

T.
610
R288D
EJ-1

Realpe Arcos, Geovanna Carolina

Determinantes Sociales En Salud En Gestantes De Alto Riesgo Procedentes Del Departamento De Putumayo en el Año 2021-2024.

-2024/ Geovanna Carolina Realpe Arcos, Jonathan Steven Rosero Botina, Fabiana Andrea Terán Enríquez. Asesora: Dr. Ana Isabel Vallejo,

-San Juan De Pasto: Fundación Universitaria San Martin, 2024

Trabajo de Grado (Médico General) Fundación Universitaria San Martin.

Programa de Medicina

**DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD EN GESTANTES DE ALTO RIESGO
PROCEDENTES DEL DEPARTAMENTO PUTUMAYO EN EL AÑO 2021-2024**

**GEOVANNA CAROLINA REALPE ARCOS
JONATHAN STEVEN ROSERO BOTINA
FABIANA ANDREA TERÁN ENRÍQUEZ**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2024**

**DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD EN GESTANTES DE ALTO RIESGO
PROCEDENTES DEL DEPARTAMENTO PUTUMAYO EN EL AÑO 2021-2024**

**GEOVANNA CAROLINA REALPE ARCOS
JONATHAN STEVEN ROSERO BOTINA
FABIANA ANDREA TERÁN ENRÍQUEZ**

**Presidente Asesor Metodológico
Dr. ANA ISABEL VALLEJO
Especialista en Epidemiología**

**Asesor Científico
Dr. JAIRO GÓMEZ**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2024**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, diciembre de 2024

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de grado a mi madre, quien desde el cielo ha sido mi inspiración, inculcándome los valores de responsabilidad y el impulso por superarse a través de su amorosa crianza. A mis hermanas ya que han sido el sólido fundamento sobre el cual he construido mi trayectoria profesional, mi padre por ser mi fortaleza y a mi pequeñita Simona por ser mi fiel compañera. En ellos encuentro el espejo en el que deseo reflejarme, mi refugio en los momentos difíciles y mi compañía en los momentos felices. No hay palabras suficientes para expresar mi gratitud hacia ustedes.

Geovanna Carolina Realpe Arcos

Dedico esta tesis al señor Victor Hugo Rosero Rosero. Quien ha sido símbolo de fuerza y resiliencia a lo largo de mi carrera. Por todo el apoyo y el amor dedicado para formarme como un buen ser humano. Por enseñarme que a pesar de las circunstancias siempre habrá alguien que va a apoyar y creer en mi proyecto de vida.

Jonathan Steven Rosero Botina

A Dios mis padres y mis hermanos, por ser mi mayor fuente de inspiración y sostén incondicional a lo largo de este arduo camino académico. Su amor, sacrificio y constante apoyo han sido el motor que me ha impulsado a alcanzar este logro. Esta tesis está dedicada a ustedes, en agradecimiento por todo lo que han hecho por mí.

Fabiana Andrea Terán Enríquez

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro profundo agradecimiento en primer lugar a Dios ,cuya guía ha sido fundamental para permitirnos seguir por el camino que tanto anhelábamos, a nuestro docentes y tutores por ser una guía y fuente constante de inspiración, a nuestros familiares y seres queridos por su apoyo emocional constante y por ultimo pero no menos importante a todas aquellas personas que contribuyeron con su tiempo, conocimiento o recursos en el desarrollo de este proyecto de investigación, sin duda su ayuda fue invaluable para el éxito del proyecto.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADORES PRINCIPALES

INVESTIGADOR 1

ANA ISABEL VALLEJO NARVAEZ
3107867440
ana.vallejo@sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-2125-5489>

INVESTIGADOR 2

JAIRO GEOFFREY GÓMEZ CAICEDO
3215799226
jairo.gomez@sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0000-0003-4179-8242>

INVESTIGADOR 3

FILIPO VLADIMIR MORÁN MONTENEGRO
3006761926
vladimir.moran@est.sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-1144-4032>

INVESTIGADOR 4

OSCAR STIVEL JOJOA NIETO
3233241562
oscar.jojoa@est.sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0000-0003-1358-7747>

INVESTIGADOR 1:

Geovanna Carolina Realpe Arcos
Teléfono: 3206187869
Correo electrónico: realpecarolina14@gmail.com
Código Orcid: 0009-0005-4411-3626

INVESTIGADOR 2:

Jonathan Steven Rosero Botina
Teléfono: 3007334214
Correo electrónico: Jonathanrosero465@gmail.com
Código Orcid: 0009-0008-7384-54140

INVESTIGADOR 3:

Fabiana Andrea Terán Enríquez Teléfono: 3135593732 Correo electrónico:
fabi58teran@gmail.com Código Orcid: 0009-0001-1129-1240

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Epidemiología general

Este proyecto hace parte de un proyecto profesoral

GLOSARIO

DETERMINANTES SOCIALES: Las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, y envejecen, así como los sistemas que se utilizan para tratar la enfermedad. Estas circunstancias están, a su vez formadas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, políticas, sociales y políticas.

GESTACIÓN DE ALTO RIESGO: es aquel en que la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el niño.

MORBILIDAD: Proporción de pacientes con una enfermedad particular durante un año determinado por una determinada unidad de población.

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA: complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer, pero sobrevive.

GESTACIÓN: es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre.

ETNIA: Grupo de personas con la misma herencia cultural que las diferencias de otros grupos por relaciones sociales diversificadas.

INDÍGENA: Descendientes que se autoidentifican como miembros de un grupo que habitaba un país o región en el momento en que llegaron personas de diferentes culturas u orígenes étnicos. A menudo mantienen su lenguaje, cultura y creencias distintivas.

MIGRANTE: Personas que con frecuencia cambian su lugar de residencia, como los nómadas de ciertas poblaciones rurales que no viven permanentemente en la misma zona, pero se mueven cíclicamente o periódicamente.

COMUNIDAD AFROCOLOMBIANA: Es el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres.

Idóneo: La palabra idóneo es un adjetivo que deriva del latín "idoneus" que indica a todo aquello que posee buena disposición o suficiencia para una cosa.

INTERCULTURALIDAD: Relaciones de intercambio y comunicación igualitarias entre grupos culturales diferentes en atención a criterios como etnia, religión, lengua o nacionalidad, entre otros.

PLAN DECENAL DE SALUD: política pública que incluye la hoja de ruta que, a partir del consenso social y ciudadano, establece los objetivos, las metas y las estrategias para afrontar los desafíos en salud pública para los próximos 10 años, orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas en Colombia.

POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD: Conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

NOTA DE RESPONSABILIDAD

las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|---|------|
| RESUMEN | 18 |
| ABSTRACT | 19 |
| INTRODUCCIÓN | 20 |
| 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | 21 |
| 1.1 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 23 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 24 |
| 3. MARCO DE REFERENCIA | 26 |
| 3.1 MARCO DE ANTECEDENTES | 26 |
| 3.2 MARCO TEÓRICO | 29 |
| 3.2.1 Teoría de los Determinantes Sociales en Salud. | 30 |
| 3.2.2 Teoría de la Salud Materna | 31 |
| 3.2.2.1 Modelo de Dahlgreen y Whitehead | 32 |
| 3.2.2.2 Modelo de Marc Lalonde. | 33 |
| 3.2.3 Modelo de Determinantes Sociales de Salud Según la OMS. | 34 |
| 3.2.3.1 Determinantes Sociales de la Población Indígena. | 35 |
| 3.3 MARCO CONTEXTUAL | 39 |
| 3.4 MARCO LEGAL | 40 |
| 3.4.1 Ley 691 de 2001. | 40 |
| 3.4.2 Ley 2244 de 2022. | 40 |
| 3.4.3 Resolución 412 de 2000. | 41 |
| 3.4.4 Resolución 2003 de 2014. | 42 |
| 3.4.5 Circular 005 de 2012. | 42 |
| 4. OBJETIVOS | 44 |
| 4.1 OBJETIVO GENERAL | 44 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 44 |
| 5. METODOLOGÍA | 45 |
| 5.1 DEFINICIÓN DEL ESTUDIO | 45 |
| 5.2 ÁREA DE ESTUDIO | 45 |
| 5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y DISEÑO MUESTRAL | 46 |
| 5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN | 46 |
| 5.4.1 Selección. | 46 |
| 5.4.2 Exclusión. | 46 |
| 5.5 FUENTES DE RECOLECCIÓN | 46 |
| 5.6 CONTROL DE SESGOS Y ERRORES | 47 |
| 5.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN | 48 |
| 5.7.1 Instrumento de Recolección. | 48 |
| 5.7.2 Definición de Variables. | 48 |
| 5.7.3 Técnicas para Recolectar la Información. | 55 |

| | | |
|-----|---|----|
| 5.8 | PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS | 55 |
| 6. | CONSIDERACIONES ÉTICAS | 57 |
| 7. | RESULTADOS | 58 |
| 8. | DISCUSIÓN | 72 |
| 9. | CONCLUSIONES | 78 |
| 10. | LIMITACIONES | 80 |
| 11. | RECOMENDACIONES | 81 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 82 |
| | ANEXOS | 90 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Tabla 1. Caracterización de condiciones sociales, culturales y demográficas de las gestantes de alto riesgo | 48 |
| Tabla 2. Caracterización de las circunstancias materiales y psicosociales en las gestantes de alto riesgo | 50 |
| Tabla 3. Hábitos y estilos de vida de las gestantes objeto de estudio | 51 |
| Tabla 4. Factores clínicos y de acceso a los servicios de salud de las gestantes de alto riesgo | 52 |
| Tabla 5. Distribución del determinante demográfico | 59 |
| Tabla 6. Distribución del determinante socioeconómico | 60 |
| Tabla 7. Distribución del determinante socioeconómico | 61 |
| Tabla 8. Distribución del determinante educación | 62 |
| Tabla 9. Distribución de determinante cultural | 62 |
| Tabla 10. Distribución de circunstancias materiales y acceso a servicios públicos | 63 |
| Tabla 11. Distribución de condiciones de vivienda | 64 |
| Tabla 12. Distribución del determinante cohesión social | 64 |
| Tabla 13. Distribución de método anticonceptivo previo a la gestación | 65 |
| Tabla 14. Distribución de comorbilidades previas a la gestación | 66 |
| Tabla 15. Distribución Asistencia a controles prenatales | 66 |
| Tabla 16. Afiliación y acceso al sistema de Salud | 67 |
| Tabla 17. Numero de gestaciones y tipo de parto | 67 |
| Tabla 18. Número de hijos y estado vital | 68 |
| Tabla 19. Patologías diagnosticaron durante la gestación y termino de la misma | 68 |
| Tabla 20. Uso de anticonceptivos post parto | 69 |
| Tabla 21. Distribución determinante nutricional | 69 |
| Tabla 22. Distribuciones determinantes conductuales | 70 |
| Tabla 23. Distribución determinante toxicológico | 70 |

LISTA DE GRÁFICAS

| | Pág. |
|--|------|
| Gráfica 1. Distribución del determinante edad | 59 |

LISTA DE ILUSTRACIONES

| | Pág. |
|--|-------------|
| Ilustración 1. Prisma de resultados | 58 |

LISTA DE ANEXOS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Anexo A. Encuesta | 91 |
| Anexo B. Poster de Participación | 112 |

RESUMEN

El proyecto tuvo como objetivo analizar los determinantes sociales que influyen en la incidencia de las gestantes de alto riesgo atendidas en el hospital pío XII del municipio de Colón- Putumayo , Dicha investigación se basó en el paradigma positivista, de carácter observacional descriptiva transversal , donde la población objeto de la investigación fueran las gestantes del municipio de colón atendidas en el hospital pío XII durante el periodo del año 2023-2024 , residentes en la zona rural y urbana tomándose el 100% de la muestra. Los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron la realización de la encuesta por llamada telefónica y la revisión de la historia clínica. Los principales hallazgos indican que el perfil de la gestante se encuentra en una edad adulta (52%), principalmente de la cabecera urbana (52%), con identificación étnica (45%), las cuales cuentan con un nivel de escolaridad básico (71%), amas de casa con un bajo nivel socioeconómico, las cuales hacen uso de la medicina tradicional, Con dificultad para el acceso a los servicios de salud principalmente por el acceso al transporte (64%). Cuyo tiempo de desplazamiento a la institución de salud más cercana es de 1 hora. Prim gestantes (61%) de las cuales la afección más prevalente durante la gestación fueron las hipertensivas (preclamsia 52%) con deficientes hábitos nutricionales y prácticas deportivas.

Razón por la cual se concluye que se debe hacer hincapié en métodos que facilitan el acceso a los servicios de salud y servicios públicos de las gestantes disminuyendo el riesgo que produce la falta de una movilización adecuada para desarrollar patologías propias del embarazo, así como fortalecer la educación de las gestantes en cuanto a hábitos y estilos de vida saludables y métodos de anticoncepción, brindándoles herramientas que mejoren la prevención de complicaciones.

Palabras clave: Determinantes sociales, Gestación de alto riesgo, Morbilidad materna extrema, Etnia, Política de atención integral en salud.

ABSTRACT

The project aimed to analyze the social determinants influencing the incidence of high-risk pregnancies treated at the Pío XII Hospital in the municipality of Colón-Putumayo. This research was based on a positivist paradigm, with a descriptive, cross-sectional observational design. The study population included all pregnant women from the municipality of Colón who were attended at the Pío XII Hospital during the 2023–2024 period, both from rural and urban areas, with a 100% sample coverage.

The data collection instruments used included phone surveys and medical record reviews. The main findings indicate that the profile of pregnant women predominantly falls within adulthood (52%), mainly from urban areas (52%), with ethnic identification (45%). Most have a basic level of education (71%), are housewives with a low socioeconomic level, and rely on traditional medicine. They face challenges accessing healthcare services, primarily due to transportation barriers (64%), with an average travel time of one hour to the nearest healthcare facility.

The majority are first-time mothers (61%), and the most prevalent condition during pregnancy was hypertensive disorders (preeclampsia, 52%), coupled with poor nutritional habits and lack of physical activity.

It is concluded that efforts should focus on facilitating access to healthcare and public services for pregnant women, reducing risks associated with inadequate transportation that may exacerbate pregnancy-related pathologies. Additionally, it is essential to strengthen educational programs for pregnant women, emphasizing healthy habits, lifestyles, and contraceptive methods, providing tools to improve the prevention of complications.

Keywords: Social determinants, High-risk pregnancy, Extreme maternal morbidity, Ethnicity, Comprehensive healthcare policy.

INTRODUCCIÓN

Los elementos fundamentales para el desarrollo de presente estudio investigación se basaron en la identificación de todos aquellos determinantes sociales en salud tanto culturales, económicos, demográficos, relacionados con la etnia, psicológicos y de atención en los diferentes servicios de salud, que se encontraron presentes y que pudieron llegar a predisponer al desarrollo una gestación de alto riesgo en una población de estudio que se constituyó con base a población vulnerable (indígena, migrante, afrodescendiente) como en condiciones óptimas.

Por lo tanto, los determinantes sociales referencian las condiciones en las que se desenvuelve el entorno de una población; así mismo, estos factores pudieron tener implicaciones directas en el desarrollo de una gestación de alto riesgo, que se consideraron como dichas circunstancias que pudieron afectar el correcto desarrollo del embarazo y del puerperio, y cómo dichas disposiciones pudieron reflejarse en el aumento de la mortalidad materno perinatal.

Los factores de riesgo que se conocieron para el desarrollo de una gestación de alto riesgo, registraron hábitos y estilos de vida como el consumo de alcohol, tabaco, condiciones clínicas preexistentes como la hipertensión arterial y diabetes mellitus, y sociales como la edad entre otros. Por lo anterior, en los siguientes capítulos se relató con exactitud en qué se basó la problemática del estudio, metodología y resultados utilizados en la misma.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según la Sociedad de Médicos Americana el embarazo de alto riesgo se define como aquella gestación en la cual se detectan uno o más factores que pueden poner en riesgo el binomio madre-hijo, afectándolos de manera negativa (1). Estos factores se pueden relacionar de forma directa con condiciones patológicas preexistentes o que se desarrollaron durante la misma; además se puede relacionar con factores propios de la madre o situaciones socioeconómicas que condicionen a una pobre atención médica (2).

Esta patología se ha convertido en una problemática de salud pública puesto que investigaciones realizadas a nivel mundial y en América Latina estimaron que la morbilidad materna extrema aumenta al tener un embarazo de alto riesgo pues se registraron de 12 a 14 casos por cada muerte materna (3) por esta condición la OMS en el año 2000 decidió emitir estrategias para reducir los riesgos presentados durante el embarazo; sin embargo, estas no indicaron una disminución significativa en la morbimortalidad.

Se ve la importancia de reconocer los elementos sociales, escenarios culturales, factores sociodemográficos, económicos y condiciones de vida para determinar el desarrollo oportuno de un embarazo de alto riesgo y así reconocer esta problemática en el departamento del Putumayo donde se encuentra población mestiza y vulnerable como migrantes, indígenas y desplazados los cuales según el DANE correspondieron a un 50,3% de la población. (4)

Al hablar de población indígena las barreras culturales, lingüísticas y geográficas dificultan el acceso a servicios de salud además de que tienen condiciones de vida ligadas a la medicina ancestral aumentando el riesgo de presentar enfermedades perinatales y postnatales, así mismo la población migrante presenta barreras adicionales relacionadas con la falta de conocimiento de los servicios de salud, falta de legalización, discriminación complicando el desarrollo de una gestación saludable.

Para el año 2020 unas 287.000 mujeres murieron durante el embarazo o después del parto, un 95% de las muertes maternas en este año se produjeron en países en vías de desarrollo de ingresos, bajos, y medianos, África Subsahariana y Asia meridional representaron alrededor del 87% (253 000) de las muertes maternas mundiales estimados en 2020. Sólo en África Subsahariana se concentraron aproximadamente el 70% de estas (202 000), mientras que Asia meridional representó cerca del 16% (47 000)” (6. p. 23).

Diversos estudios que se han realizado a nivel nacional como lo es el boletín epidemiológico Nacional de salud reporta que para el año 2021 en el Sivigila se han reportado 9.861 casos de morbilidad materna extrema con un incremento del 19,4

(1.605) ubicándose con una prevalencia en Bolívar con 88,4, caldas con 83 Atlántico 80, Barranquilla 74 y Putumayo con 66,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos. (5)
A nivel nacional se encuentra un estudio realizado en la Universidad del Norte de Barranquilla-Colombia obteniendo a los determinantes sociales como uno de los más grandes retos para el país relacionado con la salud pública, este determina un resultado de las diferencias existentes entre los diferentes grupos de poblaciones que conforman a Colombia. (10).

En los últimos años se ha evidenciado un fenómeno social debido a la llegada de migrantes extranjeros, este aspecto no ha sido ajeno a departamentos del suroccidente como lo es Putumayo y Nariño debido a la cercanía a zonas fronterizas Migración Colombia (13) ha contabilizado a octubre del 2021, 6899 personas refugiadas y migrantes venezolanas con un pre-registro del ETPV en el departamento del Putumayo, de los cuales el 51% corresponden a mujeres La mayoría de los registrados se encuentran en un rango de edad entre los 18 y 29 años.

Teniendo en cuenta que el departamento del putumayo ocupó el quinto lugar en morbilidad materna, pues en anteriores años presentó un incremento que duplicó el registro nacional, con una tasa de 90,4 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, a diferencia del nivel nacional el cual documentó 45,29 muertes en el año 2018, actualmente en la semana epidemiológica 20 del 2023 al 2024 se presentó un decremento en la mortalidad materna presentando una tasa de 79,8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos por lo tanto se ve la importancia de identificar los determinantes sociales en salud en gestantes que tienen un alto riesgo y por ende condicionan a un aumento en la muerte materna.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las muertes maternas se pueden evitar, y que se ha planteado soluciones sanitarias de prevención para tratar complicaciones ya conocidas para así evitar la morbilidad y la mortalidad. Entre estas estrategias se ve la importancia de conocer el acceso de atención prenatal, atención del parto y apoyo con el que cuentan durante la gestación (17).

De acuerdo con lo anterior el realizar un reconocimiento de determinantes sociales que afectan la salud de las gestantes implica no solo identificar los factores biológicos que requieren corregirse, sino diferenciar las interacciones sociales, económicas, culturales que se dan entre las dos partes involucradas como lo es la gestante y la entidad prestadora de los servicios de salud, se ha realizado una búsqueda de artículos y se encuentra que hay una mínima cantidad de información basada en el modelo de los determinantes sociales, siendo esta investigación importante para el fortalecimiento de acciones, en pro de preservar la vida de las gestantes de alto riesgo en el alto putumayo así como también ser una base para fortalecer nuevas investigaciones en gestantes de alto riesgo pues actualmente los estudios que asocian los determinantes sociales y las gestantes son mínimos en la literatura.

1.1 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En base a lo anterior surge la pregunta “¿Cuáles son los determinantes sociales en salud de las gestantes de alto riesgo procedentes del departamento del putumayo durante el periodo del año 2021-2024?”

2. JUSTIFICACIÓN

Siendo los determinantes sociales en salud un tema que influye en el desarrollo y bienestar de los individuos, se convierte en un foco importante para investigar, puesto que a pesar de ser una problemática instaurada dentro de esta no existe una comprensión clara que describa el porqué de su ocurrencia. Por ser la medicina una ciencia que tiene que ver con la salud de un pueblo y a fin de evaluar el nivel de daño ocasionado por los determinantes sociales, se buscó reconocer como el medio ambiente, la biología humana y la pertinencia del acceso al servicio del sistema sanitaria influyen en el desarrollo de un embarazo de alto riesgo de las gestantes atendidas en el hospital pio XII.

Toda mujer gestante desde el primer momento de la gestación está expuesta a un riesgo que, si bien en algunas mujeres puede llegar a ser bajo, en otras el desarrollar complicaciones durante la gestación, en el parto e incluso en el puerperio es aún más elevada, pues el embarazo es un estado de vulnerabilidad. La Organización Mundial de la Salud determina que es más probable el desarrollo de una morbilidad materna extrema en mujeres de países no desarrollados versus países desarrollados, todo esto relacionado con la inequidad, desigualdad y vulnerabilidad en la que diariamente se vive, y la falta de cobertura del sistema de salud. Actualmente Colombia trata de implementar programas en base a el control perinatal de las gestantes que viven tanto en áreas urbanas como rurales, sin embargo, los programas para disminuir la morbilidad no han tomado en consideración los factores que afectan directa o indirectamente la individualidad de la persona.

El Putumayo es un departamento rico en cultura gracias a la confluencia de distintas comunidades, uno de los factores más importantes que se estudió fue la influencia cultural de estas comunidades en relación a la educación sexual , sus conocimientos sobre la pre-natalidad y los cuidados correspondientes a esta etapa; aquí no solo se habla de educación sino también del impacto psicológico que la misma influye en las gestantes puesto que no se encuentran incluidos dentro de los planes desarrollados para la atención de las pacientes pertenecientes a estas comunidades, otro punto que se considero es el uso de la medicina ancestral en esta población, la toma de bebidas, de alimentos, medicamentos a base de plantas que puedan llegar a impactar de forma positiva como negativa la salud de la mujer. En relación con este tema se abordó una problemática que impacta a nivel nacional como es la migración, la llegada de las gestantes venezolanas a Colombia representa una serie de desafíos no solo para el sistema de salud como tal sino también para el desarrollo de políticas que amparen a estas gestantes y con estas disminuir las complicaciones durante su gestación , barreras tanto culturales como dificultades económicas son las que muchas veces limitan la capacidad de estas mujeres de recibir atención adecuada así como otros recursos esenciales; la falta de trabajo, de vivienda, la discriminación y estigmatización aumenta su estado de

vulnerabilidad a la violencia y explotación lo que directamente influye en el periodo de gestación pues no hay que olvidar que el bienestar integral tanto físico, como psicológico, como ambiental son los que constituyen la buena salud

En relación con lo anterior se vio la pertinencia de realizar esta investigación puesto que es una problemática social, que es común en las mujeres gestantes, las cuales en su mayoría se caracterizan por una alta vulnerabilidad y particularidades propias de su etapa evolutiva favorecen embarazos de alto riesgo. Los resultados de esta investigación pretenden influir en las políticas de salud pública establecidas por el hospital Pío XII dado que al identificar factores específicos que contribuyen a los embarazos de alto riesgo y sus complicaciones asociadas, se podrán desarrollar estrategias de intervención y políticas de salud efectivas para prevenir o tratar estas complicaciones, contribuyendo a mejorar la salud de las madres y los bebés del departamento del Putumayo y reducir la carga de enfermedad asociada con los embarazos de alto riesgo.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 MARCO DE ANTECEDENTES

La presente investigación se enriqueció de estudios previos en cuanto el tema investigado, a saber, determinantes sociales y los factores de riesgo que contribuyen en el desarrollo la morbilidad extrema en gestantes, y para la realización de esta construcción teórica ha sido necesario llevar a cabo una revisión y análisis conceptual, literario y referencial que permita orientar adecuadamente la problemática de dicha investigación, depurando paulatinamente la información que se ha obtenido. Si bien es importante resaltar que, en la actualidad, no existen estudios referentes a determinantes sociales en gestantes de alto riesgo en el municipio de Putumayo.

Según lo señalado en el artículo **“El futuro de la enfermería 2020-2030: trazando un camino para lograr la equidad en salud”**, La terminología determinante en salud evoca factores médicos que son influyentes en la misma donde se admiten conocimientos, creencias, actitudes o comportamientos vinculados con la salud. Las causas implícitas en estas desigualdades son complejas y significativas. La comprensión de las mismas puede llevar a un camino esperanzador en cuanto al personal sanitario que se enfoca en la atención de dicha comunidad variada pues se interconecta en cómo estos abordan los determinantes sociales de la salud , es decir esas condiciones propias del ser humano enfocadas en la práctica de la fe , la recreación , el estudio , el trabajo y en como en vejen son condiciones que afectan el recibimiento de los servicios de salud influyendo directamente en los riesgos y resultados de la calidad de vida. Mejorar, así como disminuir dichos resultados y riesgos implica actuar de forma directa en los determinantes sociales. (18)

En la investigación **“ Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas”** desarrollado por la OPS (19), Se tiene que considerar la forma simultánea en la en América latina se comenzó a hablar sobre los determinantes sociales en salud, donde el primer orador que impuso un modelo fijo de los mismo fue Lalonde, en el año 1974 se realizó la conexión entre la enfermedad con la asociación biológica , medio ambiente , sanitaria y los hábitos de vida , que fomentaron la base para la implementación de diferentes técnicas de promoción y prevención de salud por medio de la realización de planes enfocados en la educación y concientización de la comunidad latinoamericana, la cual para dicho momento ya se estaba focalizando en la exposición de la relación entre el sistema social y la historia natural de la enfermedad con operaciones relacionadas al trabajo, estrato socioeconómico, interacciones sociales, reproducción entre otros elementos dirigidos a la desigualdad social.

En dicha investigación se abordó el concepto de equidad aludiendo a la oportunidad

de lograr una buena atención en salud, sin que nadie sea excluido de este sistema, concepto que se consideraba perdido en el congreso de alma mata donde se involucraron 134 naciones con la finalidad de dialogar sobre la salud y su desarrollo. Para el año 2000 se puso sobre la mesa el objetivo salud para todos el cual no fue alcanzado puesto que planteaba que el hombre debía garantizarse a sí mismo el acceso, el medio y la forma con lo cual pueda contar con prestaciones en los servicios de salud y que sean de buena calidad ignorando que las barreras presentes en el acceso superan la motivación o la habilidad personal para llegar a desarrollar mecanismos de superación de dichas dificultades.

A día de hoy lo que se busca con los determinantes sociales en salud es la equidad, no con el fin de eliminar en su totalidad la desigualdad con relación al sistema de salud, sino que, por el contrario, se busca reducir las situaciones que generan la inequidad y que estas a su vez, sean evitadas basándose en los principios de superación de inequidades.

El objetivo planteado con los determinantes sociales no solo se guio hacia el planteamiento la equidad nuevamente, cuya finalidad única no se trataba de eliminar la desigualdad con relación a los servicios de salud, si no que por el contrario se buscaba atenuar las situaciones que generen dicha disparidad y a su vez sean eludidas basándose en las directrices de superación de inequidad. (19).

Por otro lado , en la investigación “**Determinantes sociales y su influencia en la enfermedad , visión latinoamericana, caso Colombia 2020**” (20),se plante en un principio la creación de la comisión de determinantes sociales en salud la cual fue fundada por la Organización mundial de la salud desde hace 19 años la cual proporciona una fundamento teórico por medio de la utilización de análisis en las problemáticas a nivel mundial en conjunto de la elaboración de propuestas encaminadas a la disminución de la inequidad en salud.

En el contexto de Colombia los determinantes sociales en salud tienen un bajo nivel investigativo pese a la creciente aparición de diversos estudios de los mismos, sin embargo, aún se plantea la necesidad de aplicar diferentes mecanismos para el control de inequidades, tomando como punto de partida un modelo investigativo y conceptualizado de los diferentes escenarios en el que viven los variados grupos poblacionales en el país. En ese ámbito fue planteado el plan decenal de salud pública (2012-2021) el cual contó con una serie de objetivos y metas especializadas en comprender aquellos mecanismos que fallan y que guían a la sociedad colombiana a niveles de vida deficientes. No obstante, eso no es todo pues en conjunto se enfatizó en la ampliación del progreso de la atención primaria en salud ejecutando sistemas de prevención y promoción de la salud asegurando una atención universal y oportuna para la población. Pese a lo anterior en el plan decenal no cuenta con una evaluación aquellos determinantes que con frecuencia fracasan, independientemente de si son estructurales o intermedios lo cual es de suma relevancia para combatir a dichos propulsores de la enfermedad del individuo. (20)

En el marco de la política de atención integral de salud y el modelo de atención integral en salud se ha tratado de afianzar las oportunidades, el seguimiento, la integralidad, y la calidad de atención basándose en el sentido de equidad entre las diferentes poblaciones que se encuentran en los departamentos, a través de la ruta para mejorar la salud materna que incluye prestación de servicios como el control prenatal, la atención del parto y el puerperio, la atención al recién nacido, consejería de cuidados del embarazo. Sin embargo, esto se aplica dentro una población accesible como la población urbana; la población rural que se hallan en áreas de difícil acceso no se encuentra cobijadas en su totalidad por estas políticas, reflejando en las altas tasas de mortalidad materna y perinatal.

En otro aspecto , en la investigación “ **Factores de riesgo asociados a desenlaces perinatales adversos en gestantes migrantes venezolanas de una institución barranquilla 2021-2022**” (21) La llegada de la población migrante a Colombia principalmente de manera irregular es una de las causales para el incumplimiento de las políticas planteadas por el ministerio de salud puesto que se ignoran las condiciones de salud previas trasladadas desde su lugar natal y que se entrelazan con el ambiente en el que se desarrollaron y desencadenaron. Las gestantes migrantes diariamente sufren un nivel de exposición elevado a riesgos psicosociales , ambientales y culturales en el transcurso de movilización desde su país de origen hacia Colombia; un factor impactante sobre la salud pública es la aparición de patologías gestacionales sobre las cuales no se han establecido políticas exactas que interfieran en la historia natural de la enfermedad de afecciones como sífilis gestacional (367 gestantes) , incluida la desinformación sobre los cuidados y controles prenatales pues se ha puesto en evidencia la falta de los mismos , lo que resulta en el aumento significativo de la morbilidad y mortalidad materna.

Otro obstáculo en la salud de las gestantes migrantes, se encuentra fundamentada en las características del proceso migratorio pues un 57,9% de gestantes tenían como objetivo de residencia Colombia, tan solo el 21% utilizo un medio de transporte como el uso de automóviles para llegar, y el 9.6% lo hizo mediante un “coyote” por lo cual su medio de paso fue a pie , situaciones que llevaron a las mismas a sufrir burlas e insultos , robo durante el desplazamiento , abuso sexual y agresiones físicas. (21, p. 12)

Se presentaron condiciones de salud que se agravaron o manifestaron durante dicho proceso donde el 23% de las gestantes eran estratificadas como una gesta de alto riesgo debido a su edad, abortos previos, diabetes mellitus, cardiopatías, epilepsia, obesidad, las cuales experimentaron complicaciones relacionadas a la aparición de infección de vías urinarias 26% y preeclamsia 5.6%. En el putumayo la situación que se enfrenta en cuanto a la migración es un tanto desconocida pues no se hablan de los abordajes que tienen estas madres en el periodo de gestación (21) Por otra parte, dentro de las poblaciones que se hallan en el departamento del putumayo se encuentran ubicadas las comunidades indígenas. Según el estudio “**Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena**”. Dentro de estas

comunidades se encuentran alrededor de 15 pueblos indígenas, donde su condición cultural es una de los principales baches para evitar el riesgo materno-fetal.

Según estudios realizados a estas poblaciones indígenas; el sistema de salud actual no se encuentra preparado para prestar un servicio específico en el que se respete su diversidad ideológica. Dada esta problemática, se ha encontrado el sistema indígena de salud propio intercultural (SISPI), como una serie de políticas, recursos, planes de acción, principios e instituciones que respondan a la necesidad los pueblos indígenas para preservar la salud y el manejo de las enfermedades. Este modelo está enfocado en la visión de las comunidades sobre la salud, que es un conjunto armónico entre los hábitos de vida, su relación y armonía con la naturaleza, creencias divinas y espirituales e incluso su relación con la comunidad, a pesar de ello, esta política no ha sido instaurada con conciencia, a diferencia de otros modelos que encuentran hoy en día en fases avanzadas, este programa se encuentra en la fase uno (la caracterización social).

En esta misma línea, la medicina ancestral que se maneja en las comunidades no ha sido integrada junto con la salud occidental de tal forma que su sistema está jerarquizado según el nivel de conocimiento, aquí se encuentran los comuneros, sobanderos, rezanderos, parteras, médicos tradicionales y los chamanes que constituyen la jerarquía máxima. En el caso de las gestantes pertenecientes al pueblo indígena muchas de sus complicaciones se ven conectadas con su preferencia al atender su proceso de gestación con una partera, dado que no hay en los servicios de atención una implementación consistente de la salud intercultural. Es entonces común ver gestantes sin controles prenatales, que no acuden por sus valoraciones y el desarrollo de complicaciones que pasan desapercibidas porque no hay una detección temprana de las mismas enraizado claramente a su falta de asistencia a los centros de salud, lo que se manifiesta en mortalidad materno fetal al momento del parto (23).

3.2 MARCO TEÓRICO

El referente teórico de la presente investigación se centra en los determinantes sociales en salud, a partir de los cuales se han tomado en consideración diversos ítems, como antecedentes, origen y concepto de los determinantes sociales, seguido de las categorías y elementos de un determinante social, y el impacto directo que estos tienen en la salud de la población. Para abordar mejor dichos aspectos, los investigadores se han basado y apoyado de diversas teorías, que les permitieron definir cuáles son los determinantes sociales, cual es importancia e impacto en diferentes escenarios sociales.

3.2.1 Teoría de los Determinantes Sociales en Salud.

Hace énfasis en aspectos sociales, económicos y ambientales, que interfieren de forma directa o indirecta en la salud pública. Estos factores incluyen, entre otros, el acceso a la prestación de servicios médicos, la educación, la vivienda, el empleo, la seguridad alimentaria, la calidad del aire y del agua, la discriminación y la exclusión social.

- **Condiciones Socioeconómicas:** el departamento del Putumayo es uno de los departamentos más pobres del país, lo que puede concluir en que, muchos habitantes en la región tienen difícil acceso a una alimentación adecuada, agua potable, atención médica de alta calidad y viviendas en condiciones adecuadas (24).
- **Acceso a Servicios de Salud:** la infraestructura del sector salud es limitada y precaria, por lo que muchos habitantes de la región tienen dificultades para acceder a servicios de salud básicos debido a la lejanía de los centros médicos y la falta de recursos económicos para acceder a la misma (24). No obstante, el gremio médico ha presentado dificultades en la detección temprana de diversas enfermedades, debido a la falta de conocimiento de factores de riesgo sociales que inciden en la salud de la población y población de difícil acceso, que ha obstaculizado el inicio adecuado de procesos de tamización para enfermedades tratables y/o prevenibles.
- **Factores Ambientales:** Putumayo es un departamento rico en biodiversidad y recursos naturales, pese a ello, se enfrenta también a desafíos ambientales como la deforestación, la contaminación del agua, la pérdida de hábitats naturales, y los desastres naturales, todo esto puede generar un impacto directo negativo en la salud poblacional (24).
- **Educación:** el Putumayo tiene tasas de alfabetización y educación más bajas en comparación a otras regiones de Colombia, esto afecta directamente la capacidad de los grupos poblaciones en la toma de decisiones informadas sobre el estado de su salud (24).
- **Cultura y Género:** este departamento cuenta con una gran diversidad cultural por parte de sus diferentes grupos poblacionales, que en ocasiones representa barreras para la toma de decisiones, por complejos como las cosmovisiones, prácticas culturales, lenguas maternas y saberes tradicionales de los pueblos indígenas influyen en su concepción de la salud y la enfermedad, pero también se enfrenta a desafíos en términos de equidad de género y derechos de las minorías. (24).

Es importante destacar que los determinantes sociales de la salud interactúan de manera compleja y pueden verse modificados por diferentes políticas y prácticas a nivel local, regional y nacional. Algunas estrategias que se han utilizado para

abordar los determinantes sociales de la salud en Putumayo incluyen la mejora y la mayor cobertura al acceso a servicios de salud y educación, promoción de prácticas agrícolas amigables y sostenibles y la fomentación de la participación comunitaria en cuanto a la toma de decisiones relacionadas con la prestación de servicios de salud.

3.2.2 Teoría de la Salud Materna

En la teoría de la salud materna se enfatiza la importancia de la salud de las mujeres durante todo el periodo de gestación, el parto y el posparto, así como a la de los recién nacidos. En Putumayo, al igual que en muchos lugares del país y del mundo, la salud materna es una preocupación importante sobre el sistema de salud, debido a la alta tasa de mortalidad materna y neonatal.

La tasa de mortalidad materna refiere a la cantidad o a el número de mujeres que mueren durante el desarrollo del embarazo, durante el parto o en el posparto por cada 100,000 nacidos vivos. Se estima que, en Colombia, el 20% de los territorios con menor gasto en salud per cápita o gasto promedio individual, han alcanzado el 35% de mortalidad materna, y dichas tasas cada vez van incrementando y empeorando. Por otro lado, se han identificado diversos factores como mortalidad materna para la región determinando la hemorragia postparto, la hipertensión y la sepsis como las causas principales de morbilidad materna fetal (25).

Para abordar este problema de salud, se han implementado diferentes estrategias para el departamento que incluyen:

- **Consulta Preconcepcional:** Es la consulta médica que se realiza antes del embarazo, durante esta se debe indicar desde el primer momento o desde la primera visita, toda la información adecuada que permita evaluar a la mujer, su estado de salud general y abarcar cualquier problema médico y/o psicológico que pueda afectar el futuro embarazo. Esta primera consulta también permite identificar factores de riesgo como antecedentes familiares, condiciones médicas preexistentes como diabetes, hipertensión, enfermedades autoinmunes y hábitos y estilos de vida como tabaquismo, consumo de alcohol y obesidad.

- **Atención Prenatal:** Es la atención médica que recibe la gestante a lo largo del desarrollo de su embarazo, permite el seguimiento del desarrollo, bienestar y desarrollo fetal, posibilitando la identificación temprana de complicaciones maternas y fetales, durante la realización de los controles prenatales se revisan y administran vacunas necesarias para proteger a la madre y al bebé, se realizan diferentes pruebas de sangre y orina y tomas de la presión arterial para la identificación temprana de complicaciones y/o enfermedades gestacionales que pueden poner en riesgo la vida de la madre y del bebé, adicionalmente se realiza educación y

acompañamiento sobre el parto, lactancia materna y hábitos y estilos de vida saludables.

- **Consejería y Promoción de la Lactancia Materna:** La lactancia materna es esencial para la salud del recién nacido y la madre, ya previene la aparición de complicaciones en el crecimiento del bebé, la desnutrición y el desarrollo de enfermedades, buen funcionamiento inmunológico, y la aparición de alergias, en madre, actúa como un factor protector contra el cáncer de mama. Por otro lado, es importante el acompañamiento y consejería durante el posparto para guiar a la materna y a la pareja en técnicas de lactancia materna exclusiva (hasta los 6 meses), alimentación complementaria y crianza.

- **Acceso a Métodos Anticonceptivos:** Es importante que las mujeres tengan acceso a los diversos métodos anticonceptivos para prevenir nuevos embarazos, embarazos no deseados y reducir el riesgo de complicaciones durante el posparto.

- **Educación sobre Salud Reproductiva:** Se debe brindar información clara y concisa a las mujeres sobre la importancia de los derechos y la salud sexual y reproductiva, además del cuidado prenatal y la prevención de enfermedades de transmisión sexual con la finalidad de mejorar el sistema de salud.

Estas son algunas de las técnicas y estrategias que se han implementado en el departamento del Putumayo, con el fin de mejorar el estado de salud materna. Sin embargo, aún hay un largo camino por recorrer para lograr reducir la tasa de mortalidad materna en la región (26).

3.2.2.1 Modelo de Dahlgren y Whitehead

Este modelo también conocido como el "arco iris de los determinantes sociales de la salud" fue desarrollado en el año de 1991 por el profesor Göran Dahlgren y Margaret Whitehead, es una herramienta práctica y conceptual que permiten describir y analizar, diferentes aspectos sociales, ofreciendo una visión de manera integral de cómo diversos factores sociales, económicos y ambientales afectan la salud y el bienestar de la población.

Este modelo se divide en cuatro niveles que se encuentran interrelacionados:

1. **Factores Individuales o Características Individuales:** hacen parte de este nivel la edad, el género, la genética y el estilo de vida de una persona, estos son aspectos innatos que pueden influir en la salud de una persona, pero no son modificables.

2. **Factores Sociales:** estas condiciones influyen significativamente en las oportunidades de las personas para mantener un buen estado de salud, aquí se

encuentran diversos factores como el empleo, las condiciones laborales, la educación, el acceso a los servicios de salud, la vivienda, la disponibilidad de alimentos saludables y la red de apoyo social.

3. Factores Ambientales: se incluyen las condiciones de vida y el acceso a los servicios públicos como la buena calidad del aire, agua, gas, telecomunicaciones, la seguridad, acceso a espacios o zonas verdes libres de contaminación ambiental y/o auditiva. Todos estos, podrían influir de forma directa en la calidad de vida y en el desarrollo de la enfermedad.

4. Políticas Sistemas: se ubican los factores estructurales y macrosociales de todas las políticas gubernamentales como las políticas económicas, el mercado laboral, el sistema de bienestar social, el acceso a la educación y la justicia social. Estos determinantes están relacionados con las inequidades en salud y el acceso a recursos (26).

Para poder hacer uso de este modelo en el contexto de la presente investigación, los investigadores comenzarán con la identificación de los factores de cada nivel que podrían influir en el desarrollo de embarazos y definirlo como embarazo de alto riesgo, en el departamento del Putumayo. Una vez los aspectos sean identificados, se procederá a realizar el respectivo análisis de cómo se relacionan los componentes de la investigación; cómo influyen los determinantes sociales en el desarrollo de embarazos de alto riesgo.

3.2.2.2 Modelo de Marc Lalonde.

Este modelo fue escrito por el político canadiense Marc Lalonde en 1974 como un informe sobre la "Nueva perspectiva de la salud de los canadienses", este modelo propone una visión más amplia que va más allá del modelo biomédico tradicional, centrado exclusivamente en el tratamiento de enfermedades, sino que también permite indagar en las condiciones sociales, políticas, ambientales, culturales y medioambientales que confluyen en el desarrollo y manifestación de las enfermedades.

El modelo de Lalonde propone diferentes enfoques acerca de determinantes de la salud (28):

- El medio ambiente y las condiciones de vida.
- El estilo de vida y conductas individuales.
- La biología y genética humanas.
- Organización del sistema de salud y la atención médica

En el contexto de poder determinar cómo estos factores influyen en el desarrollo de los embarazos de alto riesgo registrado en el hospital de Colón Putumayo, el modelo

de Marc Lalonde puede orientarse de la siguiente manera:

- **El medio Ambiente y las Condiciones de Vida:** en este nivel, los investigadores pueden realizar el análisis de factores como la pobreza, el acceso limitado a servicios de salud y la falta de acceso a una alimentación nutritiva adecuada. Esto podría incluir la disponibilidad y calidad de alimentos saludables y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.
- **El estilo de Vida y Comportamientos Individuales:** en este nivel, se encuentran factores como hábitos de vida como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la falta de actividad física y la falta de acceso a la educación sexual y reproductiva. También, se incluyen factores como la educación y el acceso a métodos de planificación familiar y anticoncepción.
- **La biología y Genética Humanas:** este nivel se refiere a factores no modificables como la edad materna, la salud de la madre antes y durante el periodo gestacional, y las condiciones de salud preexistentes que pueden influir en el desarrollo de un embarazo de alto riesgo.
- **La atención Médica y la Organización del Sistema de Salud:** en este nivel, se pueden analizar factores como la calidad de la atención desde la consulta preconcepcional, la atención prenatal y la disponibilidad de servicios y recursos para la atención en emergencia obstétrica en la región. También, se pueden considerar los costos y la accesibilidad de los servicios de atención médica.

3.2.3 Modelo de Determinantes Sociales de Salud Según la OMS.

La OMS define a los determinantes sociales de la salud como aquellas condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y así mismo, como todos estos factores tienen un impacto directo para la salud, bienestar, la calidad de vida de las personas y las comunidades. Estos determinantes pueden ser tanto económicos, sociales, culturales como ambientales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se pueden llegar a identificar cinco factores sociales principales como detonantes de la salud:

- **Condiciones Socioeconómicas:** incluyen los ingresos económicos o salario, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, la vivienda, el acceso a servicios de salud y otros servicios sociales.
- **Ambiente Físico:** comprende factores medioambientales como la calidad del aire y del agua, la exposición a sustancias tóxicas, la seguridad de los alimentos, la

vivienda y el transporte.

- **Características y Comportamientos Individuales:** son los factores modificables y no modificables de las personas como el género, la edad, la etnia, los estilos de vida y las conductas y compromisos frente a la salud.
- **Redes y Apoyo Social:** incluye redes de apoyo familiar, los amigos, la comunidad y otros grupos sociales que pueden influir en la salud y el bienestar de la población.
- **Acceso y Uso de Servicios de Salud:** refiere a la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Para poder abarcar estos pilares sociales de la salud, la OMS (29) recomienda una serie de estrategias que incluyen la promoción de políticas públicas saludables, la creación de entornos saludables, la mejora del acceso y la calidad de los servicios de salud, el fortalecimiento de la participación comunitaria y el empoderamiento individual y colectivo.

3.2.3.1 Determinantes Sociales de la Población Indígena.

El departamento del putumayo es una región que cuenta con una importante cantidad de población indígena, alrededor de 348.000 habitantes son pertenecientes a estas comunidades, representando el 0,8% de la población nacional. Dentro de Putumayo se estima que alrededor de 50.694 personas (18% de la población del departamento) son indígenas, y 10.262 (4%) son afrocolombianos. Teniendo en cuenta que estos pueblos son vulnerables, los determinantes sociales afectan de forma directa la salud y el bienestar de estas comunidades (30-33). Algunos de estos determinantes sociales de la salud de las poblaciones indígenas en la región del Putumayo son:

- **Desplazamiento Forzado:** la región del Putumayo se ha visto afectada durante varios años por la violencia y el conflicto armado, lo que ha llevado a la desaparición de comunidades enteras y al desplazamiento forzado de las comunidades indígenas. para el año 2021, se estimó que más de 2.300 personas fueron desplazadas (en su mayoría como resultado de desplazamientos individuales y familiares que no se rastrean de manera integral). Esto representó un aumento del 30% con respecto al año 2020. Las principales causas que se logran identificar de desplazamiento son el miedo al reclutamiento de niños, las constantes amenazas, la intimidación, la extorsión y los secuestros. Entre noviembre de 2021 y marzo de 2022, OCHA registró más de 493 personas desplazadas en Putumayo, tan solo en febrero 155 personas del municipio de Puerto Asís y 40 del municipio de Puerto Guzmán fueron desplazadas debido a amenazas directas por partes de los diferentes grupos armados presentes en la región. El desplazamiento puede tener

un impacto negativo en la salud física y mental de las poblaciones, así como generar dificultades en el acceso a servicios de salud y en la seguridad alimentaria.

- **Acceso Limitado a Servicios de Salud:** las comunidades indígenas en Putumayo a menudo tienen un acceso limitado a servicios de salud y a una atención médica adecuada. Las barreras que pueden incluir son: falta de transporte, barreras lingüísticas y creencias culturales, falta de personal médico capacitado en la atención culturalmente sensible, falta de medicamentos y equipo médico, entre otras.
- **Pobreza:** en Putumayo muchos resguardos indígenas experimentan niveles significativos de pobreza. Esto es un factor que conlleva a la inseguridad alimentaria, falta de acceso a servicios públicos como el agua potable y saneamiento. Además, limita el acceso a servicios de educación, empleo y salud.
- **Discriminación y Racismo:** las comunidades indígenas en Putumayo a menudo se enfrentan a la discriminación y racismo por parte de la sociedad colombiana. Esto puede incluir la exclusión de los servicios públicos y la limitación de oportunidades económicas y educativas.
- **Cambio Climático y Medio Ambiente:** los impactos del cambio climático, como las sequías y las inundaciones, pueden tener un impacto negativo en la salud y el bienestar de las comunidades indígenas. Además, la explotación de recursos naturales en la región puede llevar a la exposición de tóxicos por contaminación del agua, del aire y la degradación del medio ambiente, lo que puede terminar impactando de forma negativa la salud y la integridad de los pueblos indígenas (30-33).

Con base a lo planteado anteriormente, se puede hablar de la importancia que tiene los diferentes pueblos indígenas que se acentúan en la región del putumayo, como la comunidad del pueblo inga, que son uno de los pueblos indígenas más numerosos en el Putumayo. Son parte de la familia lingüística quechua y su territorio ancestral se extiende a ambos lados de la frontera entre Colombia y Ecuador. Su cultura está arraigada en la cosmovisión andina y tienen una estrecha relación con la naturaleza. Los Inga, han luchado por la protección de su territorio y la preservación de su identidad cultural, puesto que ellos se encuentran en contacto directo con la cultura de la sociedad actual y esto puede ser un factor de riesgo para que sus nuevas generaciones pierdan su identidad cultural.

Pueblo Kamëntsá: también conocidos como "Sibundoy" o "Inga Sibundoy", los Kamëntsá son parte del grupo étnico Inga y habitan principalmente en el municipio del Sibundoy, en el departamento del Putumayo. Su territorio ancestral se extiende entre Colombia y Ecuador. Los Kamëntsá son reconocidos por su profundo conocimiento de las plantas medicinales y sus prácticas espirituales, las cuales están fuertemente ligadas a la cosmovisión andina. Han luchado por la preservación

de su cultura, lenguaje materno y la protección de su territorio.

Pueblo Biyá: los Biyá también forman parte del grupo étnico Inga y habitan en el municipio de Sibundoy, en el Putumayo. Su territorio ancestral se encuentra en las zonas altas de la cordillera de los Andes. Los Biyá se dedican principalmente a la agricultura y tienen una fuerte conexión con la naturaleza. Han trabajado para mantener y revitalizar su lengua, tradiciones y formas de organización comunitaria (31).

Una vez entendido esto, es importante analizar cómo los determinantes sociales juegan un papel fundamental en la morbilidad materna, ya que, como se mencionó con anterioridad, las diferencias culturales como la práctica de la medicina ancestral y los partos atendidos por parteras, son costumbres que se han existido en diferentes culturas y comunidades indígenas alrededor del mundo, incluyendo las comunidades de la región del Putumayo. Estas prácticas, están arraigadas en conocimientos tradicionales transmitidos de generación en generación y se basan en la sabiduría y experiencia acumulada a lo largo de siglos.

- **Medicina Ancestral:** la medicina ancestral es el conjunto de conocimientos, técnicas y prácticas de salud y curación utilizados por los pueblos indígenas desde tiempos ancestrales. Se fundamenta en una concepción holística de la salud, en la que se considera que el bienestar físico, emocional y espiritual están interconectados.

La medicina ancestral suele emplear una combinación de plantas medicinales, rituales, masajes, dietas y otras terapias naturales para tratar enfermedades y mantener el equilibrio en el cuerpo y la comunidad. Los curanderos y sabios de la comunidad son los guardianes de este conocimiento, y su papel es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de las dolencias.

- **Partos por Parteras:** los partos atendidos por parteras son una práctica ancestral en la cual, las mujeres embarazadas son asistidas durante el proceso de dar a luz por mujeres, también son conocidas como parteras, que poseen un profundo conocimiento y experiencia en el arte del parto y se encargan de brindar atención y cuidado a la madre y al bebé.

Las parteras utilizan técnicas y prácticas tradicionales para acompañar a las mujeres en el parto, brindando apoyo emocional, físico y espiritual. Su enfoque se centra en crear un ambiente seguro y respetuoso para el nacimiento, promoviendo la participación activa de la madre y su capacidad de tomar decisiones informadas durante el proceso.

Estas prácticas tradicionales de medicina ancestral y los partos por parteras son valorados por su enfoque centrado en la comunidad, la conexión con la naturaleza y la preservación de la cultura y la identidad indígena. Sin embargo, es importante

destacar que cada comunidad y cultura indígena puede tener sus propias particularidades en cuanto a sus prácticas y creencias relacionadas con la medicina ancestral y los partos por parte de las parteras (32-33).

También es indispensable hablar de que el departamento del Putumayo se encuentra ubicado en el suroeste de Colombia y limita con Ecuador. Es una región que ha experimentado flujos migratorios debido a diversas razones, como el conflicto armado interno, la violencia, la pobreza y la falta de oportunidades económicas.

El principal grupo de población migrante en el departamento del Putumayo proviene de países vecinos, especialmente de Ecuador y Venezuela. Muchos ecuatorianos y venezolanos han ingresado a Colombia en busca de mejores condiciones de vida y oportunidades económicas. Algunos se han establecido en el Putumayo de manera permanente, mientras que otros han utilizado la región como tránsito hacia otras partes de Colombia.

Además de los migrantes internacionales, el Putumayo también ha recibido migrantes internos de otras regiones de Colombia. Estas personas pueden estar desplazadas por el conflicto armado o buscar oportunidades económicas en la región. Sin embargo, la información específica sobre la cantidad exacta de migrantes en el departamento del Putumayo puede ser difícil de encontrar, ya que los datos oficiales pueden variar y no siempre se mantienen actualizados.

Referente a esto, podemos decir que el migrante es aquella persona que se desplaza de su lugar de origen o residencia habitual a otro lugar, ya sea dentro de su propio país (migración interna) o a otro país (migración internacional). La migración puede ser motivada por diferentes factores, como la búsqueda de mejores oportunidades económicas, la reunificación familiar, la huida de conflictos o la persecución, entre otros.

Es importante tener en cuenta que el término "migrante" es amplio y abarca diferentes categorías de personas que se desplazan. Algunos de los términos relacionados incluyen:

- **Migrante Económico:** es aquel que se desplaza en busca de mejores condiciones económicas, como empleo o ingresos económicos más altos.
- **Migrante Laboral:** es aquel que se traslada para trabajar en otro lugar, ya sea de forma temporal o permanente.
- **Migrante Refugiado:** es una persona que se ha visto obligada a abandonar su país de origen debido a un temor fundado de persecución, conflicto armado u otras situaciones de violencia. Los refugiados tienen derecho a protección internacional de acuerdo con la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados.

- **Migrante Desplazado Interno:** son personas que han sido forzadas a abandonar su lugar de residencia habitual debido a conflictos armados, violencia generalizada, violaciones de derechos humanos u otras emergencias, pero no han cruzado una frontera internacional.

- **Migrante Irregular o Indocumentado:** se refiere a aquellas personas que se encuentran en un país sin la autorización correspondiente, ya sea porque ingresaron sin documentos o porque se quedaron más tiempo del permitido, es importante tener en cuenta que la mayoría de población migrante que se encuentra establecida o acentuada en Colombia es población que irregular que no cuenta con documentación legal para acentuarse en el país, por ende, es población vulnerable (34-35).

Adicionalmente es importante considerar que el estatus migratorio de una persona puede variar y estar sujeto a las leyes y políticas migratorias del país de destino. Además, las personas migrantes pueden enfrentar desafíos y vulnerabilidades específicas en su proceso de migración, por lo que es importante abordar sus necesidades y derechos de manera adecuada.

Cabe mencionar que esta definición se basa en conceptos generales y puede variar según el contexto y las leyes de cada país.

3.3 MARCO CONTEXTUAL

La E.S.E. El Hospital Pio XII fundado en el año 1948 está ubicado en el municipio de Colón, departamento del Putumayo, se encuentra situado en el sur del país en la región de la Amazonía. La E.S.E Hospital PIO XII entra en una clasificación que le permite prestar servicios de atención de segundo nivel (Nivel II), El hospital atiende las necesidades del departamento Putumayo haciendo apoyo en sedes y sectores que ayudan a generar una mayor cobertura, puesto que la demografía del Putumayo se encuentra dividida en tres zonas: alto Putumayo, medio Putumayo y bajo Putumayo (25).

Para lograr una mayor cobertura se hace una distribución por los municipios del departamento el cual va de la siguiente manera: para el Municipio de Colón; Hospital Pío XII sede principal, Unidad de salud mental y Puesto de Salud de San Pedro. En el Municipio de Santiago; Centro de Salud Santiago y Puesto de Salud San Andrés y también en el Municipio de Sibundoy está el Centro de Salud Santiago Rengifo y Puesto de Salud Planadas (Vereda las cochas) (25).

En cuanto a los servicios de atención que ofrece cuenta con odontología General, medicina general, enfermería, hospitalización de baja complejidad, toma de muestras de Laboratorio, promoción y mantenimiento de la salud, transporte

asistencial básico, radiografías (25).

3.4 MARCO LEGAL

Según la constitución política de 1991 de Colombia, que abarca a todas las poblaciones pertenecientes a las distintas áreas tanto rurales como urbanas dentro de las cuales destaca las poblaciones en estado de vulnerabilidad como gestantes, es importante la realización de una serie de leyes que cobijen a dichas poblaciones tanto en trabajo, salud, como trato digno, es por esto que para las gestantes como tal se habla de las siguientes leyes.

3.4.1 Ley 691 de 2001.

Reglamenta la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social en Colombia (29).

Artículo 1. Garantiza la participación y el acceso de los pueblos indígenas al servicio de salud en condiciones de respeto y protección a la diversidad étnica, así como condiciones dignas y apropiadas.

Artículo 2. Proteger los derechos en salud de las comunidades indígenas garantizando su integridad cultural.

Artículo 3. En base a la constitución política y los enunciados descritos en la ley 100 de 1993 para la aplicación e interpretación de la presente ley se observará y respetará el estilo de vida de las comunidades indígenas y se tomará en cuenta sus especificaciones culturales, ambientales (29).

3.4.2 Ley 2244 de 2022.

Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado” (30)

Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, conciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos.

Artículo 6°. Integralidad de la atención. La atención en salud prenatal, atención de partos de bajo riesgo o alto riesgo y atención de recién nacidos debe contar con un agente en salud suficiente, idóneos, éticos y permanente e interdisciplinario, con insumos tecnológicos esenciales en buen estado y demás equipamiento que garantice la atención oportuna, digna y segura a las mujeres y a los recién nacidos durante la gestación, el trabajo de parto, el posparto, teniendo en cuenta dentro de los procesos de atención el enfoque diferencial y la interculturalidad.

Por otro lado, todo esto se ve amparado por un Objetivo de desarrollo sostenible en este caso el número 3 que habla sobre Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades, de las metas que destacan podemos ver que para 2030, se busca reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. lo que ha generado que más mujeres reciban atención prenatal. En las regiones en desarrollo, la atención prenatal aumentó del 65% en 1990 al 83% en 2012 y la mortalidad materna disminuyó en un 37 % desde el año 2000 (30)

3.4.3 Resolución 412 de 2000.

Esta resolución contempla una serie de lineamientos y estándares que deben cumplir todas las instituciones y profesionales de la salud que brinden servicios en el territorio nacional, y que incluyen aspectos como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y la rehabilitación (31).

i) Artículo 1: Objeto se adoptarán las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de detección temprana, protección específica y las guías de atención en enfermedades de salud pública.

ii) Artículo 4. Guía de atención: se realizará un documento en el que se establezcan las actividades, intervenciones y procedimientos para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública.

iii) Artículo 5. Demanda Inducida: las entidades promotoras de salud, adaptadas y administrativas deberán educar a la población afiliada con el fin de cumplir con las estrategias, intervenciones y actividades de protección específica y detección temprana, así como también les deberá garantizar teniendo en cuenta condiciones como edad, genero, y salud el acceso a las mismas.

iv) Artículo 6. Protección Específica: actividades intervenciones y procedimientos que garantizan la protección a los afiliados frente a un riesgo que conlleve al desarrollo de una enfermedad.

v) Artículo 7. Detección Temprana: Actividades y procedimientos con el fin de identificar de forma temprana la enfermedad y facilitando su diagnóstico, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

vi) Artículo 8. Protección Específica: adopción de normas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte de la presente resolución para las intervenciones y actividades establecidas en el acuerdo 117 del consejo nacional de seguridad social en salud enunciadas a continuación:

- a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- b. Atención Preventiva en Salud Bucal
- c. Atención del Parto
- d. Atención al Recién Nacido
- e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres (31)

3.4.4 Resolución 2003 de 2014.

Esta resolución del Ministerio de Salud establece las condiciones para la atención integral de la gestante y el recién nacido, incluyendo la atención prenatal, el parto y la atención postnatal (32).

3.4.5 Circular 005 de 2012.

Considera que la mortalidad materna es un indicador que denota el estado de la situación de salud, la calidad de vida en relación a las condiciones sociales, económicas, familiares, personales, educativas en las mujeres gestantes, así como el papel del servicio de salud en cuanto a atención, con el fin de disminuir las muertes maternas y perinatales ya sea por causas médicas o no que sean prevenibles por medio de aplicar de forma oportuna la atención en salud (33). con dicho fin descrito imparte las siguientes directrices:

- Para empresas administradoras de planes de beneficios:
 - i) Conformar grupos de riesgo en las mujeres gestantes con el fin último de intervenir los riesgos
 - ii) Garantizar el acceso oportuno, la continuidad y calidad en la prestación de los servicios por medio de una red correctamente articulada
 - iii) Ofertan una prestación preferencial a las gestantes afiliadas
 - iv) Fortalecimiento de estrategias, acciones para brindar una atención

preconcepcional de calidad a las mujeres en edad fértil

v) Realizar un seguimiento oportuno a los protocolos y guías de manejo de las IPS en cuanto a la atención materna perinatal.

- Para las instituciones prestadoras de servicios de salud:

- i) Brindar prestaciones preferenciales, continuas, seguras tanto a la madre como al hijo basándose en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente

- ii) Garantizar que haya suficiente personal médico y paramédico para atender los servicios de atención materna perinatal

- iii) Evaluación periódica sobre el cumplimiento y adherencia de guías y protocolos con la atención materna perinatal

- iv) Mejoramiento de estrategias de capacitación para el personal de salud en las áreas de atención materna perinatal.

- v) Capacitar y entrenar al personal de salud en la atención de las gestantes y sus complicaciones, con énfasis en la detección de riesgos, signos de alarma del embarazo, parto y posparto.

- vi) Registro, notificación y análisis oportuna de los casos de muerte materna basándose en los lineamientos del instituto nacional de salud (33).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los determinantes sociales presentes en las gestantes de alto riesgo procedentes del departamento del Putumayo durante los años 2021-2024

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

ESTRUCTURALES

Caracterizar las condiciones demográficas, sociales, culturales de las gestantes de alto riesgo.

INTERMEDIOS

- Describir los hábitos y estilos de vida de las gestantes de alto riesgo objeto de estudio
- Caracterizar las circunstancias materiales y psicosociales en las gestantes de alto riesgo
- Describir los factores clínicos y de acceso a los servicios de salud de las gestantes de alto riesgo

5. METODOLOGÍA

5.1 DEFINICIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación se planteó mediante los lineamientos propuestos en el paradigma positivista, partiendo del postulado por Auguste Comte (34), para ser posible un trabajo de investigación acorde al paradigma elegido, el enfoque con el cual se trabajará es el cuantitativo, partiendo de lo postulado por Joel Smith año 1992, quien afirmó que “los objetos tienen en común atributos importantes en las cosas que nos interesan, que sus características exclusivas pueden ignorarse; es así, la cuantificación hace más explícitas nuestras observaciones, facilita reunir y acortar los datos, nos deja abierta la posibilidad de generar análisis estadísticos complejos.” Esto permitió una concepción global del objeto investigado, buscando los hechos o causas de los determinantes sociales entorno al desarrollo de un embarazo de alto riesgo, con un carácter particularista orientado a los resultados, enmarcado en la investigación por la encuesta.

La investigación al ser de carácter observacional descriptiva transversal. Se basó en el postulado propuesto por Carlos Manterola & Tamara Otzen (35) en 2014 “es un estudio que nos deja describir los atributos de un grupo poblacional en un momento específico en el tiempo”. Por medio de la cual se recopiló información detallada sobre la población objeto de estudio y sus particularidades, sin intervenir en ella (35, p. 1).

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

Dado que la investigación estuvo ligada a la gestación el área de estudio se realizó desde la rama de la ginecología con la subespecialidad en obstetricia ya que si bien la ginecología se enfoca en el cuidado de la salud de la mujer en áreas como la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades relacionadas a el sistema reproductor femenino tanto como infecciones, fertilidad, trastornos menstruales entre otros, es la obstetricia la que se enfoca por medio de un personal médico más capacitado de un cuidado más específico a la mujer en el periodo de gestación, con atención prenatal, del parto y atención postnatal con el fin de identificar y tratar complicaciones que se puedan presentar en estos 3 momentos del periodo de gestación, reduciendo así la morbilidad y la mortalidad materna y fetal.

5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y DISEÑO MUESTRAL

La población objeto de investigación son 133 mujeres gestantes en el departamento del Putumayo, las cuales fueron catalogadas con morbilidad materna extrema, mujeres residentes de la zona rural y urbana del municipio, las cuales conformaron la unidad de estudio.

La presente investigación tomó el 100% de las mujeres gestantes clasificadas en alto riesgo sin embargo se obtuvo una población muestra de 42 gestantes.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.4.1 Selección.

- Toda la población de mujeres gestantes del área rural y urbana.
- Pacientes que en periodo de observación se encuentren entre estado de gestación.
- Gestantes menores de edad las cuales sean autorizadas por sus tutores.
- Gestantes que lleven su atención prenatal en el hospital pio XII y/o hospital Universitario Departamental de Nariño

5.4.2 Exclusión.

- Gestantes que se encuentren registradas en la base de datos pero que hayan fallecido
- Gestantes que, durante el periodo de recolección de la información, no contaban con datos de contacto actualizados o válidos.
- Gestantes que se nieguen a participar.

5.5 FUENTES DE RECOLECCIÓN

Fuentes de Recolección Primaria: la presente investigación utilizó como fuente de recolección primaria la aplicación de un instrumento como lo es la encuesta. La cual fue desarrollada por los investigadores y validada por medio de la realización de una prueba piloto.

Fuentes de Recolección Secundaria: como fuentes de recolección secundaria se

hizo uso de la revisión de historias clínicas de las gestantes de alto riesgo y la ficha de notificación del sistema nacional de vigilancia en salud pública referente a la morbilidad materna extrema.

5.6 CONTROL DE SESGOS Y ERRORES

En la investigación se realizó un análisis de los posibles sesgos y errores que se pudieron presentar con el fin de minimizar la influencia de factores que afectarían la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos, en base a lo anterior se detectaron:

Sesgo de Selección. Los sesgos de selección se producen cuando se selecciona en un estudio una muestra que no es representativa de la población diana. Ocurre cuando algún sujeto tiene más probabilidad de ser elegido que otro, por ejemplo, al escoger sujetos enfermos ingresados en un hospital, se está seleccionando a los más graves. Afecta a la validez externa: los resultados pueden no ser aplicables en sujetos con la enfermedad (diabetes) seguidos en atención primaria. Por lo tanto se controló este sesgo por medio de la aplicación de elegibilidad en la selección de las pacientes. (36)

Sesgos de Información. Se produce cuando la información sobre el factor de estudio o la variable respuesta se recoge de forma errónea o se ha recogido de forma diferente entre los diferentes grupos de estudio, si es que los hay. Para este sesgo el control se realizó con la verificación de bases de datos codificadas, la aplicación de una prueba piloto para la calibración de operadores a su vez se realizó un ensayo previo sobre la aplicación de la encuesta entre los entrevistadores.

Sesgo de Memoria. Los individuos con un problema de salud recuerdan mejor los antecedentes de exposición que aquellos que no tienen ese problema, son frecuentes en los estudios retrospectivos y en los casos control. Para la mitigación de este sesgo se realizó la revisión de las historias clínicas y la ficha de notificación de morbilidad materna extrema con el fin de corroborar fechas, datos específicos relacionadas con la aparición de la enfermedad, número de controles prenatales y patologías asociadas. (36)

Sesgo de Respuesta. Se refiere a la inclinación de los participantes a dar una respuesta que puede ser estructurada pero que a su vez puede terminar alterando los resultados, pues puede basarse en una inadecuada interpretación de la pregunta, la realización de encuestas de tiempo prolongado e incluso se relaciona con respuestas condicionadas a situaciones que sean admitidas socialmente. Por consiguiente, se realizó el control del sesgo de respuesta al brindar una correcta explicación a las participantes sobre las condiciones de las respuestas donde sus datos fueron confidenciales, las respuestas no tenían ningún tipo de objeción ni eran punitivas

5.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

5.7.1 Instrumento de Recolección.

Se utilizó como instrumento de recolección las historias clínicas del hospital Pio XII del municipio de Colón- Putumayo, además de la encuesta aplicada por los investigadores y la base de datos proporcionada por el hospital universitario departamental de Nariño en base al SIVIGILA.

5.7.2 Definición de Variables.

Tabla 1. Caracterización de condiciones sociales, culturales y demográficas de las gestantes de alto riesgo

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE | DATOS DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE |
|------------------------------------|--|---|---|
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona | Fecha de nacimiento | Cuantitativa Discreta de razón politómica |
| Sexo | características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres (OMS) | Hombre Mujer | Cualitativa Nominal Dicotómica |
| Departamento de Procedencia | Departamento donde nació, de donde es originario | Nombre del departamento | Cualitativa |
| Municipio de residencia | Lugar geográfico donde la persona reside o vive de forma permanente y desarrolla sus actividades sociales y económicas | Nombre del municipio | Cualitativa Nominal Politómica |
| Zona | Agrupación De localidades o centros poblados de acuerdo a su tamaño poblacional. | Urbana Rural | Cualitativa Nominal Politómica |
| Etnia | Comunidad que comparte una afinidad cultural que permite que los integrantes se identifiquen entre sí. | Nombres de las comunidades indígenas Afrodescendiente | Cualitativa Nominal Politómica |

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE | DATOS DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE |
|--|---|---|--------------------------------------|
| | | Mulato Gitano | |
| Población en estado de vulnerabilidad | Grupo de personas en estado de desprotección o incapacidad frente a una amenaza psicológica, física, mental . | Desplazado Migrante Víctima de conflicto | Cualitativa Nominal Politómica |
| Nivel educativo | Es el nivel más alto que una persona ha terminado. | Primaria Básica secundaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Profesional Especialista | Cualitativa Ordinal Politómica |
| Estado Civil | Situación jurídica concreta de un individuo con respecto a la familia, estado o nación. | Soltero Unión libre Casado Separado Viudo | Cualitativa nominal Politómica |
| Ocupación | Clase o tipo de trabajo que se desarrolla con una especificación del puesto que desempeña | Agricultura Ganadería Pesca Oficios del Hogar Oficios Varios | Cualitativa Nominal Politómica |
| Dependencia económica | Cuando una persona, comunidad o entidad, no está en condiciones de satisfacer sus necesidades de tipo material por lo cual necesita de la asistencia de un tercero. | Trabajo independiente Red familiar Primaria (padres) Red familiar secundaria (conyugue) | Cualitativa Nominal Politómica |
| Composición familiar | El número de miembros u el parentesco legal, afectivo o de consanguinidad entre ellos | Nuclear Monoparental Reconstruida | Cualitativa Nominal Politómica |
| Funcionalidad | Relaciones interpersonales que satisfacen a cada uno de los integrantes de la familia | Funcional Disfuncional | Cualitativa Nominal Politómica |

Fuente: Elaboración Propia Con base en OMS (4).

Tabla 2. Caracterización de las circunstancias materiales y psicosociales en las gestantes de alto riesgo

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE | DATOS DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE |
|--|---|--|---------------------------------|
| Tipo de vivienda | Características en las que habita la persona | Propia Alquiler Anticres Familiar | Variable cualitativa |
| Lugar en el que vive | Espacios donde la persona habita. | Casa Apartamento Habitación Finca | Variable cualitativa. |
| Servicios públicos | Acceso a los servicios públicos | S No | Variable cualitativa dicotómica |
| Tipo de servicio público | A que servicios públicos tiene acceso. | Agua Luz Gas | Variable cualitativa nominal |
| Estructura de la vivienda | Material del cual se encuentra construida su vivienda | Pisos – techo – paredes en Concreto Madera Sin piso | Variable cualitativa nominal |
| Número de habitaciones | Con cuantas habitaciones cuenta la vivienda. | 1-2 3-4 4 o mas | Variable cuantitativa discreta |
| Numero de baños | Baños con los que cuenta la vivienda. | 1-2 3-4 4 o mas | Variable cuantitativa discreta |
| Con quien vive | Número de personas con las cuales convive en la vivienda. | 1-2 3-4 5-6 6 o mas | Variable cuantitativa discreta |
| Número de personas a cargo (económica) | Personas que dependen económicamente del sueldo de la persona. | 1-2 3-4 5-6 6 o mas | Variable cuantitativa discreta |
| Apoyo social: | Por cuales grupos de personas se siente apoyado en una situación difícil. | Familia Amigos cercanos Compañeros de trabajo | Variable cualitativa nominal |
| Apego emocional | Si siente que no puede permanecer sin | Dependencia a la pareja | Variable cualitativa |

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE | DATOS DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| | la compañía de ciertas personas. | Dependencia a los padres | nominal |
| Religión | Religión que profesa. | Católica Testigo de Jehová Otra | Variable cualitativa nominal |
| Usted hace uso de la medicina ancestral Tradicional Occidental | Si utiliza conocimientos medicinales transmitidos para el manejo de enfermedades. | Si- No | Variable cualitativa dicotómica |
| Hace uso de otro tipo de tratamientos naturales, cuales | Si tiene formas diferentes a las recomendadas por el médico para tratar la enfermedad. | Si – No | Variable cualitativa dicotómica |

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 3. Hábitos y estilos de vida de las gestantes objeto de estudio

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE | DATOS DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE |
|---|---|--|---------------------------------|
| Número de comidas principales al día | Cantidad de veces en que la gestante ingiere alimentos en el día. | 1 2 3 4 5 o mas | Variable cuantitativa discreta |
| Toma suplementos de hierro, multi vitamínicos, ácido fólico | Si consume suplementos dietéticos en su dieta diaria | Si – No | Variable cualitativa dicotómica |
| Actividad física | Cuantos días a la semana realiza actividad física | 1-2 3-4 5-6 7 | Variable cuantitativa discreta |
| Consumo de sustancias psicoactivas | Si en si diario tiene problemas con el consumo de sustancias como cigarrillo, alcohol u | Consume cigarrillo Consume alcohol Otras: cuales | Variable cualitativa nominal |

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE | DATOS DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE |
|-----------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------|
| | otras sustancias. | | |
| Calidad de descanso | Cantidad de horas de sueño promedio que tiene por día. | Menos de 4 4-6 6-8 más de 9 | Variable cuantitativa discreta |

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 4. Factores clínicos y de acceso a los servicios de salud de las gestantes de alto riesgo

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE | DATOS DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE |
|---|---|--|-------------------------------------|
| Comorbilidades Previas | cuenta con enfermedades de antecedente. | Diabetes Hipertensión Hipo e hipertiroidismo Cardiovasculares Obesidad | |
| Asiste a controles prenatales | Si la gestante tiene ingreso a los servicios de control prenatal | Si – No | Variable cualitativa dicotómica |
| Tiempo de desplazamiento de la casa al Hospital | El tiempo que se emplea para desplazarse del lugar de residencia a el centro de atención | 30 minutos o menos 1 hora 2 horas 3 o más horas | Cuantitativa Continua Politómica |
| Medios de transporte | Uso de un vehículo o animal que permite el desplazamiento de un lado al otro | Moto Carro Caballo A pie Buseta | Cualitativa Nominal Politómica |
| Afiliación al sistema de salud | Procedimiento en el cual la persona se vincula al servicio de salud sea siendo beneficiario del régimen subsidiado o contributivo | Si o No | Cualitativa Nominal Dicotómica |
| EPS | Entidad responsable de la afiliación y registro de los habitantes de un sector | Emssanar Mayamas Nueva EPS | Cualitativa Nominal Politómica |

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE | DATOS DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE |
|--------------------------------|--|---|---------------------------------|
| Numero de gestaciones | Cantidad de veces que ha estado en condición de embarazo. | 1-2 3-4 5-6 6 o mas | Variable cuantitativa discreta |
| Número de partos vaginales | Cuántos partos vaginales ha tenido. | 1-2 3-4 5-6 6 o mas | Variable cuantitativa discreta |
| Número de partos por cesárea | Cuántos partos ha tenido por cesárea | 1-2 3-4 5-6 6 o mas | Variable cuantitativa discreta |
| Número de hijos | Cuántos hijos tiene. | 1-2 3-4 4-5 6 o más. | Variable cuantitativa discreta |
| Número de hijos vivos | Cuántos hijos se encuentran con vida a la fecha. | 1-2 3-4 4-5 6 o más. | Variable cuantitativa discreta |
| Abortos | Si ha presentado en algún momento un aborto | Si – No | Variable cualitativa dicotómica |
| Número de hijos fallecidos | Número de hijos que han muerto. | 1-2 3-4 4-5 6 o más. | Variable cuantitativa discreta |
| Uso de métodos anticonceptivos | Cualquier método utilizado para la prevención del embarazo | No uso método por desconocimiento No uso método por que no deseaba Natural Dispositivo intrauterino Hormonal Barrera Quirúrgico | Cualitativa Nominal Politómica |
| Terminación de la gestación | Momento del parto o nacimiento del bebé idealmente en la semana 39 de gestación. | Aborto Parto Parto instrumentado Cesárea Continúa | Cualitativa Nominal Politómica |

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE | DATOS DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE |
|--|--|---|---|
| Edad de gestación al momento de ocurrencia | | embarazada 14 años o menos 15 – 20 20- 29 30 o mas | Cuantitativa Discreta de razón Politómica |
| Enfermedad específica diagnosticada | Diagnostico a partir de signos, síntomas, hallazgos exploratorios y pruebas complementarias. | Eclampsia Sepsis o infección sistémica severa Hemorragia obstétrica severa Preeclamsia Ruptura uterina Aborto séptico Embarazo ectópico Autoinmune Hematológica Oncológica Renales Gastrointestinales Eventos tromboembólicos Cardio cerebrovasculares Otros | Cualitativa Nominal Politómica |
| Ingreso a UCI | Ingreso a nivel de cuidados intensivos para monitorización continua y vigilancia en caso de inestabilidad hemodinámica, shock, sepsis entre otros. | Si No | Cualitativa nominal Dicotómica |
| Transfusión | Reposición de los componentes de la sangre como glóbulos rojos, plaquetas, plasma vía intravenosa | Si No | Cualitativa Nominal Dicotómica |
| Lesiones a causa externa | Daño de una persona de forma intencional o no intencional generada por un accidente, agresión entre otros. | Accidente Si – No | Cualitativa Dicotómica |

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE | DATOS DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE |
|------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------|
| Intoxicación accidental | Intoxicación que se produce de forma fortuita | Si no | Cualitativa Nominal Dicotómica |
| Intento de suicidio | Acto autolesivo con la finalidad de provocar la muerte, sin embargo, este no resulta mortal. | Si no | Cualitativa Nominal Dicotómica |

Fuente: Elaboración propia con base en: Zapata-Zapata (44)

5.7.3 Técnicas para Recolectar la Información.

El día 25 de junio del año 2023 se obtuvo aval académico y ético para realizar el presente estudio de investigación, contando con el aval previo de la institución beneficiaria, se procedió a solicitar los datos de las pacientes que fueron clasificadas como gestantes de alto riesgo, aplicando los criterios de elegibilidad, se continuó con la lectura y extracción de las variables a través de la historia clínica y aplicación de la encuesta.

La técnica empleada para recolectar los datos de información que respondió a los interrogantes planteados fue la encuesta, con la autorización previa mediante el consentimiento informado firmado, la cual nos permitió recoger y analizar datos de información de grupos poblacionales numerosos, respecto a una temática u objeto de estudio haciendo posible la selección de aspectos detallados que buscan brindar información. En su estructura el cuestionario consta de una fase de información objetiva que responde a los datos personales y a la información relacionada con los determinantes sociales (38)

Por otra parte, se utilizó como medio de recolección de información las estadísticas y ficha de mortalidad materna presentada por el SIVIGILA. También se hizo uso de la historia clínica que según Benites (39). La historia clínica se solicita con el objetivo de conocer eventos pasados del paciente, ya que contiene antecedentes personales acerca de la salud física, social y psicológica del paciente.

5.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

El presente trabajo de investigación se basó en la descripción de estadística básica aplicando para cada objetivo un modelo estadístico univariado, y para ello se tuvo en cuenta la clasificación de cada una de las variables, los datos arrojados por las

variables se organizaron y representaron en diversas tablas, gráficas y distribución de frecuencias, con sus respectivos análisis descriptivos. Para las variables cualitativas se hizo uso de las medidas resumen las cuales incluyen medidas de distribución de frecuencias como la frecuencia relativa, absoluta. Cada variable se analizó de manera separada, permitiendo el recuento de datos independiente.

Para finalizar, es importante tener en cuenta que en este tipo de investigación no se hizo uso de modelos analíticos bivariados y multivariados, puesto que los objetivos presentes no requieren relacionarse con las variables.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Basándose en el artículo 11 de la resolución número 8430 de 1993 (40) se declara la siguiente investigación como una sin riesgo pues no se realizarán intervenciones que modifiquen como tal las variables a estudio. a continuación, se describen los principios éticos fundamentales de la investigación

Consentimiento Informado: se debe obtener el consentimiento informado de todos los participantes antes de su inclusión en el estudio. Esto significa que se debe proporcionar información detallada sobre el estudio, incluyendo sus objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios, y que los participantes deben tener la libertad de decidir si desean participar o no.

Confidencialidad y Anonimato: se debe garantizar la confidencialidad y el anonimato de los participantes para proteger su privacidad. Esto significa que se deben tomar medidas para asegurar que la información recopilada no se comparta con terceros sin el consentimiento de los participantes y que los datos se almacenen de forma segura.

Protección de los Derechos y el Bienestar de los Participantes: se debe garantizar que los participantes sean tratados con respeto y dignidad y que se minimice el riesgo y el malestar que puedan experimentar durante la investigación. Esto significa que se deben tomar medidas para asegurar que los participantes no sean sometidos a situaciones que puedan ser perjudiciales para su salud o bienestar.

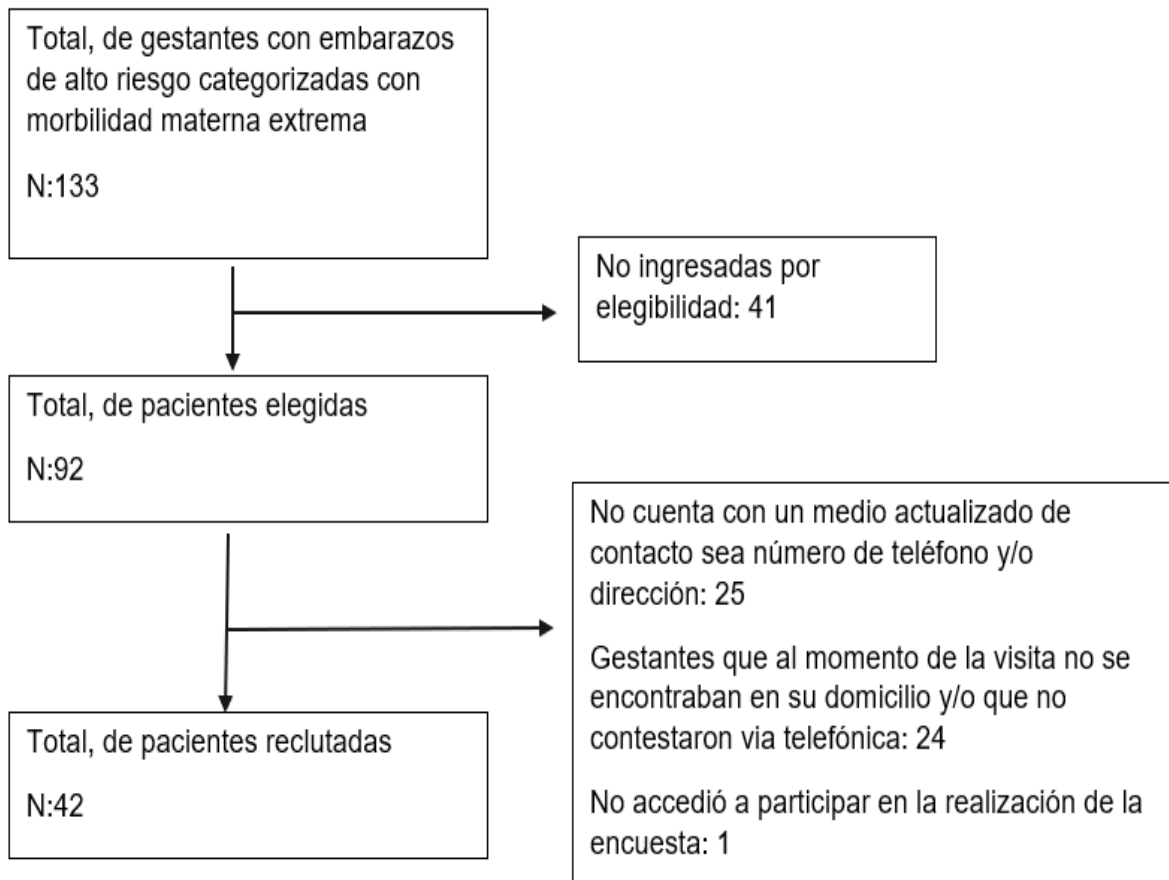
Equidad y Justicia: se debe garantizar que todos los participantes sean tratados de manera equitativa y justa y que no se produzca discriminación en función de su género, raza, etnia, religión, orientación sexual o cualquier otra característica personal.

Responsabilidad y Transparencia: se debe garantizar que la investigación se realice de manera responsable y transparente y que los resultados se presenten de manera clara y precisa. Esto significa que se deben tomar medidas para garantizar la integridad de los datos y que los resultados no se distorsionen o manipulen de ninguna manera (40).

7. RESULTADOS

En el presente estudio se detectaron un total de 42 gestantes las cuales fueron categorizadas con morbilidad materna extrema cuyas características se individualizan para el estudio de los determinantes y condiciones sociales.

Ilustración 1. Prisma de resultados

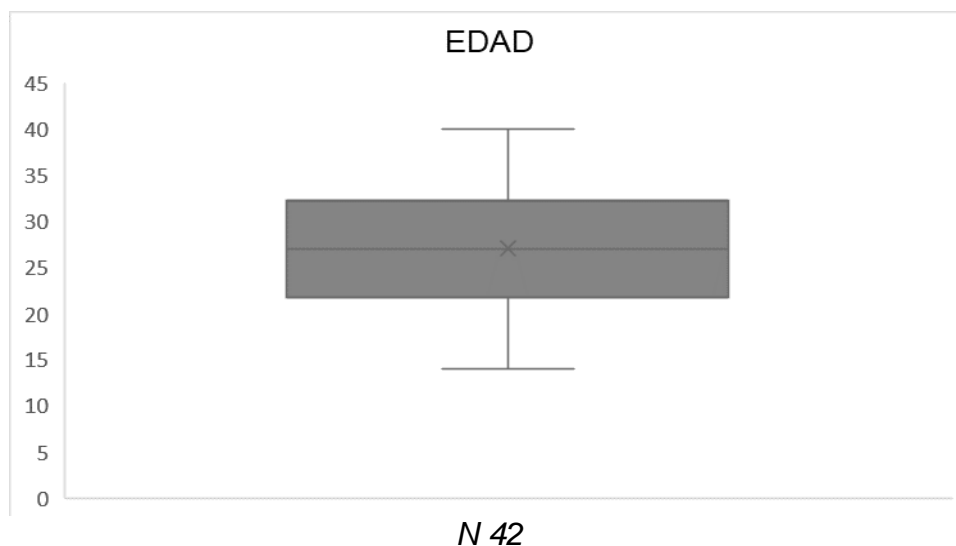


Fuente: Elaboración Propia.

- **DETERMINANTES ESTRUCTURALES Y SOCIALES:**

Caracterización de las condiciones demográficas, sociales, culturales.

Gráfica 1. Distribución del determinante edad



Fuente: Elaboración Propia.

Los resultados obtenidos sobre las edades de las gestantes y maternas encuestadas sugieren que en la distribución de la edad se encuentra que la edad máxima de las gestantes es de 40 años, la mínima de 14 años y una media de 27, con respecto a su ciclo vital un 52,5% de la población se encuentra entre los 27 a 40 años de edad (Adultez) , seguido de un 38,2% con edades de entre 19 a 26 años (Juventud) y finalmente edades comprendidas entre los 14 y 17 (Adolescencia)años en un 9,6%.

Tabla 5. Distribución del determinante demográfico

| Departamento de procedencia | N | % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Antioquia | 1 | 2,4 |
| Cauca | 1 | 2,4 |
| Nariño | 2 | 4,8 |
| Putumayo | 37 | 88,1 |
| Venezuela | 1 | 2,4 |
| Total | 42 | 100,0 |

N:42

Fuente: Elaboración Propia.

Si bien el estudio contempló gestantes de alto riesgo del departamento de Putumayo, las cuales alcanzan el 88%, la tabla 1 se evidencia residentes que proceden de otros departamentos. Se identificó que el 52% de la población se encuentra ubicada en el área Urbana siendo la población rural un 48%. Frente a los municipios de Putumayo se encontró que el 33% viven en Sibundoy, seguido de Santiago (11%), Mocoa (11,9%), Puerto asís (5%) y la Hormiga (5%).

Tabla 6. Distribución del determinante socioeconómico

| Etnia | N | % |
|-------------------------|-----------|--------------|
| Mestizo | 22 | 52,4 |
| Afrodescendiente | 1 | 2,4 |
| Pueblo Indígena | | |
| Camëntzá | 8 | 19,0 |
| Emberá | 1 | 2,4 |
| Inga | 9 | 21,4 |
| Quillacinga | 1 | 2,4 |
| Total | 42 | 100,0 |

N:42

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados sugieren que respecto a la distribución étnica en el departamento del Putumayo el 52% hace referencia a población mestiza, seguida del 45% perteneciente a población indígena. Dentro de esto se identificó población vulnerable correspondiente a 19 pacientes (45%) de las cuales el 21% corresponde a desplazados, 21% víctimas del conflicto armado y un 2,4% migrantes, sin embargo, el 55% no hace parte de esta población.

Tabla 7. Distribución del determinante socioeconómico

| Variable | N | % |
|--------------------------------------|----------|----------|
| <i>Estrato socioeconómico</i> | | |
| Bajo | 40 | 95,2 |
| Medio-Bajo | 2 | 4,8 |
| <i>Ocupación</i> | | |
| Ama de Casa | 30 | 71,4 |
| Profesional independiente | 6 | 14,3 |
| Comerciante | 3 | 7,1 |
| Estudiante | 3 | 7,1 |
| <i>Estado Civil</i> | | |
| Soltera | 16 | 38,1 |
| Union libre | 22 | 52,4 |
| Casada | 3 | 7,1 |
| <i>Dependencia económica</i> | | |
| Independencia económica | 19 | 45,2 |
| Red primaria (padres) | 9 | 21,4 |
| Red secundaria (conyugue) | 12 | 28,6 |
| Subsidios | 2 | 4,8 |

N 42

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a el estrato socioeconómico en un 95,2% forma parte de la caracterización baja siendo el 7,1 % estrato 0 y el 88,1% estrato 1, mientras que el 4,8% restante pertenece al grupo medio-bajo con un 2,4% perteneciente al estrato 3 y el 2,4 % al estrato 4. Dentro de la caracterización ocupacional hay una mayor prevalencia (71,4) en amas de casa y un 14,3% las cuales trabaja como profesionales independientes. En relación al estado civil se encontró un 60% cuenta con una pareja estable y el 38% se encuentra desvinculado a una pareja.

Se ha establecido que el 54,8% de las gestantes dependen económicamente de la red de apoyo primaria es decir los padres (21,4%), red secundaria equivalente al conyugue (28,6%) y otras formas como subsidios (5%) de las cuales tiene personas que dependen económicamente de ellas en un 95%, donde están financieramente ligadas 1 persona en un 62%, 2 personas en un 21% y más de 3 personas el 12%.

Tabla 8. Distribución del determinante educación

| Nivel educativo | N | % |
|------------------------|----------|----------|
| Educación Basica | 30 | 71,5 |
| Educación superior | 12 | 28,2 |

N42

Fuente de elaboración propia

En cuanto al nivel educativo 5% cuenta con primaria completa, secundaria completa 62%, el 5 % secundaria incompleta, con respecto a la educación superior son técnicos el 4,8%, tecnológicos el 7,1%, profesionales 14% y con especialidad el 2,4%

Tabla 9. Distribución de determinante cultural

| Variable | N | % |
|---|----------|----------|
| <i>Uso de medicina tradicional</i> | | |
| Sí | 18 | 42,9 |
| No | 24 | 57,1 |
| <i>¿De qué hace uso?</i> | | |
| Uso de plantas medicinales y toma de yagé | 12 | 31,1 |
| Limpiezas, soplos, purgantes y sahumeros | 4 | 9,6 |
| Ninguno | 25 | 59,6 |

N 42

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de la población encuestada (57,1%) no hace uso de la medicina tradicional, un porcentaje considerable (42,9%) aún acude a diferentes tratamientos naturales, lo que evidencia la persistencia de estas prácticas en ciertas comunidades. Dentro de este mismo grupo se analizan las creencias religiosas donde gran parte de la población gestante se identifica como católica, con un 83,3%. Un 9,5% se considera agnósticas, mientras que el 4,8% profesa la religión evangélica y un 2,4% se identifica como atea.

- **DETERMINANTES INTERMEDIOS Y PERSONALES:**

Caracterizar las circunstancias materiales y psicosociales en las gestantes de alto riesgo

Tabla 10. Distribución de circunstancias materiales y acceso a servicios públicos

| Variable | N | % |
|---|----------|----------|
| <i>Tipo de vivienda</i> | | |
| Habitación | 6 | 14,3 |
| Apartamento | 4 | 9,5 |
| Casa | 28 | 66,7 |
| Finca | 4 | 9,5 |
| <i>¿Cuenta con servicios publicos ?</i> | | |
| Si | 40 | 95,2 |
| No | 2 | 4,8 |
| <i>¿Cuenta con un medio de transporte?</i> | | |
| Si | 15 | 35,7 |
| No | 27 | 64,3 |

N 42

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la tenencia de la vivienda el 52% financia su vivienda por medio de alquiler, el 28% vive en un hogar de familia, el 16% cuenta con inmueble propio y el 2,4 Anticres. De las cuales el 50 % cuenta con todos los servicios públicos, el 14% cuenta con agua, luz y telecomunicaciones, el 14% con agua luz y recolección de residuos, 7,1% únicamente con luz, 3% únicamente con agua, 3% únicamente con gas y 3% con ningún tipo de servicio público. En relación a la movilidad el 41% se movilizan a pie, uso de transporte público como buseta el 24%, vehículo propio el 17% y moto particular 19%.

Tabla 11. Distribución de condiciones de vivienda

| Variable | N | % |
|---|----------|----------|
| <i>Estructura de la vivienda</i> | | |
| Concreto en su totalidad | 30 | 71,4 |
| Madera en su totalidad | 12 | 28,6 |
| <i>¿Con cuantas habitaciones cuenta?</i> | | |
| 1 | 10 | 23,8 |
| 2 | 15 | 35,7 |
| Más de 3 | 17 | 40,5 |

N 42

Fuente: Elaboración propia

Al hablar de las condiciones de vivienda el 71% esta edificada en concreto y el 29% en madera, así mismo el número de habitaciones entre 1 a 2 es del 59,5% y más de 3 el 40,5%, por otro lado, cuentan con servicio sanitario el 98% de las cuales poseen al menos 1 sanitario el 83%, más de 2 el 14% y no cuentan un servicio de aseo el 3%.

Tabla 12. Distribución del determinante cohesión social

| Variable | N | % |
|---|----------|----------|
| <i>Apoyo Social</i> | | |
| Familiar | 38 | 90,5 |
| Vínculo social | 4 | 9,5 |
| <i>Dependencia Emocional</i> | | |
| Dependencia emocional familiar y/o conyugal | 20 | 47,6 |
| No hay dependencia emocional | 22 | 52,4 |

N 42

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla, se puede evidenciar que las gestantes y maternas entrevistadas otorgan mayor relevancia hasta en un 85,7% a su red familiar de apoyo, frente a situaciones difíciles. Sin embargo, es importante destacar que el 52,4% no presenta dependencia emocional, el 26,2% depende emocionalmente de sus padres y el 21,4% del total de la población, tiene apego emocional hacia su pareja.

Descripción de los factores clínicos y de acceso a los servicios de salud de las gestantes de alto riesgo

Tabla 13. Distribución de método anticonceptivo previo a la gestación

| Variable | N | % |
|--|----------|----------|
| <i>¿Usó de anticonceptivos antes de la gestación?</i> | | |
| Si | 19 | 45,2 |
| No | 23 | 54,8 |
| <i>¿Que metodo usó?</i> | | |
| Barrera | 1 | 2,4 |
| Hormonales | 18 | 42,8 |

N 42.

Fuente: Elaboración propia de los investigadores.

Se encontró que en las gestantes el 45% usó métodos anticonceptivos previos a la gestación de las cuales el 26% prefirió el uso de la inyección de aplicación mensual, el 10% utilizó anticonceptivos orales, el 7% implante subdérmico (Yadel) y el 2% hizo uso de condón. Sin embargo, el 55% no hizo uso de métodos de planificación, porque no desea (50%) o por desconocimiento (5%). Por otra parte los datos revelan que la mayoría de la población gestante (59,5%) no tuvo un embarazo planificado, mientras que un 40,5% manifestó que su embarazo fue planeado, con un 17,2% que manifestó haber asistido a cita preconcepcional y un 23,3% restante que manifestó que, si bien no tuvo cita preconcepcional, dejó a un lado los métodos de anticoncepción.

Tabla 14. Distribución de comorbilidades previas a la gestación

| Variable | N | % |
|------------------------------------|----------|----------|
| Comorbilidades previas | | |
| Si | | 26,2 |
| No | 31 | 73,8 |
| ¿Que comorbilidad presento? | | |
| Hemolíticas | 2 | 4,8 |
| Cardiovasculares | 5 | 12 |
| Oncológicas | 1 | 2,4 |
| Tiroideas | 1 | 2,4 |
| Gastrointestinal | 1 | 2,4 |
| Hepática | 1 | 2,4 |

N 42.

Fuente: Elaboración propia de los investigadores.

Se categorizo a las gestantes que presentaron una comorbilidad previa encontrando, anemia (4,8%), Obesidad (2,4%) hipertensión arterial (7,2%), tromboembolismo venoso (2,4%), tumor de mama (2,4%), Hipotiroidismo (2,4%), acalasia (2,4%), Enfermedad hepática (2,4%).

Tabla 15. Distribución Asistencia a controles prenatales

| Variable | N | % |
|-------------------------------------|----------|----------|
| ¿Tuvo controles pre natales? | | |
| Si | 38 | 90,5 |
| No | 4 | 9,5 |
| ¿Cuántos controles tuvo? | | |
| 1 | 1 | 2,4 |
| 2 | 3 | 7,1 |
| 3 | 3 | 7,1 |
| 4 | 6 | 14,3 |
| 5 | 4 | 9,5 |
| 6 | 7 | 16,7 |
| 7 | 7 | 16,7 |
| 8 | 3 | 7,1 |
| 9 | 4 | 9,5 |

N 42.

Fuente: Elaboración propia de los investigadores.

Los controles prenatales muestran una alta incidencia dentro del rango de 4-7 asistencias a controles prenatales, significando estos el 57% de las asistencias de las gestantes.

Tabla 16. Afiliación y acceso al sistema de Salud

| Variable | N | % |
|---|----------|----------|
| <i>Afiliación al sistema de salud.</i> | | |
| Si | 41 | 97,6 |
| No | 1 | 2,4 |
| <i>Tiempo de desplazamiento al centro de salud mas cercano</i> | | |
| 1 hora o menos | 39 | 92,8 |
| 2 horas o mas | 3 | 7,2 |
| <i>Medio de transporte</i> | | |
| Vehiculo de transporte | 25 | 59,5 |
| Caminata | 17 | 40,5 |

N. 42.

Fuente: Elaboración propia de los investigadores.

Se encontró que en el desplazamiento de las gestantes a una unidad de salud 48% tardan 30 min o menos, el 45% tarda 1 hora, tan solo 5% tardo 2 horas y 2% tardo más de 3 horas. Utilizando como medios de transporte vehículos como Buseta 24%, moto 19% carro 17% y a pie el 41% de las gestantes.

Tabla 17. Numero de gestaciones y tipo de parto

| Variable | N | % |
|-------------------------------------|----------|----------|
| <i>Numero de gestaciones</i> | | |
| 1 | 26 | 61,9 |
| 2 | 9 | 21,4 |
| 3 | 5 | 11,9 |
| <i>Que tipo de parto</i> | | |
| Parto vaginal | 12 | 28,6 |
| Parto por cesarea | 27 | 64,3 |

N 42.

Fuente: Elaboración propia de los investigadores.

Se halló en las gestantes que el 14% tuvo un solo parto vaginal, que 12% tuvo dos partos vaginales y que tan solo 2% tuvo 3 partos vaginales. 55% tuvo un solo parto por cesárea, 7% tuvo dos partos por cesárea y 2% tuvo tres cesáreas.

Tabla 18. Número de hijos y estado vital

| Variable | N | % |
|------------------------|----------|----------|
| Numero de hijos | | |
| 0 | 3 | 9,5 |
| 1 | 27 | 64,3 |
| 2 | 8 | 21,4 |
| 3 | 3 | 7,1 |
| Estado | | |
| Hijos vivos | 41 | 96 |
| Hijos fallecidos | 1 | 2,4 |

N 42.

Fuente: Elaboración propia de los investigadores.

Se descubrió que de las gestantes con hijos vivos 62% tiene un hijo vivo, 21% tiene dos hijos vivos, 7% tiene tres hijos vivos y 5% (10%) no tienen hijos vivos.

Tabla 19. Patologías diagnosticaron durante la gestación y termino de la misma

| Enfermedades diagnosticadas durante el embarazo | N | % |
|--|----------|----------|
| Cardiovasculares | 1 | 2,4 |
| Dengue | 3 | 7,1 |
| Diabetes gestacional | 1 | 2,4 |
| Eclamsia | 1 | 2,4 |
| Embarazo Ectopico | 5 | 11,9 |
| Hemorragia obstetrica | 1 | 2,4 |
| Hipercolesterolemia | 1 | 2,4 |
| Obesidad gestacional | 1 | 2,4 |
| Polihidramios | 1 | 2,4 |
| Preclamsia | 22 | 52,4 |
| RCIU | 2 | 4,8 |
| Ruptura uterina | 1 | 2,4 |
| SEPSIS | 1 | 2,4 |
| Toxoplasmosis gestacional | 1 | 2,4 |

N 42.

Fuente: Elaboración propia de los investigadores.

Se encuentra que el 52% de las gestantes tuvieron preeclamsia, se encontró también gestantes que presentaron patologías concomitantes con las principales 17% falla cardiaca, 5% preeclamsia. Por otra parte, se determinó que la terminación del embarazo en el 79% de las gestantes se dio en el tercer trimestre, el 5% en el segundo trimestre, el 12% en el primer trimestre y el 5% aún se encuentra en gestación.

Tabla 20. Uso de anticonceptivos post parto

| Uso de anticonceptivos | N | % |
|--|----------|----------|
| Utiliza algun metodo de anticoncepcion. | 27 | 64,3 |
| No usa metodo anticonceptivo porque no desea | 12 | 28,6 |
| Continua en gestacion | 3 | 7,1 |

N 42.

Fuente: Elaboración propia de los investigadores.

Se categorizo el uso de métodos anticonceptivos siendo el implante subdérmico con 26% el método más usado por las gestantes, seguido por el pomeyoy 19%, la inyección trimestral 12%, el DIU 5% y el condón 2%.

Describir los hábitos y estilos de vida de las gestantes de alto riesgo objeto de estudio

Tabla 21. Distribución determinante nutricional

| ¿Toma suplementos multivitaminicos? | N | % |
|--|----------|----------|
| No | 5 | 11,9 |
| Sí | 37 | 88,1 |
| Total | 42 | 100 |

N 42

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de las gestantes y maternas (71,4%) mantienen una pauta alimentaria de tres comidas diarias que concuerda con las recomendaciones habituales para una dieta equilibrada durante el periodo de gestación, una minoría del 28,6% tiene al menos dos comidas diarias. Se destaca que una gran proporción de la población total (88,1%) complementa su dieta con vitaminas como el ácido fólico, adicionalmente se evidencia el uso de hierro y calcio (58,7%), y suplementos multivitamínicos como el gestavid (29,4 %), entre otras marcas.

Tabla 22. Distribuciones determinantes conductuales

| Variable | N | % |
|---|----------|----------|
| <i>¿Con que frecuencia realiza actividad física?</i> | | |
| menos de 3 veces por semana | 10 | 23,8 |
| más de 3 veces por semana | 16 | 38,1 |
| No realiza actividad física | 16 | 38,1 |
| <i>Realiza algún Hobby o actividad recreativa</i> | | |
| No | 23 | 54,8 |
| Sí | 19 | 45,2 |
| <i>Cantidad de horas de descanso</i> | | |
| Menos de 9 horas | 40 | 95,3 |
| Más de 9 horas | 2 | 4,8 |

N 42

Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos demuestran que el 61,9% de la población de estudio realiza actividad física de manera moderada, con una incidencia del 28,6% entre 3 y 4 veces por semana., seguido de un 23,8% entre 1 y 2 veces y un 9,5% mayor a 6 veces por semana. Adicionalmente, el 45,2% participa en actividades alternativas o hobbies como tejer (20,8%), y un 24,4% restante, se dedican a leer, bailar pintar, entre otros. En cuanto a las horas de descanso, se estimó que el 54,8% de la población tiene entre 6 y 8 horas de descanso, mientras que un 40,5% tiene menos horas de descanso, entre 4 y 6 horas.

Tabla 23. Distribución determinante toxicológico

| Variable | N | % |
|--|----------|----------|
| <i>Consumo de sustancias psicoactivas</i> | | |
| Sí | 3 | 7,1 |
| No | 39 | 92,9 |
| <i>Intentos de suicidio</i> | | |
| No | 2 | 4,8 |
| Sí | 40 | 95,2 |

N 42

Fuente: Elaboración propia

Los resultados sugieren que el consumo sustancias psicoactivas entre las gestantes es mínimo representado con un 7,1% por consumo de alcohol. Adicionalmente, se reporta que podría haber una baja incidencia del 7,1% por intoxicaciones por sustancias psicoactivas, tóxicas, químicas, sin estimar porcentajes. Mientras que el 4,8% ha tenido intentos de suicidio con una incidencia de 2,4% sobre un único intento de suicidio o idea suicida y otro 2,4% acerca de 2 intentos de suicidio, que no se relacionan con el estado de gestación.

8. DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación se basó en la caracterización de los determinantes sociales en una población de 42 gestantes en el departamento del putumayo las cuales fueron categorizadas con morbilidad materna extrema , dentro de las fortalezas del mismo se encuentra la objetividad al brindar una mirada integral de aquellos factores que convergen en el desarrollo de complicaciones durante la gestación con miras al progreso de políticas públicas de prevención y promoción de la salud.

Frente a lo anterior en el estudio de los datos sociodemográficos se obtiene el perfil de una mujer adulta (promedio de edad = 27 a 40 años), perteneciente principalmente al área urbana, con identificación étnica indígena correspondiente a pueblos Inga, Kamëntšá y emberá, en su mayoría amas de casa. No obstante, en contraste se exhibe la investigación realizada por Sasky Arrollo en el departamento de Sucre en el 2021 en el que se halló que la edad de aparición más frecuente de complicaciones relacionadas al embarazo se dio en las gestantes de entre 15 a 19 años (31,25%), ubicadas en centros poblados o veredas haciendo alusión al área rural (69%) sin pertenencia étnica (99,46%) con oficios varios (68%).(48) Estos resultados son comparables con el estudio por Ana M. Chaves en el municipio de Facatativá en el 2022 donde encontró que la edad de presentación de la morbilidad materna extrema fue de 26 años de las cuales menos del 20% pertenecían a población establecida en el ciclo vital como joven, dentro de las cuales el 84% pertenecía al área urbana y laboraban como amas de casa (49%) (49) Por otra parte Simón Giraldo en Cali para el 2020 describen que la edad materna en la que se presentó la morbilidad materna fue entre 20 a 34 (65,2%) donde el 98% de las gestantes se ubican en la zona urbana y el 15% forma parte de un grupo étnico indígena.(50)

Acerca a la escolaridad las gestantes cuentan con un nivel de escolaridad básico, Contrariamente a lo señalado previamente Sasky en el 2021 en Sucre define que del total de gestantes sobrevivientes a la morbilidad materna extrema cuentan con una escolaridad media (técnicos y tecnólogos) el 44.26% (48), Sin embargo los datos propuestos por los resultados obtenidos se abalan con el estudio Simón Giraldo en el 2020 realizado en Cali donde se encontró que el 82% de las gestantes cuentan únicamente con educación básica siendo el 8,7% educación básica primaria y el 80% básica secundaria.(50) Asi mismo Avilés Méndez en Perú para el año 2023 determino que el 34,8% cuentan con educación primaria finalizada, mientras que el 54% lograron completar la educación secundaria básica siendo tan solo el 10% las que accedieron a una educación superior.(51)

Al plantear el enfoque cultural en cuanto al desarrollo de las patologías asociadas a la morbilidad materna extrema se ha establecido el uso de la medicina tradicional tanto por parte de la población urbana como rural, en la cual se obtiene que la

mayoría de gestantes no hacen uso de la misma, sin embargo, hay un 42% de la población que si se beneficia del uso de plantas medicinales. De acuerdo a María A. Sánchez en su estudio realizado en Loja-ecuador para el año 2022 el 88,4% de una población de 296 gestantes manifestaron el uso de algún tratamiento casero durante y después de la gestación a diferencia del 11,6% que no hizo uso mismo(52) En contraste con anterior Rocío D. Daga en Huncayo Perú para el 2022 detecto que en un total de 385 gestantes el 59% no empleo ningún tratamiento tradicional ni el uso de plantas para tratar patologías o molestias durante la gestación en relación al 41% que si recurrió al uso de las mismas (53).De igual forma Byron E. Serrano para el 2023 en Ecuador revela que dentro de un conjunto de 60 pacientes en gestación y dentro del puerperio, apenas el 8,33% se valió de plantas medicinales para intervenir patologías (54).

En términos de las condiciones materiales en este estudio se determinó que las gestantes analizadas residen la mayoría en una casa, el 44% no cuenta con todos los servicios públicos ni un medio de transporte propio para movilizarse por lo que su forma de movilización es por medio de transporte público o caminata. Por el contrario, el estudio realizado por Sebastián Briseño en el 2018 en Antioquia revela que las gestantes presentan una cobertura a servicios públicos de electricidad 97%, acueducto en el 95%, alcantarillado en el 94% por lo cual se determina que estas cuentan con todos los servicios públicos. (55) En contraste Danicxa M. Pajuelo en Perú para el 2024 constato que el 62% de las gestantes vive en una casa, pero en un ambiente social intranquilo, A su vez basándose en la investigación realizada por Vanessa I. Rivas en México para el 2024 en una población de 99 gestantes se identificó que más de la mitad no cuenta con un medio de transporte propio, si no que los medios más utilizados son el uso del transporte público y la caminata.(56)

En la presente investigación se presenta un resultado donde tenemos una prevalencia significativa por sobre las demás patologías correspondiente a la preeclamsia siendo esta con el 52% la más prevalente en las gestantes estudiadas. Frente a esto, un estudio dirigido hacia gestantes atendidas en el hospital amazónico de Yarinacocha - Ucayali en Perú en el año 2020 por Dávila y Correa nos dice que 27% tuvo desprendimiento prematuro de placenta; 24% presentó placenta previa, 12% preeclamsia moderada y 4% desarrolló eclampsia (57). Este estudio se puede comparar con los resultados presentados por González y Soto en un estudio hecho en México junto con la UNAM nos dice que la principal causa de la mortalidad materna es la enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclamsia) la hemorragia, sepsis y aborto (58). Dichos resultados se asemejan a los presentados por Arroyo y Corrales en un estudio de morbilidad materna extrema en el departamento de Sucre en el 2021 donde se encontró como primera causa la preeclamsia con un 43.7% de los casos totales, seguido de choque hipovolémico con un 25% de los casos (48).

En cuanto a la cantidad de hijos que presentan las gestantes el resultado es que la mayoría de gestantes son primíparas con una incidencia del 62% sobre todas las

gestantes, el 21% son secundíparas y tan solo el 12% son multíparas con relación a los factores de riesgo que estos representaban para la salud de la gestante. Dichos resultados pueden contrastarse con el estudio de Dávila y Correa de gestantes atendidas en el hospital amazónico de Yarinacocha - Ucayali en Perú en el año 2020 donde nos muestra que la incidencia de mujeres multíparas es mucho mayor que las de otras categorías, siendo esta con el 43% la más frecuente (57). Para Díaz en su proyecto investigativo en determinantes sociales en una unidad de atención en salud en Leticia en el año 2021 nos dice que el 43% son multíparas, mas sin embargo el 57% hace parte de las primíparas (59). Además, García, Santander y Carvajal en su estudio sobre factores de riesgo y prevalencia de la muerte fetal intrauterina en gestantes en el departamento de Norte de Santander donde puede apreciarse un promedio de 2,36 gestaciones ($\pm 1,54$) en esta muestra de historias clínicas, predominando las pacientes primigestas (36.51%) y con dos gestaciones (26.98%) al momento del evento de MFI. Un dato resaltante es que la multiparidad (>4 gestaciones) se presentó en un 18.61% (60)

Al hacer un análisis encontramos que el promedio de asistencia de gestantes a controles prenatales ascendió a 5,02 controles lo cual se encuentra por encima del promedio requerido en Colombia. Se puede contrastar con el estudio hecho por García, Santander y Carvajal en su estudio sobre factores de riesgo y prevalencia de la muerte fetal intrauterina en gestantes en el departamento de Norte de Santander, donde se evidenció un muy pobre control prenatal en el 66.67% de las gestantes, con una media de 2,35 controles al momento del evento (60). Sin embargo, para Arroyo y Corrales en su estudio de morbilidad materna extrema en el departamento de Sucre en el 2021, El promedio de asistencias al control prenatal del total de las gestantes atendidas en la institución de salud fue de 6.5 controles prenatales(48), también Dávila y Correa, en su estudio de determinantes sociales, clínicos y obstétricos relacionados al parto pretérmino en gestantes en la región amazónica en el Perú se observa que gestantes con mayor porcentaje 49% son aquellas que tiene de 4 a 6 controles prenatales(57).

Con base a lo anterior, se logró evidenciar que las condiciones psicosociales son importantes ya que estos afectan de forma directa la salud mental y física, por ende, las redes de apoyo son clave para la mayoría de las gestantes encuestadas, con un 85.7% que depende de su familia en caso de situaciones difíciles. Este hallazgo subraya el papel fundamental de las redes familiares en contextos donde las estructuras de apoyo formal son limitadas. En un estudio transversal, realizado por Fernanda Fernández de Carvalho y otros autores en una maternidad del noroeste del estado de Rio Grande do Sul/Brasil, de noviembre de 2021 a abril de 2022 evidencio en una población de estudio de 310 puérperas, donde se encuestó a las gestantes y puérperas puntuando sobre qué tan sólidas y estables consideraban sus redes de apoyo, se encontró que hubo puntuaciones de apoyo social (AS) más altas entre las puérperas casadas o con parejas estables, (61). Esto permite corroborar que las redes de apoyo van a depender de diferentes condiciones sociales.

En otro estudio realizado por Wendy A. Avilés-Aguilar, María Y. Rocha-Rodríguez y Francisco Hernández-Pérez sobre la asociación entre red de apoyo social y embarazo adolescente en una unidad de medicina familiar evidencio que 65 participantes (40.9%) que presentaron redes de apoyo sólidas, 37.7% estaba embarazada y 42.5% no lo estaba; de 94 participantes (59.1%) que presentaron estructuras de apoyo formal limitadas, 62.3% se encontraba embarazada y 57.5% no lo estaba (62).

No obstante, en un estudio observacional transversal escrito por Alejandra Vargas Herrera y otros autores, sobre la estimación de la función familiar percibida en mujeres gestantes que acudieron al programa de control prenatal en centros de salud nivel I durante el periodo posterior al aislamiento social por la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Cali, Colombia, buscó estimar la prevalencia de disfunción familiar percibida en 130 gestantes atendidas en el programa de control prenatal durante la pandemia por SARS-CoV-2, y sus factores sociales asociados, los resultados obtenidos en este estudio estimaron que 64,86 % tenía una disfunción leve, 14,86% moderada, y 20,27% severa. Adicionalmente, se encontró un soporte social inadecuado en 10% evaluado con la escala de DUKE que evidenció que, los síntomas de tensión emocional o depresión y la nacionalidad venezolana incrementarían de manera significativa la prevalencia de disfunción familiar percibida (63).

Finalmente, en la publicación sobre el impacto del apoyo social y el embarazo en el bienestar subjetivo, expone no solo la importancia del apoyo social en la gestante sino refiere que en muchas ocasiones estas redes de apoyo pueden convertirse en una situación conflictiva para la gestante puesto que en algunos casos, el exceso de opiniones, consejos o la presión para cumplir con las expectativas familiares puede ser una fuente potencial de estrés, de sobrecarga emocional o por el contrario que incrementen la dependencia y apego emocional (64).

Por otro lado, es importante también tener en cuenta factores psicosociales como el uso de sustancias psicoactivas durante el periodo de gestación, una minoría representada por el 7,1% de la población total refirió que si hacía uso de sustancias tóxicas como el alcohol, que pone en manifiesto la necesidad de crear estrategias para la prevención del consumo y aumentar la concientización de la población sobre los riesgos que implica para la salud materna y el correcto desarrollo fetal, adicionalmente estas conductas también pueden contribuir a la aparición de trastornos y cuadros mentales que influyan ideas que pongan en riesgo la vida de la materna como el intento de suicidio. En un estudio realizado por la Dra. Irasema Valladares Pérez sobre características sociodemográficas asociadas a prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en embarazadas mostró mayor asociación con el riesgo de prevalencia de consumo de sustancia psicoactivas fue el antecedente previo de consumo de sustancias dentro de las cuales clasificaron como riesgo moderado, el 45.5% tenían antecedente previo de ingesta de bebidas alcohólicas y tabaco, se observó que en el estado civil también influyo para el

aumento del riesgo bajo el que más prevaleció fue ama de casa con 45.9% y para riesgo moderado las pacientes que se encontraban en unión libre con 54.5%, el estrato socioeconómico que presentó más prevalencia fue el medio-bajo para la pacientes con riesgo de consumo bajo con 45.9%, esto podría explicarse que la falta de acceso a la información y la posición económica puedan favorecer la ingesta de sustancias, en comparación con los estratos altos cuyo acceso a las fuentes de información y sector salud son más exequibles (65).

Adicionalmente en el estudio realizado por Marcela Palomo García y otros investigadores sobre la asociación entre el grado de consumo de alcohol, tabaco, sustancias ilícitas y el desenlace obstétrico adverso, se expuso que, de 863 atenciones obstétricas, 47 pacientes (5.4%) refirieron un consumo activo de diferentes sustancias durante el embarazo; de ellas 22 consumían 2 sustancias, con una incidencia entre el consumo de tabaco y cannabis. Si bien este estudio muestra una baja incidencia al igual que en el presente estudio, permite corroborar la existencia de problemas de salud pública por consumo de sustancias que pueden llevar a conducir a un embarazo no viable, y adicionalmente poner en riesgo la salud de las gestantes (66).

No obstante, hay varios factores sociales y conductuales que condicionan la aparición de ideas suicidas, como lo evidencia un estudio realizado por Sandra Santamaría Guisamana y Sócrates Olovacha Chipantiza en Ambato, Ecuador publicado en el año 2024 sobre relación entre ansiedad e ideación suicida en los adolescentes de la fundación proyecto don Bosco que expone que la población entre 13 y 14 años, el 46,8% de hombres y 53,2% mujeres coinciden con factores sociodemográficos como principales desencadenantes de trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad, adicionalmente se expone que el 58,1 % pertenece a una familia nuclear, y el 41,9% a una familia monoparental, lo que condiciona también factores familiares influyentes (67).

Finalmente, un estudio elaborado por Cabrera Mudarra y Villanueva Valeriano realizado en el 2022 en Trujillo -Perú, relacionó la existencia entre diversos determinantes sociales, la funcionalidad familiar y el riesgo de ideación suicida en adolescentes, donde el 86.4% de la población presentaron ideación suicida, con una disfuncionalidad familiar moderada 59.2%(68), a diferencia de nuestro estudio donde la incidencia de 4.8% ideación suicida con intentos de suicidio y un grado de funcionalidad familiar del 97.6%.

Para finalizar es importante también tener en cuenta que el estado nutricional juega un papel fundamental en el desarrollo del embarazo, el 71,4% de las entrevistadas sugieren que la mayoría de las gestantes y maternas siguen una dieta equilibrada y complementan su nutrición con suplementos esenciales durante el embarazo, similar a los resultados obtenidos en un estudio realizado por Bach. Flores Avalos y Janeth Brígida en Huancayo – Perú en el transcurso del año 2023, quienes obtuvieron resultados similares indicando que el 68.2% de las gestantes son

cohabitantes y amas de casa y la frecuencia de consumo de alimentos el 60.9% (3 veces al día); 42.5% incluyen en su dieta frutas y verduras con 2 porciones diarias, 36.8% consumen comidas chatarras de 1 a 2 veces al mes 47.5% consumen complementos vitamínicos (69), otro estudio realizado por Guanga Lara, Verónica Ramírez Fernández y otras autoras, en Tungurahua – Ecuador durante el 2023 encontró que un grupo de mujeres (146) de entre 19 y 39 años la mayoría se encontraba con un estado nutricional normal (43.8%), el 54.1% presentó una ganancia adecuada de peso, con ausencia de anemia el 78.8% en relación a la ingesta alimentaria se sobrepone lo considerado adecuado (70). Por otro lado, un artículo publicado en la Revista Multidisciplinaria de Investigación (REMI) escrito por la investigadora Rosa Elba Escobar en el año 2023, expuso que para valorar el proceso de atención nutricional de las gestantes es necesario tener en cuenta su estado nutricional antes de la concepción y las concepciones, para así saber cuáles son sus requerimientos nutricionales, teniendo en cuenta los determinantes sociales como factores económicos, hábitos alimentarios y recursos económicos de la población, adicionalmente manifestó que las mujeres embarazadas que seguían una dieta equilibrada tenían un menor riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto (71).

No obstante, en el estudio realizado por Susana Loaiza Miranda, Maria Dolores Marrodán Serrano y Marisa González Montero De Espinosa en Chile publicado en 2024, sobre la prevalencia de 100 recién nacidos hijos de maternas en control prenatal regular que finalizaron su proceso gestacional entre enero y noviembre del año 2018, obtuvieron que el 74% de las madres tuvo malnutrición por exceso al término del embarazo, el 75,2% de los recién nacidos y el 100% de los recién nacidos grandes para la edad gestacional fueron hijos de madres obesas al final de la gestación, lo que sugiere que la mala nutrición puede ser un factor negativo para el bebé (72)

9. CONCLUSIONES

En el presente estudio se logró identificar que del total de la población tipificada con morbilidad materna extrema existe un predominio en maternas en el ciclo vital de adultez con edades entre los 27 a 47 años, además de esto se encontró prevalencia en la población perteneciente a un grupo étnico principalmente indígena y en situación de vulnerabilidad puesto que se evidencio que, en un porcentaje no superior, pero si significativo hacían parte de victimas de conflicto armado y desplazados.

Basándose en la escolaridad las maternas no cuentan con una profesión dedicándose en un mayor porcentaje a trabajos del hogar, esto se articula con el nivel educativo de las mismas puesto que en un 71.5% solo cuentan con bachiller académico, llevando esto a depender económicamente de sus padres o su pareja, a su vez explica el estrato socioeconómico de las gestantes puesto que hay una mayor incidencia en el estrato bajo.

En cuanto a creencias, una de las más comunes es el uso de la medicina tradicional para el tratamiento de las patologías asociadas al embarazo, aunque gran parte de la población no hace uso de las mismas no se puede discriminar el porcentaje que si las emplea puesto que no hay una diferencia muy significativa.

Al identificar las condiciones materiales de las pacientes se obtuvo que gran parte de la población reside en una casa financiada por medio de arrendamiento, si cuentan con servicios públicos; pero dentro de estas el 44% no cuenta con los servicios públicos completos, además la movilidad a un centro de salud cercano se ve limitada puesto que no cuentan con un medio de transporte propio por lo que recurren a caminar en un mayor porcentaje y en una menor cantidad el uso de transporte público.

En relación a las redes de apoyo psicosociales las gestantes no dependen en su mayoría emocionalmente de un tercero; sin embargo, no se excluye el porcentaje restante que presenta dependencia hacia su pareja y padres. Por otra parte, el factor nutricional evidencio que en cuanto a alimentación estas si consumen 3 comidas como mínimo al día y hace uso de los suplementos multivitamínicos propios de la gestación para evitar posibles complicaciones, A si mismo cuentan con entre 6 a 8 horas diarias de sueño lo que es benéfico y refleja la importancia de la suplementación nutricional para la salud y el buen desarrollo fetal, estos hábitos permiten reflejar un enfoque integral en la nutrición durante el embarazo, sin embargo, no realizan alguna actividad recreativa y no realizan actividad física lo que sugiere la necesidad de realizar un enfoque más equilibrado en cuanto al estilo de vida, que incluya no solo ejercicio y descanso adecuado, sino también más participación en actividades recreativas alternativas.

Basándose en los resultados el 62% de las gestantes eran primíparas, entrelazándose de manera estrecha con que la patología más común fue la preeclampsia con un 52% siendo un indicador de riesgo ser parturienta primeriza, presentándose, así como la patología más frecuente entre las gestantes del estudio. A pesar de que el 98% de las gestantes tuvo acceso al sistema de salud y siendo que el 93% tardaba una hora o menos en llegar al centro de salud más cercano, no se miró reflejado en la asistencia a controles prenatales donde únicamente el promedio ascendió a 5,02 de controles de seguimiento prenatal.

10. LIMITACIONES

Dentro de las principales limitaciones al momento de la realización de la investigación se encuentra en primera instancia la demora por parte de la institución de atención en segundo nivel Hospital Pio XII en el aval para la realización del proyecto, así como también para la entrega de la base de datos y número de contacto.

En segundo lugar, dentro de la base de datos que fue entregada se evidenció la falta de actualización de los datos personales lo que se vio reflejado en varias líneas telefónicas fuera de servicio lo que dificultó el acceso a la gestante para la realización de la encuesta, aumentando la falta de colaboración de la institución para facilitar un segundo teléfono de contacto.

11. RECOMENDACIONES

La morbilidad materna extrema es un problema peligroso y que afecta el bienestar de muchas mujeres durante el embarazo y el parto, teniendo en cuenta que estas complicaciones afectan tanto a la madre como a su familia e incluso la comunidad, es necesario que tanto los entes responsables del desarrollo de políticas públicas como el personal de salud, adopten medidas que sean efectivas para disminuir este riesgo, por lo tanto, se recomienda.

- Incentivar a las consultas preconcepcionales con el fin de que las futuras gestantes sean capaces de identificar aquellos factores de riesgo que desencadenen la aparición de complicaciones.
- Comprender la importancia de la ubicación de los centros de atención en salud con el fin de disminuir la dificultad en cuanto a acceso al mismo te que presentan las gestantes.
- Expandir la disponibilidad de servicios públicos a todas aquellas zonas en las cuales hay carencia de los mismos.
- Realizar campañas de información relacionada a la importancia de la asistencia controles prenatales, la salud mental antes, durante y después de la gestación, así como implementar cursos que fomenten la independencia económica en las maternas.
- Fortalecer la capacitación del personal de salud mejorando la atención a las gestantes y el manejo de las patologías asociadas a la morbilidad materna extrema

Al implementar lo anterior, se fomenta el trabajo en equipo para garantizar tanto la salud como el bienestar de las gestantes en uno de los escenarios más críticos de sus vidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rajbanshi, S., Norhayati, M. N., & Hazlina, N. H. N. (2021). High-risk pregnancies and their association with severe maternal morbidity in Nepal: A prospective cohort study. *PLoS ONE*, 15(12 December). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244072>
2. Bagayoko, M., Kadengye, D. T., Odero, H. O., & Izudi, J. (2023). Effect of high-risk versus low-risk pregnancy at the first antenatal care visit on the occurrence of complication during pregnancy and labour or delivery in Kenya: a double-robust estimation. *BMJ Open*, 13(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072451>
3. Gleeson S, Zhang X, Azar M. Risk Pregntants. *JAMA* [Internet]. 20 de abril de 2021 [citado 20 de abril de 2021];325(15):1558-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.0368>
4. MATERNIDAD SIN RIESGO: HOJA INFORMATIVA. (n.d.). www.safemotherhood.org
5. Colombia. Departamento Nacional de Estadística DANE. Informe de Estadísticas Vitales Diario Oficial, 45693 (Oct. 6 2018).
6. Organización Mundial de la Salud. (2023, February 22). Mortalidad Materna. Organización Mundial de La Salud y Fondo de Las Naciones Unidas Para La Infancia.
7. Determinantes sociales de la salud Informe del Director General. (n.d.).
8. Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. (2023). Plan de Respuesta para Refugiados y Migrantes (RMRP). Plataforma Regional de Coordinación Interagencial, 7–139.
9. Instituto Nacional de Salud. (2023, August 9). Morbilidad materna extrema: tendencias y causas en Colombia. CONSULTORSALUD SAS. <https://consultorsalud.com/morbilidad-materna-extrema-tendencias-colombia/#:~:text=Al%20per%C3%ADodo%20epidemiol%C3%B3gico%20VII%20de,el%20cual%20present%C3%B3%2017.743%20casos>.
10. Universidad del Norte Barranquilla, Desequilibrios sociales que inciden en la salud Publica): Ámbito de aplicación: Ciencias de la Salud [Internet]. Disponible en: https://ddd.unb.edu.co/pub/guibib/60727/mvancouver_a2014iSPA.pdf
11. Migración Colombia. (2023). Distribución de Migrantes agosto 2023.

<https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias-migracion-colombia/distribucion-de-migrantes-agosto--2023>

12. ISIS Putumayo [Internet]. iMMAP Colombia. 2021 [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://colombia.immap.org/putumayo/>
13. POBLACIÓN REFUGIADA Y MIGRANTE PROVENIENTE DE VENEZUELA EN COLOMBIA. (2021).
14. Bacigalupe, A., Martín, U., Franco, M., & Borrell, C. (2022). Socioeconomic inequalities and COVID-19 in Spain. *SESPAS Report 2022*. In *Gaceta Sanitaria* (Vol. 36, pp. S13–S21). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.011>
15. Vista de Determinantes sociales de la salud relacionados con la morbilidad materna extrema departamento de Sucre 2018-2019 [Internet]. Edu.co. [citado el 25 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/14383/214421446139>
16. Lima Serrano, M. (2022). Determinantes sociales y salud mental en las pandemias: nuevos retos. Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla. Grupo CTS-969 “Innovación En Cuidados y Determinantes Sociales En Salud,” 32.
17. Pablo Pérez Solís. Médico de Familia y Comunidad. (2022). Los hechos probados: El modelo de determinantes sociales de la salud, la evidencia y las políticas sanitarias. Centro de Salud Laviada, Gijón, Área Sanitaria V (Asturias), 2. <https://enotas.astursalud.es/-/los-hechos-probados-el-modelo-de-determinantes-sociales-de-la-salud-la-evidencia-y-las-pol%C3%ADticas-sanitarias>
18. Colombia: Informe de riesgo: Putumayo (31 de marzo del 2022) [Internet]. ReliefWeb. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://reliefweb.int/report/colombia/colombia-informe-de-riesgo-putumayo-31-de-marzo-del-2022>
19. Mensa-Vilaro A. Equidad Mundial en salud: evidencia para la acción sobre los determinantes sociales” *Salud Pública* [Internet]. 2016;68(12):3035-3041. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/27273849/>
20. Determinantes sociales de la salud: Postura oficial y perspectivas críticas [Internet]. Paho.org. [cited 2023 Mar 23]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

21. González D, Gelis L, Cruz L, Figueroa L, Hernández V. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 25 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf>

22. Fernández, A, Rojas-Botero L, Bojórquez I, Giraldo V, Aleksandra Sobczyk R, Acosta-Reyes J, Et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2019 [citado el 25 de marzo de 2023];51(3):208–19. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072019000300208

23. Manual de Investigaciones JSAAD. Salud materna y migración: situación de las mujeres gestantes migrantes y refugiadas venezolanas en Colombia [Internet]. Org.co. [citado el 25 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/09/Poster-3-Salud-materna.pdf>

24. Acero A, Caro R, Hena L, Ruiz F, Sánchez G. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2013 [citado el 15 de abril de 2023];31:103–10. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400012

25. Rivillas, JC, Devia-Rodriguez, R. e Ingabire, MG. Medición de la desigualdad socioeconómica y de financiamiento de la salud en la mortalidad materna en Colombia: un enfoque de métodos mixtos. Int J Equity Health 19, 98 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01219-y>

26. Schoenaker DAJM , Stephenson J , Smith H , Thurland K , Duncan H , Godofredo KM , et al. Salud de las mujeres antes de la concepción en Inglaterra: un informe basado en un análisis transversal de los datos de los servicios nacionales de maternidad de 2018/2019 . BJOG . 2023; 130 (10): 1187 – 1195. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17436>

27. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. 2021;199:20-24. doi:10.1016/j.puhe.2021.08.009

28. MacDougall, H. (2022). Chapter 13 Challenging Medicare's Dominance: New Paradigms in Health Promotion and Population Health, 1970–2018. In E. Jones, J. Hanley & D. Gavrus (Ed.), Medicare's Histories: Origins, Omissions, and Opportunities in Canada (pp. 343-365). University of Manitoba Press. <https://doi.org/10.1515/9780887552823-014>

29. Romero-Barranca J, Garcia-Cabrera E, Román E, Quintero-Flórez A, Luque-Romero LG, Vilches-Arenas Á. Determinantes sociales influyentes en la adherencia a actividades preventivas y de promoción de la salud durante el embarazo y el primer año de vida: revisión sistemática. *Children* . 2024; 11(3):331. <https://doi.org/10.3390/children11030331>
30. Colombia. Ministerio de Salud Informe de riesgo: Putumayo (31 de marzo del 2022) [Internet]. ReliefWeb. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://reliefweb.int/report/colombia/colombia-informe-de-riesgo-putumayo-31-de-marzo-del-2022>
31. ONIC - inga. (s. f.). ONIC. <https://www.onic.org.co/pueblos/1105-inga>
32. Colombia. (s. f.). UNDP. <https://www.co.undp.org/>
33. Colombia. Ministerio de Salud de Colombia M de S y. PS. Páginas - Pueblos indígenas [Internet]. Gov.co. [citado el 25 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Pueblos-indigenas.aspx>
34. Molina-Lubo D. Estudio Sociopoblacional del Departamento del Putumayo Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 25];54(1). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072022000100336
35. CONCEPTOS BASICOS DE ESTADISTICAS DE MIGRACION. (2022, 5 mayo). DANE. Recuperado 6 de octubre de 2024, de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/migracion/conceptos-basicos-SIEM.pdf>
36. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 691 de 2001, junio 23, por el cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos. Bogotá: El Ministerio; 2001.
37. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 2244 de 2002, marzo, por el cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo. Bogotá: El Ministerio; 2001.
38. Congreso de la República de Colombia. Resolución 412 de 2000: Por la cual se modifica la Ley 23 de 1982 y se establecen otras disposiciones en materia de lineamientos y estándares para las instituciones de salud. *Diario Oficial* 50652. 2000.
39. Congreso de la República de Colombia. Resolución 2003 de 2014: Por la cual se modifica la Ley 23 de 1982 y se establecen otras disposiciones en materia de lineamientos y estándares para las instituciones de salud. *Diario Oficial*

50652. 2014

40. Colombia. Ministerio de Salud. Circular 005 de 2012, marzo, por el cual se define los condicionantes de la mortalidad materna. Bogotá: El Ministerio; 2012.
41. COMTE, A. (1830-1842). Cours de philosophie positive. Paris: Hermann 2 volumes. Paris. 1975.
42. González de la Cuesta, D. M. (2021). Errors and biases in clinical research. In *Enfermería Intensiva* (Vol. 32, Issue 4, pp. 220–223). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.003>
43. Diccionario de investigaciones en Salud. [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sesgo-de-seleccion>
44. Zapata-Zapata CH. Salud Pública: actualización. *Iatreia* [Internet]. 2016 Abr-Jun;29(2):194-205. DOI 10.17533/udea.iatreia.v29n2a08
45. Hernández Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2000 [cited 2023 Apr 15];42(5):438–46. Available from: <https://www.scielosp.org/article/spm/2000.v42n5/438-446/>
46. Benites L. Sesgo de respuesta: definición y ejemplos [Internet]. *Statologos: El sitio web para que aprendas estadística en Stata, R y Phyton*. 2021 [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://statologos.com/sesgo-de-respuesta/>
47. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 8430 de 1993 por la cual se dictan disposiciones en materia investigaciones en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 45693 (oct. 6 1993).
48. de Salud, I., Departamento, D., Sucre, D. E., Arroyo, S., Laciari, H., & Aldana, C. (n.d.). DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD RELACIONADOS CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN UNA.
49. Chaves Cano, A, Giraldo Cubillos, L, Guzmán Miranda, V Determinantes sociales de la salud relacionados con la aparición de morbilidad materna extrema en pacientes de una institución de salud del municipio de Facatativá durante 2018 - 2023. [Internet]. Bogotá D.C.: Fundación Universitaria Juan N. Corpas; 2024 [citado: 2024, octubre] 43 hojas
50. Asociados, F., Morbilidad, A. la, Extrema, M., Andres, S., Oliveros, G., Guevara, L., Salas, A., & Salazar, S. (2021). Estado de la publicación: No informado por

el autor que envía (versión 1) (AAAA-MM-DD).
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6764>

51. Académico Maestría En Gestión De, P. de. (n.d.). ESCUELA DE POSGRADO.
52. Sánchez, M. de los Á., Serrano Ortega, B. E., Calva Jirón, K. Y., & Carrión Ruilova, X. P. (2022). Traditional use of medicinal plants in pregnant women and puerperal women of the native communities Loja-Ecuador. *Sapienza*, 3(1), 509–517. <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i1.239>
53. Daga Mendoza, Rocio Dina, and Wuindy Alinson Zavaleta Garcia. "Plantas medicinales para el embarazo en las usuarias de farmacias del Distrito de Chilca." (2022).
54. Carrión, X. P., Calva, K. Y., Serrano, B. E., & Sánchez, M. A. (2023). Uso tradicional de plantas medicinales en gestantes y puérperas en comunidades nativas y mestizas del Cantón Yantzaza. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2). <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.935>
55. Briceño Arias S, Cano Lizcano PA, Bocanegra Moreno MC, Garcia Mayorca Madera S. Cifras estadísticas y políticas de salud pública que inciden en la mortalidad materna en gestantes entre las edades de 15 a 49 años en el departamento de Guainía comparado con el departamento de Antioquia en el periodo de 2018. *rev cuarzo [Internet]*. 13 de agosto de 2021 [citado 13 de octubre de 2024];27(1):7-17. Disponible en: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/523>
56. Sociodemográfico, C., & De, Y. P. (n.d.). UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA.
57. SALAS SALAZAR, L. K., RIVAS DÍAZ DE SANDI, V. I., & ESTRADA MEZA, R. U. (2024). Accesibilidad urbana de mujeres embarazadas a los servicios de salud pública en periferias metropolitanas del municipio de Tonalá, Jalisco, México. *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, 17. <https://doi.org/10.25965/trahs.5806>
58. Espinoza, T., Veronica Jianina, B., & RIOS Bach Ruth, D. (n.d.). UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN FACULTAD DE OBSTETRICIA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA "DETERMINANTES SOCIALES, CLÍNICOS Y OBSTÉTRICOS RELACIONADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES HUÁNUCO-PERÚ 2022.
59. Capítulo-3_-Salud-y-enfermedad-en-el-embarazo-y-en-la-infancia. (n.d.). Carvalho FF de, Petersen AGP, Tronco CS, Casagrande D, Rodrigues F de O,

- Griep RH, et al. APOIO SOCIAL ENTRE PUÉRPERAS DE RISCO: ASSOCIAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2024;29:e91561. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.91561>
60. Avilés-Aguilar WA, Rocha-Rodríguez MY, Hernández-Pérez F. Asociación entre red de apoyo social y embarazo adolescente en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar* [Internet]. 26 de junio de 2024 [citado 13 de octubre de 2024];31(3):170-6. Disponible en: https://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/88835
 61. Vargas-Herrera A, Florez-Domínguez LC, Baquero-Guerrero JC, Suad Téllez S, Neira-Acevedo D, Rodríguez-Lopez M. Estimación de la función familiar percibida en gestantes que acuden al programa de control prenatal de un centro de salud nivel I durante el periodo posterior al aislamiento social por la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Cali, Colombia. *Med.* [Internet]. 20 de diciembre de 2023 [citado 13 de octubre de 2024];45(3):450-63. Disponible en: <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/2272>
 62. Battulga, B., Benjamin, M. R., Chen, H., & Bat-Enkh, E. (2021). The Impact of Social Support and Pregnancy on Subjective Well-Being: A Systematic Review. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 12). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.710858>
 63. Valladares Pérez, Irasema. "Características sociodemográficas asociadas a prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en embarazadas." (2023).
 64. Palomo GM, Álvarez VNA, Feria SAL. Asociación entre el grado de consumo de alcohol, tabaco, sustancias ilícitas y el desenlace obstétrico adverso. *Ginecol Obstet Mex.* 2024;92(8):326-340.
 65. RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD E IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PROYECTO DON BOSCO. *Psico Unemi* [Internet]. 2024 Jan. 1 [cited 2024 Oct. 16];8(14):30-41. Available from: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1813>
 66. Gavilanes Padilla EF, Gaibor Gonzalez IA. Funcionamiento familiar y su relación con el Riesgo suicida en adolescentes: Family Functioning and Its Relationship to Suicidal Risk in Adolescents. *LATAM* [Internet]. 1 de febrero de 2023 [citado 22 de octubre de 2024];4(1):807-18. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/297>
 67. Brigida J. Hábitos alimenticios y estado nutricional en gestantes atendidas en el Centro de Salud José Antonio Encinas, Puno 2023. *Urooseveltedupe* [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 22]; Available from:

<https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/1792>

68. Katherine D, Alexandra D. Hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional en gestantes que acuden al centro de salud tipo b totoras, Tungurahua 2023. Unemieduec [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 22]; Available from: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/730>
69. Escobar RE. Atención nutricional de la mujer embarazada: valoraciones y prioridades. remi [Internet]. 25 de septiembre de 2023 [citado 22 de octubre de 2024];2(1):175-9. Disponible en: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/remi/article/view/2768>
70. LOAIZA MIRANDA, S., MARRODÁN SERRANO, M. D., & GONZÁLEZ MONTERO DE ESPINOSA, M. (2024). Peso al nacer y estado nutricional de gestantes controladas en la Atención Primaria de Salud, Punta Arenas, Chile. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*, 44(1). <https://doi.org/10.12873/441loaiza>

ANEXOS

Anexo A. Encuesta

Determinantes sociales en salud en gestantes de alto riesgo

Fundación Universitaria San Martín
Sede Pasto

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Nombres y Apellidos *

2. Política de protección de Datos: Autorizo el manejo de los mismos para fines académicos

Marca solo un óvalo.

Sí

No

3. Tipo de identificación

Marca solo un óvalo.

Cc

Ti

Rc

C.E

P.A

Adulto sin ID

Menor sin ID

C.Numero de Identificación

Tu respuesta

Edad *

- Adolescencia (12 - 18 años)
- Juventud (14 - 26 años)
- Adulthood (27- 59 años)
- Persona Mayor (60 años o mas)

Edad Especifica

Tu respuesta

1. SOCIODEMOGRAFICO

Departamento de Procedencia *

- Nariño
- Putumayo
- Cauca
- Caquetá
- Huila
- Otro

Si su anterior respuesta fue "Otro" mencione cuál:

Tu respuesta

Municipio de residencia *

- Sibundoy
- Colón
- Santiago
- San Francisco
- Otro

Si su anterior respuesta fue "otro" diga cuál

Tu respuesta

Barrio o vereda *

Tu respuesta

Zona *

- Rural
- Urbana

Si su respuesta fue "indígena", ¿a qué grupo pertenece?

- Kamëntzá
- Inga
- Cofán
- Sinona
- Murui
- Coreguaje
- Muinane
- Andoque
- Huitoto
- Nonuya
- Okaina
- Bora
- Emberá
- Paez
- Pastos
- Quillasinga

¿Hace parte de la población vulnerable? *

- Migrante
- Desplazado
- Víctima de conflicto armado
- No

Nivel educativo *

- Nunca fue a la escuela pero sabe leer y escribir
- Preescolar
- Primaria completa
- Primaria Incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Técnico o Tecnológico
- Universitario
- Profesional
- Especialista

¿A qué se dedica ? *

- Agricultura
- Minería
- Madera
- Pesca
- Oficios del hogar
- Estudiante
- Comerciante
- Sin ocupación
- Profesional

¿Usted depende de ayuda de terceros para solventar gastos de vivienda, alimentación , transporte, gastos económicos entre otros? (dependencia económica) *

- Subsidio de gobierno
- Red familiar primaria (padres)
- Red familiar secundaria (conyugue)
- No dependo economicamnte de nadie (recursos propios)

2.1 CIRCUNSTANCIAS MATERIALES

¿En qué lugar vive? *

- Casa
- Apartamento
- Apartaestudio
- Habitación
- Finca

Tipo de vivienda *

- Propia
- Alquiler o arrendo
- Anticres
- De familia

Estado civil *

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Union libre
- Divorciada

La vivienda en la que reside ésta calificado en el estrato

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

¿Cuenta con servicios públicos ?

- si
- No

¿Con qué servicios públicos cuenta?

- Agua con acueducto
- Agua sin acueducto
- Luz
- Gas
- Telecomunicaciones (celular , wifi , datos)
- Aseo y recoleccion de residuos

¿Con qué tipo de material esta construida su vivienda? pisos - techo - paredes

- Concreto
- Madera
- Sin piso
- sin techo

Número de habitaciones

Tu respuesta

Número de baños

Tu respuesta

Número de personas a cargo (económicamente) *

Tu respuesta

numero de personas con las que vive

Tu respuesta

2.2 FACTORES PSICOLÓGICOS

¿A quiénes acude usted cuando se encuentra en una situación difícil?

- Familia
- Amigos cercanos
- Compañeros de trabajo
- Hijos
- Otros ¿Quiénes?_____

¿Ha sentido alguna vez dependencia emocional por ciertas personas?

- Dependo emocionalmente de mi pareja
- Dependo emocionalmente de mis padres
- Dependo emocionalmente de mis amigos cercanos
- No tengo dependencia emocional

¿Utiliza usted la medicina ancestral o tradicional para el manejo de algunas enfermedades?

- Si
- No

cuales

Tu respuesta

3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

¿Habitualmente, cuántas comidas alusted?

- 1-2
- 2-3
- Más de 4

¿Consumes suplementos multivitamínicos o ácido fólico?

- Sí
- No

¿Con que frecuencia realiza usted actividad física a la semana?

- 1-2 veces a la semana
- 3-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- No realizo actividad física

¿Actualmente, usted consume alguna de las siguientes sustancias ?

- Tabaco
- Alcohol
- Marihuana
- LCD
- Tussi
- No hago uso de este tipo de sustancias

¿Cuántas horas duerme?

- Menos de 4
- Entre 4-6
- Entre 6-8
- Más de 9 horas

¿Incluye en su dieta frutas y verduras

- Sí
- No

Gestación planeada

- Si
- No

Antes de la gestación, ¿hacia uso de algún metodo anticonceptivo?

- Sí
- No

Si su respuesta anterior fue Sí, ¿Con que método anticonceptivo planifica?

- Píldora
- Inyección mensual
- DIU - T Cobre
- Ritmo
- Óvulos, tabletas o crema vaginal
- Condón
- Yadel
- pomeroy
- inyección trimestral
- Otros:

¿Realiza algún hobby, o actividad recreativa? como tejer, bordar, leer, pintar etc...

- Sí
- No

4. FACTORES CLINICOS ASOCIADOS.

¿Presenta alguna enfermedad previa? *

- Diabetes.
- Hipertensión.
- Hipo e Hipertiroidismo.
- Obesidad.
- Cardiovasculares.
- Oncológica (Cáncer, Tumores, etc...).
- Sepsis o infecciones sistémicas graves.
- Cardio-cerebrovasculares.
- Eventos tromboembólicos.
- Inmunológicas (Lupus eritematoso, VIH, Psoriasis, Artritis Reumatoidea, etc...).
- No sufro de enfermedades previas
- Otros:

¿Usted asiste a controles pre-natales?

- Sí
- No

¿A cuántos controles pre-natales ha asistido?

Tu respuesta

¿Cuánto tiempo tarda en llegar de su casa al centro de salud mas cercano y/u hospital?

- 1 hora o menos.
- 2 horas.
- Mas de 3 horas.

¿Cuál/es es su medio de transporte? *

- Carro.
- Moto.
- Colectivo o transporte publico
- Caminata.

¿Se encuentra afiliada al sistema de salud? *

- Sí
- No

¿A que EPS se encuentra afiliada? *

- Emssanar
- Mallamas.
- Nueva EPS.
- No se encuentra afiliada.
- AIC
- Fomag
- Otros:

¿Cuántos embarazos ha tenido?

Tu respuesta

¿Cuántos hijos tiene? (vivos o que hayan fallecido)

Tu respuesta

¿Cuántos hijos vivos?

Tu respuesta

¿Numero de hijos fallecidos?

Tu respuesta

Número de partos vaginales

Tu respuesta

¿Numero de partos por Cesárea?

Tu respuesta

¿Abortos? *

Si

No

numero de abortos

Tu respuesta

¿Usa algún método anticonceptivo?

- No uso método por desconocimiento
- No uso método por que no deseaba
- Natural
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Hormonal pastillas
- Barrera
- pomeroy
- inyección mensual
- inyección trimestral
- yadel
- Otros:

¿En que momento termino su gestación?

- Primer trimestre
- Segundo Trimestre
- Tercer trimestre

¿A que edad ocurrió su primera gestación?

- Adolescencia (12 - 18 años)
- Juventud (14 - 26 años)
- Adulthood (27- 59 años)
- Persona Mayor (60 años o mas)

edad especifica

Tu respuesta

si a tenido otros embarazos , fue diagnosticada con alguna patologia durante las gestaciones previas , cual?

Tu respuesta

¿Específicamente que enfermedad le fue diagnosticada? *

- Eclampsia.
- Sepsis o enfermedad sistémica severa.
- Hemorragia obstétrica severa.
- Preeclampsia
- Ruptura uterina
- Aborto septico
- Embarazo ectopico
- Autoinmune
- Hematologica
- Oncologica
- Renales
- Gastrointestinales
- Eventos tromboembólicos
- Cardio cerebrovasculares
- Otros:

¿Alguna vez ha sido ingresada a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)? *

- Sí
- No
- No sé

¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? *

- Sí
- No
- No sé

¿Ha estado hospitalizada por alguna enfermedad o accidente? *

- Sí
- No
- No sé

¿Ha sufrido intoxicaciones accidentales con medicamentos, sustancias psicoactivas o sustancias químicas? *

- Sí
- No
- No sé

¿Ha tenido intentos de suicidio? *

- Sí
- No

Anexo B. Poster de Participación

SIMPOSIO REGIONAL

Sexualidad consciente y gestación






Investigación: en Recolección

Determinantes sociales en gestantes de alto riesgo Valle de Sibundoy 2021-2024

Teran Enriquez . F , Rosero Botina J, Realpe Arcos G, A Vallejo N.

La gestación de alto riesgo, caracterizada por factores como enfermedades preexistentes o dificultades económicas, representa un desafío significativo en Latinoamérica en términos de salud pública. A pesar de los esfuerzos de la OMS desde el año 2000 para mitigar estos riesgos, regiones como Putumayo, Colombia, continúan experimentando tasas altas de morbilidad materna. La presente investigación tiene como objetivo identificar los determinantes sociales que afectan a las gestantes, como el nivel socioeconómico y las barreras específicas enfrentadas por mujeres indígenas y migrantes. Este estudio busca implementar estrategias que puedan ayudar a mejorar tanto la atención prenatal como postnatal, con el fin de reducir las disparidades en los resultados de atención en el servicio salud materna en la región.

OBJETIVOS:

Analizar los determinantes sociales que influyen en la incidencia de las gestantes de alto riesgo atendidas en el hospital pio XII

Caracterizar

- Demográficas, sociales, culturales
- Circunstancias materiales y psicosociales

Describir

- Factores clínicos y de acceso a los servicios de salud
- Hábitos y estilos de vida

MATERIALES Y METODOS

Observacional, positivista y transversal

100% de las gestantes clasificadas en alto riesgo.

Recolección de datos por medio de Encuesta e Historias clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS:



- Uso de medicina ancestral
- Fallas en la regulación de la fecundidad y la maternidad



- Uso de vivienda en alquiler probabilidad de hacinamiento
- Concentración de pacientes en zona rural mayor proporción de alto riesgo en población étnica



- Acceso a servicios de salud limitado por factores como transporte y recurso económico
- Antecedentes de embarazo precoz
- Dependencia económica (papás / pareja)