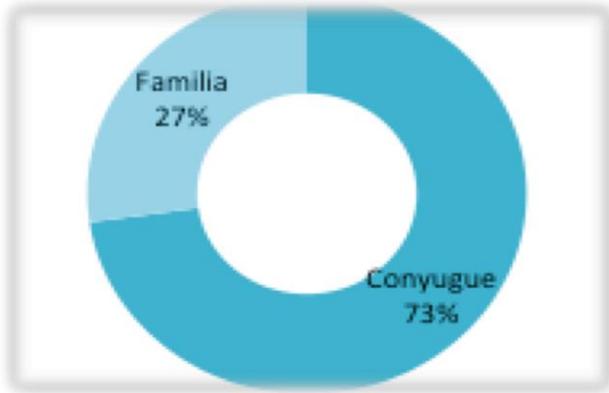
Grafica 2 Nivel de escolaridad



Fuente: Creación propia

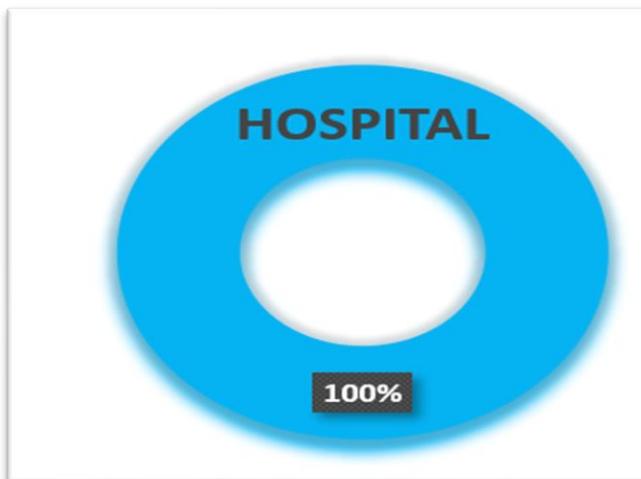
MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Figura 3 Distribución de la mortalidad materna según escolaridad de la gestante, en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019.



Fuente: redactado por las autoras según datos analizados.

Figura 4 Distribución de la mortalidad materna según el tipo de convivencia. , en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019



Fuente: redactado por las autoras según datos analizados.

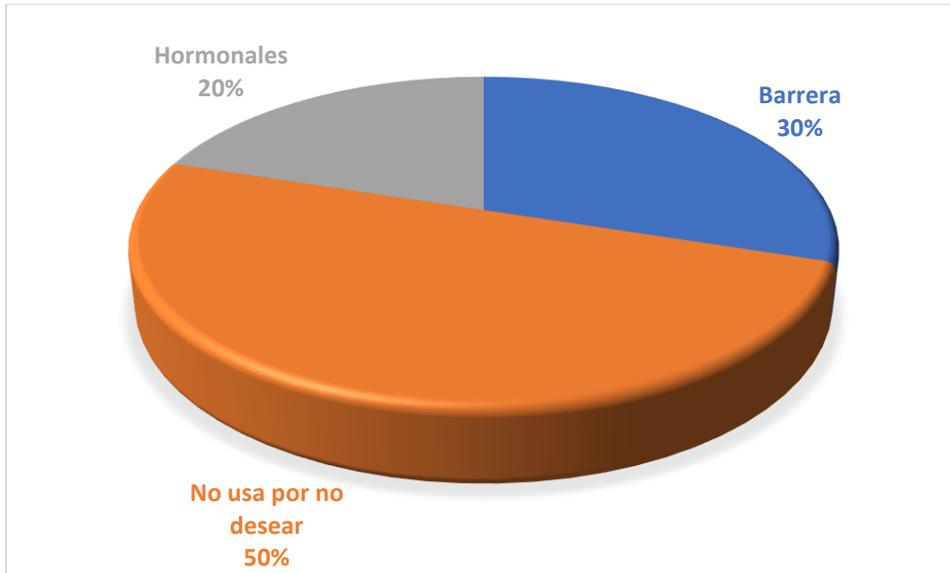
VI.I.IV Antecedentes maternos.

En el análisis de los antecedentes maternos, se evidenció que las que cursaban el segundo embarazo tuvieron mayor índice de mortalidad representando el 41% del total, seguido de las

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

primigestantes y de quienes estaban en su tercer embarazo con un 23% cada uno y que su mayoría las maternas no usó métodos de anticoncepción porque no deseaba

Grafica 3 Distribución de la mortalidad materna según regulación de la fecundidad en un instituto de salud del departamento del Tolima 2019



Fuente: Redactado por las autoras según datos analizados.

VI.I.V Factores de riesgo.

De las 10 muertes maternas al 54,54% registraban antecedentes de riesgo establecidos, dentro de los cuales la obesidad es el factor de riesgo que predomina en 3 casos, seguido de la Intergénesis menor a dos años y el RN pretérmino, embarazo anterior con preeclampsia y lupus sin tratamiento hace más de un año, mientras que 3 de los casos no cuentan con antecedentes determinados.

Grafica 4 Distribución de la mortalidad materna según regulación de la fecundidad en un instituto de salud del departamento del Tolima 2019



Fuente: redactado por las autoras según datos analizados.

En cuanto a las complicaciones del actual embarazo se presentaron en 10 casos de MM analizadas, siendo la hemorragia post parto el evento que predomina en 5 pacientes, seguido de los trastornos hipertensivos tales como la preeclampsia que fue la constante en 3 pacientes, además se presentan otro tipo de eventos tal falla multiorgánica, hemorragia intracraneana.

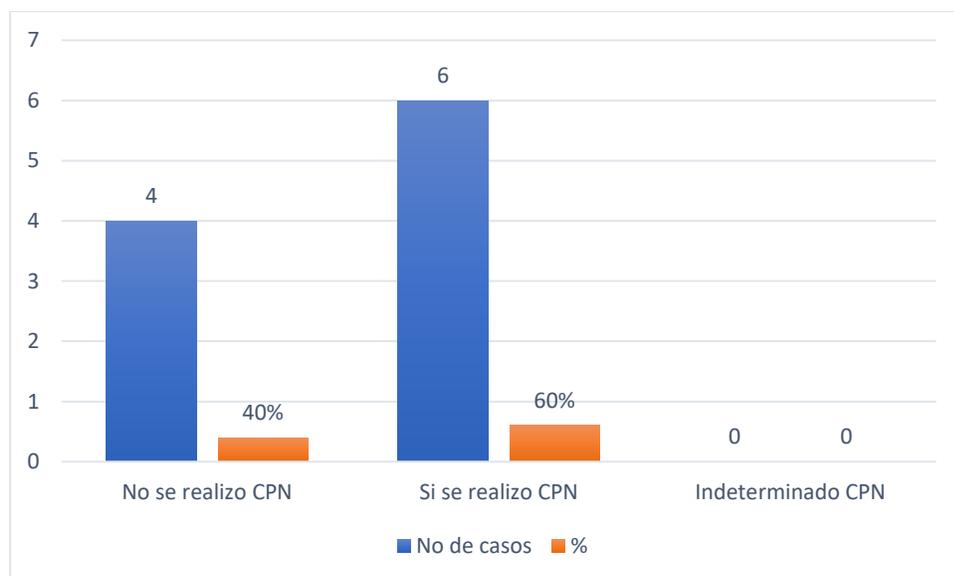
VI.I.VI Antecedentes prenatales.

Ozorno (2008) afirma que "la historia clínica prenatal permite identificar las características psicosociales de la mujer en estado de embarazo, sus antecedentes médicos, obstétricos del embarazo y del parto actual, detectar los que se describen como factores de riesgo de mortalidad neonatal" (p.90), es por ello que analizar la variable de antecedentes prenatales es vital para esta investigación, ya que permite determinar los aspectos que se asocian a la mortalidad materna ocurridas en un instituto de salud del departamento del Tolima.

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

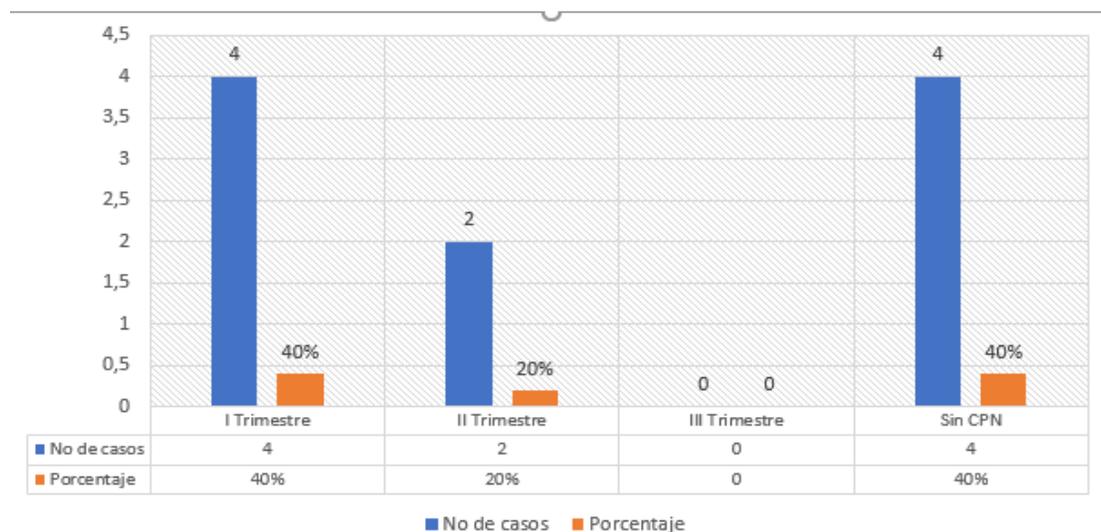
De las MM reportadas, 6 mujeres, que representan el 60% de la muestra se realizó Control Prenatal en relación a las 4 mujeres que representan un 40% que no realizo CPN. De este 60% un 40%, Inició su control prenatal en el primer trimestre y el 20%, restante inició su control a partir del segundo trimestre En este mismo orden de ideas se evidencia que solo un 30% de gestantes recibió asistencia por parte de un médico obstetra.

Grafica 5 Mortalidad según número de controles prenatales en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019



Fuente redactado por las autoras según datos analizados.

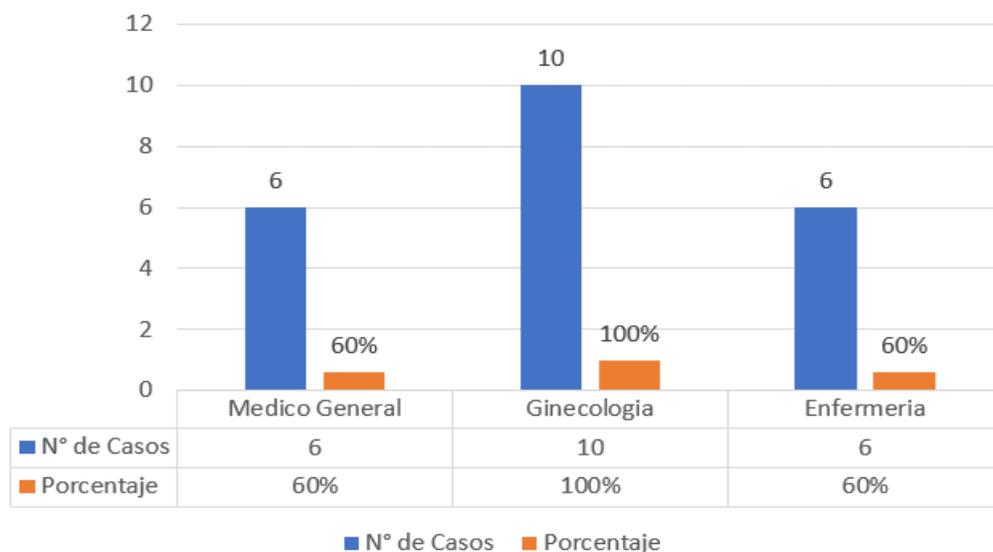
Grafica 6 Mortalidad según trimestres de inicio de los CPN en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019.



MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Fuente: redactado por las autoras según datos analizados.

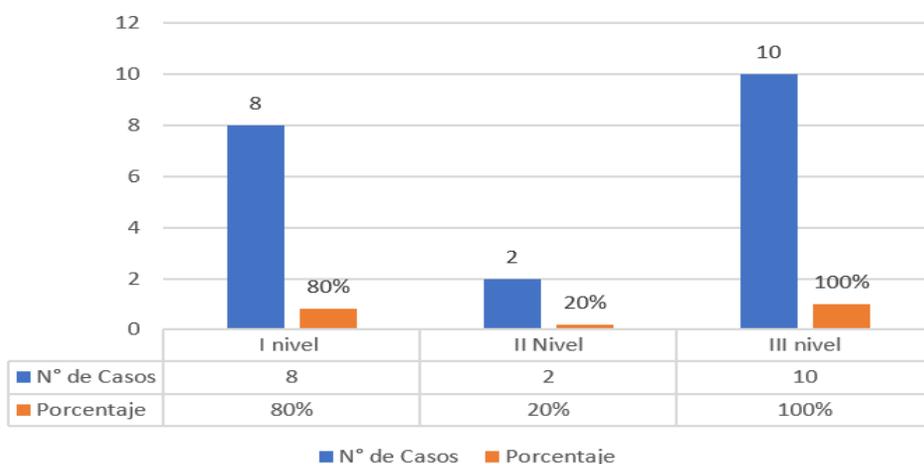
Grafica 7 Figura 14. Mortalidad según los controles realizados por el profesional en el embarazo en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019.



Fuente: redactado por las autoras según datos analizados.

Se evidencia que de las 10 MM, el 60% tuvo atención por médico General y seguimiento por Enfermería en cualquier nivel de atención, pero independiente de las mujeres que no asistieron a controles prenatales todas las maternas acudieron a valoración con Ginecología, por el nivel III de atención al que asistieron a la atención del parto.

Grafica 8 Mortalidad según nivel de atención recibido, en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019



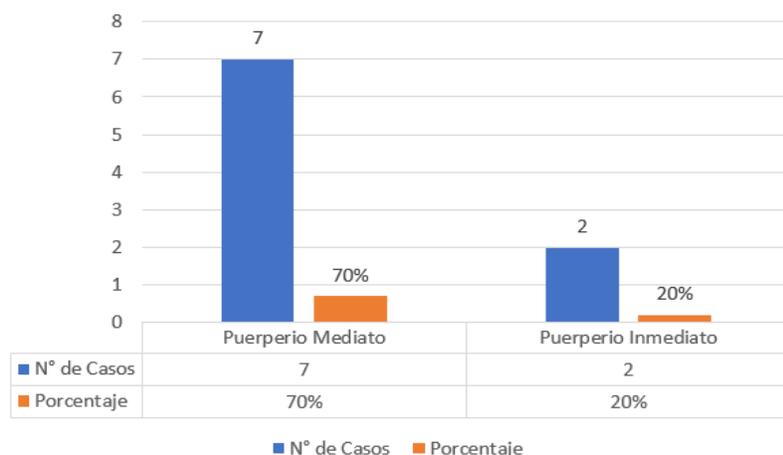
Fuente: redactado por las autoras según datos analizados.

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Con relación a los niveles de atención recibidas durante el proceso de gestación se evidenció que un alto porcentaje de gestantes (80%) recibió asistencia de I (primer) nivel como consecuencia de accesibilidad de a otros niveles de asistencia especializada y fueron remitidas a otro nivel de complejidad, en contraste con un 20% que recibió asistencia en un centro de II (segundo) nivel, y por último un 100% representado por las 10 gestante recibió asistencia en un instituto de salud del Tolima de III (tercer) nivel como destino final de las remisiones.

VI.I.VI Antecedentes del embarazo y puerperio.

Grafica 9 Momento en que ocurrió la muerte, en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019

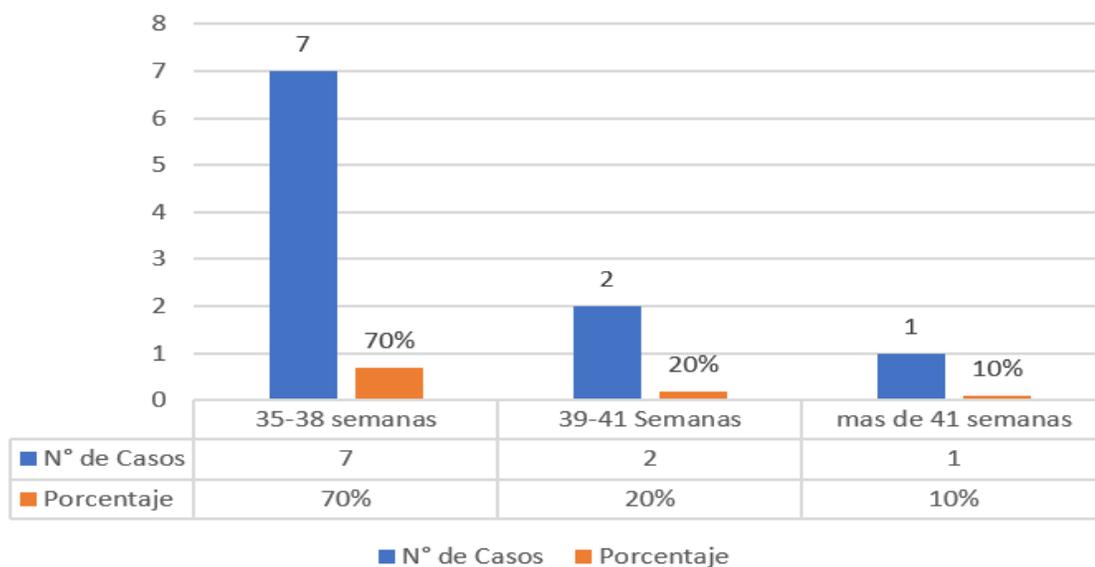


Fuente redactado por las autoras según datos analizados.

El 70% de las muertes ocurrieron en el puerperio mediato (de 2 a 10 días después del parto), seguido del 20% que ocurrieron en el puerperio inmediato (desde el nacimiento hasta las 24 horas) evidenciando de manera importante que las muertes ocurrieron en el puerperio mediato.

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

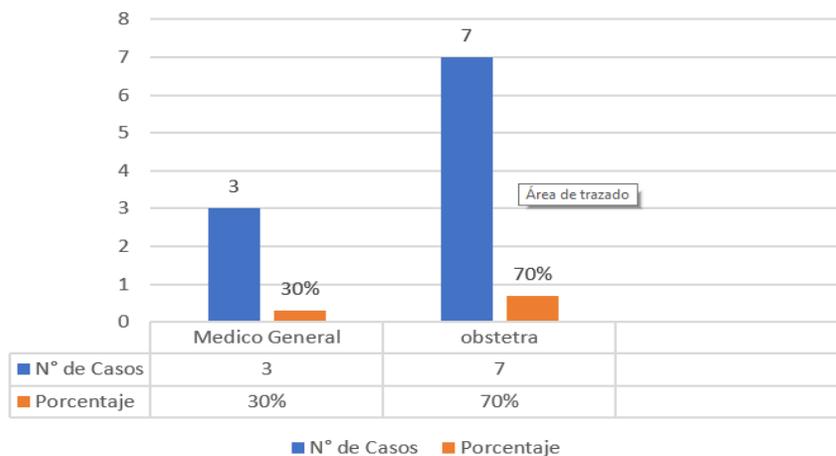
Grafica 10 Semana de gestación para la MM, en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019



Fuente redactado por las autoras según datos analizados.

El 70% de las muertes se presentan entre las semanas de gestación 35 a la 38, seguida de lo comprendido entre las semanas 39 – 41, tiempo en el cual se presentaron el 20 % de los casos equivalentes a 2 MM, durante más de 41 semanas se registraron 1 caso. Teniendo en cuenta que se encontraba el RN a término.

Grafica 11 Parto atendido según profesional que lo asiste en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019

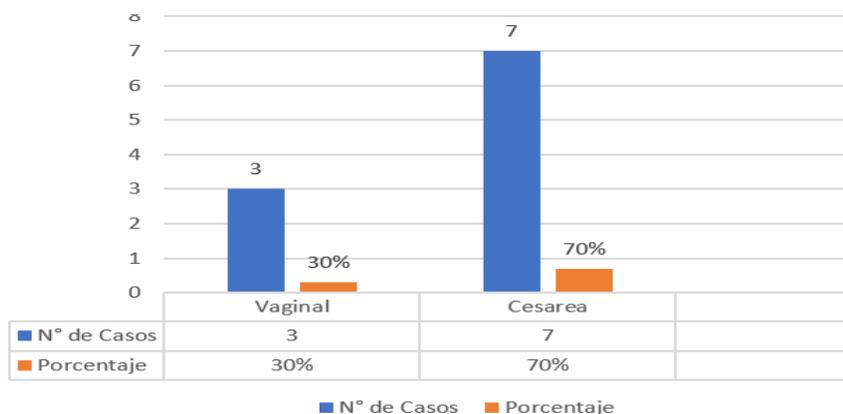


Fuente: redactado por las autoras según datos analizados.

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Teniendo en cuenta que el instituto de salud es de III Nivel de atención, hubo un 30 % que fue atendido por el médico general asignado al servicio de Ginecobstetricia teniendo en cuenta que se clasificaba el Embarazo de bajo Riesgo obstétrico, no quiere decir que no fue valorada por el ginecólogo de turno, a diferencia que un 70% de las MM fue atendida por el Ginecoobstetra.

Grafica 12 Mortalidad Materna según tipo de parto asiste en un instituto de salud del departamento del Tolima 2019



Fuente redactado por las autoras según datos analizados.

De las MM analizadas en esta investigación el 30% tuvieron parto vaginal y un 70% tuvo Cesárea asistida por médico especialista.

VI.I.VIII Causas de muerte.

Todos los datos de la causa de muerte fueron obtenidos de la historia clínica de los pacientes que se tuvieron en cuenta para la ficha de notificación Mortalidad Materna, fuente primaria para la realización de este trabajo, con esta herramienta pretendemos hacer un juicio ceñido a lo que la bibliografía describe como muerte materna directa e indirecta, además de su evitabilidad, es probable que al realizar el análisis de las HC estas apreciaciones varíen ya que no se encuentran datos específicos tales como tiempos de atención, estadio de la enfermedad, tiempos de hospitalización, entre otros.

Definición de muertes en el embarazo, parto y puerperio: CIE-10 Se entiende por “Muerte que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio” a la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la causa de muerte (obstétrica y no obstétrica).

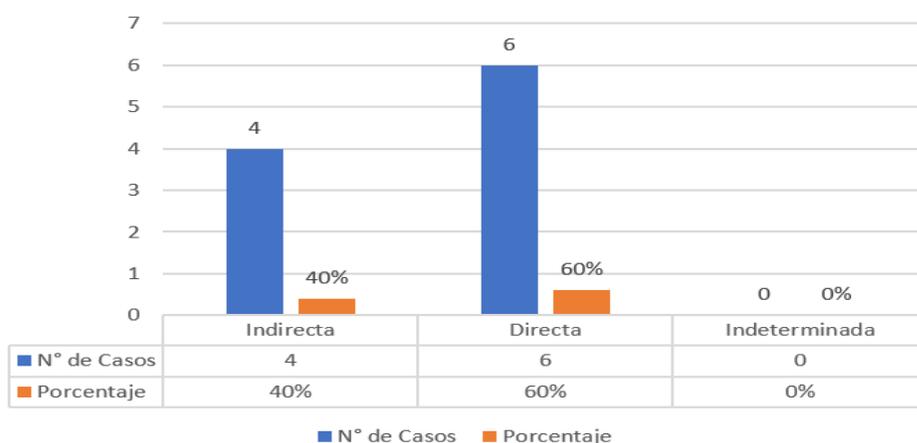
MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Una muerte materna es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Las muertes maternas se subdividen en dos grupos:

- Muertes obstétricas directas: las muertes obstétricas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.

- Muertes obstétricas indirectas: las muertes obstétricas indirectas son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo. (OMS, 2012, p.9).

Grafica 13 Mortalidad materna según evitabilidad de la muerte en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019

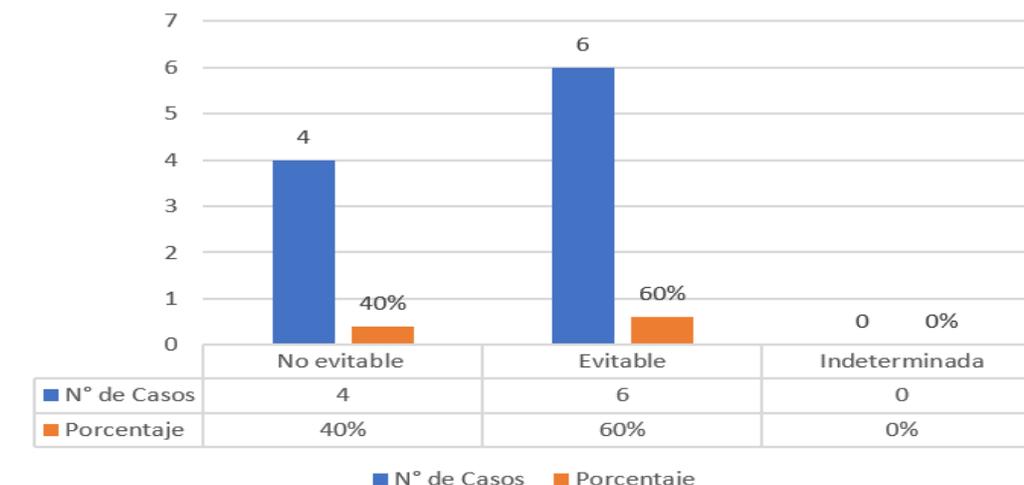


Fuente redactado por las autoras según datos analizados.

Para el 2019 en los análisis realizados por el instituto de salud en conjunto con la secretaria de salud departamental, se considera que el 60,3% de las muertes pudieron haber sido evitables y de estas eran 60% directas y el 40% indirectas.

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Grafica 14 Mortalidad materna según causa de defunción en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019



Fuente redactado por las autoras según datos analizados.

Los trastornos hipertensivos y las hemorragias obstétricas relacionadas con el embarazo son un factor común en un 60 % de las muertes, seguido de, un 40 % por otras causas de muerte como cefaleas y hemorragias intracraneanas, basándose en la literatura médico clínica se considera que el (40%) no eran evitables, y el (60%) eran evitables.

VII. ANÁLISIS DE LAS DEMORAS

Demora Tipo I

Características	N.º	%Reconocimiento del problema por parte del paciente
-----------------	-----	---

Tabla 9 Análisis Tipo de Demora I

Si (Se presenta la demora)	8	80%
No (No presenta la demora)	2	20%
Total	10	100%
Reconocimiento de los factores de riesgo (signos y síntomas de peligro)		
Si (Se presenta la demora)	5	50%
No (No presenta la demora)	5	50%
Total	10	100%
Desconocimiento de derechos y deberes por parte del paciente		
Si (Se presenta la demora)	7	70%
No (No presenta la demora)	3	30%
Total	10	100%

Fuente: Datos analizados por la autoras

El 80% de los casos, no presentaron inconvenientes a la hora de reconocer los problemas relacionados con el embarazo, el 50% no tuvieron dificultad para reconocer los factores de riesgo durante de la gestación, y el 7% conocían los derechos y deberes sexuales y reproductivos.

Tabla 10 Análisis Tipo de Demora II

Demora Tipo II		
Presencia de inconvenientes familiares, culturales, económicos para tomar la decisión oportuna para solicitar atención médica		
Si (Se presenta la demora)	2	
20%		
Indeterminado	8	80%
Total	10	100%
Experiencias negativas en los servicios de salud demoran la decisión de solicitar los servicios de salud		
Si (Se presenta la demora)		
Indeterminado	10	100%
Total	10	100%

Fuente: Datos analizados por la autoras

El 80% de los casos fue indeterminada la información suministrada en las historias clínica y unidades de análisis en cuanto inconvenientes familiares, culturales, económicos para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica, no se determinó si el total de los casos tuvieron experiencias negativas en los servicios de salud.

Tabla 11 Análisis Tipo de demora III

Demora Tipo III	
Inaccesibilidad geográfica o de orden público	
Si (Se presenta la demora)	
No (Se presenta la demora)	10
100%	
Falta de estructura vial y de comunicaciones	
Si (Se presenta la demora)	
No (Se presenta la demora)	10
100%	
Factores económicos que dificultan el traslado	
Si (Se presenta la demora)	
No (Se presenta la demora)	10
100%	
Falta de acceso de atención debido a que se solicitó el pago por un servicio	
Si (Se presenta la demora)	
No (Se presenta la demora)	10
100%	
Remisión oportuna	
Si (Se presenta la demora)	6
60%	
No (Se presenta la demora)	4
40%	

Fuente: Datos analizados por la autoras

El 40% de los casos no tuvieron remisión oportuna debido a la ocupación de camas en un instituto de salud del Tolima lo que llegaron las maternas en traslados Emergentes de sus niveles de

atención Iniciales.

Tabla 12 Análisis Tipo de Demora IV

Demora Tipo IV	
Tratamiento médico adecuado y oportuno	
Si (Se presentó demora) 50%	5
No (Se presentó demora) 50%	5
Total 100%	10
Calidad de la atención en cuanto a identificación del riesgo y clasificación del caso	
Si (Se presentó demora) 40%	4
No (Se presentó demora)	
Indeterminado 60%	6

Total	10
100%	
Personal suficiente y capacitado para la atención	
Si (Se presentó demora)	10
100%	
No (Se presentó demora)	
Indeterminado	
Total	10
100%	
Evaluación y cumplimiento de protocolos	
Si (Se presentó demora)	8
80%	
No (Se presentó demora)	
Indeterminado	2
20%	
Total	10
100%	

Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados etc.	
Si (Se presentó demora)	
No (Se presentó demora)	10
100%	
<hr/>	
Total	10
100%	
<hr/>	
Programas de promoción y prevención ineficientes	
Si (Se presentó demora)	6
60%	
No (Se presentó demora)	
Indeterminado	4
40%	
<hr/>	
Total	10
100%	
<hr/>	
Inconvenientes en la oportunidad del servicio de Salud para atender al paciente	
Si (Se presentó demora)	6

60%	
No (Se presentó demora)	
Indeterminado	4
40%	
Total	10
100%	
<hr/>	
Atención en nivel no acordes a su gravedad	
Estuvieron en el nivel III de atención según el estado de salud.	
Total	10
100%	
<hr/>	
Calidad de los apoyos (Rx, Eco, etc.)	
Si (Se presentó demora)	10
100%	
No (Se presentó demora)	
Indeterminado	
<hr/>	

Total	10
100%	
Deficiente historia clínica	
Si (Se presentó demora)	10
100%	
No (Se presentó demora)	
Indeterminado	
Total	10
100%	
Fuente: Datos analizados por la autoras	

En esta demora en cuanto al análisis de la calidad de la atención se encontró que el 90% de los casos tuvieron demora en cuanto a la calidad de la atención e identificación del riesgo y clasificación del caso, siendo este el retraso o tipo de demora de mayor frecuencia seguido a esta, el 40% de los casos se encontró deficiencia en la participación en los programas de promoción y prevención, se identificó que el 100% de historias analizadas presentan déficit en el registro de las Historias clínicas.

Para el análisis de los datos presentados de frecuencia de consolidado de Demoras es necesario aclarar que:

Varios tipos de demora se pueden presentar en los caso de muerte materna, por ejemplo: la demora I, la demora II y la demora IV se presentaron en la paciente x, es decir que para el análisis de los datos se contó la paciente x=demora I, demora II, y demora IV; por lo cual el porcentaje se calculó de la siguiente manera:

La demora I se presentó en 8 muertes maternas de las 10 analizadas

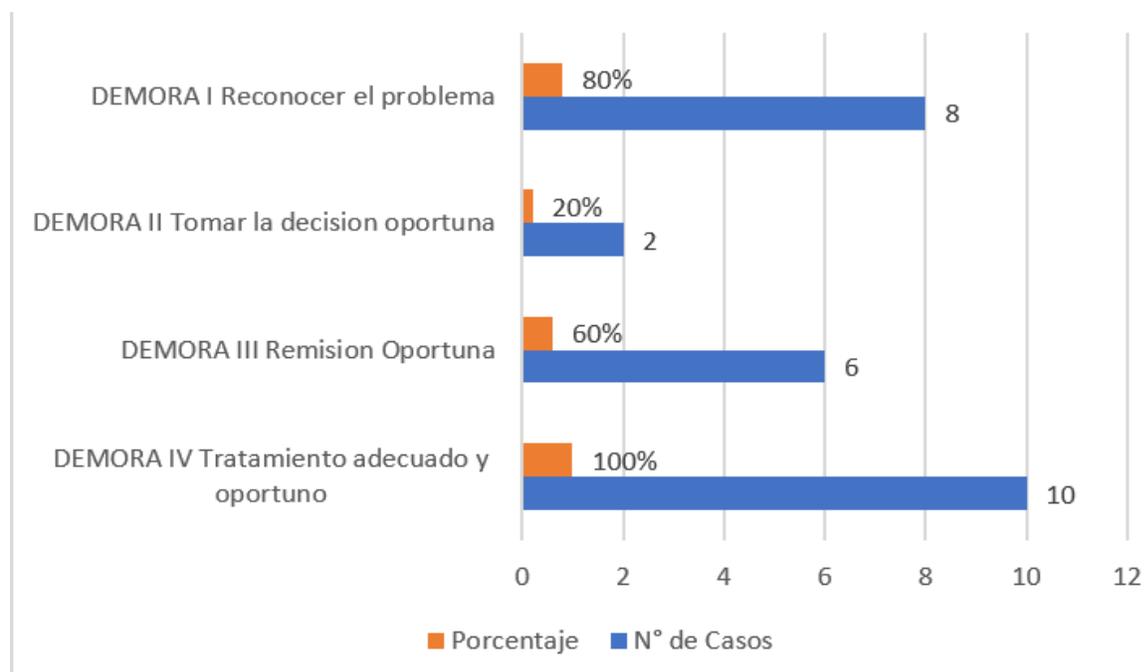
MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

La demora II se presentó en 2 muertes maternas de las 10 analizadas

La demora III se presentó en 6 muertes maternas de las 10 analizadas

La demora IV se presentó en 10 muertes maternas de las 10 analizadas

Grafica 15 Frecuencias de demoras en un *instituto de salud* del departamento del Tolima 2019.



Fuente redactado por las autoras según datos analizados.

En el gráfico anterior se puede observar que la demora que más se presenta es la demora tipo IV en un 100% de los casos, que corresponde a lo registrado en 10 de las 10 unidades de análisis, seguida de la demora tipo I, la demora tipo III ocupa el tercer lugar y en último lugar se encuentra la demora tipo II encontrada en un 2% de los casos, lo que quiere decir que falta garantizar a las maternas del departamento el tratamiento adecuado y oportuno en la atención antes, durante y después del parto.

VIII. CONCLUSIONES

En esta investigación se logró plasmar los resultados sociodemográficos, factores de Riesgo clínicos demoras o retrasos de la atención que recibieron los 10 casos reportados por un instituto de salud del Tolima ante el Sivigila, con seguimiento de parte de la Secretaria de Salud del Departamento del Tolima en el análisis de las MM en el año 2019.

Teniendo en cuenta que cada año los departamentos por medio del PIC priorizan acciones en caminadas a la educación en derechos sexuales y reproductivos, se puede evidenciar que Colombia ha venido mejorando a través de los años, aun que a pesar de todas las acciones y del trabajo día a día, persiste la falta de conocimiento sobre la gran importancia de la asistencia a los control prenatal en las primeras 12 semanas de gestación, encontrando en esta investigación el 40% de los casos no se realizó ningún control Prenatal y por ende no se identificó oportunamente los riesgos con el fin de tomar conductas de prevención.

Si bien es cierto que en Colombia la normatividad relacionada con el mejoramiento de la calidad en la atención en salud contempla el fortalecimiento de las acciones necesarias para disminuir la inequidad y la exclusión que dentro de las estrategias de la atención primaria en salud (APS), definidas en la Ley 1438 de 2011, establece la generación de indicadores de resultados para los sectores involucrados en la atención para poder medir la dicha calidad.

Los resultados obtenidos en este estudio, demuestran que hay dificultades en los lineamientos establecidos que cumplan con los objetivos, ya que se evidencia claramente las deficiencias en los programas de promoción y prevención de las EAPB, de continuar así, la meta contemplada en el plan decenal de salud pública (Ministerio de Salud, 2012-2021) definida como “cero tolerancias con la morbilidad y la discapacidad evitable”, distaría mucho de lograrse.

Por otra parte, los resultados del análisis de las demoras indican que aunque la Ley Estatutaria en Salud (1451 de 2015), ordena definir procesos de atención intersectoriales para garantizar las

MORTALIDAD MATERNA EN UN INSTITUTO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

mejores condiciones de acceso a los servicios y atención en salud a las mujeres antes, durante y después del embarazo, las falencias relacionadas con dichas demoras reflejan la necesidad de acciones más contundentes; por ejemplo, la demora tipo I, consistente en el reconocimiento del problema se presentó en el 80 % de los casos. Además, de implementar la estrategia de la consejería genética o la consulta Preconcepcional permitiría prever los riesgos asociados al embarazo y/o iniciar la gestación de la manera más óptima posible. La demora tipo II consistente en la decisión de buscar atención médica, se presentó en el 20% de los casos, reconociendo en el análisis que solo 2 mujeres de las 10 analizadas tomaron la decisión oportunamente de búsqueda de los servicios de salud desconociendo si esta demora se trató de inconvenientes familiares o culturales.

La demora tipo III, consistente en el retraso para llegar a los servicios de salud, se presentó en el 60% de los casos registrados en las unidades de análisis, evidenciando que las remisiones son inoportunas por falta de capacidad en la Red Hospitalaria, teniendo en cuenta que este es un instituto de salud de referencia del Tolima.

Finalmente, la demora tipo IV, consistente en el retraso del tratamiento adecuado y oportuno (netamente asistencial), se presentó en el 100% de los casos. De igual forma se puede concluir que a pesar que se disponía de los recursos necesarios para la atención, no hubo una identificación oportuna de los riesgos y personal suficiente para la atención de los usuarios teniendo en cuenta que aumenta la capacidad instalada para la atención e incluso que no se priorizan las necesidades reales de dotación en los centros asistenciales.

En la mayor parte de los eventos, no se pudo establecer el nivel de escolaridad de las mujeres debido a que no se registró este dato en la mayoría de las unidades de análisis, porque no existió estandarización en el formato de recolección de datos; conocer este dato sería importante para implementar apropiadamente las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) de acuerdo a dicho nivel de escolaridad, aspectos relevantes en los procesos formativos y culturales, en la divulgación de los derechos y deberes en general, y por supuesto en los derechos sexuales y reproductivos.

Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, las complicaciones hemorrágicas, siguen siendo las causas más importantes de muerte materna directa. Finalmente, y a pesar de los esfuerzos realizados, la mayoría de las muertes fueron evitables.

IX. RECOMENDACIONES

Los hallazgos encontrados en el desarrollo de la investigación resaltan la necesidad de establecer para este instituto de salud del Tolima en conjunto con la secretaria de salud departamental, estrategias que mitiguen los factores asociados a la mortalidad materna prevenible, dirigiendo las acciones de mejora a la salud y bienestar integral de la madre principalmente aquellas que tienen perfiles de vulnerabilidad, dando relevancia a los primeros meses de gestación, así mismo, mejorar la aplicabilidad de las políticas públicas orientando las acciones hacia la disminución de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, mejorando a su vez la calidad del servicio y generando impacto en el desarrollo del país.

Según la secretaria de salud departamental del Tolima en cabeza de sus entes gubernamentales establece la vida de las gestantes como prioridad y se adhiere fielmente al proceso de implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), siendo el nuevo marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) constituyendo un instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población Materno Perinatal a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud; mediante la capacitación del recurso humano a partir de la identificación y evaluación de los riesgos biológicos y psicosociales ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, los pasos dispuestos para dar cumplimiento con el modelo en la atención preconcepcional, control prenatal, la atención del parto y la atención del recién nacido.

Pese a los esfuerzos realizados por las diferentes entidades responsables de garantizar la salud integral de Colombia para reducir los índices de mortalidad materna, cada año este evento sigue cobrando vidas que en la mayoría de los casos podrían ser evitables; dentro de las estrategias empleadas para el manejo de la mortalidad materna, debe considerarse el mejoramiento de los registros clínicos y las estadísticas vitales de las mismas, con el fin de dejar precedentes que contribuyan al control epidemiológico conllevando a su vez que las próximas gestaciones lleguen a feliz término, lo que en caso de manejarse permitiría alcanzar las metas de los objetivos del desarrollo sostenible eliminando la brecha existente en los grupos poblacionales de menor acceso a los servicios de salud.

Ahora bien, Las sugerencias que se derivan de esta investigación están orientadas a favorecer el cumplimiento de la normatividad Vigente en promoción y prevención de la salud; a continuación, se

MORTALIDAD MATERNA EN UN **INSTITUTO DE SALUD** DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

describen situaciones encontradas, actividades sugeridas, responsable de ejecución, manera de implementar y responsable del seguimiento. (Plan de Acción Sugerido para el instituto de salud y Secretaria de Salud Departamental del Tolima va enfocado a las demora IV la cual se evidencia más falencias).

Situación encontrada (puntos críticos)	Actividad a realizar (una estrategia puede abarcar varios puntos críticos)	Responsable ejecución	Medio verificación ejecución	Cumplió (Si/No)	Responsable del seguimiento	Observaciones
D4a. Dificultad administrativa para acceder a los servicios – No asignación de citas para ginecología y nutrición por problemas de contratación de la EAPB	Identificación de gestantes de alto riesgo, seguimiento e implementación de citas oportunas para las interconsultas, socialización de las entidades que conforman la red de servicios	EAPB, Hospital e IPS, SSD	Seguimiento a las gestantes de alto riesgo, acta de socialización, estrategia de asignación de citas oportunas		Programa de Salud Sexual y Reproductiva	
D4c. Diagnóstico no acertado – Diagnóstico inoportuno de las complicaciones y no clasificación del mismo	El personal médico asistencial se capacitará en el seguimiento del puerperio mediano e inmediato, manejo de las emergencias obstétricas, manejo y activación del código rojo, guía de diagnóstico y manejo de choque hemorrágico	EAPB, Hospital e IPS, SSD	Acta de capacitación registro fotográfico y evaluación		Programa de Salud Sexual y Reproductiva	
D4d. Tratamientos médicos inadecuados o inoportunos	El personal médico asistencial se capacitará en el seguimiento del puerperio inmediato, manejo de las emergencias obstétricas, manejo y activación del código rojo, guía de diagnóstico y manejo de choque	EAPB, Hospital e IPS, SSD	Acta de capacitación registro fotográfico y evaluación		Programa de Salud Sexual y Reproductiva	

D4e. Falta de protocolos de atención o incumplimiento - No investigación de las complicaciones durante el control prenatal	Capacitación y evaluación al personal médico acerca del diagnóstico, manejo y seguimiento de las alteraciones del embarazo.	EAPB, Hospital e IPS, SSD	Acta de capacitación registro fotográfico y evaluación		Programa de Salud Sexual y Reproductiva	
D4j. Deficiencia calidad historia clínica – Registros médicos incompletos,	Reforzar al personal de sala de partos, anestesiólogo, médicos unidad de cuidado intensivo la importancia sobre el adecuado registro en la historia clínica	EAPB, Hospital e IPS, SSD	Auditoría de la HC en comité de historias clínicas institucional		Programa de Salud Sexual y Reproductiva	

BIBLIOGRAFÍA

Aristizábal, A. S., & Truissi, M. L. (1996). Mortalidad materna en Cali ¿una década sin cambios? *Colombia Médica*, 27, 117-124.

Bogotá: Dirección de Epidemiología y Demografía.

Carrillo, A. (2007). Mortalidad Materna en Colombia: Reflexiones en Torno a la Situación y la Política Pública Durante la Última Década. *Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia)*, Vol 5 , 72-85.

Gomez Dávila, J. G., Osorio Castaño, J. H., Vélez, A. G., Zuleta, T. J., Londoño Cardona, J. G., & Velásquez Penagos, J. A. (2013). Guía de Práctica Para la Prevención y el Manejo de la Hemorragia Postparto y Complicaciones del Choque Hemorrágico. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64, 425-452.

Leal, D. R. (2013). *Muertes Maternas: Crisis Familiares y Fallos Institucionales*. Alicante: Univeristat de Alacant.

Ministerio de Salud y de la protección en Salud (2016). *Poítica de Atención Integral en Salud, un Sistema de salud al servicio de la gente*.

Ministerio de Salud y Protección . (2011). *Guía práctica del sistema obligatorio de garantía dela calidad en salud, SOGCS*. Bogotá: Ministerio de Salud .

Ministerio de Salud y Protección . (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá:Ministerio de Salud y Protección .

Ministerio de Salud y Protección . (2014). *Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud*. Bogotá: UNFPA.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). *Anexo técnico # 2. En Resolución 1043 (Sistema obligatorio de garantía de calidad)*. . Documentos Institucionales: Bogotá.

Ministerio de Salud. (2012-2021). *Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá: Imprenta Nacionalde Colombia.

Ministerio de Salud. (2015). *Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización delas atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA*.

MINSALUD. (2015). *ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, 2015*.

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de2015*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.

Organización de Naciones Unidas. (1995). *Plataforma para la Acción. IV Conferencia Mundialde las Naciones Unidas Sobre las Mujeres*. (pág. Virtual). Pekin: Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas: sinopsis*. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/iris/handle/10665/204>