

INDÍGENAS GESTANTES EN LA RIBERA DEL AMAZONAS, COLOMBIA, 2009: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

Yenica Acosta Infante*
Omar Segura**

Resumen

Objetivo: identificar percepciones y posibles factores de riesgo respecto al embarazo como parte de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de las mujeres indígenas gestantes habitantes de la ribera del río Amazonas, para planear, proyectar y evaluar el impacto de futuros programas de promoción y prevención de su SSR.

Métodos: estudio transversal, mediante Búsqueda-Activa-Comunitaria (BAC) de todas las gestantes de las diecinueve comunidades indígenas de la zona, aplicación de encuesta de conocimientos-actitudes-prácticas (CAP) previo consentimiento informado y evaluación del riesgo de cada materna. Sistematización y análisis con Epi-Info 3.5.1, utilizando medidas de frecuencia y tendencia central.

Resultados: 73 gestantes ubicadas con BAC, de la etnia Ticuna (56,2%), Cocama (19,2%), Yagua (8,2%), Huitoto (2,7%), Ocama (1,4%) y mestizas (12,3%); distribuidas por grupo etario: 16-18=(20,5%), 19-26=(41,1%), 27-34=(26,0%) y 35-48=(12,3%). Control prenatal: insuficiente (64,4%), sin control (21,0%). Partos: en los últimos dos años (74,0%); más de cuatro (28,8%); planificación post-parto: con inyección (38,1%), ligadura (23,8%).

Conclusiones: se evidenció un alto porcentaje de gestantes en riesgo de acuerdo a su edad y con control prenatal incompleto. Se recomendó fortalecer y reforzar la estrategia de información-comunicación-educación y elaborar materiales didácticos con un lenguaje simple-sencillo-gráfico para capacitar a las gestantes.

Palabras clave: Salud Sexual y Reproductiva; Salud Indígena; Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud, Embarazo.

* Secretaría Municipal de Salud y Protección Social de Leticia, Amazonas, Colombia. Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo: Servicio de Epidemiología Aplicada, Instituto Nacional de Salud, Profesional en entrenamiento, Cohorte 2009-2011, Colombia. yenicacosta@hotmail.com ; yacosta@smc-as.com

** Tutor, Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo: Servicio de Epidemiología Aplicada, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Asesor Científico, Unidad de Investigaciones, SMC-AS Ltda. omar_segura@hotmail.com; osegura@smc-as.com

EXPECTANT INDIGENOUS MOTHERS IN THE SHORES OF THE AMAZON, COLOMBIA, 2009: KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICES

Abstract

Objective: identify perceptions and possible risk factors in regards to pregnancy as part of the sexual and reproductive health (SSR) of expectant Indigenous mothers who live in the shores of the Amazon River, in order to plan, project and evaluate the impact of future programs for the promotion and prevention of their SSR.

Methods: study, through *Busqueda-Activa-Comunitaria (BAC)* Active Community Search of all the expectant mothers in the nineteen Indigenous communities of the area, application of survey of knowledge, attitude and practices (CAP) with the previous informed consent and risk evaluation of each expectant mother. Systematization and analysis with *Epi-Info 3.5.1*, using measures of frequency and central tendencies.

Results: 73 expectant mothers located in the BAC, of the Ticuna ethnic group (56.2%), Cocama (19.2%), Yagua (8.2%), Huitoto (2.7%), Ocama (1.4%), and mixed ancestry (12.3%); distributed by age groups 16 – 18 (20.5%), 19 – 26 (41.1%), 27 – 34 (26.0%), and 35 – 48 (12.3%). Prenatal control: inadequate (64.4%), without control (21.0%). Births: in the last two years (74%); more than four (28.8%); post partum birth control with shots (38.1%), tubal ligation (23.8%)

Conclusion: evidence of a high percentage of expectant mothers under risk, according to their age and incomplete prenatal control was clear. The strengthening and reinforcement of the strategies of information – communication – education and the creation of didactic materials with a plain-simple-graphic language in order to educate the expectant mothers, was recommended.

Keywords: Sexual and Reproductive Health; Indigenous Health; Knowledge; Attitude and Health Practices; Pregnancy.

INDÍGENAS GESTANTES NA RIBEIRA DO AMAZONAS, COLÔMBIA, 2009: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS

Resumo

Objetivo: identificar percepções e possíveis fatores de risco sobre a gravidez como parte da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) das mulheres indígenas gestantes, habitantes da ribeira do rio Amazonas, para planejar, projetar e avaliar o impacto de futuros programas de promoção e prevenção de sua SSR.

Métodos: estudo transversal mediante Busca-Ativa-Comunitária (BAC) de todas as gestantes das dezenove comunidades indígenas da zona, aplicação de pesquisa de conhecimentos-atitudes-práticas (CAP) prévio consentimento informado e avaliação do risco de cada futura mãe. Sistematização e análise com Epi-Info 3.5.1, utilizando medidas de frequência e tendência central.

Resultados: 73 gestantes localizadas com BAC, da etnia Ticuna (56,2%), Coca-ma (19,2%), Yagua (8,2%), Huitoto (2,7%), Ocama (1,4%) e mestiças (12,3%); distribuídas por grupo etário: 16-18=(20,5%), 19-26=(41,1%), 27-34=(26,0%) e 35-48=(12,3%). Controle pré-natal: insuficiente (64,4%), sem controle (21,0%). Partos: nos últimos dois anos (74,0%); mais de quatro (28,8%); planificação pós-parto: com injeção (38,1%), ligadura (23,8%).

Conclusões: evidenciou-se alto percentual de gestantes com risco, de acordo com a idade e o controle pré-natal incompleto. Recomendou-se fortalecer e reforçar a estratégia de informação-comunicação-educação e elaborar materiais didáticos com linguagens simplificada-simples-gráfica para capacitar as gestantes.

Palavras chave: Saúde Sexual e Reprodutiva; Saúde Indígena; Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Gravidez.

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió la salud sexual como un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. Para conseguir y mantener la salud sexual, es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (1).

En respuesta a las demandas y reivindicaciones en salud que realizan los pueblos indígenas respecto a la accesibilidad, la equidad, la oportunidad y la integralidad de las prestaciones con pertinencia cultural, América Latina registra avances significativos en los últimos años en las legislaciones nacionales referidas a la salud de estos pueblos. Sin embargo, la legislación aún es insuficiente para el real ejercicio de sus derechos en salud y se observa una amplia gama de situaciones que van desde el reconocimiento del derecho a la salud como bien individual, mencionando a las poblaciones indígenas como grupos prioritarios, hasta una legislación que reconoce y promueve los derechos colectivos —medicinas tradicionales, participación y autonomía— (2).

Colombia logra progresos importantes en su afán por alcanzar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva (SSR), como promover una educación en sexualidad integral y avanzar en la igualdad y equidad de género (3); en este contexto el Ministerio de la Protección Social estableció, por ejemplo, la norma técnica para la detección temprana de las

alteraciones del embarazo (4); el Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna (5); la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (6) y el Plan Nacional de Salud Pública (7), con el objeto de fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal, así como desarrollar estrategias para la identificación de poblaciones vulnerables y de inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva.

Con estos antecedentes, se hace indispensable conocer los comportamientos de riesgo —entendidos como la proximidad a un daño a la salud, su probabilidad de ocurrencia y que su alcance pueda conducir hasta la enfermedad o la muerte (8)— en la población de cada área de influencia y frente a esta prioridad nacional, con el fin de implementar medidas de impacto que permitan el mejoramiento de los indicadores de la política nacional y promover el ejercicio responsable de la sexualidad y los Derechos y Deberes en Salud Sexual y Reproductiva DSR (9).

La Secretaría Municipal de Salud y Protección Social de Leticia, requirió datos confiables y actualizados para la promoción de acciones enfocadas en los DSR y en el cuidado de la salud a partir de un enfoque de género —el último estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en SSR en la zona urbana del municipio data de 2002 (10)— para planear, proyectar y evaluar el impacto de futuros programas de prevención y promoción de la SSR en el municipio de Leticia. Este cuenta con una población indígena identificada de 10.200 indígenas; reportó 32 muertes perinatales; tasa de fecundidad de 5 hijos

por mil mujeres en edad fértil, inicio de la actividad sexual en mujeres a los 12,25 años de edad en promedio en 2007 (11). Por consiguiente, se coordinó la planeación y ejecución de este estudio para identificar las percepciones respecto a los factores de riesgo del embarazo como parte de la SSR de las mujeres indígenas gestantes, habitantes de la ribera del río Amazonas.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio con abordaje descriptivo transversal (12-14).

Descripción de la zona

El municipio de Leticia es la capital del departamento del Amazonas, localizado en el suroriente colombiano Latitud Sur 4° 12' 55" y Longitud Oeste de 69° 56' 26", cuenta con una población de 38.955 habitantes, de los cuales, el 62,8% en el perímetro urbano, donde se encuentra población indígena; y, el 37,2% distribuido en 26 comunidades del sector rural, en las cuales encontramos doce grupos étnicos – Andoque, Bora, Cocama, Inga, Macuna, Miraña, Ocaina, Ticuna, Huitoto, Yagua, Yucuna y Negro- que hacen parte de 16 resguardos indígenas, se encuentran bien organizados, gozan de autonomía cultural, política, administrativa y presupuestal para la gestión de sus intereses y desarrollan sus propios planes de vida que dan cuenta de su cosmovisión (11).

Búsqueda activa de gestantes

Se realizó búsqueda activa comunitaria (BAC) de todas las gestantes de las diecinueve comunidades indígenas habitantes de la zona rural del municipio de Leticia en la ribera del río Amazonas y sus afluentes, con el apoyo del promotor de salud –parlante de la lengua indígena-,

quien representa la salud en cada comunidad.

Técnicas de recolección

Se aplicó el instrumento de recolección previamente diseñado con las variables a estudiar: a) socio demográficas: edad, grupo étnico, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (15), nivel de escolaridad y estado civil; y, b) factores de riesgo del embarazo: controles prenatales, número de hijos, embarazos y partos en los últimos dos años, embarazos deseados, complicaciones del embarazo, preferencias de atención del parto, y conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. A cada una de las 73 gestantes identificadas mediante la BAC, se les explicó el objetivo de la encuesta y se solicitó su consentimiento para su aplicación.

Procesamiento y análisis

La sistematización y análisis de los datos recolectados se efectuó con el programa estadístico Epi Info® 3.5.1. Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables contenidas en el instrumento de recolección de la información mediante el uso de medidas de frecuencia y tendencia central.

Consideraciones éticas

Se solicitó consentimiento a las participantes, con información clara, fácilmente comprensible sobre los objetivos de la investigación, así como la voluntariedad de participar en esta. El consentimiento se estableció mediante la firma de la encuesta; este estudio fue de riesgo mínimo de acuerdo con lo establecido en el artículo 11, numeral b de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (16).

Resultados

La distribución de las 73 gestantes ubicadas mediante la BAC, reflejó que el mayor número habitaban las comunidades Arara y Nazareth 12,3% respectivamente, seguido por Zaragoza 11,0%; pertenecientes a la etnia Ticuna 56,2%, Cocama 19,2%, Yagua 8,2%, Huitoto 2,7%, Ocama 1,4%, y mestizas 12,3%. De acuerdo con la tasa de crecimiento de la población y el número de gestantes por comunidad, se evidenció que la comunidad Arara presentó el índice más alto 1,9%, mientras que la comunidad Yaguas 0,3%, Santa Sofia 0,6%, Macedonia y La Libertad 0,7%, presentaron los índices más bajos (cuadro 1)

La distribución por grupo etario de las mujeres en edad fértil fue: 41,1% de 19-26; 26,0% de 27-34; 20,5% de 16-18 y 12,3% de 35-28. De acuerdo con la edad como factor de riesgo, 32,9% se encontraban en alto riesgo, de ellas 20,5% en el rango de 16-18 años y 12,3% en el de 35-48; el mayor número de población en riesgo 4,1% se ubicaron en Zaragoza y Ronda para las mujeres menores de 18 años, y en San Martín de Amacayacu para las mujeres mayores de 35 años (cuadro 2).

De acuerdo con la afiliación al SGSSS, 84,9% al régimen subsidiado, de ellas, 4,1% régimen especial, (1,4%) régimen contributivo y (9,6%) sin afiliación (cuadro 3).

Cuadro 1. Distribución de las gestantes por comunidad y grupo étnico en las comunidades de la ribera del río Amazonas, 2009

Comunidad	Ticuna	Cocama	Yagua	Huitoto	Ocaina	Mestizos	Total	Proporción Población	Índice
Arara	8	0	1	0	0	0	9	12,3%	1,0
Nazareth	9	0	0	0	0	0	9	12,3%	1,2
Zaragoza	4	1	1	0	0	2	8	11,0%	1,4
Mocagua	1	3	0	1	0	1	6	8,2%	1,2
Ronda	0	6	0	0	0	0	6	8,2%	1,5
Macedonia	4	1	0	0	0	0	5	6,8%	0,7
San Martín de Amacayacu	4	0	0	0	1	0	5	6,8%	1,1
Loma Linda	0	1	0	0	0	2	3	4,1%	1,5
Palmeras	3	0	0	0	0	0	3	4,1%	1,5
Santa Sofia	1	1	0	1	0	0	3	4,1%	0,6
Calderón Bajo	0	0	0	0	0	2	2	2,7%	1,9
El Vergel	1	0	1	0	0	0	2	2,7%	0,8
La Libertad	0	0	2	0	0	0	2	2,7%	0,7
Nuevo Jardín	2	0	0	0	0	0	2	2,7%	1,0
Progreso	1	0	0	0	0	1	2	2,7%	0,8
Puerto Triunfo	2	0	0	0	0	0	2	2,7%	1,1
San José	0	1	0	0	0	1	2	2,7%	1,1
Reubicación La Playa	1	0	0	0	0	0	1	1,4%	1,0
Yaguas	0	0	1	0	0	0	1	1,4%	0,3
Total	41	14	6	2	1	9	73	100,0%	7.085

* Este índice corresponde al número de gestantes sobre el total de la población por 100 como un estimativo de la tasa de crecimiento de la población

Cuadro 2. Distribución de las gestantes por grupo etario en las comunidades del río Amazonas, 2009

Comunidad	16-18	%	19-26	%	27-34	%	35-48	%	Total	%
Arara	1	6,7	5	16,7	2	10,5	1	11,1	9	12,3
Nazareth	1	6,7	5	16,7	2	10,5	1	11,1	9	12,3
Zaragoza	3	20,0	2	6,7	3	15,8	0	0,0	8	11,0
Mocagua	1	6,7	2	6,7	3	15,8	0	0,0	6	8,2
Ronda	3	20,0	3	10,0	0	0,0	0	0,0	6	8,2
Macedonia	0	0,0	1	3,3	2	10,5	2	22,2	5	6,8
San Martín de Amacayacu	0	0,0	2	6,7	0	0,0	3	33,3	5	6,8
Loma Linda	1	6,7	1	3,3	1	5,3	0	0,0	3	4,1
Palmeras	0	0,0	1	3,3	2	10,5	0	0,0	3	4,1
Santa Sofía	1	6,7	1	3,3	1	5,3	0	0,0	3	4,1
Calderón Bajo	0	0,0	2	6,7	0	0,0	0	0,0	2	2,7
El Vergel	1	6,7	1	3,3	0	0,0	0	0,0	2	2,7
La Libertad	1	6,7	1	3,3	0	0,0	0	0,0	2	2,7
Nuevo Jardín	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	11,1	2	2,7
Progreso	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	2	2,7
Puerto Triunfo	1	6,7	0	0,0	1	5,3	0	0,0	2	2,7
San José	1	6,7	1	3,3	0	0,0	0	0,0	2	2,7
Reubicación La Playa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	1,4
Yaguas	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Total	15	100,0	30	100,0	19	100,0	9	100,0	73	100,0

Cuadro 3. Distribución de las gestantes por régimen de afiliación al SGSSS en las comunidades de la ribera del río Amazonas, 2009

Comunidad	Subsidiado		Especial	Contributivo	Sin afiliación	Total	Proporción
	Mallamas	Caprecom					
Arara	8	1	0	0	0	9	12,3%
Nazareth	3	0	6	0	0	9	12,3%
Zaragoza	1	0	5	0	2	8	11,0%
Mocagua	0	5	0	1	0	6	8,2%
Ronda	0	1	5	0	0	6	8,2%
Macedonia	0	3	0	2	0	5	6,8%
San Martín de Amacayacu	5	0	0	0	0	5	6,8%
Loma Linda	1	0	0	0	2	3	4,1%
Palmeras	1	1	1	0	0	3	4,1%
Santa Sofía	0	2	0	0	1	3	4,1%
Calderón Bajo	1	0	0	1	0	2	2,7%
El Vergel	2	0	0	0	0	2	2,7%
La Libertad	0	2	0	0	0	2	2,7%
Nuevo Jardín	0	1	0	0	1	2	2,7%
Progreso	1	0	1	0	0	2	2,7%
Puerto Triunfo	0	1	0	0	1	2	2,7%
San José	0	1	1	0	0	2	2,7%
Reubicación La Playa	0	1	0	0	0	1	1,4%
Yaguas	1	0	0	0	0	1	1,4%
Total	24	19	19	3	7	73	100,0%

Cuadro 4. Distribución de control prenatal por régimen de afiliación al SGSSS en salud, en las comunidades de la ribera del río Amazonas, 2009

Comunidad	Subsidiado		Contributivo		Especial		Sin afiliación				Total								
	>50%	<50%	ST	%	>50%	<50%	ST	%	>50%	<50%	ST	%	>50%	<50%	ST	%			
Arara	5	3	1	9	14,5	0	0	0	0,0	0	0	0,0	5	3	6,4	1	6,7	9	12,3
Nazareth	0	6	3	9	14,5	0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	6	12,8	3	20,0	9	12,3
Zaragoza	0	6	0	6	9,7	0	0	0	0,0	0	2	28,6	0	8	17,0	0	0,0	8	11,0
Mocagua	0	1	4	5	8,1	0	1	100,0	0	0	0	0,0	0	0	4,3	4	26,7	6	8,2
Ronda	2	4	0	6	9,7	0	0	0,0	0	0	0	0,0	2	4	8,5	0	0,0	6	8,2
Macedonia	0	1	2	3	4,8	0	0	0,0	0	2	2	66,7	0	3	6,4	2	13,3	5	6,8
San Martín de Amacayacu	0	4	1	5	8,1	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	4	8,5	1	6,7	5	6,8
Loma Linda	1	0	0	1	1,6	0	0	0,0	0	0	1	28,6	1	1	2,1	1	6,7	3	4,1
Palmeras	0	3	0	3	4,8	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	3	6,4	0	0,0	3	4,1
Santa Sofía	0	1	0	1	1,6	0	0	0,0	0	0	1	14,3	0	2	4,3	0	0,0	2	2,7
Calderón Bejo	1	0	0	1	1,6	0	0	0,0	0	1	0	0,0	1	1	2,1	0	0,0	2	2,7
El Vergel	0	1	1	2	3,2	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	1	2,1	1	6,7	2	2,7
La Libertad	0	2	0	2	3,2	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	2	4,3	0	0,0	2	2,7
Nuevo Jardín	0	1	0	1	1,6	0	0	0,0	0	0	1	14,3	0	2	4,3	0	0,0	2	2,7
Progreso	1	1	0	2	3,2	0	0	0,0	0	0	0	0,0	1	1	2,1	0	0,0	2	2,7
Puerto Triunfo	1	1	0	2	3,2	0	0	0,0	0	0	1	14,3	1	1	2,1	1	6,7	3	4,1
San José	0	2	0	2	3,2	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	2	4,3	0	0,0	2	2,7
Reubicación La Playa	0	1	0	1	1,6	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	1	2,1	0	0,0	1	1,4
Yaguas	0	0	1	1	1,6	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	0,0	1	6,7	1	1,4
Total	11	38	13	62	100,0	0	1	100,0	0	3	3	100,0	11	47	100,0	15	100,0	73	100,0

Respecto al número de controles prenatales realizados durante el embarazo, reportaron insuficientes controles prenatales 64,4%, de los cuales, por régimen de afiliación: 80,9% subsidiado, 2,1% contributivo, 6,4% especial y 10,6% sin afiliación; más del 50% de los controles 15,1%, pertenecientes al régimen subsidiado, de ellas 45,5% de la comunidad Arara, 18,2% de Ronda y 9,1% de Calderón Bajo, Progreso y Puerto Triunfo respectivamente, distribuidas por grupo poblacional, 63,6% Ticunas, 27,3% Cocamas y 9,1% mestizas; y, sin control prenatal (21,0%), de las cuales por régimen de afiliación (86,7%) subsidiado y (13,3%) sin afiliación (cuadro 4).

Se evidenció que el 74,0% de las gestantes tuvieron su último parto en los últimos dos años, distribuidas por régimen de afiliación, 64,4% subsidiado, 1,4% contributivo, 2,7% especial y 5,5% sin afiliación; distribuidas por comunidad así: 87,5% Zaragoza, 80,0% Macedonia, 66,7% Puerto Triunfo, 50,0% La Libertad y Progreso respectivamente, 33,3% y 3/9 en Loma Linda y Arara y Nazareth respectivamente; y, en Mocagua, Ronda, San Martín de Amacayacu, Palmeras, Santa Sofía, Calderón bajo, El Vergel, Nuevo Jardín, Santa Sofía, San José, Reubicación La Playa y Yaguas el 100%.

En el 68,4% de las comunidades visitadas, 28,8% de las gestantes habían tenido cuatro o más partos, con un promedio de edad de 33, mediana 32,5 y moda 38 en un rango entre 25 y 48 años; el promedio del número de partos fue de 5,8 en un rango entre 4 y 11 partos.

En el estudio se demostró que 47,9% de las gestantes tenían un embarazo sin planear, 32,9% preferían su parto en el domicilio, 20,5% eran primerizas, 15,1%

habían tenido abortos o mortalidad perinatal e hipertensión arterial, 12,3% manifestaron complicaciones durante el embarazo –caídas, infección urinaria y dolor en el vientre -, 4,1% habían tenido un niño muerto, 1,4% era fumadora y otra tenía un embarazo múltiple.

Al indagar por el método de planificación después del embarazo a todas las gestantes 9,6% manifestó que no planificarían después del parto, 90,4% si planificarían, de ellas el método de planificación que usarían 48,5% inyección, 19,7%, 4,5% [U1] pastillas, 1,5% implante, 25,8% sin especificar y 3,0% no planificaría. Ante la misma pregunta, las 21 mujeres que habían tenido cuatro o más partos mencionaron: 38,1% inyección, 23,8% ligadura, 9,5% remedio vegetal, 4,8% pastillas, 14,3% sin especificar y 9,5% no los usarían.

Discusión

Se contactó inicialmente un total de 76 mujeres, de las cuales fueron excluidas tres porque aún no se habían hecho la prueba de embarazo, y luego del examen físico por parte del médico no fue posible evidenciar una probable gestación; los sesgos de información se controlaron mediante la estandarización del instrumento estructurado para la recolección de los datos.

El mayor número de gestantes se encontró en la comunidad Arara, pero únicamente se incluyeron en el estudio 53% de las gestantes, algunas no se encontraban en la comunidad y otras no permitieron la aplicación de la encuesta por razones culturales o familiares. Respecto al grupo étnico, la mayor población correspondió a la etnia Ticuna.

Se evidenció que las comunidades Arara y Calderón presentan el valor de la tasa de crecimiento de la población gestante más alto, mientras que las comunidades Yaguas, Santa Sofía, Macedonia y La Libertad presentaron los valores más bajos, tomando como base el número total de gestantes entrevistadas.

De acuerdo con la norma técnica nacional (4), se evidenció un alto porcentaje de gestantes que de acuerdo con la edad (menores de 18 y mayores de 35 años) corresponden a embarazos de alto riesgo, donde destacan las comunidades de Amacayacu, Ronda y Zaragoza como las de mayor riesgo, mientras que las comunidades de Palmeras, Progreso, Yaguas y Calderón Bajo, no tienen población en riesgo.

La mayoría de las gestantes están afiliadas al Régimen Subsidiado en las diferentes Entidades Promotoras de Salud (EPS-S) habilitadas por el municipio, pero aún hay un pequeño porcentaje sin afiliación al SGSSS, a quienes debe garantizarse el acceso a la prestación de servicios de salud (17).

El mayor número de gestantes con más del 50% de los controles prenatales se ubicó en la comunidad Arara, pero se encontró un alto número de gestantes con control prenatal incompleto y sin control prenatal en todos los regímenes de afiliación al SGSSS.

Cerca de la mitad de las gestantes que tuvo su último parto hace menos de dos años, manifestó no haber planeado el presente embarazo y mencionaron que mientras esperaban la menstruación para iniciar la planificación, quedaron nuevamente en embarazo o tuvieron un aborto o mortalidad perinatal.

Una de las probables razones para que las gestantes manifiesten el deseo de tener el parto en su domicilio, puede estar relacionada con la distancia de la comunidad hasta el centro de atención más cercano, pues justamente en las comunidades más alejadas -San Martín de Amacayacu y Calderón Bajo-, se presentó el mayor porcentaje. Adicionalmente, se observó la vulnerabilidad de las gestantes sin afiliación al SGSSS a este respecto.

El estudio evidenció que a pesar que las gestantes conocen los métodos de planificación familiar, tienen dudas respecto a cuál método elegir después del embarazo, lo que podría incidir en el número de gestaciones indeseadas al tardar en tomar la decisión por el método de su elección.

Entre los principios establecidos por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994, se hace referencia a que los programas de atención de salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción, que todas las parejas y las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, disponer de información, educación y medios necesarios para hacerlo. Así mismo, plantea que el mejoramiento de la condición de la mujer también favorece su capacidad de adopción de decisiones a todos los niveles y en todas las esferas de la vida, especialmente en el terreno de la sexualidad y la reproducción (18), lo cual es reafirmado en posteriores reuniones mundiales (19-21). Por todo lo anterior se recomiendan las siguientes acciones:

- A la Secretaría de Salud Municipal
- Fortalecer la asesoría en anticoncepción y consentimiento informado (22).

- Establecer alianzas con las instituciones educativas para fortalecer los procesos de capacitación en salud sexual y reproductiva de la población.
- Generar acciones que permitan el intercambio de conocimientos entre las medicinas alopática y tradicional, orientadas al uso de los diferentes métodos de planificación.
- Ejercer la defensa para una oferta universal en anticoncepción.
- Eliminar barreras de acceso para que hombres y mujeres puedan acceder a los servicios de salud.
- Instruir a los promotores de salud en el manejo de todos los métodos de planificación familiar e identificar condiciones de riesgo de las mujeres y su pareja que puedan interferir con el uso de un método anticonceptivo.
- Desarrollar capacitación integral, holística, a las parteras para minimizar los riesgos de mortalidad materna y perinatal en la población indígena de las comunidades de la ribera del río Amazonas.
- Fortalecer las acciones de vigilancia en las comunidades indígenas.
- Proveer herramientas de información, educación y comunicación (material didáctico, folletos, afiches, etc.) que garanticen la explicación de los factores de riesgo del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros.

A las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS)

- Canalizar a aquellas gestantes que manifestaron su interés en planificar e instruir las en el método más adecuado para cada una de ellas.
- Implementar una estrategia para el desplazamiento de las gestantes con el objeto de garantizar los controles prenatales oportunos.

- Evitar el traslado hasta el casco urbano de las mujeres en edad fértil mediante el suministro a los promotores de salud de los diferentes métodos anticonceptivos.
- Actualizar el censo de gestantes semestralmente.
- Generar las acciones que garanticen la calidad de la prestación de los servicios de salud a las mujeres gestantes por parte de la red prestadora de servicios contratante.

A las gestantes

- Espaciar sus embarazos de tal forma que se disminuya el riesgo de mortalidad materna o perinatal.
- Usar métodos de anticoncepción después del parto.
- Esperar al menos dos años antes de un nuevo embarazo.
- Consultar con el médico tratante cuál es el método de planificación más indicado para su organismo y de fácil acceso.

Declaración sobre conflicto de interés

Los autores declaran que no hubo conflictos de interés en la realización de este estudio, el cual fue ejecutado con el auspicio de la Secretaría de Salud y Protección Social del Municipio de Leticia.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo de los promotores de salud quienes colaboraron como intérpretes para comunicarnos en la lengua de las gestantes cuando ellas no hablaban español e igualmente al personal de salud del municipio por su apoyo en la recolección de la información. A su vez, desean agradecer a Oneida Castañeda Porras, por las sugerencias y correcciones aportadas a este manuscrito.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual y Reproductiva. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm> [Consultado septiembre de 2010].
- 2 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). América Latina: avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, con énfasis en el período 2004-2009. Naciones Unidas, febrero 2010. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/38948/LC_W.311.pdf [Consultado febrero 2011].
- 3 Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA. Población y equidad en Colombia. Análisis de situación. Volumen I. Disponible en: <http://www.unfpa.org/menuSup.php?id=5> [Consultado febrero de 2011].
- 4 República de Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Norma técnica para la Detección Temprana de las alteraciones del embarazo. Anexo 14 de la Resolución 412 de 2000 (febrero 15).
- 5 República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción e la mortalidad materna, Bogotá, D.C., 2004.
- 6 República de Colombia. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Colombia, 2003.
- 7 República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública. Decreto 3039 de 2007 (agosto 10).
- 8 Rodríguez A, Álvarez L. *Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes*. Rev Cubana Salud Pública 2006;32(1).
- 9 Castañeda O, Gerónimo N, Reyes Y, Segura O, Morón L. *Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva en Yopal, Casanare, Colombia*, 2009. Investigaciones Andina 2009; 19(10): 31-48.
- 10 Suárez-Mutis MC, Mora C, Pérez LP, Peiter P. *Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú*. Mundo Amazónico. 2010. 1: 243-266.
- 11 República de Colombia. Departamento del Amazonas. Concejo Municipal de Leticia. Acuerdo por medio del cual se adopta el Plan de desarrollo del municipio de Leticia “De la manco con la comunidad 2008-2011” y su respectivo Plan plurianual de inversiones. Acuerdo 011 de 2008 (23 de mayo).
- 12 Fernández S. *Tipos de estudios epidemiológicos*. Epidemiología. Conceptos básicos. En: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid; DuPont Pharma, S.A.; Unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: 1995. p. 25-47. Actualización 28/02/2001. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios2.pdf [Consultado 23 de marzo de 2009].
- 13 Hernández M, Garrido F, López S. *Diseño de estudios epidemiológicos*. Salud Pública de México 2000, 42; 2: 144-154.
- 14 Hernández M. *Epidemiología, diseño y análisis de estudios*, Instituto Nacional de Salud Pública. Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V., 2007: 28.
- 15 República de Colombia. Congreso de la República. Ley por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Ley 100 de 1993 (diciembre de 1993).
- 16 República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 008430 de 1993 (octubre 4).
- 17 República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley por medio de la cual se reforma es Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1438 de 2011 (19 de enero).
- 18 United Nations Population Information Network (POPIN). Population Division,

- Department of Economic and Social Affairs, with support from the UN Population Fund (UNFPA). Informe de la CIPD, 18 de octubre de 1994.
- 19 Naciones Unidas. Asamblea General. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y Programa de Acción de Viena. 14-25 de junio de 1993.
 - 20 Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Declaración de Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995. A/CONF.177/20/Rev.1.
 - 21 Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología WAS. *Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales*. Declaración del 13avo Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España. Revisada y aprobada el 26 de agosto de 1999, en el 14avo Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular de China.
 - 22 República de Colombia. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA. Modelo y Guía para el Mejoramiento Continuo, noviembre 2008.