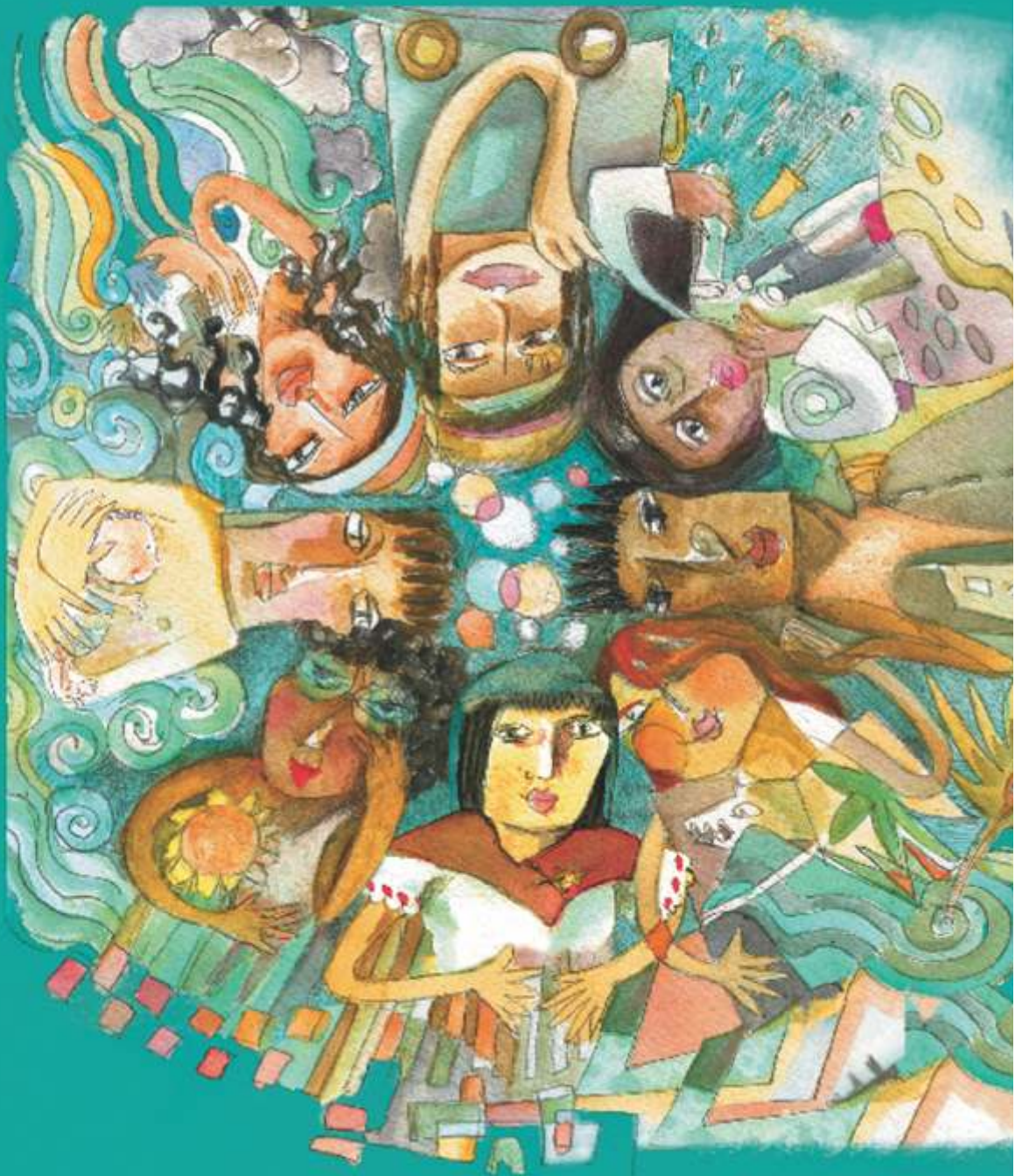


2012

Organización Panamericana de la Salud

mejores prácticas
en género, etnia y salud

Maternidad segura en el Litoral Pacífico caucano: Camino hacia un parto seguro y feliz





Maternidad segura en el Litoral Pacífico caucano: Camino hacia un parto seguro y feliz



Se publica también en inglés con el título “Safe motherhood in the Cauca Pacific coast: the road toward a safe and happy childbirth”.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. La Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos de la OPS podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2012.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Dra. Mirta Roses Periago
Directora

Dra. Socorro Gross Galeano
Subdirectora

Dra. Gina Tambini
Gerente, Área de Salud Familiar y Comunitaria

Dra. Isabel Noguera
Coordinadora, Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos

Esmeralda Luz Burbano Jaramillo
Especialista en Género y Diversidad Cultural,
Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos

Oswaldo L. Gómez Rodríguez
Especialista en Comunicación, Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos

Organización Panamericana de la Salud (Colombia)

Dra. Ana Cristina Nogueira
Representante de la OPS/OMS Colombia

Dr. Sergio Ferrero
Asesor Internacional Programa de Emergencias y Desastres

Dra. Piedad Sanchez Martínez
Coordinadora de las Oficinas de Terreno PED

Dr. Hernán Rodríguez González
Consultor OPS, Género, Salud Materno-neonatal, Calidad y Seguridad del Paciente

Dr. Jorge Ernesto Victoria
Coordinador de la Oficina de Terreno- PED Cali

Dra. María Cristina Lesmes Duque
Consultora Nacional Oficina de Terreno- PED Cali

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que hicieron parte de la experiencia **Maternidad Segura en el Litoral Pacífico caucano**: Camino hacia un parto seguro y feliz y a aquellas que le han dado continuidad a este proyecto, logrando la identificación temprana de los factores de riesgo de un número cada vez mayor de gestantes y salvando con ello la vida de las madres, los niños y las niñas de la región.

Este trabajo fue liderado por el Programa de Emergencias y Desastres de la OPS/OMS en Colombia, a través de su Oficina de Terreno en Cali, con el acompañamiento técnico del área de Salud de la Mujer, Género, Materno-Neonatal, contando también con el apoyo de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca a través de su equipo de Salud Sexual y Reproductiva. Así mismo, hicieron parte del grupo de trabajo funcionarios y funcionarias del área de salud del Consejo Regional Indígena del Cauca y su Institución Prestadora de Servicios de Salud que atiende a la población del Pacífico caucano.

A nivel local hicieron parte de esta experiencia las Secretarías de salud de Guapi, López de Micay, y Timbiquí, funcionarios y funcionarias de las Empresas Sociales del Estado de Guapi y Occidente en sus puntos de atención de Timbiquí y López de Micay.

La comunidad participó a través de la Red de mujeres de Matamba y Guasa quienes a su vez tuvieron la responsabilidad de brindar apoyo logístico a los eventos y facilitar la ubicación del grupo de parteras de los tres municipios.

Finalmente, un reconocimiento especial a las parteras, por el papel que desempeñan en proteger la vida en el Pacífico Colombiano. Son ellas, quienes en los últimos 400 años han seguido la costumbre de sembrar las placentas, acto simbólico y ritual, que garantiza la conexión entre el ser humano y la madre tierra. Ellas, han brindado los primeros cuidados a niñas y niños y han defendido activamente la convivencia pacífica y la estabilidad familiar. La única recompensa que ellas piden es el reconocimiento social que les ha sido negado, a pesar de que siempre han estado dispuestas a compartir sus conocimientos ancestrales.



FOTO 1. Actividad de concertación intersectorial e interinstitucional con participación comunitaria para inicio de la estrategia. Timbiquí Cauca

Fotografía: Comunicaciones OPS





Maternidad Segura en el Litoral Pacífico Caucaño: Camino hacia un parto seguro y feliz

	Pag.
Créditos:	iii
Agradecimientos	iv
Presentación	viii
Resumen	ix
Introducción	1
¿Por qué lo hicimos?	2
¿Qué buscamos?	4
¿Cómo lo hicimos?	5
¿Quiénes participaron?	9
¿Qué logramos?	11
¿Cómo lo sostenemos?	13
¿Qué aprendimos?	14
Siglas	16
Bibliografía	16



Presentación



En el marco de la celebración del Día Internacional de la Mujer, la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos y la Iniciativa de Maternidad Segura de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, organizaron el V Concurso de Buenas Prácticas que incorporan la perspectiva de igualdad de género en salud. Este concurso tiene como objetivo identificar las experiencias que mejor abordan las necesidades y oportunidades diferenciales de hombres y mujeres para el goce de una óptima salud. En esta ocasión se contó con la participación de 93 experiencias de 19 países de América Latina y el Caribe.

La experiencia “Maternidad segura en el Litoral Pacífico caucano: Camino hacia un parto seguro y feliz” presentada por el Programa de Emergencias y Desastres, Oficina de Terreno, Cali -Valle del Cauca, Colombia, fue seleccionada como ganadora al haber conseguido vincular a las parteras tradicionales con los servicios de salud, los hospitales y el apoyo comunitario para detectar y asistir mejor a las madres y a los lactantes de alto riesgo. Así mismo, por medio de esta experiencia se logró capacitar a las parteras y miembros de la comunidad para detectar embarazos de alto riesgo y se involucró a los líderes comunitarios en el transporte de dichas mujeres hacia los servicios de salud denominados formales.

Para la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos es un orgullo presentar esta publicación que permitirá extraer lecciones que puedan ser replicadas y adaptadas a otros contextos.

Dra. Isabel Noguera

Coordinadora, Oficina de Género,
Diversidad y Derechos Humanos

Resumen

Esta publicación presenta la experiencia denominada “Maternidad Segura en el Litoral Pacífico Caucaño: Camino hacia un Parto seguro y feliz” llevada a cabo por el Programa de Emergencias y Desastres (PED) de la OPS/OMS en Colombia, a través de su Oficina de Terreno en Cali, Valle del Cauca.

El trabajo se realizó en los municipios de Guapi, López de Micay y Timbiquí, ubicados en la costa Pacífica del departamento del Cauca. Esta experiencia fue presentada en el Encuentro de Maternidad Segura realizado en Colombia en julio de 2011, y obtuvo el primer lugar entre las experiencias comunitarias presentadas. Posteriormente, fue enviada al Concurso de Buenas Prácticas de Género, donde fue seleccionada como una de las prácticas ganadoras de la región de las Américas.

Así mismo se logró que las entidades de salud, especialmente los profesionales de la salud, reconocieran el aporte que brindan las parteras y consideran la posibilidad de trabajar en la remisión y atención de las gestantes.

Finalmente, se realizó un trabajo en el que se complementaron la medicina occidental y los saberes ancestrales, se destacaron valores intrínsecos de la cultura afrocolombiana, y se comprobó que el lenguaje, la etnia y la edad no son barreras infranqueables para adquirir conocimiento.

La región Pacífica del departamento del Cauca caracterizada por altos índices de pobreza, habitada en su mayoría por población afrocolombiana, ha presentado históricamente elevados índices de mortalidad materna y perinatal, explicados entre otras razones, por las difíciles condiciones para el acceso a la prestación de los servicios de salud, las dificultades para el desplazamiento de la población que solo puede hacerlo por vía fluvial o aérea, la pobreza extrema y la dispersión de la población en las extensas áreas rurales y boscosas de los municipios. La mayor parte de esta población enfrenta barreras infranqueables para acceder a los servicios de salud y las gestantes, en la mayoría de casos, cuentan con la partera como único recurso durante el embarazo y el parto.

Las parteras han pasado su oficio de madres a hijas y son en su mayoría mujeres mayores de 50 años y analfabetas, pero poseedoras de conocimientos ancestrales con los cuales han salvado muchas vidas y desarrollado una gran experticia empírica, a pesar de que nunca han contado con los instrumentos adecuados para la atención al parto, tal como lo establece la medicina occidental.

Como resultado de esta iniciativa de maternidad segura en el Pacífico caucano, se puede señalar la elaboración y adaptación de herramientas lúdico - educativas y el material de seguimiento a las gestantes, teniendo en cuenta su contexto cultural y educativo.



Introducción

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud -(OPS/OMS), a través del Programa de Emergencias y Desastres en Colombia y su Oficina de Terreno en Cali - Valle del Cauca, en los municipios de Guapi, Timbiquí y López de Micay, donde habitan un total de 58,668 personas, 81% (47.518) afrodescendientes, y 3% (1.663) indígenas, especialmente de la comunidad Eperara Siapidara, el 16% (9.487) de la población corresponde a colonos mestizos.

Esta región se caracteriza por la alta vulnerabilidad de su población, con necesidades insatisfechas de alimentación, vivienda, educación y salud. El Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y el Programa de Derecho Internacional Humanitario de la Vicepresidencia de la República, han estudiado los niveles de violencia y confrontación armada en esta Región Caucana y observaron un incremento significativo desde el año 2000, cuando comenzó a ser evidente la presencia de guerrillas y estructuras de autodefensa. Este incremento de los niveles de violencia y confrontación armada se explican en parte por el aumento de los cultivos de coca en esta región.

Así mismo, el censo de 2005 reveló que la tasa de mortalidad infantil en las comunidades afrodescendientes de la costa Pacífica Caucana, es aproximadamente el doble de la registrada a nivel nacional. Igualmente la mortalidad materna en esta región tiene índices elevados aunque estos no son fáciles de demostrar debido al subregistro existente, originado por el difícil acceso a las áreas rurales, el conflicto armado y la falta de un adecuado sistema de seguimiento y evaluación del sector salud.

Conscientes de esta problemática, la OPS/OMS en Colombia y su Programa de Emergencias y Desastres, iniciaron su trabajo de acercamiento a la población desde diversos frentes, incluyendo instituciones de salud, entidades públicas y organizaciones comunitarias, especialmente las de mujeres, quienes por tradición han trabajado como parteras, supliendo la falta de atención de los servicios de salud. El objetivo principal de este acercamiento fue incidir en la disminución de la morbilidad y morbilidad materna y perinatal en estas comunidades.

Se definió y ejecutó con éxito una estrategia de intervención integral, trabajando mancomunadamente en los frentes antes descritos, reconociendo y valorando el aporte tradicional de las parteras y elaborando herramientas de capacitación adaptadas culturalmente, para brindar a las mujeres gestantes una MATERNIDAD SEGURA, CAMINO HACIA UN PARTO SEGURO Y FELIZ.



¿Por qué lo hicimos?

La región del Pacífico Colombiano tiene una extensión aproximada de 78.618 km², representa el 7,17% del territorio nacional y comprende los departamentos de Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño. Esta región se extiende desde la frontera con Panamá hasta la frontera con Ecuador y desde la cresta de la cordillera occidental hasta el litoral del Pacífico, incluyendo las serranías del Baudó y Darién.

La zona que corresponde al departamento del Cauca está ubicada en una región plana en su mayor parte, cubierta de bosques y esteros, caracterizada por altos niveles de humedad y precipitaciones. El potencial económico se concentra en la explotación de los recursos forestales, marinos y mineros. La actividad agrícola está representada por cultivos de coco, palma africana, chontaduro, borjón, palma naidí, plátano, caña panelera utilizada para la elaboración de licor artesanal y papa china. Actualmente se calcula que la población en los tres municipios es de 70.408 personas, con un 95% de habitantes afrodescendientes.

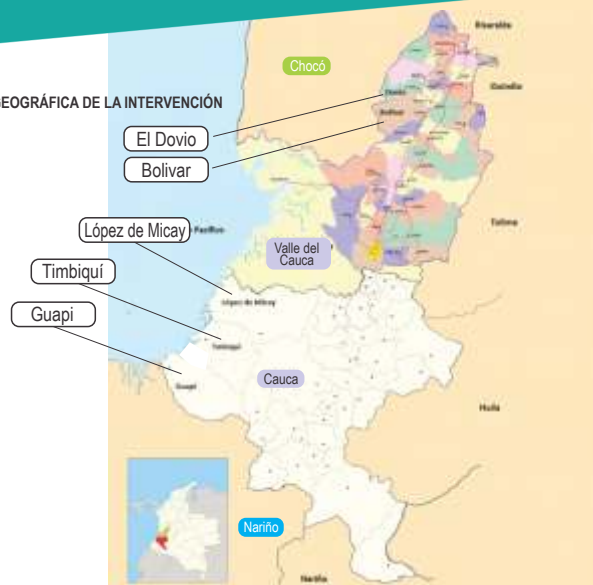
El panorama socio-cultural de estos tres municipios es complejo y heterogéneo. En ellos habitan comunidades negras, mestizas e indígenas. Los recursos destinados para la salud en esta región han sido insuficientes en razón del difícil acceso, la deficiencia de los servicios básicos, las barreras culturales, étnicas e idiomáticas, así como por el desplazamiento poblacional causado por el conflicto armado.

La población cuenta con dos Empresas Sociales del Estado (ESE), una presta sus servicios a la población de Guapi y la otra en los municipios de Timbiquí y López de Micay.

Los servicios prestados son de baja complejidad, hay un limitado desarrollo



ZONA GEOGRÁFICA DE LA INTERVENCIÓN



Dibujo mapa- Dra. Piedad Sánchez - Coordinadora de las Oficinas de Terreno - PED-

tecnológico que permite dar respuesta solamente a casos de medicina general y, solo en Guapi, de cirugía.

La atención es exclusivamente intramural desde el año 2003, momento en que los hospitales públicos se convirtieron en ESE, y se desvincularon las promotoras de salud y se cerraron todos los centros de salud de la región.

En general, la región del Pacífico caucano muestra índices de pobreza mayores en comparación con la media en otras regiones. Si bien, como promedio nacional, el 27% de la población muestra necesidades básicas insatisfechas, en el Pacífico caucano las cifras superan el 70%. De igual forma el índice de calidad de vida es de 50,1% cuando el promedio nacional es de 71%.

Según el cuadro 1 las cifras de los indicadores trazadores de población y mortalidad materna e infantil se hacen evidentes las condiciones de vulnerabilidad de la población del Pacífico caucano y sin embargo las cifras registradas por mortalidad (cero), muertes fetales y partos en casa, son inferiores a los registros del departamento y de la nación, lo que pone en evidencia un subregistro (ver Cuadro 2).

La tasa de mortalidad infantil, en los tres municipios, supera la tasa departamental y en algunos casos triplica la nacional.

Cuadro 1. Indicadores trazadores de población y salud materno infantil año 2010

Indicadores	Colombia	El Cauca	Guapi	López de Micay	Timbiquí
Población 2011	45.509.584	1.319.120	29.262	19.752	21.047
Población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	27,78%	46,22%	87,42%	73,19%	56,98%
Tasa mortalidad infantil x 1000					
Nacidos vivos	18,40	22,35	32,21	27,80	31,88
No. Defunciones fetales	33.388	365	5	0	10
No. Nacidos vivos	654.627	15.346	358	35	24
No. Parto en casa	7.731	722	17	5	0
Mortalidad materna x 100.00					
Nacidos vivos	72,7	141,1	0	1754,0	1851,9

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales y Económicas, revisadas año 2010

La desnutrición es una de las principales problemáticas de estos municipios. Según la última Encuesta Nacional de la Situación Nutricional realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, un poco más de la cuarta parte de los niños y niñas entre 5 y 12 años presenta síntomas de anemia. En los niños y las niñas más pequeños este problema es preocupante, ya que afecta su desarrollo físico y su capacidad de aprendizaje. En el año 2002, el Ministerio de Salud y Protección Social estimaba un subregistro del 13,1% de las muertes maternas por enmascaramiento de la causa de muerte y un subregistro de 9,9% de la mortalidad general.¹

De otra parte, desde 1995 el Sistema de Vigilancia en Salud Pública incluyó entre los indicadores de seguimiento del estado de salud de una comunidad, la vigilancia a la mortalidad materna, a través de la cual se captura la información de los casos, para realizar el análisis oportuno desde el nivel institucional hasta el nacional. Al comparar este sistema de información con la información de las estadísticas vitales, se observa que el subregistro ha disminuido, pues pasó de 60% antes del 2004 a 18% en el 2007.

Cuadro 2. Casos de Muertes Maternas, Litoral Pacífico Caucaño . 2000 - 2010

Zona Pacífico	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Timbiquí	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4
Guapi	1	0	1	1	0	0	0	2	3	0	1	9
López de Micay	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	4

Fuente: Secretaria Departamental de Salud del Cauca, Estadísticas Vitales 2000 - 2010

En cuanto a la mortalidad materna y perinatal, el 90% de las muertes corresponden a causas evitables, entre las que se destacan la hipertensión ligada a la gestación, hemorragia postparto y a consecuencia de aborto. Se considera que hay un subregistro importante de las muertes maternas realmente ocurridas en esta región. Estos problemas son reconocidos tanto por las autoridades municipales como por la comunidad en su conjunto.

¹“La mortalidad materna en los albores del siglo XXI” Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE – Ministerio de Protección Social- MPS



Ante la carencia de servicios de salud adecuados muchas personas se han constituido como agentes populares de salud o parteras, pero requieren del reconocimiento y cooperación de las instituciones públicas para seguir brindando acompañamiento de calidad a las gestantes y a los neonatos. Vale la pena señalar la disposición de las parteras a incorporar conocimientos de la medicina occidental a sus prácticas tradicionales.

Respecto al embarazo en adolescentes según la encuesta Nacional de Salud, del total de los embarazos registrados, un 60% fueron deseados, de estos el 15% lo deseaba en ese momento y el 46% hubiese preferido tenerlo más tarde. El 39% restante de los embarazos en adolescentes no fueron deseados.²

El número de mujeres adolescentes entre los 10 y 14 años registrados en cada uno de los municipios del Pacífico caucano donde se implementó la estrategia de Maternidad Segura: Camino a un parto seguro y feliz fue el siguiente: López de Micay 1.345, Guapi 1.880 y Timbiquí 1.479.

Ante la precaria situación de salud de la población del Pacífico colombiano, en especial de las mujeres gestantes y sus neonatos, el Programa PED de la OPS/OMS en Colombia, a través de su Oficina de Terreno con sede en Cali, Valle del Cauca, junto con las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) de los municipios de López de Micay, Timbiquí y Guapi iniciaron desde el año 2008, un proceso de acercamiento con la Red de Mujeres Matamba y Guasa y con un grupo de parteras del Pacífico para tratar de disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud, remitiendo oportunamente a las gestantes con factores de riesgo y de esta forma incidir en la reducción de la mortalidad materna en la Región Pacífica del departamento del Cauca.

¿Qué buscamos?

La experiencia buscó incidir en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en las comunidades del Pacífico caucano por medio de un proceso de capacitación, donde participaron cerca de 250 personas entre agentes de salud, gestantes, familiares y la comunidad en general. En este proceso se preparó a los grupos participantes con los elementos necesarios para la identificación temprana de factores de riesgo, factores protectores, así como signos de alarma en las gestantes y los neonatos.



FOTO 4. Partera de Santa María, Timbiquí

² Encuesta Nacional de Salud –ENDS- 2010 realizada para el Ministerio de Salud y Protección Social

Al mismo tiempo, esta experiencia se propuso revertir la falta de comunicación histórica entre parteras e instituciones de salud y generar un acercamiento práctico entre ellas. Se destacó también la importancia del cuidado colectivo a la salud de las mujeres embarazadas (que incluye a las mujeres gestantes, a las familias, a las comunidades y a las instituciones) y la relevancia de prestar dicho cuidado en línea con las tradiciones étnico-culturales de la Región.

Lograr este acercamiento fue posible gracias a la implementación de un módulo de capacitación dirigido a las parteras, los maestros y los líderes locales, enfocado en la identificación oportuna de señales de alarma en la gestante y el neonato.

En la preparación de este módulo se le dio importancia no solo al nivel educativo y a la edad de los grupos participantes, sino también a la pertenecía étnico-cultural.

En su conjunto, estos factores permitieron una rápida asimilación de la importancia y significado de la maternidad segura y responsable.

El trabajo con la comunidad, con las organizaciones sociales y las entidades estatales, permitió destacar lo crucial que es en la vida de una mujer y en la de su hijo, la atención oportuna de los servicios de salud y la facilidad económica y de transporte para acceder a ellos. Esta experiencia hizo evidente la necesidad de exigir una mayor movilización de recursos para disminuir las barreras de acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud y hacer efectivo el derecho a la salud.

Igualmente se hizo énfasis y se valoró el aporte de la partera en la comunidad, pues tradicionalmente ha sido la única alternativa de las gestantes en estas regiones tan aisladas.



FOTO 5. Mujer lactante Hospital San Francisco de Asís, Guapi

¿Cómo lo hicimos?

Esta experiencia surge como respuesta a la precaria situación de salud de la mayoría de la población en la región del Pacífico caucano, en donde las instituciones de salud presentan una baja capacidad operativa, por ejemplo, la prestación del servicio en los tres municipios intervenidos, está a cargo de 8 médicos generales, 4 enfermeras y 22 auxiliares de enfermería, este último grupo es el único personal con estabilidad laboral.

En cuanto al personal profesional en su gran mayoría se trata de los médicos y enfermeras que prestan el servicio social obligatorio (SSO), siendo muy alta la rotación, lo que no permite lograr una estabilidad laboral más allá de los seis meses, período de tiempo que dura el SSO.

Los servicios de diagnóstico los brindan laboratorios de baja complejidad y solo en Guapi se cuenta con rayos X, ecografía y con un cirujano general que realiza cirugías de baja complejidad sin anestesiólogo.



La atención está concentrada en las cabeceras municipales donde habita el 30% de la población, el 70% restante está ubicada en zonas rurales dispersas y cuentan como único medio para movilizarse con el transporte fluvial con un alto costo, dado el precio del combustible, a lo que se le suma el tiempo del traslado, lo que incide directamente en la oportunidad para la atención.

En respuesta a estas realidades, la labor de las parteras adquiere mayor importancia ya que su presencia y apoyo para el adecuado control del embarazo y la referencia oportuna, representa casi la única alternativa de salud existente en las zonas rurales.

De otro lado, la experiencia se desarrolló con base en un diálogo directo tomando en cuenta a las poblaciones involucradas, por medio de las cuales se logró identificar, entre otros, un marcado subregistro de muerte materna.

Las poblaciones involucradas identificaron como hecho frecuente la muerte de neonatos y en algunas ocasiones también de las madres, sin que estos hechos fueran informados a las autoridades competentes.

Este mismo diálogo permitió que las autoridades municipales y las comunidades pudiesen reconocer el problema de la mortalidad materna y perinatal como uno de las prioridades a intervenir.

En respuesta a estas realidades, en el año 2008 el Programa de Emergencias y Desastres de la OPS/OMS en Colombia a través de su Oficina de Terreno en Cali - Valle del Cauca, se puso a la cabeza con una estrategia para orientar y brindar apoyo a las parteras de la región.

El trabajo se basó en el abordaje integral de la salud de la mujer gestante que incluye el cuidado al interior de la familia y el apoyo de la comunidad y las instituciones de salud. Por medio de este trabajo se pudo garantizar y apoyar la labor de las parteras de forma organizada y directa.



FOTO 6. Parteras participantes de la estrategia. Timbiquí

Identificación y caracterización de las parteras

Se organizaron reuniones locales con el objetivo de identificar el número de parteras, su edad y nivel de escolaridad. En total se encontró que 137 personas ejercen la partería, de las cuales 135 son mujeres y 2 hombres. El 90% tiene más de 50 años y son en su mayoría mujeres afrocolombianas e indígenas con un nivel de educación bajo. Unas 133 habitan en las zonas rurales y solamente 4 en zonas urbanas. Entre otros, se identificó que la mayoría de participantes tenían graves problemas de visión (miopía y presbicia principalmente).

Diseño de instrumentos para seguimiento de las gestantes

El proceso de identificación y caracterización de las parteras aportó elementos clave para el diseño de instrumentos de seguimiento de las gestantes. En particular este proceso permitió adaptar para las parteras del Pacífico caucano el Formulario Perinatal para Atención Domiciliaria³ teniendo en cuenta los aspectos socioculturales de las participantes, de tal forma que resultase fácil recordar los factores protectores o de riesgo y hacer la referencia oportuna de las madres embarazadas a la institución de salud más cercana.

³ Se adaptó el Formulario Perinatal para Parto Domiciliario del Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) y la OPS/OMS. Sistema Informático Perinatal - SIP Comunitario 12/08.

Materiales educativos para proceso de capacitación

Un análisis participativo de los elementos de mayor uso y socialización al interior de las comunidades, permitió identificar el “juego del parqués” como un instrumento lúdico que al ser adaptado a la temática de la maternidad segura, se constituiría en una estrategia relevante para la capacitación de las parteras, las mujeres gestantes, familias, las y los adolescentes y la comunidad en general. El juego se complementó con una serie de tarjetas para reforzar los conocimientos sobre

los factores de riesgos, protectores y recomendaciones, todo lo cual constituye el kit de materiales educativos,⁴ que sirvieron para introducir de manera lúdica los conceptos básicos sobre el cuidado de las mujeres durante todo el proceso de gestación.

Es importante recordar que la mayoría de las parteras son analfabetas, por lo que las herramientas gráficas permitieron subsanar las deficiencias en lectoescritura.

Juego “Camino a un parto seguro y feliz”

Este juego incluye dos caminos para la atención de la gestante: el de la atención por partera y el de la atención a través de las instituciones de salud, de tal manera que las personas participantes deciden cuál tomar. Ambos caminos muestran situaciones alusivas a factores protectores o de riesgo que pueden surgir durante el embarazo. En su turno, cada jugadora lanza un dado y avanza según el número obtenido.

Si la persona cae en un recuadro relacionado con un factor de riesgo, se ubica en el hospital y toma una tarjeta roja que tiene algunas preguntas, a las cuales la persona deberá responder de forma acertada, caso contrario permanece en el hospital y cede su turno a otra.



Tablero del juego



FOTO 7. Taller de capacitación a la comunidad de Bubuey, Timbiquí

La persona que coordina el juego anima a los participantes para que respondan en caso de que quien tenía el turno falle en la respuesta; leerá los mensajes que aparecen en la tarjeta y permitirá a los participantes contar sus experiencias, aclarar ideas y reforzar los conocimientos de tal forma que se pueda recordar con relativa facilidad todo el proceso del juego.

De igual manera, si la persona que juega cae en un recuadro relacionado con los factores protectores, escogerá una tarjeta azul, en la que también encuentra preguntas relacionadas con

⁴El juego se presenta en dos versiones, uno que sirve como juego de mesa en el que participa un grupo pequeño y la otra a manera de tapete para colocar en el piso y que permite la participación de un mayor número de personas, este puede también ser utilizado en los consultorios de las instituciones prestadoras de servicios de salud o en un salón donde se realice la capacitación. El Juego tiene en sus casillas la representación de situaciones de riesgo o acciones de protección relacionadas con el embarazo, estas mismas escenas se incluyen en las tarjetas rojas y azules respectivamente que complementan el juego y permiten el reforzamiento de los conocimientos impartidos.



dicho factor y sin que tenga que ir al hospital ni ceder el turno para el siguiente lanzamiento del dado, podrá responder las preguntas y el coordinador del juego utilizará la misma dinámica que para las tarjetas rojas o de factores de riesgo.

El juego continúa así, hasta que una de las dos personas o equipos participantes, llegue primero al sitio del parto feliz.

Capacitación para atención del parto limpio

Con el apoyo de la Secretaria Departamental de Salud del Cauca se realizó una capacitación adicional a las parteras, dos talleres en Timbiquí y uno en López de Micay, para entregar y enseñar el manejo de insumos para la atención de un parto limpio.

La OPS/OMS tras definir con las parteras los elementos que requerían, las dotó con un kit para la atención de parto limpio,⁵ y ellas se comprometieron a intercambiar con las instituciones de salud la información sobre las gestantes y los neonatos que atiendan. Debe señalarse que muchas de las parteras ya conocían el manejo de los insumos, instrumental y/o equipos entregados.

En la capacitación las parteras aprendieron la

asepsia y antisepsia requerida para la atención del parto, desde lavarse las manos, cortarse las uñas, desinfectar el material, usar toallas limpias y planchadas, separar la materna de la cama colocando un plástico, usar material estéril desechable, lavado pre y post atención, para disminuir el riesgo de contaminación de la madre al mínimo. Igualmente se les enseñó a atender al recién nacido, utilizando muñecos de plástico como ejemplo práctico para que aprendieran cuidados mínimos para la limpieza del ombligo, sacar secreciones de boca y nariz, limpieza de piel sin baño, entre otras. Se prevé próximamente incluir como un componente, la estrategia del minuto de oro neonatal, con lo que se espera incidir directamente en la disminución de la mortalidad perinatal.⁶



FOTO 8. Kit para parto limpio entregado a parteras participantes de la estrategia

⁵ Contenido del kit para parto limpio. Insumos para asepsia y antisepsia: guantes estériles, gorros, tapaboca, gasas, yodopovidona espuma y solución, alcohol y recipientes para esterilizar. Instrumental y/o equipos: pinzas, tijeras y palangana para recoger los desechos y la placenta. Elementos para darles a las parteras mayor comodidad en el desarrollo de su trabajo: sábana de plástico grueso para proteger la cama donde se va a atender el parto, delantal plástico, botas plásticas, capa impermeable, linterna frontal y un maletín para cargar los insumos, equipos y demás elementos necesarios.

⁶ Helping Babies Breathe. The Golden minute. American Academy of pediatrics. ISBN:978-1-58110-608-4 20-03954 rev B

Trabajo con los hombres de las comunidades

Como parte de esta experiencia se realizó con los hombres de las comunidades un trabajo de acciones positivas⁷ en favor de las mujeres gestantes. Hombres de todas las edades conocieron los problemas de salud de la mujer gestante y el neonato y comprendieron que éstos son una responsabilidad compartida.

Se logró transmitir a los hombres conocimientos prácticos sobre situaciones de peligro o riesgo durante el proceso de gestación y sobre su compromiso en ayudar a las mujeres embarazadas en las tareas domésticas más pesadas. La experiencia promovió una integración directa de los hombres en la maternidad segura.

Colaboración con las Instituciones de Salud

El diálogo, propiciado por la OPS/OMS, entre parteras e instituciones de salud abrió un espacio de diálogo en el que el personal médico reconoció y valoró el trabajo de las parteras como agentes populares de salud.

Ellas se expresaron de manera directa con los médicos, intercambiaron opiniones y llegaron a acuerdos para el manejo conjunto de la mujer embarazada, solicitaron poder entrar a la sala de partos y acompañar a las gestantes, después de haberlas remitido, previa identificación del riesgo. Este fue el trabajo más difícil en todo el proceso, pues los profesionales de la salud inicialmente no aceptaban el conocimiento y aporte de las parteras.

Se logró con mucho esfuerzo este reconocimiento y acompañamiento a la sala de partos, compromiso que ha perdurado a pesar de la rotación del personal médico cada seis meses.




FOTO 9. Madre lactante de Cuerval, Timbiquí

En el marco de esta experiencia sobre maternidad segura, se lograron acuerdos mediante diálogos de saberes, basados en la reflexión inicial de lo que tenía cada persona o entidad para ofrecer. Con las autoridades locales y departamentales se acordó dar continuidad a la estrategia de maternidad segura, incluyendo la creación de espacios para la coordinación y el seguimiento al trabajo con las parteras desde las instituciones de salud. Se logró el compromiso de continuar la capacitación e intercambio de información sobre gestantes y la entrega de los insumos consumibles que hacen parte del kit, de tal manera que se garantice la atención del parto limpio aplicando las técnicas de asepsia y antisepsia.

¿Quiénes participaron?

En todo el proceso participaron médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, parteras, educadores, escolares, adolescentes, hombres y mujeres de la comunidad, funcionarios de las secretarías de salud municipales, de la Institución

⁷ Acción positiva hace referencia al trato preferencial que se le da a un determinado grupo poblacional para el acceso a determinados bienes o acciones que mejoren su calidad de vida.



Prestadora de Servicios de Salud (IPS) indígena y del Consejo Regional Indígena del Cauca. Asimismo, de parte de todas las personas y entidades municipales y departamentales hubo apertura y disposición para participar en las actividades previstas, de tal manera que fuera posible entre todos, incidir en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el Pacífico caucano.

El Programa de Emergencias y Desastres (PED) de la OPS/OMS en Colombia con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Unión Europea (ECHO), promovieron la asistencia técnico-científica y el desarrollo de la estrategia. El equipo PED de la Oficina de Terreno en Cali - Valle del Cauca con el apoyo de la coordinación técnica de las oficinas de terreno del Programa de Emergencias y Desastres de la representación de la OPS/OMS en Colombia, lideró y diseño herramientas iniciales sobre las cuales se construyeron las herramientas gráficas definitivas, que permitieron subsanar las deficiencias en lectoescritura de las parteras. USAID y ECHO cofinanciaron eventos y el diseño e impresión del material educativo, así como la dotación del kit para el parto limpio.

Las autoridades Departamentales y Municipales de Salud y Educación acompañaron y cofinanciaron la experiencia,

incluyeron el tema en el Plan de Salud Pública y asignaron recursos al Área de Maternidad Segura, para continuar la capacitación a parteras. Con el apoyo de la OPS/OMS, el MSPS, el Instituto Nacional de Salud y la Universidad de Antioquia, el departamento del Cauca y la Facultad de Salud de la Universidad del Cauca, implementaron la estrategia de Código Rojo,⁸ dirigida a capacitar al personal de salud en atención oportuna y eficiente de las hemorragias obstétricas, para lo cual la OPS/OMS les entregó en calidad de donación un Kit de maniqués para facilitar las practicas.

Los hospitales de la región del Pacífico caucano asignaron un grupo de funcionarios para trabajar con las parteras y apoyar el proceso para su identificación y caracterización. De tal manera que fue posible el lograr involucrar un mayor número de parteras en el desarrollo de la experiencia, al empezar a recibir la información de partos atendidos por ellas y entregarles insumos para asegurar el parto limpio.


Asimismo les permitieron asistir a la sala de partos para acompañar a las gestantes remitidas por ellas para hacer completo seguimiento de los casos.

La Red de Mujeres de Matamba y Guasa contribuyó con la difusión de la información, a la referencia y difusión de la estrategia con las mujeres que hacen parte de la red y sus hogares.



FOTO 10. Taller de capacitación a parteras en Camarones, Timbiquí

⁸ Estrategia mediante la cual en un esfuerzo conjunto entre la OPS, el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud y la Universidad de Antioquia, se fortalecen competencias mediante capacitaciones teórico prácticas (simulaciones con maniqués) a médicos, enfermeras, gineco-obstetras, pediatras y estudiantes de últimos años de las facultades de salud, para asegurar la adherencia a protocolos basados en evidencias para la prevención y el tratamiento de la hemorragia obstétrica, con lo cual se incide en la disminución de la muerte materna y perinatal.



Este mismo grupo también llevo a cabo un diálogo con los demás actores involucrados. Apoyaron logísticamente las convocatorias a las reuniones.

En el marco de esta experiencia se conformaron tres grupos de parteras, uno por cada municipio. 14 parteras en López de Micay, 75 en Guapi y 47 en Timbiquí para un total de 137 parteras, de las cuales 135 son mujeres y 2 son hombres.

Líderes comunitarios (hombres y mujeres) participaron en las sesiones de capacitación y se comprometieron a transmitir el conocimiento adquirido y llevar a cabo acciones en el hogar y en la comunidad para beneficio de las mujeres gestantes. Un ejemplo de ello, es la iniciativa de los líderes de los consejos comunitarios de López de Micay, al poner lanchas y motores a la disposición de las gestantes y facilitar su movilización.

¿Qué logramos?

El principal logro es el reconocimiento por parte de todos los sectores involucrados, de la morbilidad y mortalidad materna como un problema de salud pública, que afecta la calidad de vida de la población que habita en los tres municipios del Pacífico caucano. Problema que requiere de la voluntad política de las autoridades decisoras para implementar acciones de promoción, prevención y respuestas asertivas que permitan la disminución de las muertes de las gestantes y los neonatos.

Por medio de esta experiencia se logró identificar las causas más comunes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, se logró el compromiso de las autoridades municipales de incluir esta problemática como prioritaria en los planes de salud tanto municipales como territoriales. Se obtuvo también la asignación de recursos que garantizan la continuidad del proceso con las parteras, a través de capacitación continua, acompañamiento, intervención trimestral para seguimiento y dotación de elementos para la práctica del parto limpio y de esta manera disminuir la mortalidad materna.

La activa participación de las autoridades de salud en esta experiencia fue relevante para compenetrarse, entender y estar en capacidad de promover el rol de las parteras como agentes populares de salud. Este reconocimiento parte de la realidad de que ellas han sido y son el único recurso disponible, para mejorar la atención en salud de las mujeres gestantes en comunidades aisladas como las del Pacífico caucano.

Sin embargo, hay que reconocer que se trata de un proceso gradual pues todavía se observan dificultades para un trabajo coordinado. Los profesionales de salud logran aceptar la presencia institucional de las parteras, pero les cuesta más trabajo aceptar que hay conocimientos ancestrales que podrían mejorar el abordaje en su ejercicio profesional, especialmente en lo relacionado con los partos.

Esta experiencia de maternidad segura contribuyó al desarrollo de las capacidades de las parteras indígenas y afrocolombianas, teniendo en cuenta sus niveles de conocimiento. El trabajo se centró en que las parteras reconocieran factores de riesgo y signos de alarma de tal forma que se lograra la remisión oportuna de las gestantes hacia centros de atención institucionalizada. La metodología empleada fue a través de la lúdica y tuvo que ver con el desarrollo de insumos gráficos que les permitieron reconocer fácilmente signos y síntomas de factores de riesgo y la identificación de factores protectores.



Para el trabajo de las parteras con las gestantes se elaboraron herramientas educativas adaptadas culturalmente y de fácil acceso de tal forma que les permitiera replicar sus conocimientos con las mujeres embarazadas y sus familias. Igualmente el material de seguimiento a las gestantes se hizo acorde con sus capacidades de lectoescritura.

El haber involucrado a las parteras en esta experiencia permitió que ellas desarrollaran confianza en los servicios de salud, lo cual fue clave para que ellas pudiesen llegar a un compromiso de atención integral y coordinada para las mujeres gestantes con las instituciones de salud. La mejora en la calidad de atención se ha visto reflejada en las remisiones oportunas a los servicios de salud, exámenes de laboratorio, vacunación e ingesta adecuada de vitaminas de las mujeres gestantes.

Algunos testimonios refuerzan los resultados antes enunciados:



Fotografía Dra. María Cristina Isismes

FOTO 11. Mujer de la comunidad, Guapi

Disminuyó el número de remisiones urgentes, *“gastamos menos dineros en la contratación de vuelos chárter”* (Gerente de la ESE Occidente)

Las comunidades aprendieron a distinguir las maternas en riesgo, y aunque se incrementó el número de remisiones, éstas han sido oportunas y pertinentes.

“se ha incrementado el número de mujeres gestantes detectadas. “Atendemos más mujeres en embarazo después del trabajo realizado”, manifestó una enfermera de Timbiquí.

“Las parteras llegan al hospital y nos informan de maternas atendidas”, dice una enfermera de Guapi.



Fotografía Dra. María Cristina Isismes

FOTO 12. Taller con comunidades de Bellavista, Limones y San Francisco, Guapi

Por último cabe destacar el logro obtenido con los profesionales de la salud, quienes aceptaron que las parteras hicieran presencia en el hospital y acompañaran en el proceso de hospitalización a las gestantes que ellas le habían hecho el seguimiento en casa.

Los médicos reconocen el trabajo de las parteras, aceptan la remisión de pacientes por parte de las parteras, aunque todavía no sucede a la inversa, es decir, en que un médico remita a la mujer gestante con una partera.

Se ha logrado un avance, pero este es un camino largo que requiere continuidad para que se dé la plena aceptación, teniendo en cuenta además la permanente rotación del personal médico en los hospitales de la Región Pacífica.



FOTO 13. Partera comunidad indígena Embera- Chamí, Cañón de Garrapatos, Valle del cauca



FOTO 14. Calle de Guapi

¿Cómo lo sostenemos?

La inclusión de la temática de morbilidad y mortalidad materna en los planes de salud pública de la Secretaría Departamental de Salud y de los municipios de Guapi, Timbiquí y López de Micay garantiza la sostenibilidad de esta experiencia.

A modo de ejemplo, gracias a los recursos financieros de las Secretarías Municipales de Salud las parteras del Pacífico caucano, podrán seguir beneficiándose de capacitación sobre identificación de factores de riesgo, protectores, signos de alarma, parto limpio, cuidados de recién nacido y seguimiento a la gestante, entre otros.

La credibilidad en el Sistema de Salud (hospitales, ESE, Secretarías de Salud, etc.) por parte de las parteras ha permitido que se despierte una nueva confianza al ser reconocidas y les ha permitido contar con un interlocutor específico, que es la enfermera, quien las reúne, las orienta, les da información y garantiza la relación con el personal médico que se incorpora a las instituciones frecuentemente, dada la alta rotación del recurso humano.

A pesar de los altibajos que se presentan como resultado de los cambios propios de la terminación de períodos administrativos de los gerentes de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, las aseguradoras y las entidades territoriales de salud y de la frecuente rotación del equipo de profesionales de la salud, el grupo de parteras mantiene su relación con la institucionalidad gracias al trabajo del personal auxiliar de enfermería, el cual mantiene relativa estabilidad laboral y gracias a su propio interés por continuar apoyando el proceso en estos territorios marginados del Pacífico caucano.



Por otro lado la OPS/OMS sigue estimulando el trabajo con las parteras, dando continuidad al proceso. Así mismo la OPS/OMS ha facilitado la replica de la experiencia y la reproducción de los materiales e instrumentos de trabajo, continúa realizando abogacía ante las autoridades territoriales con miras a lograr la inclusión de la temática de maternidad segura y difusión de la estrategia, acompaña a las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, brindando apoyo técnico al personal encargado del tema, igualmente asistencia técnica a hospitales y su recurso humano cuando así se le requiere.



FOTO 15. Río Micay

La experiencia ha sido replicada con éxito en el municipio de El Charco, una comunidad afrocolombiana ubicada en el departamento de Nariño, sur del país, así como en el Cañón de Garrapatas, municipios de El Dovio y Bolívar, en el departamento del Valle del Cauca, con comunidad indígena Embera Chamí.

En estos contextos se logró abrir espacios de interlocución entre la medicina occidental y los agentes populares que resultaron en: 1) un incremento de las capacidades para identificar factores protectores y de riesgo. 2) acuerdos con las parteras para el seguimiento intercultural de las gestantes. 3) incremento del parto institucional. 4) mejora del flujo de información sobre las gestantes y los neonatos entre parteras y los hospitales.

¿Qué aprendimos?

Son diversos y valiosos los aprendizajes de esta experiencia en el Pacífico caucano, región que carece de las más elementales condiciones de salubridad y sin embargo gracias a unas pocas mujeres que por tradición han ejercido la partería, logran que muchas madres y recién nacidos sobrevivan, ya que al darles algunas herramientas básicas de asepsia y otros cuidados permitió disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal en esta región.

El analfabetismo, las diferencias étnicas, idiomáticas y etáreas, no son barrera infranqueable para acercar la medicina occidental a la medicina ancestral.


La adecuación étnico-cultural de las tecnologías, permite incidir y desarrollar conocimiento.

El respeto a la diferencia, la búsqueda de herramientas que permitan vencer barreras,

hace posible una nueva forma de comunicación y permite acercamientos logrando la inclusión, generando un nuevo conocimiento que recoge los saberes de las parteras. La mayor dificultad del trabajo estuvo en la resistencia de los jóvenes profesionales de la salud en reconocer los saberes ancestrales, posiblemente porque en las universidades se desvalorizan estos conocimientos.

Es necesario incluir en el trabajo a los hombres de la comunidad. El dominio de estos sobre las mujeres puede ser considerado una barrera para el acceso de ellas a los servicios de salud, pero su adecuada sensibilización y compromiso con el proceso permitió franquear esta barrera.

La cultura patriarcal es una constante en el Pacífico y las comunidades indígenas; los hombres manejan el poder, el dinero, los medios de transporte, sin embargo al compartir con ellos conocimientos, al



mostrarles las dificultades que tienen las mujeres durante su embarazo, especialmente para acarrear el agua o la leña para cocinar; visibilizar cómo afecta a la familia una gestación o un nacimiento problemático, así como la importancia de su papel en el cuidado de la gestante y el neonato, esto permite lograr que ellos tomen conciencia y faciliten el transporte cuando la mujer lo requiera y vean como una prioridad los problemas de salud de las gestantes.

Las parteras aceptan sus limitaciones y reconocen los aportes de la medicina occidental. Definitivamente no hay ciencia excluyente ni completa, la calidad y calidez típica del manejo ancestral de la salud, la identificación de factores de riesgo y signos de alarma, permite nexos con la medicina occidental. Ellas son conscientes de la aparición de nuevas enfermedades y el desarrollo de la ciencia que sobrepasa sus conocimientos ancestrales, por eso reconocen la importancia del diálogo de saberes y la complementariedad.

Al mismo tiempo requieren que las instituciones de salud y en especial que los profesionales de la medicina y de enfermería, valoren su saber y el aporte que ellas hacen a la vida de la población del Pacífico caucano. Una gran enseñanza adquirida es que el trabajo basado en el respeto permite llegar a acuerdos para la adecuada atención intercultural de las gestantes y los neonatos.

Falta aún mucho por trabajar para lograr un mejor flujo de información en el que se involucre no solo a la institucionalidad, sino también a la comunidad con las parteras reconocidas como agentes populares de salud, quienes además deben actuar como vigilantes epidemiológicos y primeros respondientes.

El acercamiento a la realidad que diariamente viven las gestantes de la zona rural del Pacífico caucano, conocida a través del diálogo entablado con las parteras, pone en evidencia que es muy alta la morbilidad y mortalidad de las gestantes y los neonatos, casos que no son reportados a la institucionalidad de salud, debido al aislamiento y dispersión en que viven. Favorecer este acercamiento permitirá conocer la verdadera dimensión de los problemas y en el mediano plazo disponer de indicadores reales que evidencien avances del trabajo iniciado por la OPS/OMS.

Es claro que los materiales gráficos deben adaptarse a la cultura y fisonomía de la comunidad a intervenir, de tal forma que las personas se sientan reflejadas y respetadas en los instrumentos de trabajo. Por lo tanto, la participación comunitaria en la adaptación, es fundamental para asegurar la aceptación - trabajo que la OPS/OMS ya está realizando a través del Programa de Emergencias en Colombia con los pueblos indígenas.

En el acercamiento con las comunidades indígenas se evidenció que también pueden acceder a los conocimientos de la medicina occidental con la utilización de herramientas pedagógicas culturalmente adaptadas y aceptadas. La experiencia con la comunidad indígena Embera Chamí fue enriquecedora, demostrando nuevamente que es necesario involucrar a los hombres y jefes de grupo para sensibilizarlos y comprometerlos con la salud de las gestantes, y obtener de ellos la autorización para trabajar con las mujeres en la temática de salud sexual y reproductiva con libertad, sin su presencia y haciendo uso de mujeres intérpretes para eliminar la barrera idiomática.



SIGLAS

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

ECHO: Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección Civil - Unión Europea.

ESE: Empresa Social del Estado.

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PED: Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la Organización Panamericana de la Salud.

SSO: Servicio Social Obligatorio

BIBLIOGRAFÍA

Corporación Autónoma Regional de Cauca – CRC- PGAR_2002_2012 - Por un Cauca ambientalmente viable. Popayán.; 2002. Disponible en www.crc.gov.co/files/GestionInstitucional/PGAR_2002_2012.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE-. Ministerio de Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas. La mortalidad materna en los albores del siglo XXI. Bogotá.; 2002. Disponible en www.dane.gov.co/files/investigaciones/.../4Fecundidad85_05.pdf.

Gobernación del Cauca -Plan Departamental de Desarrollo 2008-2011 “Arriba El Cauca”-. Popayán.; Abril de 2008. Disponible en www.unicauca.edu.co/.../plan-desarrollo-cauca-2008-2011.pdf.

Helping Babies Breathe. The Golden minute. American Academy of pediatrics. ISBN:978-1-58110-608-4 20-03954 rev B. Disponible en <http://www.helpingbabiesbreathe.org/>

Instituto Nacional de Salud – Subdirección de Vigilancia y Control en Salud. Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad Materna. PRO-R02.003.0000-023. Bogotá. D. C. Agosto 8 de 2011. Disponible en www.vigepi.com.co/sivigila/pdf/protocolos/550p%20mor%20mat.pdf

Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario y Acción Social. Diagnóstico de la situación de los municipios habitados por las comunidades afrocolombianas priorizadas por la Honorable Corte Constitucional en el departamento de Cauca. Bogotá. D. C. 2010 Disponible en: <http://www.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/documents/2010/DiagnosticoAfro/Cauca.pdf>

Universidad Tecnológica del Chocó. Plan de desarrollo 2002 – 2012 - Lideres en el conocimiento de la biodiversidad ecosistémica y cultural. Revista virtual de la Coordinación Regional del Pacífico Colombiano, n. 3. Quibdó, febrero de 2002. Disponible en www.utch.edu.co/porta1/docs/plan_de.../plan_de_desarrollo.pdf

Urdinola, Piedad. Determinantes Socioeconómicos de la Mortalidad Infantil en Colombia, 1993. Revista Colombiana de Estadística. Junio 2011, volumen 34, no. 1, pp. 39 a 72. Bogotá. Disponible en redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=89921357003.

Vélez-Álvarez, Gladis Adriana, Agudelo-Jaramillo, Bernardo, et al, . Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, v.60 n.1 Bogotá, ene/mar.2009. pp 34 a 48. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214329006.pdf>



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina regional de la
Organización Mundial de la Salud

110 
110.º ANIVERSARIO