

Emma Gloria Aristizábal V.

Marta Cecilia Jaramillo M

Nancy Landazábal G.

Victoria Eugenia Estrada T.

5. Mejorar la salud sexual y reproductiva⁴⁵

⁴⁵ Los autores agradecen la participación de la Dra. Maria Fernanda Escobar MD, la Dra. Heidi Ramírez y el Dr. Jaime López, como expertos y la contribución de la Lic María Tránsito Díaz.

5 Objetivo de desarrollo del milenio 5: Mejorar la salud sexual y reproductiva

Cada año en el mundo se registran 536,000 muertes de mujeres, como resultado de complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio. La mayoría de estas muertes se registran en países en desarrollo, que aún no logran cerrar las brechas y desigualdades sociales, en materia de atención y prevención, demostrando que la salud es un privilegio de sectores ricos. Así mismo, miles de mujeres aún no cuentan con los métodos anticonceptivos seguros y eficaces, para prevenir embarazos no deseados. Frente a esta situación, los países en la Cumbre del Milenio se propusieron como meta mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer, buscando reducir los riesgos para ella y para los hijos.

Mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer, no solo involucra el prevenir enfermedades en la sexualidad y la reproducción, sino alcanzar un bienestar en su cuerpo, su mente y en su vida social, que significa tener la libertad de elegir el compañero deseado, la posibilidad de disfrutar de una vida sexual sin riesgos, el derecho a obtener información que le permita protegerse y cuidarse, sin sufrir ningún tipo de discriminación, el no ser víctima de la violencia, acceder a métodos seguros de planificación y recibir toda la atención necesaria para tener un embarazo sin riesgos.

Aunque son muchos los esfuerzos realizados para alcanzar la meta propuesta, en América Latina y el Caribe, sólo se ha logrado reducir la mortalidad a un 37%, ubicándose todavía muy por debajo de países desarrollados donde las tasas, no superan las 10 muertes de mujeres por cada 100,000 niños nacidos vivos.

En Colombia, la meta busca reducir la tasa de mortalidad materna, pero también reducir el número de adolescentes con embarazo temprano, reducir la mortalidad femenina por enfermedades como el cáncer de cuello uterino, aumentar el uso de anticonceptivos modernos y mejorar la atención y la prestación de servicios al momento del parto.

El reto que tiene el país es mucho más, si se tiene en cuenta que se deben vencer las barreras de la desigualdad social causadas por la guerra, el desplazamiento forzado y el pobre desarrollo alcanzado en las zonas rurales.

Cuadro 31. Metas e indicadores universales, objetivo 5.

Metas universales	<p>Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años •Tasa de mortalidad infantil •Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión
	<p>Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Tasa de natalidad entre las adolescentes •Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas) •Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Cuadro 32. Metas e indicadores CONPES 91, objetivo 5.

Metas Colombia	<p>Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100,000 nacidos vivos.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Razón de Mortalidad Materna (RMM)</i>
	<p>Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. Línea de base 1990: 66%.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de mujeres con cuatro controles prenatales o más.</i>
	<p>Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de atención institucional del parto</i> • <i>Porcentaje de atención del parto por personal calificado</i>
	<p>Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo del primer hijo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo de su primer hijo</i>
	<p>Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75%, y entre la población de 15 a 19 años al 65%.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas.</i> • <i>Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas de 15 a 19 años.</i>
	<p>Reducir la tasa de mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100,000 mujeres.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino</i>

Cuadro 33. Metas e indicadores Cali, objetivo 5.

	<p>5.1 Reducir la razón de Mortalidad Materna (RMM) a 21.9 x 100,000 nacidos vivos. <i>Indicadores:</i> •Razón de Mortalidad Materna (RMM)</p> <p>5.2 Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. <i>Indicadores:</i> •Cobertura de embarazadas con 4 controles •Porcentaje de mujeres que reciben control prenatal por tipo de profesional (médico, enfermera, ninguno)</p> <p>5.3 Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%. <i>Indicadores:</i> •Cobertura de parto institucional •Cobertura de atención del parto por médico •Cobertura de atención del parto por enfermera</p>
<p>Metas Cali</p>	<p>5.4 Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75%, y entre la población de 15 a 19 años al 65%. <i>Indicadores:</i> •Porcentaje de mujeres actualmente unidas que utilizan algún método de planificación familiar •Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que utilizan algún método de planificación familiar</p> <p>5.5 Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo del primer hijo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%. <i>Indicadores:</i> •Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o se encuentran en embarazo de su primer hijo •Porcentaje de mujeres menores de 15 años que han sido madres o se encuentran en embarazo de su primer hijo</p> <p>5.6 Reducir la tasa de mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100,000 mujeres. <i>Indicador:</i> •Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino</p>

5.1 Meta: Reducir la razón de Mortalidad Materna a 21.9 X 100,000 nacidos vivos.

5.1.1 Definición del indicador y la meta

La mortalidad materna es un problema a nivel mundial y desde hace varios años han existido estrategias para luchar contra ella, una de ellas fue la “Iniciativa por la Maternidad Segura”, lanzada en 1987 en Nairobi (Kenia), que tenía como fin reducir las muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, en el año 2000, la iniciativa había tenido limitaciones en el logro de su objetivo y es por esto que en el mismo año se incluye el “Mejoramiento de la salud Materna” dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Según la definición de la OMS/OPS, la mortalidad materna es “la muerte de una mujer en el momento que está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención”(OMS).

Indicador: Razón de mortalidad materna (RMM): Es el cociente entre el número de muertes maternas registradas en un año y los nacidos vivos de ese mismo año, representado por 100,000.

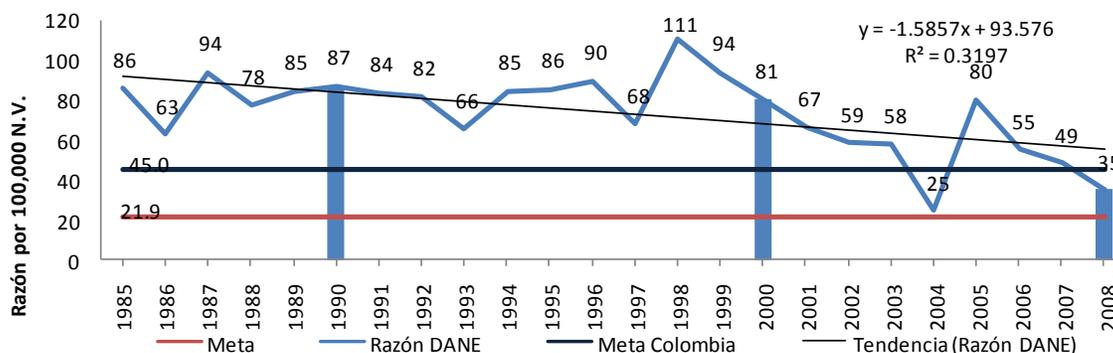
Meta: Llegar en el año 2015, a una RMM de 21.9 por 100,000 nacidos vivos.

5.1.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

Cali viene presentando una tendencia a la reducción de la RMM en las últimas décadas. Desde el año 1998, año base a nivel nacional, logró una reducción de 59.2%, este año tuvo la RMM más alta del período con 96.8 por cada 100,000 N.V., sin embargo, aún no ha sido posible alcanzar la meta del milenio. El año en que se ubicó más cerca fue el 2004, cuando logró reducir la RMM a 25.1 por 100,000 N.V., faltando menos de 4 puntos para conseguirla, pero en el año siguiente se disparó hasta 80 por 100,000 N.V.

Actualmente, el municipio se encuentra a 13.9 puntos de alcanzar la meta, lo que se constituye en un reto de reducción de 1.99 puntos por año, hasta el 2015. Como se aprecia en la Figura 43, hay una tendencia a la reducción de 1.6 puntos por año (significativo con un 99% de confianza), que es más baja que el reto mínimo anual. Sin embargo, en los últimos 7 años, se ha presentado una reducción de 23.1 puntos, lo que una reducción de 13.9 puntos es plausible para alcanzar la meta.

Figura 43. Razón de Mortalidad Materna. Cali, 1985 – 2008.

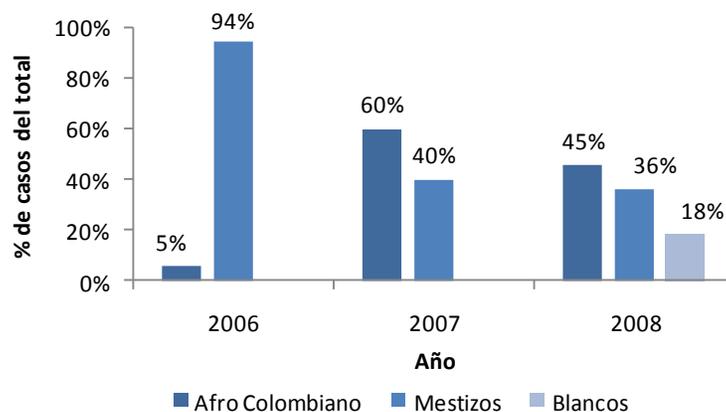


Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica. Nacidos vivos DANE

5.1.3 Contexto

La RMM por etnia en los tres últimos años, no muestra una característica especial, como se puede observar en la Figura 44, en 2006 predominaron las muertes de mujeres mestizas, mientras en 2007 y 2008 el predominio fue de las afrocolombianas. En la serie solo se presentaron dos muertes maternas en mujeres blancas, ocurridas en el año 2008.

Figura 44. Mortalidad Materna por grupo étnico. Cali, 2006 – 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

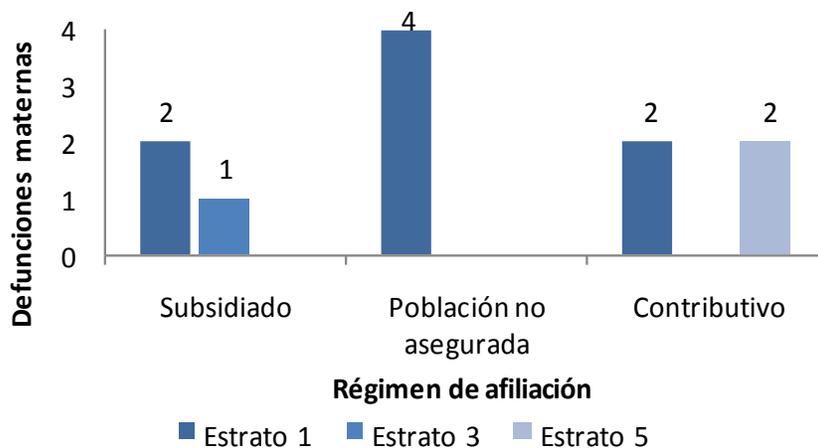
Según el tipo de vinculación a la seguridad social en salud, siete (7) de los casos (63.6%), eran mujeres aseguradas; de éstos el 57.14% correspondía al régimen contributivo y 42.86% al subsidiado. Las muertes maternas en mujeres pobres no aseguradas, correspondieron al 36.36% del total de los casos de mortalidad materna durante el año 2008.

En la población no asegurada (PNA), las 4 muertes maternas provienen de madres de estrato socioeconómico 1, igualmente en el régimen subsidiado y en el contributivo, hubo dos (2) casos pertenecientes al estrato socioeconómico 1.

En la distribución por estrato socioeconómico en 2008, las muertes maternas ocurrieron en un 72.73% en el estrato 1, acorde con los factores descritos como determinantes para la ocurrencia de la mortalidad materna relacionada con las inequidades, el 18.2% eran del estrato 5 y el 9.1% del estrato 3 (Figura 45).

De las 11 mujeres fallecidas en 2008, cinco (5) eran amas de casa, una (1) estaba en estado de mendicidad y estaba en condición de desplazada y una (1) era estudiante.

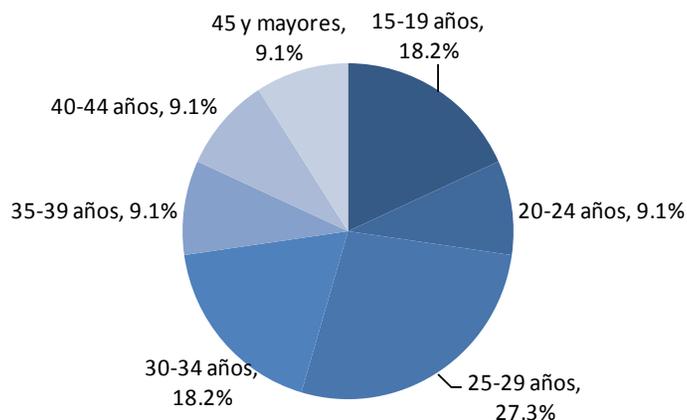
Figura 45. Mortalidad Materna por estrato y seguridad Social. Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

En el 2008 de las 11 muertes maternas residentes en Cali, el mayor número de muertes (3) ocurrió entre los 25 y 29 años, dos (2) eran mujeres adolescentes, dos (2) tenían más de 40 años (Figura 46). Cinco (5) mujeres vivían con su compañero (45.4%) y una (1) vivía sola. El 18% (2 casos) de las mujeres que fallecieron habían completado formación técnica o profesional y el 45% (5 casos) educación primaria.

Figura 46. Mortalidad Materna por grupos de edad. Cali, 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

Cuatro de las once muertes se presentaron en el Hospital Universitario (36.4%) y dos en la Fundación Valle del Lili (18.2%), ambas instituciones son centros de referencia. El 80% de las muertes ocurrieron en instituciones de alta complejidad, el 36.4% en IPS públicas y 46% en instituciones privadas.

En 10 de los 11 casos ocurridos en 2008, la muerte era evitable y uno tenía evitabilidad indeterminada por ausencia de información y de solicitud de autopsia (**Cuadro 34**)

Cuadro 34. Causas de mortalidad materna y de mujeres en embarazo. Cali, 2008.

CAUSA		MUERTES
Directa	Pre-eclampsia o eclampsia	3
	Aborto	2
Indirecta	hemorragia	1
	SIDA	1
	Neumonía	1
	Anemia severa	1
	Disfunción valvular	1
	Indeterminada	1
TOTAL MUERTES MATERNAS		11
Causa Externa	Homicidio	2
	Suicidio	1
	Accidente de tránsito	1
	Otras	1
TOTAL MUERTES CAUSA EXTERNA		5

Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica, Certificado de defunción-DANE

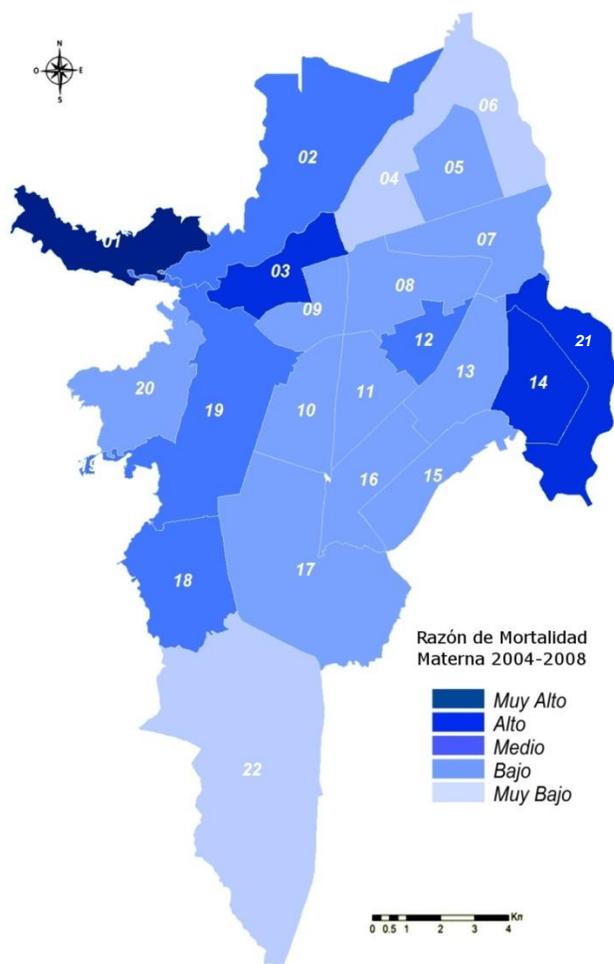
5.1.4 Georreferenciación

En 2008, tres (3) de las 11 defunciones maternas se presentaron en la comuna 14, las demás comunas que presentaron mortalidad materna (una cada una) fueron las comunas 3, 6, 7, 13, 15, 18, 19 y 21.

En el Mapa 11, se presenta la georreferenciación de la razón de mortalidad materna (RMM) acumulada entre los años 2004 y 2008. La comuna con mayor razón de mortalidad es la 1, con una RMM de 135 muertes maternas por 100,000 N.V., seguida por las comunas 3, 21 y 14 con RMM de 88.5, 91.4 y 96.8 por 100,000 N.V.⁴⁶. Exceptuando la comuna 3, con estrato moda 3, las otras tres comunas son las únicas que tienen más del 99% de sus lados de manzana en estrato 1 y 2 y con el 32.9% del total de casos de mortalidad materna que se presentaron entre el año 2004 y 2008. Las comunas 4 y 22 no tuvieron muertes maternas entre 2004 y 2008 y en las otras comunas, la RMM oscila entre 17.4 (Comuna 6) y 74.2 (Comuna 18).

⁴⁶ Para la clasificación de la mortalidad materna se utilizó una clasificación de la OPS para América Latina: Muy bajo: <19 MM por 100,000 NV, Bajo: >=19 y <59.3, Medio: >=59.3 y <82.2; Alto: >=82.2 y <114.3; Muy alto >=114.3

Mapa 11. Razón de Mortalidad Materna por Comunas. Cali, 2004 - 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica. Clasificación: (Jaramillo-Mejía MC 2009)⁴⁷

Las comunas 2 y 19, tienen estrato moda 5 y tienen una actividad económica basada en los servicios primordialmente (44% de los establecimientos), en 18 de las 22 comunas restantes, ésta participación es inferior al 30%. En las comunas 1, 14 y 21, un alto porcentaje de la población (51.2%, 54.3% y 46.7%) no tiene más educación que la primaria, son comunas con vocación al comercio y en el caso de las comunas 14 y 21, el tipo de establecimiento predominante, son los negocios ubicados dentro de una vivienda. En la comuna 1 están el 12% de las empresas dedicadas a la industria química de la ciudad.

Estos resultados reflejan similitudes con Mojarro et al. (2003), quienes encontraron en su estudio de marginación social, que las mujeres con condiciones sociales y económicas

⁴⁷ Se utiliza la clasificación de OPS para comparar Latinoamérica: Muy alto: ≥ 114.3 , alto: $\geq 82.2 < 114.3$, medio: $\geq 59.3 < 82.2$, bajo: $\geq 19 < 59.3$, muy bajo: < 19 . (Datos de referencia tomados de la bibliografía de la base de datos OPS-HPM (Mora G, Yunes J. 1993)

más desfavorables, son las más propensas a la mortalidad materna. Así mismo, Hernández et Al (2007) encontraron que la mortalidad materna se concentra más en las mujeres que no cuentan con estudios superiores.

5.1.5 Comparación con otras poblaciones

En el año 1998, Cali contaba con la mayor tasa de mortalidad por causa directa entre las principales ciudades y el país; en el año 2007 logró ubicarse bajo la razón de mortalidad de Colombia pese a seguir por encima de las principales ciudades. Para el año 2008, la RMM disminuyó a 35.8 por 100,000 NV ubicándose 3.3 puntos por debajo de la RMM de Medellín y 1.6 puntos por debajo de Bogotá. Cali logró entre 1998 y 2007, disminuir en 75.2 puntos la razón de mortalidad materna, equivalente a una reducción del 68% (Cuadro 35).

Cuadro 35 Comparativo de mortalidad materna por causa directa en las tres principales ciudades, Valle y Colombia.

Ciudad	Razón por 100,000 N.V. 1998	Razón por 100,000 N.V. 2007	Razón por 100,000 N.V. 2008
Cali	111.0	48.8	35.8
Medellín	39.6	29.6	39.1
Bogotá	92.3	32.4	37.4
Valle	121.1	59.5	39.8
Colombia	100.1	71.2	57.0

Fuente: DANE 1998, 2007 y 2008

En el análisis de salud sexual y reproductiva realizado en Cali por la Secretaría de Salud, se encontró que el bajo peso al nacer, el embarazo en la adolescencia, la mortalidad materna y perinatal, el cáncer de cérvix, el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), la violencia familiar, el abuso sexual y el maltrato infantil, son más frecuentes en la población con menor nivel educativo y mayor pobreza.

5.1.6 Acciones

A través de los años, Cali ha realizado acciones encaminadas a dar solución al problema de la mortalidad materna, con base en los resultados de la vigilancia en salud pública y los lineamientos del Ministerio de protección social. Desde el año 1994 se ha implementado un modelo de mejoramiento continuo en la calidad de la atención a la gestante, con la constitución de un comité para el análisis de los indicadores de Cali y diseño e implementación de estrategias para la reducción de la mortalidad materna como los protocolos de hipertensión inducida por el embarazo y atención de hemorragias, que incluye los estándares por niveles de atención, vigilancia de la mortalidad materna extrema y unificación de criterios de manejo de la gestante en el nivel de baja complejidad, criterios de referencia y contrarreferencia. Un ejemplo de éstos es el “Plan de Choque para la reducción de la mortalidad materna”, cuyos objetivos son posicionar el tema en la agenda pública, visualizar y monitorear las responsabilidades que tienen los diferentes actores sociales e institucionales frente a este problema y contribuir en la reducción de los casos. Así mismo, en el 2008, se implementó la estrategia de Vigilancia Comunitaria para una Maternidad Segura, que busca empoderar a la comunidad para

combatir la morbilidad materna. Otra estrategia orientada a lograr las metas de maternidad segura, es la formulación del Plan Municipal de Salud Sexual y Reproductiva con participación de múltiples actores, monitoreando la situación y planteando estrategias para continuar con la reducción de la mortalidad evitable en el municipio de Cali.

5.2 Meta: Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%. Línea de base 1990: 76.3% atención institucional del parto; 80.6% atención del parto por personal calificado.

5.2.1 Definición de los indicadores y la meta

“Asegurar que las mujeres reciban la debida atención durante el parto es parte esencial de los programas de maternidad sin riesgos (Ranson E, Yinger NV. 2002). Los cuidados de la madre antes, durante y después del parto, requieren de unas condiciones básicas de atención, tanto institucional como de personal. Dentro de los Objetivos del Milenio se han incluido dos indicadores que permitan observar la evolución del país y el municipio en la asistencia de los partos, que contribuye a la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Los indicadores que se han adoptado por el Municipio de Cali son los mismos que a nivel nacional.

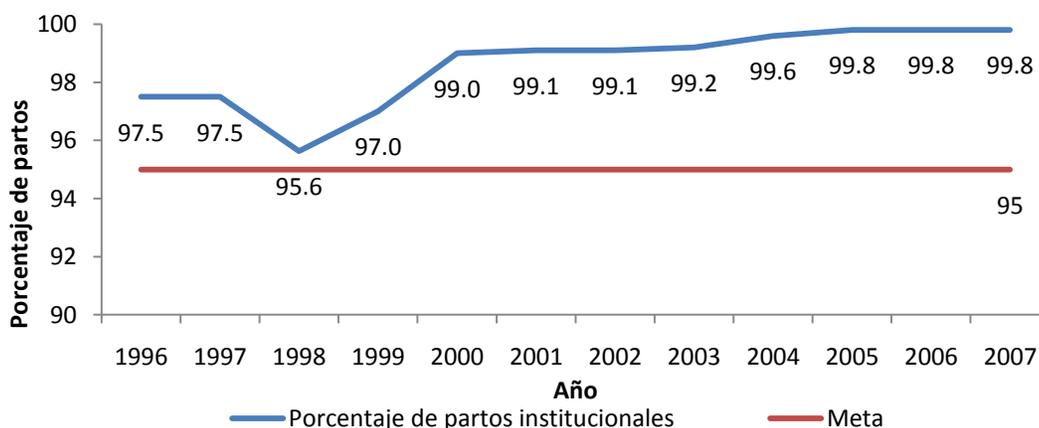
Indicadores: Porcentaje de atención institucional del parto y porcentaje de atención del parto por personal calificado.

Meta: Para el año 2015, mantener la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%.

5.2.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

La tendencia de la atención del parto a nivel institucional desde el año 1998, ha ido en aumento del 95.6% al 99.8%, de acuerdo con las cifras del Departamento Administrativo de Planeación Municipal de Cali, como se puede ver en la **Figura 47**.

Figura 47. Porcentaje de la atención de partos institucionales. Cali, 1996 - 2007.



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipal.

Es de suponer que a medida que aumenta la cobertura de aseguramiento, exista también una mayor cobertura de parto institucional y aumente la cobertura de atención por

personal calificado. Sin embargo, no se puede contextualizar esta meta puesto que sólo existe la información disponible para la atención del parto. Se recomienda realizar un análisis sistemático de los registros de estadísticas vitales referentes a la persona e institución donde se atendió el parto.

5.3 Meta: Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. Línea de base 1990: 66%.

5.3.1 Definición de los indicadores y la meta.

El control prenatal temprano, asegura la detección temprana y la intervención eficaz de los problemas del embarazo para la madre o el niño. Los objetivos del milenio determinan que al menos el 90% de las embarazadas tengan como mínimo cuatro controles durante el embarazo, iniciando antes de cumplir el primer trimestre del mismo.

Indicador: Porcentaje de mujeres que reciben cuatro o más controles prenatales: Se mide el número de mujeres que asistieron como mínimo a 4 controles prenatales durante el embarazo, sobre el total de mujeres embarazadas por 100 para cada año.

Meta: Llegar en el año 2015, a una cobertura de cuatro o más controles prenatales del 90%.

5.3.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

Esta meta no tiene seguimiento en Cali, sin embargo fue uno de los puntos de la ENDS en el año 2005, allí se investigó el porcentaje de mujeres que fueron atendidas en control prenatal en los últimos cinco años o en el embarazo de ese momento, con una muestra que correspondió a 591 mujeres en Colombia, que evidenció que la atención prenatal por médico y enfermera fue de 97.2%, similar resultado se había obtenido en la ENDS del 2000 y 5 puntos más que en la ENDS del año 1995, que fue de 92.3%

La ENDS de 2005, muestra que en Cali y el área metropolitana, el 82.7% de los controles prenatales son atendidos por médico, el 14.5% por enfermera y el 2.8% no recibió atención prenatal. Al compararlos con otras ciudades, vemos que Medellín y Bogotá tienen 10pp más en atención por médico. Cali es una de las ciudades con menor cobertura de atención prenatal por médico en el país.

Debido a que este es un indicador de seguimiento y está incluido en el reporte de las EPS se recomienda el seguimiento permanente al indicador, porque se puede hacer seguimiento inmediato.

5.4 Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75% y entre la población de 15 a 19 años al 65%. Línea de base 1995: 59% y 38.3 %, respectivamente.

5.4.1 Definición del indicador y la meta

Los métodos de anticoncepción se dividen en métodos tradicionales y métodos modernos. En la ENDS, son considerados métodos modernos: la píldora, la DIU, la inyección, los implantes, los vaginales, el condón, la esterilización femenina y masculina, la espuma o jalea y el método de la amenorrea de la lactancia. Y como métodos tradicionales: el ritmo o abstinencia periódica, el retiro y los métodos folclóricos.

Si bien a nivel nacional, se busca incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos, en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas, así como en mujeres entre 15 y 19 años, no disponemos de información clasificada con estos parámetros, puesto que la fuente ENDS sólo tiene información desagregada por subregiones para mujeres unidas.

En ausencia de un método de cálculo para la prevalencia de métodos de planificación familiar a nivel local, en la ciudad de Cali sólo se puede hacer monitoreo del uso de métodos modernos de planificación en mujeres unidas, a través de la ENDS. Existen datos de planificación, pero por mujeres inscritas en programas específicos, no una medida del total de la población sexualmente activa. Así, el indicador y la meta a estudiar para Cali, son:

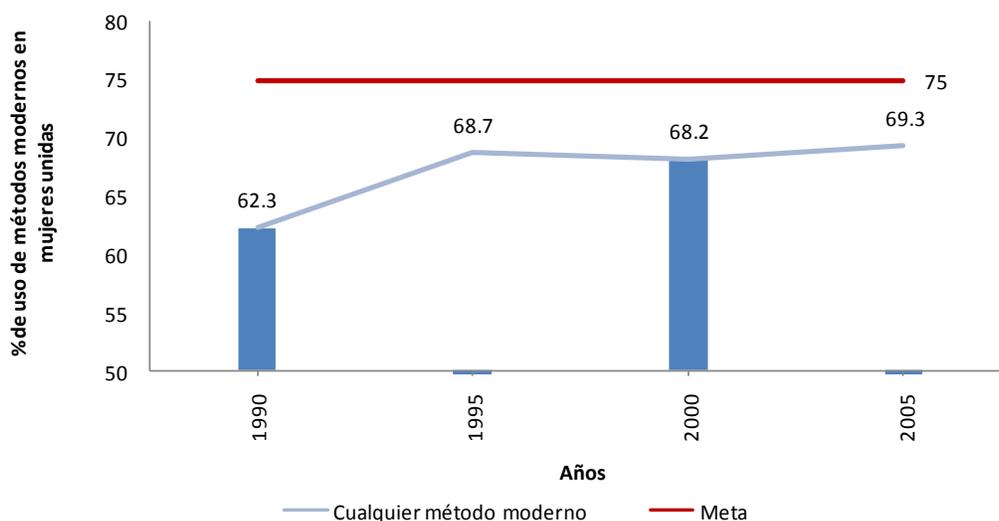
Indicador: Porcentaje de las mujeres actualmente unidas que utilizan algún método anticonceptivo moderno, sobre el total de mujeres unidas encuestadas. Este indicador tiene como fuente la ENDS y una periodicidad de 5 años.

Meta: En el 2015, haber incrementado al 75% la prevalencia de métodos modernos de anticoncepción en las mujeres unidas.

5.4.2 Tendencia

En Cali se presenta un avance hacia la meta del 75% de mujeres unidas, utilizando un método moderno de anticoncepción, en 2005 se encontraba a 5.7 puntos porcentuales (pp) de alcanzar la meta (Figura 48), lo que implica para el municipio hacer un esfuerzo de incrementar como mínimo 0.57 pp por año, hasta el 2015.

Figura 48. Uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas. Cali A.M. 1990 - 2005.



Fuente: Profamilia, ENDS 1990, 1995, 2000, 2005.

5.4.3 Comparación con otras poblaciones

Las cuatro encuestas de demografía y salud muestran un incremento del uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres unidas de Cali. En los años 1990 y 1995, Cali fue la ciudad con mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos, sin embargo, en los años 2000 y 2005 se encuentra por debajo tanto de Medellín como de Bogotá, pero mantiene un porcentaje superior al de Colombia. En 2005, Cali se encuentra a 4.9 pp de Bogotá, quien está a 0.8 pp de la meta (Cuadro 36).

Cuadro 36. Comparación uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres unidas, tres principales ciudades y Colombia. 1990 - 2005.

Año ENDS	Prevalencia (%)			
	Cali A.M	Medellín A.M	Bogotá	Colombia
1990	62.3	60.3	61.8	54.6
1995	68.7	62.2	64.6	59.3
2000	68.2	68.5	69.0	64.0
2005	69.3	73.8	74.2	68.2

Fuente: Profamilia, ENDS 1990, 1995, 2000, 2005.

5.5 Meta: Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo del primer hijo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%. Línea de base 1990: 12.8%.

5.5.1 Definición del indicador y la meta

Los embarazos en madres adolescentes, producen consecuencias desde el punto de vista económico, social y de salud. En el aspecto económico, existe el riesgo para el niño y la madre de profundizarse en la pobreza, si la madre no ha completado su ciclo de educación, lo que la pone en desventaja para competir en el mercado laboral. Desde el punto de vista social, una de las desventajas es la aparición del fenómeno de la “madre soltera”, dado que usualmente los embarazos en adolescentes son producto de relaciones entre parejas que no han iniciado una vida en común.

Así mismo, los riesgos para la salud, van desde los problemas asociados al desarrollo físico y emocional de la madre, que puede constituirse en un peligro para la vida de la gestante y su hijo; hasta el aborto practicado ilegalmente y en condiciones inadecuadas. Dentro del objetivo de reducir la mortalidad materna, se considera la reducción del porcentaje de madres adolescentes, para esto se requiere prevenir el embarazo a través de métodos efectivos de planificación familiar.

En Cali, se asume el mismo indicador que a nivel nacional y la fuente es la Encuesta de Demografía y Salud, realizada cada 5 años:

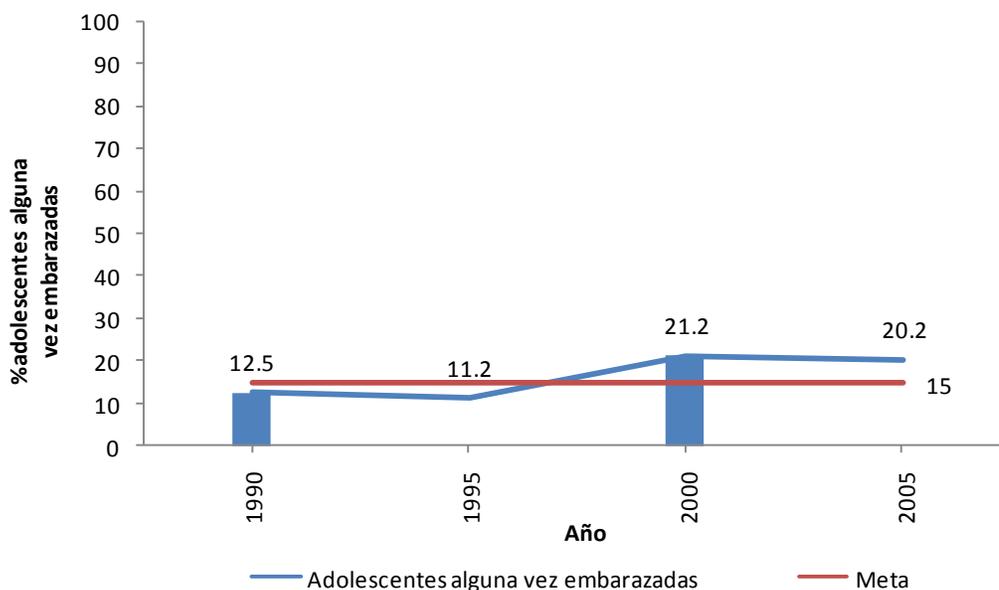
Indicador: Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o se encuentran en embarazo de su primer hijo en el momento de la encuesta, como porcentaje del total de mujeres encuestadas en el mismo rango de edad.

Meta: Para el 2015, tener un porcentaje de adolescentes embarazadas o madres por debajo de 15%.

5.5.2 Tendencia

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), hace medición del porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas. Los puntos más altos y más bajos se dieron respectivamente en el 2000 y 1995. Debido a este incremento, no se ha logrado cumplir la meta en los dos últimos periodos evaluados, como lo muestra la Figura 49. El incremento del indicador entre los años 1995 y 2005, es una señal de alarma y representa un reto para la reducción en 7.2 pp entre el año 2000 y 2015.

Figura 49. Porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas. Cali A.M, 1990, 1995, 2000 y 2005.



Fuente: Profamilia, ENDS 1990, 1995, 2000, 2005.

5.5.3 Contexto

La ENDS, no permite ver las características sociales de las madres adolescentes⁴⁸, sin embargo, se puede utilizar una caracterización de los nacidos vivos de madres adolescentes en el año 2008, registrados en la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

El 4% de los nacidos vivos de madres adolescentes son hijos de mujeres menores de 15 años, de ellos el 3.6% de los niños nacieron en hogares de parejas casadas, un 26.9%, nació de madres no casadas con más de 2 años de relación, 2.8% de hogares en unión libre, 0.9% de madres viudas o separadas y el restante 65% de madres solteras o con menos de dos años de relación.

⁴⁸ Se considera una mujer menor de 20 años como madre adolescente

El 35.6% de las madres pertenecían al régimen subsidiado, porcentaje muy similar hacía parte del régimen contributivo (34.4%) y no estaban aseguradas (o vinculadas) un 28.9%.

El 13.2% de las madres tenían un nivel educativo de primaria completa o incompleta, 51.7% tenían secundaria completa o incompleta y 29.7% tenían educación media, el 2% tenía formación técnica o tecnológica y un 1.8% formación profesional completa o incompleta.

Un 13.2% de los nacidos vivos, tuvieron madres que asistieron a menos de 4 controles prenatales, en el 38.3% asistieron de 4 a 6 controles y un 40.9% tuvieron de 7 a 9 controles.

En promedio, los nacidos vivos tuvieron 38.42 semanas de gestación

5.5.4 Georreferenciación.

Las comunas con mayor número de nacidos vivos de madres adolescentes fueron la 14, 13 y 11 en su orden. La comuna 22 no reportó nacimientos de madres adolescentes y las comunas 5 y 17 sólo tienen el 1.3% de los nacimientos.

Sólo cinco comunas, tuvieron un porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes inferior a 10% del total de nacimientos, se trata de las comunas 2, 5, 17, 19 y 22, cuatro de estas cinco son comunas similares en su estructura por estrato (5 o 6), máximo nivel educativo alcanzado (entre 38% y 45% con estudios superiores) y tipo de sector económico predominante (entre el 44% y 63% del total de establecimientos son del sector servicios). En la comuna 5, el 31% de la población tiene estudios superiores y el 34% de los establecimientos son del sector servicios).

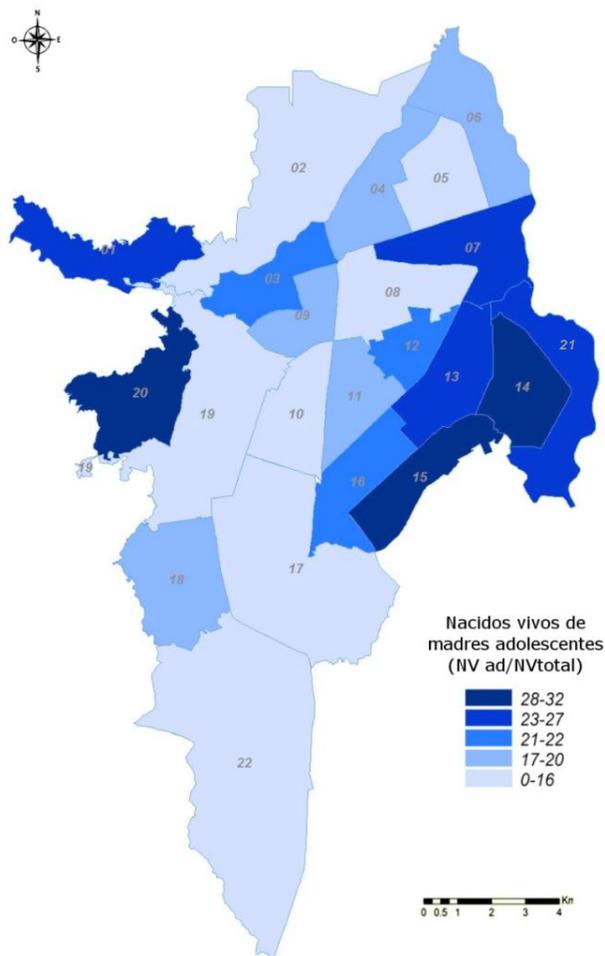
Por su parte, ocho comunas (1, 7, 13, 14, 15, 16, 20, 21) tienen un porcentaje significativamente superior al promedio, cinco de las ocho tienen estrato moda 1 y dos tienen estrato moda 2, la otra tiene estrato moda 3. No se encontró alguna coincidencia relevante en la estructura por máximo nivel educativo alcanzado y sector económico predominante para todas estas comunas. La comparación de los porcentajes de nacidos vivos de madres adolescentes de comunas con estratos moda altos y bajos sugiere una diferencia en este porcentaje, asociada al nivel de ingreso que se representa por el estrato. En el

se puede observar la distribución de los nacidos vivos de madres adolescentes por comunas, distribuidos por quintiles, estando el quintil menor en menos de 16 nacimientos de madres adolescentes y los dos más altos, que están entre 23 32 nacimientos de madres adolescentes donde se encuentran las ocho comunas descritas.

Estos resultados son coherentes con varios estudios, en los que se ha encontrado que la pobreza está relacionada con los nacimientos de madres adolescentes. La MOAPPP (Minnesota Organization on adolescent pregnancy prevention and parenting), resalta varios resultados de la relación pobreza-embarazo adolescente, éstos se presentan a continuación: Moore (1995), encontró que en los Estados Unidos, los Estados con mayores tasas de pobreza, tienen también mayor proporción de nacimientos de madres adolescentes. Maynard (1996) y Wilson (1996), concluyen que hay una mayor proporción de padres adolescentes en las comunidades más pobres; así mismo, Brindis (1997), concluye que las adolescentes con habilidades académicas menores al promedio y con

bajos ingresos, tienen alrededor de 5 veces más probabilidad de convertirse en madres adolescentes, que las adolescentes por encima del promedio.

Mapa 12. Nacidos vivos de madres adolescentes por comunas. Cali, 2008.



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal.

5.5.5 Comparación con otras poblaciones

En todas las ciudades grandes y en el país, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas ha ido en aumento desde 1990 hasta el 2005, en este último año, Cali tuvo el menor porcentaje de madres alguna vez embarazadas entre las principales ciudades del país; siendo el primer año en cual Cali ocupa este lugar. En todos los años, exceptuando el año 2000, Cali se ubicó por debajo del porcentaje nacional (Cuadro 37), lo cual es de esperarse, porque el país incluye las comunidades, donde la maternidad a temprana edad es culturalmente aceptada.

Cuadro 37. Comparación del porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas, tres principales ciudades y Colombia. 1990 – 2005.

Año ENDS	Porcentaje			
	Cali A.M	Medellín A.M.	Bogotá	Colombia
1990	12.5	11	11.5	12.8
1995	11.2	13.9	18	17.4
2000	21.2	14.3	16.7	19.1
2005	20.2	21.2	22.6	20.5

Fuente: Profamilia, ENDS.

5.5.6 Acciones:

Para la reducción del embarazo en las mujeres adolescentes, en los dos últimos años, la Secretaría de Salud ha implementado varias estrategias, que deben impactar en el futuro este indicador:

- Servicios amigables de salud.
- Difusión y Promoción de Derechos en salud sexual y reproductiva.
- Programa de Educación para la sexualidad en el sector educativo.

5.6 Meta: Reducir la tasa de mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100,000 mujeres. Línea de base 1990: 12.59 por 100,000 mujeres

5.6.1 Definición del indicador y la meta

El Cáncer de cérvix, es la primera causa de muerte por neoplasia en mujeres en edad fértil en Colombia y la segunda causa de mortalidad general en todas las neoplasias. Desde el año 1985, Colombia ha trabajado en la reducción de la mortalidad, a través de la estrategia de detección temprana, con la citología cérvico vaginal, que reduce en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino.

La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, mide la probabilidad de morir por esta causa en las mujeres de una población en un año y se expresa por 100,000 mujeres. Para su comparabilidad se debe ajustar la tasa con la población mundial de mujeres.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino (población mundial). Este indicador resulta de dividir el número de muertes registradas por cáncer de cuello uterino en un año, sobre el total de mujeres a mitad del periodo.

Meta: Reducir la tasa de mortalidad ajustada por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100,000 mujeres.

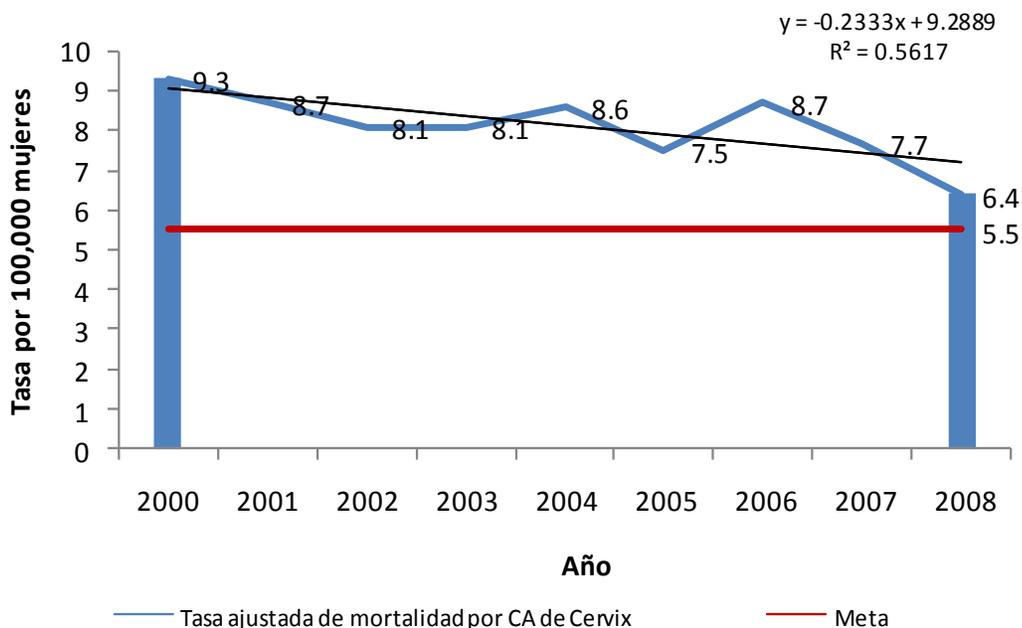
5.6.2 Tendencia y cumplimiento de la meta

En el año 2008, se registraron 91 muertes por cáncer de cérvix, para una tasa cruda de mortalidad de 7.4 por 100,000 mujeres y una tasa ajustada de 6.4 por 100,000 mujeres⁴⁹.

El análisis de la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix desde el año 2000, permite observar un comportamiento hacia la reducción, pasando de 9.3 a 6.4 por 100,000 mujeres en 2008; situación similar a la presentada en el país (Figura 50).

Actualmente el municipio se encuentra 0.9 puntos por encima de la meta (5.5 por 100,000 mujeres), que significa que debe hacer una reducción de mínimo 0.13 puntos por año, hasta el 2015. Si se sigue la tendencia de la serie, que tiene una pendiente de -0.23, es posible alcanzar la meta incluso antes del 2015.

Figura 50. Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Cali, 2000 - 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica.

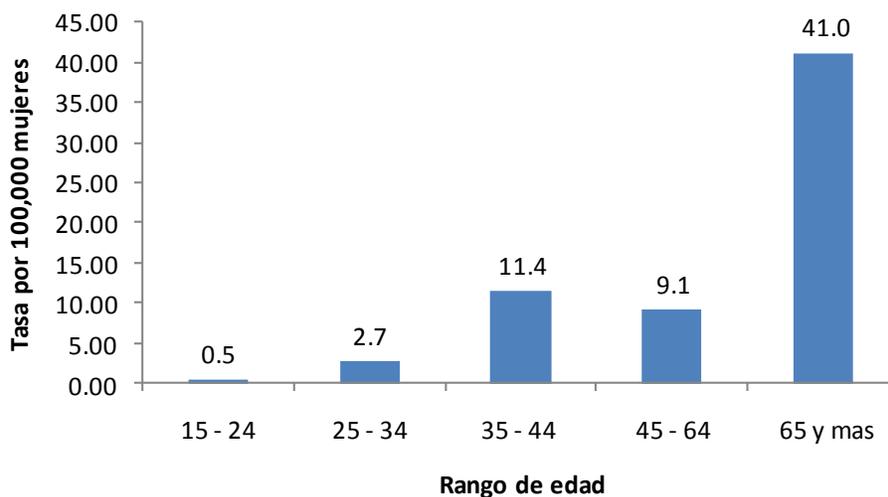
5.6.3 Contexto

Para el año 2008, la tasa específica de mortalidad por cáncer de cuello uterino por edades, para el municipio de Santiago de Cali, muestra que las mujeres de 65 años y más tienen la mayor tasa de mortalidad (41.0 x 100,000), registrando 37 muertes; 19 muertes

⁴⁹ La tasa ajustada se calculó tomando como población de referencia la población mundial 2005.

en mujeres entre 35-44 años y 29 en mujeres de 45-64 años; siendo mayor la tasa en el grupo de 35 a 44 (11.4 x 100,000), que en el de 45 a 64 (9.1 x 100,000). (Figura 51)

Figura 51. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por grupo de edad. Cali, 2008.



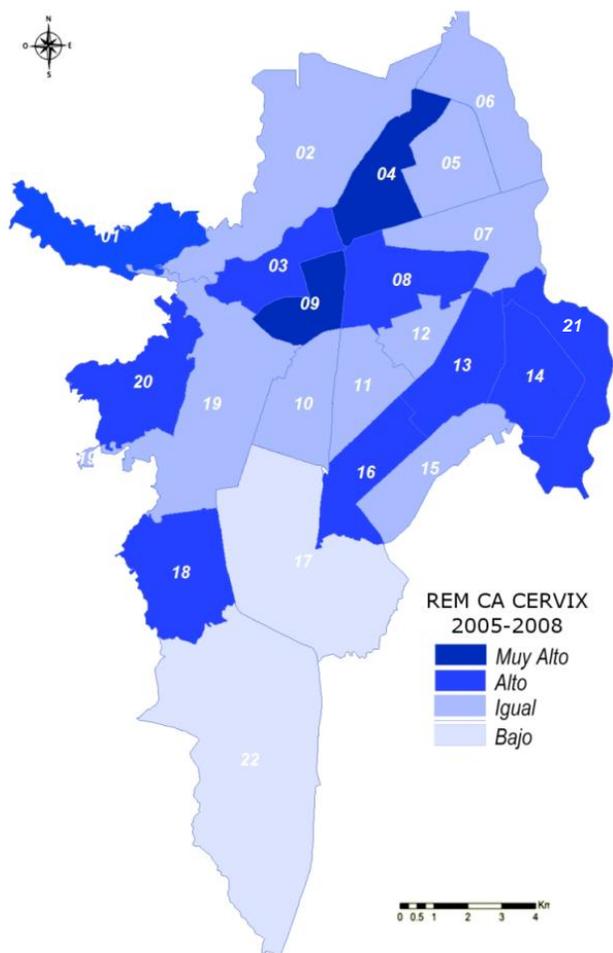
Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica

5.6.4 Georreferenciación

Con relación a la localización geográfica, las tasas más altas para cáncer de cérvix, se registró en las comunas 4 (área norte), 20 (área de ladera) y 9 (área centro); sin embargo al evaluar el riesgo diferenciado por comuna a través del cálculo de la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM), con base en la información del periodo 2005 – 2008, se observa, que la zona rural y las comunas 4 y 9 son las que registran un exceso de mortalidad por esta causa, muy por encima de la razón de la ciudad de Cali, evidenciando un riesgo “muy alto” de mortalidad por esta enfermedad. Las comunas 1, 3, 8, 13, 14, 16, 18, 20 y 21 presentan un riesgo alto y las comunas 2, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 15 y 19 un riesgo “similar” a la ciudad de Cali. Solamente la comuna 17 presenta un riesgo inferior (Mapa 13).

Los dos grandes grupos en los que está dividido en riesgo, no hay características como estrato, nivel educativo máximo alcanzado o actividad económica principal que se repitan en todo el grupo y permitan intuir que dicha característica es un determinante del cáncer de cérvix. Sin embargo, todas las comunas que tienen un estrato moda 5, se encuentran en un riesgo bajo o similar al de la ciudad de Cali. Así mismo, el mapa señala tres zonas de alta mortalidad, la ladera, la zona centro-norte y la zona oriental.

Mapa 13. Razón Estandarizada de Mortalidad de Cáncer de Cérvix por comunas. Cali, 2005 - 2008.



Fuente: SSPM – Vigilancia epidemiológica

El estudio de mortalidad por cáncer de cérvix por estrato es relevante, en cuanto a que el estrato permite aproximarse a hacer agrupaciones por nivel de ingreso, en ausencia de más información. Esta relación ingreso-cáncer ha sido estudiada ampliamente, sobre todo desde la perspectiva del ingreso y su relación con el acceso a los servicios de salud de calidad. El estudio de Greenlee (2009), encontró que en los condados estadounidenses de mayor privación económica hay mayor prevalencia de cánceres (incluyendo cáncer cervical) en etapas más avanzadas y esto incrementa el riesgo de muerte por la enfermedad. Así mismo, Brookfield (2009) encontró que las mujeres con cáncer de cérvix invasivo, que tenían seguro o pertenecían a comunidades más acaudaladas, tenían mayor mediana de sobrevivencia, que las no aseguradas o pertenecientes a comunidades con más pobreza.

5.6.5 Comparación con otras poblaciones

Cali tiene una tasa de mortalidad por cáncer de cérvix más baja que Medellín, Bogotá y el país, pero más alta que el departamento del valle. En cuanto a la meta, Cali se ubica 0.4 puntos por encima, lo que implica un reto de reducción de 0.057 anual hasta el 2015.

Cuadro 38. Situación de Cáncer de Cuello Uterino expresada por 100,000 habitantes. 2007.

	Tasa por 1,000 hab.
Colombia (4)	10.9
Valle (2)	5.7
Bogotá (1)	6.9
Medellín (1)	6.9
Cali (3)	6.4

Fuente: 1 Planes locales de salud de Bogotá DC y Medellín. 2007. 2 DANE. 2007. 3 Estadísticas Vitales SSPM. 2008. 4 Tasa por 10 0,000 mujeres, 2003. Documento CONPES 91, 2005.

5.6.6 Acciones

Dado que es necesario fortalecer las acciones de prevención y control, encaminadas a impactar positivamente la reducción de la mortalidad por esta causa, acorde con las metas nacionales, la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali puso en marcha a partir de 2009 un Plan de Fortalecimiento de las Acciones de Prevención y Control de Cáncer de cérvix, que incluye 4 líneas de acción: Incremento de la cobertura de tamizaje, mejoramiento de la calidad de la atención y seguimiento, implementación de un sistema de vigilancia y educación y movilización social en torno al tema y viene fortaleciendo un espacio de interlocución y coordinación con los diferentes actores responsables de la problemática a través de la reactivación del Comité Interinstitucional.

Las acciones a desarrollar, están enfocadas a mejorar el acceso a diagnóstico y tratamiento temprano, a mejorar la calidad de vida de los casos diagnosticados y a reducir el riesgo de muerte por esta causa.

El seguimiento al objetivo del milenio, contribuirá también a la medición del impacto del Plan de fortalecimiento de las acciones de prevención y control del CA de cérvix.

Conclusiones

La razón de mortalidad materna ha venido descendiendo desde 1998 (RMM 96.8 por 100,000 N.V.), a pesar de los altibajos que ha tenido, hasta el año 2008 que se ubicó en 36 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, lo que significa que hace falta reducir un poco más de 14 muertes maternas por 100,000 N.V. hasta el año 2015.

Es fundamental para el logro de la meta, la reducción de la mortalidad evitable, insistiendo a los actores del Sistema de Seguridad Social en salud, sobre la importancia del seguimiento a la mujer embarazada para lograr los controles prenatales, la identificación del riesgo y la atención de calidad del parto.

Se recomienda hacer un seguimiento estricto al reporte de las EPS, para tener el indicador disponible en toma oportuna de decisiones.

En materia de planificación familiar, Cali ha mantenido niveles altos de cobertura en mujeres unidas, pero requiere incrementar las acciones sobre las mujeres adolescentes, que de acuerdo con la ENDS, tuvo un incremento en el período 1995-2005. Las comunas de riesgo son las 14, 13 y 11 primordialmente.

Cali tiene una tendencia a la reducción de muertes por cáncer de cérvix, que de continuar el comportamiento actual, logrará antes del 2015 el cumplimiento de la meta: 5.5 muertes por 100,000 mujeres. El grupo de edad más afectado es el de mayores de 65 años. No hay características relacionadas con el estrato socioeconómico.

Comparativamente con Medellín y Bogotá, Cali tiene una tasa de mortalidad por cáncer de cérvix menor, pero más alta que el departamento del Valle.