



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS MUERTES MATERNAS EN
BUENAVENTURA 2010 – 2012 CON ENFOQUE DE DETERMINANTES
SOCIALES Y EQUIDAD**

Beatriz Helena Soto Mora

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Maestría en Salud Pública
Bogotá, Colombia

2016

**ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS MUERTES MATERNAS EN
BUENAVENTURA 2010 – 2012 CON ENFOQUE DE DETERMINANTES
SOCIALES Y EQUIDAD**

Beatriz Helena Soto Mora

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al
título de:

Magíster en Salud Pública

Director (a):

Ph.D. Javier Eslava Schmalbach

Co-Director (a):

Mg. José Milton Guzmán Valbuena

Grupo de Investigación:

Grupo de Investigación de Equidad en salud

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Maestría en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2016

*Dedicado a mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional,
a las mujeres que murieron por causas relacionadas a su embarazo en el bello Puerto.*

**“Quiéreme cuando menos me lo merezca,
Porque será cuando más lo necesite”.**

Rosa Jové

Resumen

La mortalidad materna es una problemática de gran interés en salud pública debido a su impacto negativo en el bienestar de la familia y las comunidades. Es un indicador que permite valorar inequidades en salud y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. Esta investigación tiene como objetivo realizar un análisis cualitativo de las muertes maternas para el municipio de Buenaventura, en el periodo 2010 a 2012, bajo un enfoque de determinantes sociales y equidad. Se realizó un estudio descriptivo cualitativo, en donde se tomó como categorías de análisis los determinantes intermediarios: circunstancias materiales, cohesión social, factores conductuales y biológicos y sistema de salud. Los resultados muestran que existe una vulnerabilidad diferencial dada por la pertenencia étnica, la inserción social y la condición de género, que genera inequidades en las condiciones en que viven y trabajan las mujeres y sus familias y en el acceso a los servicios de salud de calidad; esto es determinante en los desenlaces de mortalidad materna y en la vulneración sistemática de los derechos de salud sexual y reproductiva. En este contexto, resolver la problemática de la mortalidad materna, implica reconocer que las condiciones clínicas están determinadas socialmente, y genera la necesidad de actuar en diferentes niveles, para mejorar las condiciones de vida de las comunidades y particularmente de las mujeres y para garantizar el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud de calidad y adaptados culturalmente.

Palabras clave: Mortalidad materna, determinantes sociales de la salud, equidad

Abstract

Maternal mortality is a problem of great interest in public health because of its negative impact on the well-being of families and communities. It is an indicator that allows assessing inequities in health and violation of sexual and reproductive rights. This research aims to conduct a qualitative analysis of maternal deaths for the municipality of Buenaventura, in the period 2010 to 2012, under a focus of social determinants and equity. A qualitative descriptive study was carried out, where the intermediate determinants were considered as categories of analysis: material circumstances, social cohesion, behavioral and biological factors, and health system. The results show that there is a differential vulnerability due to ethnicity, social insertion and gender, which generates inequities in the conditions in which women and their families live and work and in access to quality health services; This is decisive in the outcome of maternal mortality and in the systematic violation of sexual and reproductive health rights. In this context, addressing the issue of maternal mortality implies recognizing that clinical conditions are socially determined and generating the need to act at different levels to improve the living conditions of communities, particularly women, and to ensure the Effective and timely access to quality and culturally adapted health services.

Keywords: maternal mortality, social determinants of health, equity

Contenido

| | |
|---|------|
| Resumen..... | V |
| Abstract..... | VI |
| Lista de gráficos y fotos..... | VIII |
| Lista de tablas..... | VIII |
| Lista de mapas..... | IX |
| Introducción..... | 1 |
| 1. Problema de investigación..... | 4 |
| 1.1 Mortalidad materna en Buenaventura (Valle del Cauca)..... | 7 |
| 1.2 Preguntas de investigación..... | 16 |
| 2. Justificación..... | 17 |
| 3. Objetivos..... | 19 |
| 3.1 Objetivo General..... | 19 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 19 |
| 4. Marco teórico..... | 20 |
| 4.1 Mortalidad Materna..... | 20 |
| 4.2 Mortalidad materna y derechos humanos..... | 21 |
| 4.3 Determinantes sociales de la salud..... | 22 |
| 4.4 Equidad en salud..... | 27 |
| 4.5 Investigación cualitativa..... | 29 |
| 5. Marco metodológico..... | 31 |
| 5.1 Tipo de investigación..... | 31 |
| 5.2 Fases de la investigación..... | 31 |
| 5.3 Población sujeto de estudio y selección de los participantes..... | 32 |
| 5.4 Proceso de recolección de la información..... | 37 |
| 5.5 Identificación de categorías de análisis y operacionalización metodológica..... | 37 |
| 5.6 Limitaciones..... | 40 |
| 5.7 Aspectos éticos..... | 41 |
| 6. Resultados..... | 43 |
| 6.1 Aspectos generales..... | 43 |
| 6.2 Descripción de hallazgos por categorías de análisis..... | 44 |
| 7. Discusión..... | 70 |
| 8. Conclusiones y recomendaciones..... | 78 |
| 9. Anexos..... | 82 |
| 10. Bibliografía..... | 84 |

Lista de gráficos y fotos

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Razón de Mortalidad Materna para Colombia 2000 – 2013 | 6 |
| Gráfico 3. Población por Género Buenaventura, Periodo 1985-2013 | 10 |
| Gráfico 4. Causas Básicas de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012. | 12 |
| Gráfico 5. Clasificación según causalidad de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012..... | 13 |
| Gráfico 6. Clasificación según evitabilidad de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012..... | 13 |
| Gráfico 7. Tipo de Aseguramiento de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012 | 14 |
| Gráfico 8. Aseguradoras de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012 | 14 |
| Gráfico 9. Control prenatal de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012.... | 14 |
| Gráfico 10. Muertes Maternas relacionadas con el periodo gestacional en Buenaventura 2010, 2011 y 2012..... | 15 |
| Gráfico 12. Esquema de relacionamiento teórico | 40 |

Lista de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Distrito de Buenaventura. Población según sexo y edad. 2011 a 2015 | 9 |
| Tabla 2. Razón de Mortalidad Materna por 100.000 Nacidos Vivos Colombia y Buenaventura 2010, 2011 y 2012. | 11 |
| Tabla 3. Identificación de categorías de análisis y técnicas | 38 |
| Tabla 6. Categorías y sub categorías de análisis..... | 38 |
| Tabla 4. Aspectos generales de los casos mortalidad materna investigados¡Error! Marcador no definido. | |
| Tabla 5. Aspectos generales de los casos morbilidad materna extrema, investigados | 35 |

Lista de mapas

Mapa 1. Buenaventura Valle del Cauca..... 7

Lista de Abreviaturas

| Abreviatura | Término |
|-------------|---|
| ASIS | Análisis de situación de salud |
| CDSS | Comisión de Determinantes sociales de la salud |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y el Caribe |
| CIOMS | Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas |
| DANE | Departamento Administrativo Nacional de Estadística |
| DSS | Determinantes sociales de la salud |
| ESE | Empresa social del Estado |
| FNUAP | Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas |
| IPM | Índice de pobreza multidimensional |
| IPS | Institución prestadora de servicios de salud |
| IVU | Infección de Vías Urinarias |
| MM | Mortalidad materna |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organizaciones de gubernamentales |
| PNSDSDR | Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y derechos reproductivos |

| Abreviatura | Término |
|--------------------|---|
| RMM | Razón de mortalidad materna |
| SIVIGILA | Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública |

Introducción

El presente documento contiene el resultado de la investigación denominada *Análisis de las muertes maternas en Buenaventura 2010-2012, con enfoque de determinantes sociales y equidad*. La motivación para realizar este estudio surgió de la experiencia de trabajo de la investigadora, en el campo de la salud sexual y reproductiva con mujeres afrodescendientes en situación de vulnerabilidad en Buenaventura entre 2010 y 2012. Esta experiencia permitió evidenciar que el contexto particular de estas mujeres y la estructura social en que estaban inmersas, tenían repercusiones importantes en sus posibilidades de toma de decisiones y de ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos.

Este trabajo realiza una aproximación cualitativa a la problemática de la mortalidad materna en Buenaventura, uno de los principales problemas de salud pública que refleja las inequidades sociales y las limitaciones del sistema de salud para disminuir este indicador. Se toma como marco teórico de referencia los Determinantes sociales de la salud, planteados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el enfoque de equidad desarrollado por Braverman, ya que brindan elementos para desarrollar un análisis con una visión integradora de los diferentes aspectos que en su conjunto dan cuenta de la complejidad del problema abordado.

Los resultados del estudio, hacen importantes contribuciones a la salud pública, en la medida en que se muestra que en el contexto estudiado, existen inequidades que se reproducen sistemáticamente en función de la pertenencia étnica, el género y la inserción social, determinando vulnerabilidades diferenciales directamente relacionadas con la mortalidad materna. Lo anterior ratifica la necesidad de un abordaje intersectorial y multidimensional, en donde participen todos los actores sociales, que permita plantear

acciones contextualizadas y concertadas para la reducción de ésta problemática en el principal puerto del pacífico colombiano.

Los resultados son contundentes evidenciando la urgencia de mejorar las condiciones de vida de las mujeres, para superar situaciones críticas como la pobreza, la mendicidad, la inequidad en el acceso a la educación, los servicios de salud y el empleo, determinantes en las condiciones de salud de las comunidades. Esta investigación además, ofrecerá a la Secretaría de Salud de Buenaventura herramientas teórico-metodológicas para realizar abordajes de la situación de salud de su población, que vayan más allá de los análisis estadísticos de indicadores epidemiológicos, introduciendo efectivamente enfoques que den cuenta de la complejidad de las problemáticas en salud y así mismo, sean el insumo principal para la toma de decisiones políticas contextualizadas.

El documento se divide en seis grandes partes. En la primera parte denominada **Contextualización de la investigación**, se ubica al lector en el proceso que llevo a formular la investigación, los antecedentes y la revisión que se realizó del tema de la mortalidad materna como problemática general y como problemática contextualizada en Colombia y en Buenaventura.

En la segunda parte se realiza en **Planteamiento del problema de investigación**, en donde se especifican concretamente las preguntas a resolver en la tesis, se justifica la necesidad de realizar esta investigación y se plantean los objetivos y alcances que tiene este trabajo.

En la tercera parte, se expone el **Marco teórico** a partir del cual se desarrolla y se sustenta la tesis. De igual forma en cuarto lugar se presenta el **Marco Metodológico**, el cual define el tipo de estudio, las categorías de análisis, se delimita la población a investigar, el proceso de selección de los participantes, las fases en que se desarrolló el trabajo y la operacionalización metodológica usada para cumplir con los objetivos. En esta sección, también se hacen explícitas las limitaciones del estudio y los aspectos éticos con los que se realizó la investigación.

En la quinta parte, se presentan los **Resultados de la investigación**, describiendo la metodología usada para la sistematización y análisis de la información recolectada. Se exponen los resultados de acuerdo a las categorías y subcategorías de análisis planteadas.

En la sexta parte, denominada **Discusión**, se contrastan los hallazgos encontrados con otros estudios, realizando planteamientos propios a partir del dialogo con otros autores.

En la séptima parte, se presentan las **Conclusiones y Recomendaciones** que surgen de todo el proceso investigativo y de los principales hallazgos encontrados, resaltando los principales aportes de este trabajo.

Finalmente se presentan los anexos y la bibliografía usada en el desarrollo de la investigación.

1. Problema de investigación

Las inquietudes iniciales que motivaron esta investigación, se dieron en el marco de la inmersión en las comunidades del litoral pacífico, por parte de la investigadora principal, quien entre los años 2010 y 2012 desarrollo actividades de asistencia técnica en temas de salud a nivel institucional y comunitario. A partir de esta experiencia, y mediante un proceso de observación participante, fue posible realizar un acercamiento a la problemática de la mortalidad materna, específicamente en el municipio de Buenaventura, Valle del Cauca. Pese a la magnitud del problema, se observó que el abordaje institucional era limitado en la medida en que se centraba en la esfera individual y no contemplaba un análisis de las condiciones sociales, culturales y el contexto territorial en el que vivían y morían las mujeres gestantes, invisibilizando de esta manera, los determinantes sociales asociados a la mortalidad materna y las inequidades en salud que se presentan en esta realidad.

Como principales características personales de la investigadora que pueden influir en los resultados se encuentra su compromiso y responsabilidad por ahondar de forma honesta y en solidaridad al género en una de las principales problemáticas que afrontan las mujeres en Buenaventura. Enfermera de profesión, ha participado en importantes investigaciones cualitativas y cuantitativas en instituciones de educación superior. Así mismo tiene experiencia en consultoría para la definición y fortalecimiento de lineamientos técnicos nacionales en los programas de salud Pública con énfasis en derechos sexuales y reproductivos, enfoque diferencial, Asistencia Técnica territorial en la ejecución y caracterización del impacto de políticas públicas y en procesos administrativos para el funcionamiento óptimo de los programas en salud y educación. A raíz de las acciones de asistencia técnica realizadas al distrito de Buenaventura, conoce a profundidad la organización, los actores y las competencias del sistema salud en los niveles nacional, regional y local, así como en la arquitectura institucional del Estado Colombiano. Estos acercamientos permitieron generar relaciones empáticas con actores institucionales en salud que facilitaron el acceso a la información y el acercamiento a las personas entrevistadas en este estudio.

Con estas observaciones previas, se inicia un proceso investigativo con varios limitantes debido a la falta de información científica e institucional disponible del tema de mortalidad materna en la población de interés (Buenaventura-Valle del Cauca).

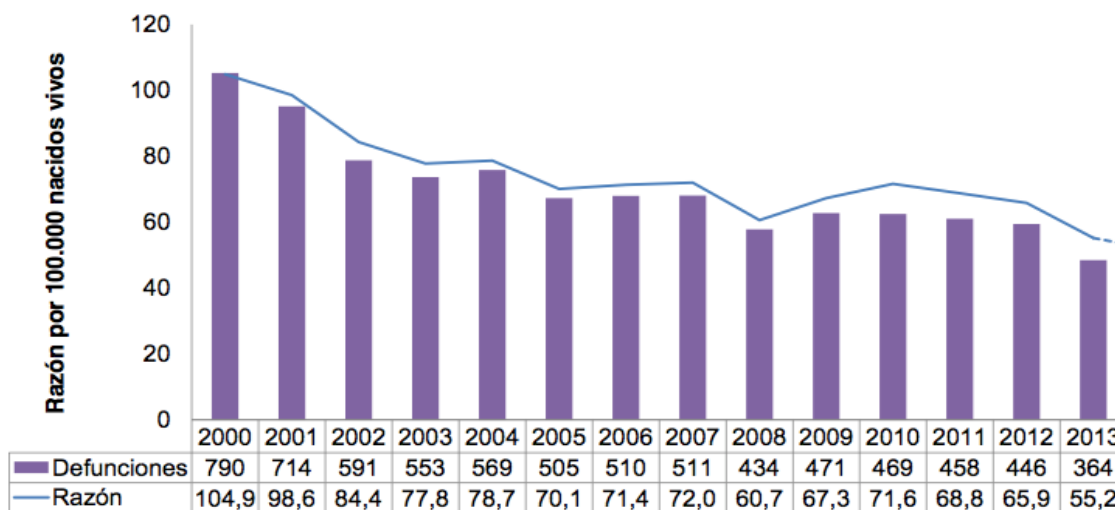
La mortalidad materna como problemática social y de salud pública ha sido ampliamente estudiada, sin embargo, en Colombia y particularmente en Buenaventura, existen pocos estudios que profundicen en la comprensión de las dinámicas sociales determinantes que hacen que unas comunidades estén más afectadas que otras (1).

La mortalidad materna por causas evitables es un indicador sensible de las barreras para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. A partir de 1965, Colombia empezó a presentar un importante descenso en la fecundidad alcanzando para el año 2005 una tasa global de 2,4 (2). Dentro de los análisis realizados en el cambio demográfico del país, la reducción de la tasa de fecundidad fue más evidente en zonas urbanas y cabeceras municipales acompañado de factores como el aumento en la cobertura y los niveles de educación de las mujeres en edad fértil. No obstante, a partir del 2005 las cifras presentadas por el DANE evidencian un marcado incremento en la tasa de fecundidad en el grupo de mujeres adolescentes (2). Según los resultados de la encuesta de demografía y Salud del DANE *las mujeres menores de 20 años vienen aumentando su tasa de fecundidad, que para el 2005 se calculó en noventa por mil*, siendo más frecuente en mujeres de áreas rurales (3). Este aumento se encuentra directamente relacionado con la tendencia del mayor número de jóvenes que se inicia sexualmente en la adolescencia (4). EL incremento de los embarazos en mujeres adolescentes se convierte en un evento de interés en salud pública, donde se torna más evidente y prioritario la intervención por parte del Estado en mitigar las principales causas de muertes asociadas a la maternidad.

Observando algunas estadísticas a nivel mundial, cada minuto muere una mujer por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio, 100 mujeres sufren de complicaciones relacionadas con el embarazo, 200 adquieren una enfermedad de transmisión sexual y 300 conciben sin planear su embarazo (5). Según datos del Análisis de Situación de Salud para el 2015, en el mundo por día suceden aproximadamente 830 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y pos parto, frecuentemente evitables y en países en vías desarrollo (11). Para el caso de Colombia, *el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente, y alcanza un índice de concentración de -017, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente* (6).

Para el País, la razón de mortalidad materna ha tenido un comportamiento en descenso tal como lo muestra el grafico a continuación:

Gráfico 1. Razón de Mortalidad Materna para Colombia 2000 – 2013



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Departamento de Epidemiología y demografía. Análisis de la Situación de Salud 2015. Elaborada a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS.

Los departamentos con mayor Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) son Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés y Putumayo. *Para 2013 las razones de mortalidad materna más altas se encuentran en las poblaciones de palenqueros de San Basilio y de indígenas, alcanzando valores de 1.075,3 y 355,7 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente.* (6).

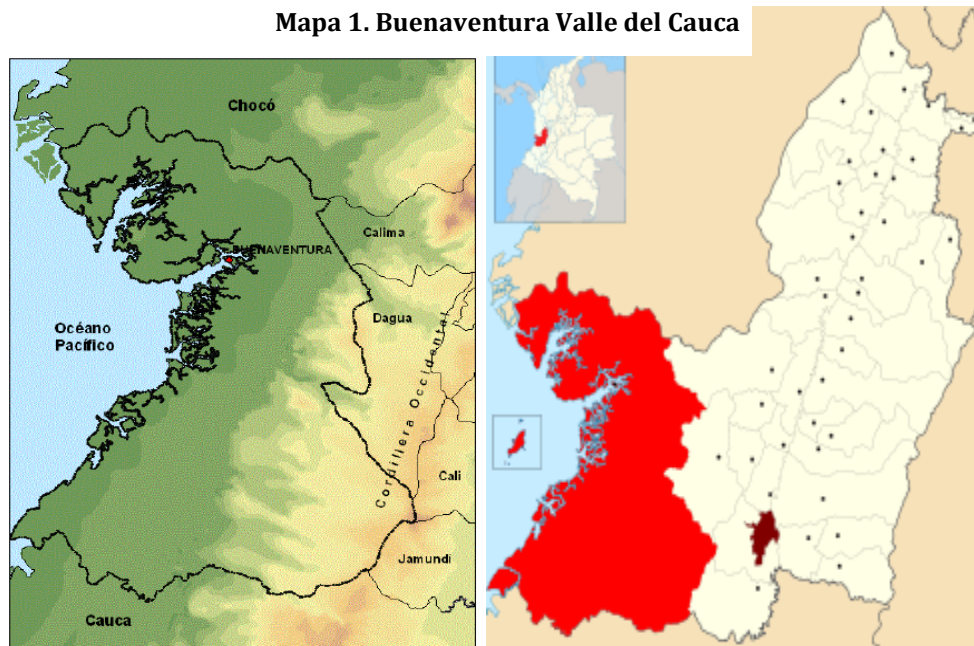
Estos datos indican, que existe una particular concentración de la problemática en territorios con fuerte presencia de comunidades étnicas, generando interrogantes en torno a inequidades diferenciales que están vulnerando el derecho a la salud en poblaciones históricamente excluidas.

1.1 Mortalidad materna en Buenaventura (Valle del Cauca)

Contexto socio-económico

Buenaventura es un municipio portuario del departamento del Valle del Cauca, que debido a su gran extensión es un territorio difícil de controlar y vigilar (7). Se encuentra localizado en la parte izquierda de la Cordillera Occidental sobre la Costa Pacífica (Mapa 1). Limita al norte y sur con los departamentos del Chocó y Cauca, al oriente con los municipios Calima, Dagua, Cali y Jamundí, y por el oriente con el Océano Pacífico.

Mapa 1. Buenaventura Valle del Cauca



Fuente: Ministerio de Trabajo. Perfil productivo del Municipio de Buenaventura. Insumo para el diseño de las estrategias y alternativas para la generación de empleo a las víctimas de la violencia. Consultado en Agosto del 2016.

Por su ubicación geoestratégica, históricamente se ha considerado como el principal puerto del Litoral Pacífico Colombiano y el segundo más importante para el país. *“La ciudad consta de una zona insular, isla Cascajal, donde se concentra la mayoría de actividades económicas y de servicios y otra continental, esta última con una vocación principalmente residencial. Su configuración se ha dado en forma longitudinal al lado y lado de su vía principal, la Avenida Simón Bolívar, con una extensión aproximada de 13 kilómetros y que comunica a la ciudad con el interior del país”* (8).

La principal actividad económica que ostenta el Distrito de Buenaventura gira en torno al comercio internacional. El Distrito cuenta con 12 muelles en los que el sector privado tiene una participación del 83%, y el sector público, a través de la Alcaldía municipal y el Ministerio de Transporte, tan solo del 17% restante (9). Otros sectores importantes de la economía son la agroindustria extensiva y la explotación pesquera, minera y de madera que en las últimas décadas han tenido grandes impactos negativos en el medio ambiente y la riqueza que produce no ha sido justamente distribuida, concentrándose en pocas manos (8).

Por su posición geoestratégica, Buenaventura se configura como el **centro de acopio del Litoral Pacífico**. Las vías de acceso terrestre y fluvial, hace que se convierta en el centro de servicios del Pacífico, en especial de salud (acceso al segundo y tercer de nivel de atención en servicios de salud), conectando municipios costeros de los departamentos del Choco, Cauca y Nariño (13). Así mismo se configura como la principal conexión con la ciudad de Cali (cuya oferta de servicios de salud supera el tercer nivel de complejidad), pues a diario llegan cientos de personas para asistir a centros hospitalarios, realizar trámites institucionales, recibir educación y acceso a universidades, muchas familias optan por establecer una vivienda en la que se acoge a familiares y vecinos para la estancia temporal en la ciudad.

Sin embargo, esta misma posición estratégica, la configura como el centro de recepción de familias en condición de desplazamiento forzado, según datos del Centro de Memoria Histórica (14). A esta población, se suma también el personal flotante que desarrolla actividades económicas o de servicios y operadores de los diferentes sistemas de transporte, que por sus actividades socioeconómicas, se movilizan de manera permanente por el territorio (12).

Caracterización Poblacional de Buenaventura

Tomando como referencia las proyecciones poblacionales del DANE a 2015, Buenaventura cuenta con 399619 habitantes, de los cuales el 90,67% se encuentra localizada en la cabecera municipal y tan solo el 9,32% de la población en zona rural dispersa. A continuación en la tabla 1, se presenta la población según sexo y edad según la información estadística, del contexto Regional del departamento de Valle del Cauca, y proyecciones del DANE.

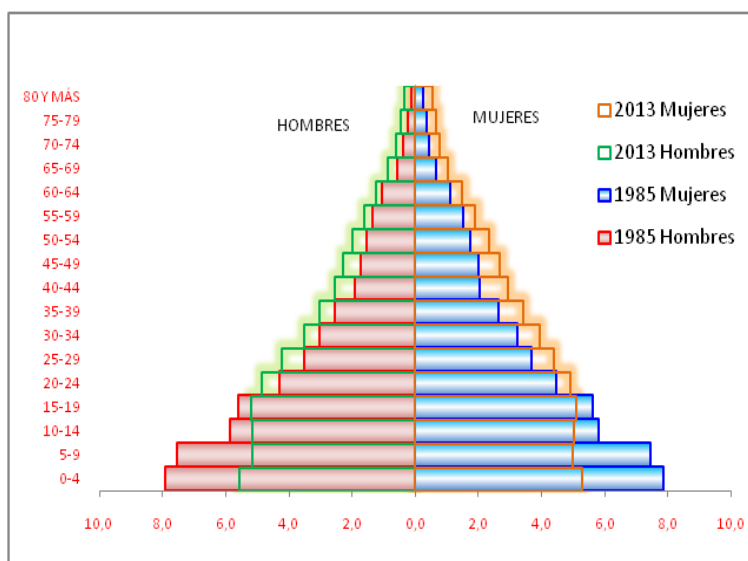
Tabla 1. Distrito de Buenaventura. Población según sexo y edad. 2011 a 2015

| Edad | 2011 | | | 2012 | | | 2013 | | | 2014 | | | 2015 | | |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres |
| Total | 369.868 | 179.913 | 189.955 | 377.105 | 183.430 | 193.675 | 384.504 | 187.024 | 197.480 | 392.054 | 190.683 | 201.371 | 399.764 | 194.424 | 205.340 |
| 0-4 | 40.459 | 20.737 | 19.722 | 41.078 | 21.074 | 20.004 | 41.695 | 21.391 | 20.304 | 42.297 | 21.688 | 20.609 | 42.897 | 21.978 | 20.919 |
| 5-9 | 38.736 | 19.578 | 19.158 | 38.754 | 19.619 | 19.135 | 38.965 | 19.784 | 19.181 | 39.355 | 20.043 | 19.312 | 39.875 | 20.364 | 19.511 |
| 10-14 | 39.573 | 20.083 | 19.490 | 39.381 | 19.982 | 19.399 | 39.144 | 19.844 | 19.300 | 38.956 | 19.729 | 19.227 | 38.870 | 19.668 | 19.202 |
| 15-19 | 39.115 | 19.657 | 19.458 | 39.360 | 19.803 | 19.557 | 39.514 | 19.912 | 19.602 | 39.572 | 19.974 | 19.598 | 39.572 | 19.997 | 19.575 |
| 20-24 | 36.057 | 18.026 | 18.031 | 36.825 | 18.394 | 18.431 | 37.514 | 18.707 | 18.807 | 38.102 | 18.973 | 19.129 | 38.583 | 19.203 | 19.380 |
| 25-29 | 31.040 | 15.024 | 16.016 | 32.023 | 15.597 | 16.426 | 33.059 | 16.201 | 16.858 | 34.083 | 16.784 | 17.299 | 35.052 | 17.313 | 17.739 |
| 30-34 | 27.285 | 12.900 | 14.385 | 27.968 | 13.226 | 14.742 | 28.641 | 13.557 | 15.084 | 29.358 | 13.928 | 15.430 | 30.166 | 14.371 | 15.795 |
| 35-39 | 23.066 | 10.829 | 12.237 | 23.924 | 11.241 | 12.683 | 24.840 | 11.678 | 13.162 | 25.746 | 12.109 | 13.637 | 26.585 | 12.508 | 14.077 |
| 40-44 | 20.281 | 9.411 | 10.870 | 20.673 | 9.615 | 11.058 | 21.117 | 9.839 | 11.278 | 21.647 | 10.102 | 11.545 | 22.288 | 10.415 | 11.873 |
| 45-49 | 18.282 | 8.362 | 9.920 | 18.698 | 8.559 | 10.139 | 19.089 | 8.755 | 10.334 | 19.459 | 8.946 | 10.513 | 19.823 | 9.137 | 10.686 |
| 50-54 | 15.377 | 7.117 | 8.260 | 15.970 | 7.359 | 8.611 | 16.562 | 7.594 | 8.968 | 17.123 | 7.817 | 9.306 | 17.637 | 8.030 | 9.607 |
| 55-59 | 12.494 | 5.699 | 6.795 | 13.001 | 5.943 | 7.058 | 13.510 | 6.191 | 7.319 | 14.030 | 6.438 | 7.592 | 14.574 | 6.684 | 7.890 |
| 60-64 | 9.349 | 4.303 | 5.046 | 9.906 | 4.512 | 5.394 | 10.471 | 4.727 | 5.744 | 11.023 | 4.943 | 6.080 | 11.559 | 5.165 | 6.394 |
| 65-69 | 6.497 | 3.043 | 3.454 | 6.859 | 3.194 | 3.665 | 7.292 | 3.367 | 3.925 | 7.769 | 3.550 | 4.219 | 8.272 | 3.738 | 4.534 |
| 70-74 | 5.259 | 2.300 | 2.959 | 5.270 | 2.329 | 2.941 | 5.304 | 2.367 | 2.937 | 5.404 | 2.428 | 2.976 | 5.589 | 2.514 | 3.075 |
| 75-79 | 3.873 | 1.602 | 2.271 | 4.099 | 1.674 | 2.425 | 4.262 | 1.729 | 2.533 | 4.383 | 1.773 | 2.610 | 4.455 | 1.808 | 2.647 |
| 80+ | 3.125 | 1.242 | 1.883 | 3.316 | 1.309 | 2.007 | 3.525 | 1.381 | 2.144 | 3.747 | 1.458 | 2.289 | 3.967 | 1.531 | 2.436 |

Fuente: DANE. (s/f). Proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo y grupos quinquenales de edad.

De este modo, la pirámide poblacional para el distrito se configura de la siguiente manera:

Gráfico 2. Pirámide poblacional sexo y grupo quinquenales de edad 1985 - 2013

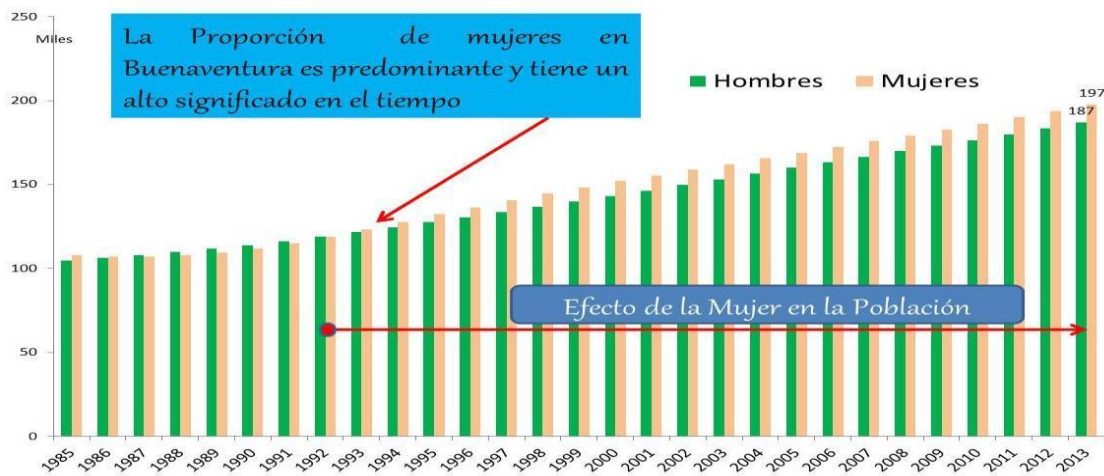


Fuente: Ministerio de Trabajo. Perfil productivo del Municipio de Buenaventura. Insumo para el diseño de las estrategias y alternativas para la generación de empleo a las víctimas de la violencia. Consultado en Agosto del 2016.

Según las proyecciones del DANE para los últimos 30 años, *la participación por género ha tenido cambios marginalmente pequeños, por lo que en promedio el 49.1% han sido hombres y el*

50.9% mujeres. Según los análisis del Perfil productivo del Municipio de Buenaventura, realizado por el ministerio de Trabajo, a partir de 1991 ocurre el denominado “Efecto mujer” en la población (11), que plantea una creciente participación de la mujer en los espacios productivos, consecuencia de una disminución en la población masculina por los efectos del conflicto armado (11).

Gráfico 3. Población por Género Buenaventura, Periodo 1985-2013



Fuente: Tomado de Perfil productivo del Municipio de Buenaventura. Insumo para el diseño de las estrategias y alternativas para la generación de empleo a las víctimas de la violencia. El mismo informe lo toma del DANE y datos de Planeación Departamental. Consultado en Agosto del 2016.

El creciente aumento de la población femenina en Buenaventura se explica por la búsqueda de mejores oportunidades laborales en el desarrollo de su papel de proveedora. Así mismo la violencia ha generado la migración de gran parte de las personas de las zonas rurales y un significativa disminución de la población masculina (8).

Por otra parte, la composición étnica del territorio en buenaventura se caracteriza por tener cerca del 83,6% de la población afrodescendiente, el 0.82% se reconoce como parte de alguna etnia indígena, poco más del 1% se considera mestizo o blanco (DANE 2005).

Según la Encuesta Continua de Hogares realizada en el año 2003 para Buenaventura, las condiciones socioeconómicas de los habitantes se consideran *críticas*, ya que alrededor del 80,6% de la población se encuentra en situación de pobreza y el 43,5% en condiciones de

indigencia (10). La misma encuesta determinó que la tasa de desempleo en el municipio es del 28,8%, el subempleo del 34,7%, y el 63% de las personas ocupadas ganan menos de un salario mínimo legal vigente.

Mortalidad materna en el Municipio de Buenaventura en los años 2010, 2011 y 2012.

Buenaventura presentó para el año 2010, una razón de mortalidad materna de 118 por 100 000 NV, para el año 2011 presentó una razón de mortalidad de 88 por 100 000 NV y para el año 2012 presentó una razón de mortalidad materna de 183 por 100 000 NV (Tabla 2).

Tabla 2. Razón de Mortalidad Materna por 100.000 Nacidos Vivos Colombia y Buenaventura 2010, 2011 y 2012.

| Año | Colombia | | | Buenaventura | | |
|------|-------------|---------------------|-----------------------------------|--------------|----------------------|-----------------------------------|
| | Nacimientos | Muertes maternas | Razón de mortalidad Materna | Nacimientos* | Muertes maternas* | Razón de mortalidad Materna |
| 2010 | 654627 | 474 | 72 | 5091 | 6 | 118 |
| 2011 | 665499 | 460 | 69 | 5652 | 5 | 88 |
| 2012 | 676835 | 452 | 67 | 6022 | 11 | 183 |

Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas vitales del DANE años 2010, 2011, 2012. **Nota:** * Se tomaron como valores de referencia los nacimientos y muertes por lugar de residencia de la madre.

De la tabla se infieren las razones de Mortalidad materna para Buenaventura y las Nacionales para los mismos años. Para el año 2010 Buenaventura presentó una tasa 46 puntos por encima de la nacional, para el 2011 presentó una razón 19 puntos por encima de la nacional y para el 2012 presentó una razón de MM 116 puntos por encima de la del país.

Por otra parte, dentro de los reportes contenidos en las fichas de datos básicos y complementarios del Sistema de Vigilancia, para el año 2010 se notificaron 7 muertes, de las cuales 6 tenían como lugar de residencia Buenaventura y 1 era proveniente del municipio de Timbiquí del departamento del Cauca. Para el año 2011, se notificaron 5 muertes maternas, de las cuales 4 eran residentes de Buenaventura y 1 del municipio de Puerto Leguizamón, del departamento de Putumayo. Finalmente, para el año 2012, Buenaventura notificó 12 muertes

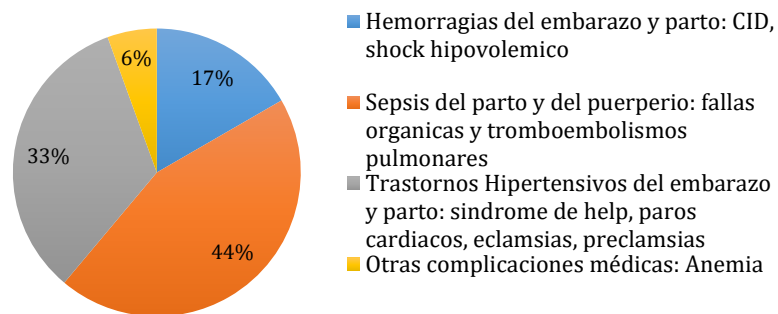
maternas, de las cuales 1 era proveniente del municipio de Cocoma, departamento de Chocó; 3 eran provenientes de los municipios de López de Micay, Timbiquí y Saija en el departamento del Cauca.

Tomando en cuenta que la medición de la mortalidad materna en el país es consolidada administrativamente por el lugar de residencia mas no el de ocurrencia, para objeto de este estudio, se incluirán las 18 muertes maternas analizadas, vigiladas y notificadas por el distrito portuario de Buenaventura, durante los años 2010, 2011 y 2012 al SIVIGILA.

A continuación se realiza la caracterización de las muertes maternas, con la información resultante de las unidades de análisis realizadas por el área de vigilancia epidemiológica de la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura y con el apoyo técnico del Ministerio de la Salud y la Protección Social y la organización Panamericana de la Salud.

- De las 18 mujeres que murieron por causas relacionadas con la gestación el parto y el posparto, las causas básicas de las muertes fueron en su mayoría por sepsis del parto y pos parto, seguido de los trastornos hipertensivos del embarazo y parto, y las hemorragias del embarazo y parto (Gráfico 4).

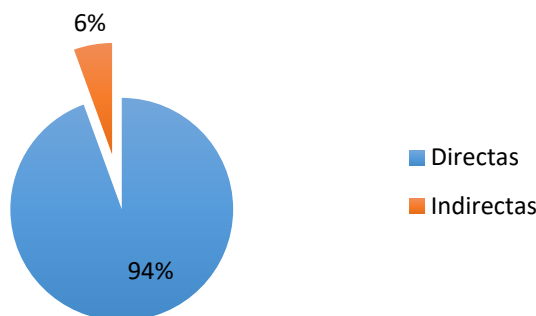
Gráfico 4. Causas Básicas de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de los reportes del SIVIGILA de datos básicos y complementarios para el evento 550: Muertes maternas, los años 2010, 2011,2012.

- De las 18 mujeres que murieron por causas relacionadas con la gestación el parto y el posparto 17 fueron clasificadas como Directas, con diagnósticos relacionados al embarazo parto y pos parto y 1 como Indirecta por tener como diagnostico antes del embarazo, anemia falciforme (Gráfico 5).

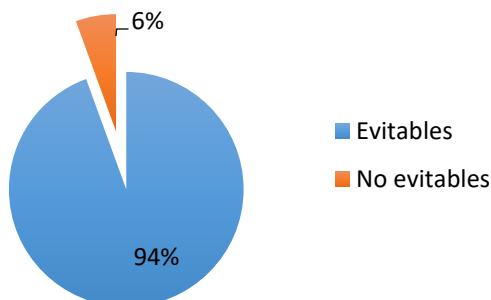
Gráfico 5. Clasificación según causalidad de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de los reportes del SIVIGILA de datos básicos y complementarios para el evento 550: Muertes maternas y las unidades de análisis realizadas por el ente territorial los años 2010, 2011, 2012.

- De las 18 mujeres que murieron por causas relacionadas con la gestación el parto y el posparto 17 fueron clasificadas como Evitables, y 1 como No evitable, como se muestra a continuación (Gráfico 6).

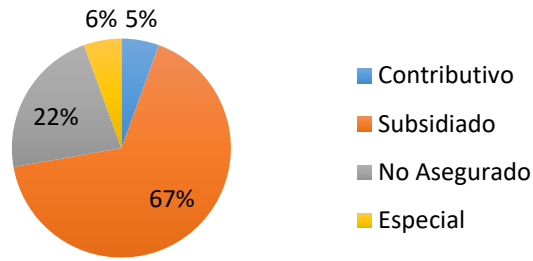
Gráfico 6. Clasificación según evitabilidad de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de los reportes del SIVIGILA de datos básicos y complementarios para el evento 550: Muertes maternas y las unidades de análisis realizadas por el ente territorial los años 2010, 2011, 2012.

- Con relación al régimen de aseguramiento de las 18 mujeres que murieron por causas relacionadas con la gestación el parto y el posparto, 12 pertenecían al régimen subsidiado, 4 No aseguradas, 1 era del régimen contributivo y 1 del régimen especial, como se muestra a continuación (Gráfico 7).

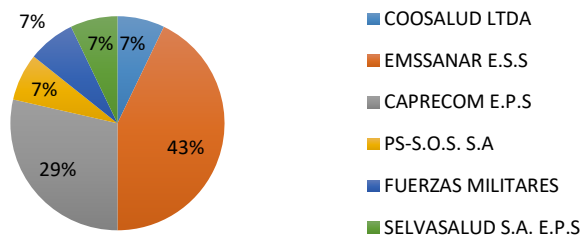
Gráfico 7. Tipo de Aseguramiento de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de los reportes del SIVIGILA de datos básicos y complementarios para el evento 550: Muertes maternas y las unidades de análisis realizadas por el ente territorial los años 2010, 2011,2012.

- De las 18 mujeres que murieron por causas relacionadas con la gestación el parto y el posparto, 6 estaban aseguradas por EMSSANAR E.S.S, 4 por CAPRECOM E.P.S, 1 por COOSALUD LTDA, 1 PS-S.O.S. S.A, 1 por SELVASALUD S.A. E.P.S y 1 estaba asegurada por el régimen especial de las Fuerzas Militares (Gráfico 8)

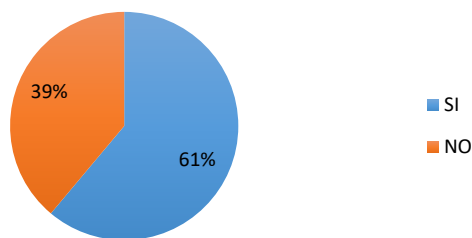
Gráfico 8. Aseguradoras de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de los reportes del SIVIGILA de datos básicos y complementarios para el evento 550: Muertes maternas y las unidades de análisis realizadas por el ente territorial los años 2010, 2011,2012.

- Frente a la captación al control prenatal, de las 18 mujeres que murieron, 11 realizaron control prenatal y 7 no lo realizo (Gráfico 9):

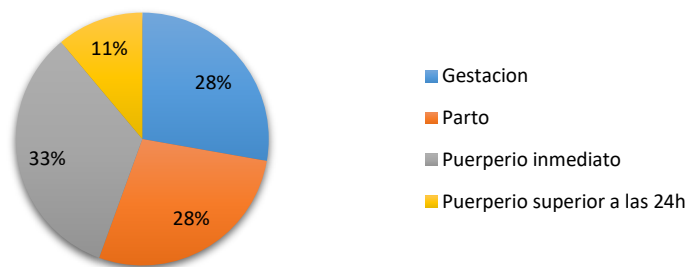
Gráfico 9. Control prenatal de las Muertes Maternas en Buenaventura 2010, 2011 y 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de los reportes del SIVIGILA de datos básicos y complementarios para el evento 550: Muertes maternas y las unidades de análisis realizadas por el ente territorial los años 2010, 2011, 2012.

- Finalmente, frente a la relación con el periodo gestacional en que ocurrió la muerte 6 ocurrieron en el puerperio inmediato, 5 en la gestación, 5 en el parto, y 2 en el puerperio superior a las 24 horas (Gráfico 10).

Gráfico 10. Muertes Maternas relacionadas con el periodo gestacional en Buenaventura 2010, 2011 y 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de los reportes del SIVIGILA de datos básicos y complementarios para el evento 550: Muertes maternas y las unidades de análisis realizadas por el ente territorial los años 2010, 2011, 2012.

Estos datos, obtenidos a partir del SIVIGILA, se configuran en la información oficial que se maneja de la problemática de la mortalidad materna en Buenaventura, sin embargo no se puede desconocer que existen fallas e inconsistencias entre los sistemas de información en salud y posiblemente exista un sub registro que puede obedecer a diversas dinámicas sociales e institucionales. Adicionalmente, la discriminación de la información muchas veces resulta insuficiente para construir análisis profundos que den cuenta de la complejidad contextual y las desigualdades producidas por las desventajas sociales injustas y evitables (11).

A partir de la línea base creada con la información disponible, se logró identificar vacíos que deben ser explorados para aportar en la comprensión de la mortalidad materna en Buenaventura. Por un lado, no existen análisis que den cuenta de los condicionamientos sociales que determinan que, contrario a la tendencia nacional y departamental, Buenaventura tenga un aumento sostenido de la mortalidad materna. Por otro lado, no existe una problematización del hecho de que las muertes maternas registradas se concentren particularmente en mujeres perteneciente a etnias históricamente marginadas y vulnerables y adicionalmente, siendo la mortalidad materna un indicador de la calidad de los servicios de salud, no existe, en este contexto, un análisis que dé cuenta del acceso a los servicios de salud y su calidad.

La información recolectada, da un inmenso valor a las causas conductuales, clínicas y biológicas, pero no existen análisis que articulen efectivamente estas condiciones individuales con las condiciones sociales, desarticulando al individuo de su contexto y desconociendo el hecho de que lo biológico se encuentra determinado por las condiciones en viven y trabajan las personas.

1.2 Preguntas de investigación

Con la problemática identificada, se decide delimitar el problema de investigación en función de la viabilidad del estudio (recursos, tiempo, logística), e indagar cualitativamente algunos determinantes intermedios, que se aproximen a la complejidad de los vacíos identificados, así las preguntas específicas a responder son:

- ¿Qué circunstancia materiales caracterizaron las condiciones de vida de las mujeres que murieron por causas directas a la maternidad, en Buenaventura durante los años 2010 a 2012?
- ¿Cómo era la cohesión social que tenían las mujeres que murieron por causas directas a la maternidad, en Buenaventura durante los años 2010 a 2012?
- ¿Qué papel jugó el sistema de salud en las muertes maternas registradas en Buenaventura durante los años 2010 a 2012?
- ¿Cuáles son los factores biológicos y conductuales que desencadenaron en muertes maternas en Buenaventura durante los años 2010 a 2012?.

2. Justificación

El derecho a la vida, es reconocido dentro del marco jurídico nacional e internacional como concepto universal. Configura la obligación de los Estados Sociales de Derechos como Colombia, de garantizar de manera universal e integral la vida y el libre desarrollo de las personas. La mortalidad materna constituye una violación al derecho a la vida como derecho fundamental humano. Así mismo, se considera una grave problemática social que a pesar de ser evitable, hoy en día las cifras continúan siendo altas, con el agravante de que existen brechas enormes entre regiones, en donde la población más vulnerable sigue presentando las tasas más altas de este indicador (2), (3).

Según datos de la OMS, para el año 2005, entre el 90% y el 95% de las muertes maternas en el mundo eran evitables con un adecuado diagnóstico de alteraciones en el embarazo y el uso efectivo de las tecnologías existentes (4). En la reunión convocada por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud OMS y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (FNUAP) en Nairobi, Kenya, en febrero de 1987, se despliega la estrategia de *la maternidad segura*, en la que “*se plantearon diferentes estrategias tendientes a buscar las mejores condiciones para la mujer gestante y la prevención de los riesgos inherentes a los procesos de gestación, parto y puerperio*” (12). Más adelante, se desarrolla la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990 donde se reconoce la importancia de la mortalidad materna como indicador de desarrollo y bienestar en los países. En dicha conferencia, igualmente se aprobó mediante resolución *El Plan De Acción Regional De América Latina Y El Caribe* en aras de implementar acciones para la reducción de la mortalidad materna (16).

Uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 5) adoptados en la Cumbre del Milenio fue mejorar la salud materna con la reducción de la mortalidad en mujeres por causas relacionadas a la maternidad. Dentro del marco de seguimiento de los ODM, la comunidad internacional se comprometió a reducir entre 1990 y 2015 la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartos (16). Actualmente los mayores esfuerzos se han concentrado en la generación de investigaciones, metodologías y acciones para lograr la reducción de las muertes maternas y perinatales por causas médicas y no médicas que son totalmente prevenibles, así como las acciones de promoción y prevención y estrategias de acción intersectorial e interinstitucional. Sin embargo, los retos en salud pública, involucran analizar los distintos

determinantes sociales y del desarrollo que intervienen directamente en el estado de salud de las mujeres y su acceso a servicios de salud de calidad (13).

Una muerte materna tienen consecuencias graves para el bienestar de la familia, la comunidad y la nación, si se tiene en cuenta que la mujer se encuentra no sólo en edad reproductiva sino que, además, está en edad productiva, y en el contexto colombiano esto es clave ya que la mujer generalmente asume la responsabilidad de la educación de los hijos, labora y es proveedora del hogar (13). No obstante, debido a la persistencia de los problemas de equidad social y en salud en los grupos de población pobre, desempleada, en las minorías étnicas y raciales y en la población desplazada (14), esta problemática sigue presentándose de forma inaceptablemente alta, concentrándose particularmente en las capas de la población más vulnerable.

Dado que la costa pacífica colombiana y particularmente Buenaventura, históricamente ha tenido enormes brechas en los indicadores de salud, y es una de las regiones en donde más casos se reportan muertes maternas, se requiere un estudio que aborde los determinantes sociales de la salud relacionados con dichas muertes maternas en Buenaventura, que permita evidenciar aquellos condicionantes sociales que afectan la vida de las gestantes y profundizan las inequidades sociales y en salud, para de esta forma generar aportes en la comprensión de la problemática en un contexto que carece de análisis al respecto y proyectar propuestas dirigidas a tener una mayor justicia social, con la minimización de las disparidades evitables en salud y sus determinantes, limitando el impacto que genera dicho fenómeno no solo en las personas cercanas y familias sino también en el sistema sanitario Colombiano. Con este tipo de estudio se estarían generando pautas de abordaje de las muertes maternas para el Valle del Cauca y el país, desde una perspectiva más amplia que visibilice las dinámicas socio territoriales determinantes en la comprensión de la problemática de la mortalidad materna.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

- Identificar y describir los determinantes intermedios en las muertes maternas registradas en Buenaventura (Valle del Cauca), durante el periodo 2010 a 2012.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar y describir las circunstancias materiales que caracterizaron las condiciones de vida de las mujeres que murieron por causas directas a la maternidad, en Buenaventura durante los años 2010 a 2012.
- Describir el tipo de cohesión social que tenían las mujeres que murieron por causas directas a la maternidad, en Buenaventura durante los años 2010 a 2012.
- Describir el papel del sistema de salud en torno a las muertes maternas registradas en Buenaventura durante los años 2010 a 2012.
- Describir las condiciones biológicas, clínicas y los factores conductuales que presentaron las mujeres que murieron por causas directas a la maternidad.

4. Marco teórico

4.1 Mortalidad Materna

La gestación comprendida como proceso biológico, incluye la preparación del organismo con modificaciones anatómicas y funcionales que garantizan el desarrollo adecuado del feto (15). Durante este periodo el organismo de la mujer se ve afectado tanto anatómica como fisiológicamente en un proceso de adaptación que implica la prevención oportuna de complicaciones asociadas a dichas transformaciones.

Por otra parte, la maternidad se concibe como “*una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia*” (16). En este sentido, la maternidad se configura como uno de los momentos más importantes y trascendentales en la vida de toda mujer que por elección o no decide llevarla a cabo. Este hecho se encuentra directamente influenciado por procesos socio culturales a través de los cuales se ha asignado históricamente a las mujeres el rol de reproductoras –madres, abuelas- y que no se restringe al embarazo y al parto, sino que también la configura como la responsable de los procesos de reproducción social (17). Sin embargo, tanto la comprensión biológica del embarazo como la construcción social de la maternidad implican ubicar a las mujeres en uno de los momentos más peligrosos en la vida, involucrando análisis de las condiciones sociales y sanitarias de apoyo relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio.

En la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1992 (CIE-10), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **muerte materna** como “*la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales*”. En el mismo texto se define como *defunción materna tardía*, al evento generado por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo. La definición planteada por la OMS, de igual forma permite clasificar las defunciones maternas en función de sus causas. Se conciben como causas *directas* aquellas resultantes de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y pos parto; incluye intervenciones del Sistema de salud, omisiones, tratamientos incorrectos o acciones que generen cualquiera de las consecuencias

mencionadas. Por otra parte, las causas *indirectas* son las resultantes de enfermedades pre existentes a la gestación, o que evolucionaron durante el mismo (18).

De igual forma, una muerte materna es el producto final de la correlación de una serie de factores que interactúan a través de toda la vida de la mujer. La muerte o el deterioro de la salud de una mujer tienen consecuencias graves para el bienestar de la familia, la comunidad y la nación. Estudios recientes sobre los roles de las mujeres en la sociedad, demuestran el importante papel que ellas desarrollan en el ejercicio y la construcción social de feminidad. La CEPAL, en la reunión técnica sobre la incorporación de la perspectiva de género en la medición de pobreza (19), define los roles *productivos, reproductivos y comunitarios* de la mujer. Esta definición involucra dentro del rol *reproductivo* el papel social en el que las mujeres siempre son visualizadas: como madres, cuidadoras (de hijas e hijos, personas ancianas o enfermas, etc.) y como principales reproductoras de la vida y de los trabajos domésticos. Dentro del mismo análisis, el *rol productivo*, comprende actividades generadoras de ingresos, que no suelen ser socialmente reconocidas con tanta fuerza en las mujeres como si en los hombres. Finalmente el *rol comunitario* basa sus manifestaciones en el desarrollo de actividades sociales, educativas o de cuidado alrededor de la construcción de sociedad (1)

En este sentido, autores como Denman (2007), apuntan la necesidad de analizar las repercusiones de las desigualdades de género en el acceso desigual al poder económico, político y social, factores que concursan para que las mujeres sean más vulnerables a enfermar y morir (20).

Una muerte materna constituye un problema social y de salud pública, ya que convergen múltiples factores, que se agravan en contextos donde predomina la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y que involucra dentro de la prestación de servicios en salud barreras de acceso, oportunidad y calidad (13). Por este motivo, este evento se ha constituido en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de las regiones (4).

4.2 Mortalidad materna y derechos humanos

Los derechos humanos contenidos en los pactos internacionales consagran la obligación de los Estados de hacer efectiva la dignidad de las personas, garantizando los derechos humanos, de manera universal e integral, la realización efectiva de las libertades y derechos se vincula con

la ampliación de las capacidades y potencialidades que toda sociedad debe asegurar a sus miembros. Propósito de superar la inequidad que impiden su realización humana.

En el Estado recae la obligación de garantizar los derechos en su conjunto, en tres responsabilidades directas: respetar, proteger y restituir, lo que implica evitar medidas que obstaculicen o impidan el disfrute de los derechos; garantizar la provisión de condiciones y recursos necesarios para hacer efectivo los derechos y restituirlos cuando estos son vulnerados.

Dentro del marco legislativo colombiano, La Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y derechos reproductivos (PNSDSDR) busca crear los mecanismos para que las personas en ejercicio de su ciudadanía comprendan sus derechos, los ejerzan y los exijan, con el propósito de superar la inequidad que impide su realización humana, mediante el despliegue de acciones en los enfoques de derecho, diferencial de género y de determinantes sociales (12).

Esto implica la generación de acciones que respondan a las necesidades específicas de la población adecuado a las particularidades que representa cada territorio. De este modo, la política se convierte en la herramienta fundamental desde la obligatoriedad para frenar arbitrariedades, inequidades e injusticias en lo que respecta a procesos biológicos y culturales alrededor del cuerpo, la salud, la sexualidad y la reproducción humana. La mortalidad materna y perinatal, puede caracterizarse como el resultado de un sin número de problemáticas sociales asociadas a la no garantía de estos derechos por parte del Estado y a la dificultad para su movilización y apropiación comunitaria; situación aún más conflictiva en contextos con gran dispersión geográfica, diversidad étnica y cultural.

4.3 Determinantes sociales de la salud

El enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los ministerios de Salud de varios países. Es además un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología (21). En este enfoque se reconoce que las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, determinan su salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (22).

Los componentes básicos del marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud incluyen: la situación socioeconómica y la política, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios (18).

El contexto socioeconómico y político

El contexto socioeconómico y político abarca el conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de la gente (23). Incluye los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas.

No solo es fundamental reconocer la repercusión de los determinantes sociales sobre la salud de las personas y los grupos de población; también es necesario considerar los mecanismos por los cuales las políticas redistributivas, o la falta de ellas, pueden configurar los propios determinantes sociales de la salud. Así, los mecanismos de estratificación social, junto con los elementos del contexto socioeconómico y político, constituyen lo que se denomina como determinantes sociales de las inequidades en salud (23). Los elementos básicos que deben considerarse incluyen la gobernanza y sus procesos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda (24), las políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.) (25), los valores culturales y sociales, y los resultados epidemiológicos (26).

Los Determinantes Estructurales

El concepto de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Los principales determinantes estructurales definidos en el enfoque son:

- **Posición socioeconómica:** Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social (26). En este apartado también se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas (27). La desigualdad que se produce se define relacionamente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de «las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias», que se denominan clasismo, sexismo o racismo (28) (29).
- **Género:** El género puede funcionar, junto con la posición social y el grupo étnico, como determinante estructural debido a la influencia fundamental que tiene en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios. La división de las funciones según el sexo y el valor diferencial asignado a esas funciones se traducen en asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos de protección social fundamentales como la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social (26).
En la Región de las Américas, las mujeres, como grupo, han dejado atrás a los hombres en cuanto a escolaridad; sin embargo, esta paridad relativa no se ha reflejado en otras esferas, como los ingresos y la representación política. Revela, sin embargo, que la matrícula escolar, un determinante fundamental de la salud, se ve afectada por el género y la posición social (26).

- **Raza y grupo étnico:** La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud. Dado que no es fácil conseguir datos desglosados por raza o grupo étnico, las pruebas actualizadas y empíricas sobre las consecuencias de la discriminación racial o étnica son fragmentarias y limitadas (26).

Los Determinantes Intermedios

Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios de la salud para producir resultados en salud. Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. La noción de vulnerabilidad supone que la interacción de factores de índole individual, colectivo y contextual, así como los recursos y capacidades de las personas determinan su grado de susceptibilidad frente a la exposición o desarrollo de determinado agravo o condición de salud. Esta concepción, a diferencia del enfoque de riesgo, permite el abordaje de los significados sociales atribuidos a diferentes prácticas y comportamientos para el desarrollo de intervenciones en salud acordes al contexto particular de individuos y grupos. (30) (31)

Las principales categorías de análisis que dan cuenta de los determinantes intermedios de la salud son: las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud.

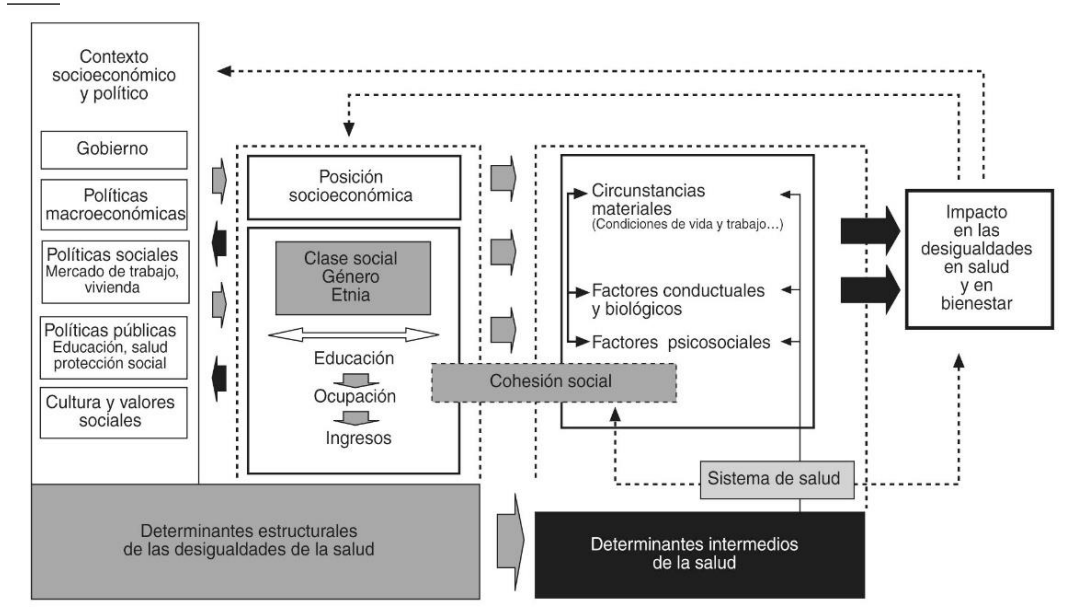
Estos factores son:

- *Las circunstancias materiales*, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia (32)
- *Las circunstancias psico- sociales*, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc. (33)
- *Los factores conductuales y biológicos*, como los estilos de vida (nutrición, actividad física) que dañan la salud. Dentro de los factores biológicos se encuentran las condiciones de salud clínicamente observables, incluyendo también los factores genéticos.
- *La cohesión social*, entendida como la existencia de confianza mutua, solidaridad y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera

en que las personas valoran su salud (34), incluye el tejido social y las redes de apoyo.

- *El sistema de salud*, pues aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos. Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales (35).

Gráfico 11. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente: Commission on Social Determinants of Health, WHO (36)

Un modelo integral de Determinantes Sociales de la Salud debe lograr: aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; indicar cómo se relacionan entre sí los determinantes principales; proporcionar un marco para evaluar cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud más importantes de abordar; proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los Determinantes Sociales de la Salud (37).

Los determinantes sociales del nivel de salud promedio en una población no son necesariamente los mismos que los de las brechas en nivel de salud entre grupos de distinto

nivel socioeconómico (38). Entre los muchos factores y procesos sociales que influyen sobre la salud promedio de una población, algunos afectan de manera más significativa a ciertos grupos más vulnerables y contribuyen a aumentar las diferencias en nivel de salud entre distintos grupos sociales. Esta distinción es importante desde el punto de vista de las políticas de salud, porque es posible promover iniciativas relacionadas con los determinantes sociales de salud que mejoren los indicadores de salud promedio en un país, sin alterar el grado de inequidad en salud entre los grupos privilegiados y los más desfavorecidos (37).

4.4 Equidad en salud

Estrechamente vinculado al análisis de determinantes sociales se encuentra el análisis de inequidades en salud. La equidad según los planteamientos de la Comisión de Determinantes sociales de la salud (CDSS) de la OMS, se entienden como la ausencia de las desigualdades injustas y evitables que son explicadas, precisamente, por los determinantes sociales de la salud (39). No obstante esta concepción de equidad, se ve muy limitada en la medida en que plantea una mirada desde las capacidades y habilidades de los sujetos para tomar decisiones que les permitan mantener y mejorar su estado de salud (40), manteniendo un enfoque sobre el individuo. De allí que el concepto de equidad haya tenido más desarrollos por parte de diversos autores, que han contribuido a profundizar en la importancia y las implicaciones que tiene el análisis de ésta categoría en salud.

En este trabajo se enfatizará particularmente en los desarrollos de Braverman en torno a la equidad en salud. Esta autora entiende que las desigualdades en el estado de salud son producto de las desventajas sociales que pueden medirse teniendo en cuenta características como la riqueza, la educación, la ocupación y el grupo racial, étnico o religioso. Por tanto, la equidad en salud es la minimización de las disparidades evitables en salud y sus determinantes – incluida pero no limitada a la atención médica – entre grupos de personas que tienen diferentes niveles de ventajas sociales en cuanto a riqueza, poder o prestigio (11), logrando así una ausencia de diferencias en salud entre los grupos menos y los más desfavorecidos (41).

Las desigualdades en materia de salud ponen sistemáticamente a los grupos de personas que ya están en desventaja social (por ejemplo, en virtud de ser pobres, de sexo femenino, y / o miembros de un grupo racial, étnica, religiosa o privados de sus derechos) en una mayor

desventaja con respecto a su salud; y la salud es esencial para el bienestar y para la superación de otros efectos de la desventaja social (42).

Hay poco consenso en el significado de los términos “disparidades en salud”, “desigualdades en salud” o “equidad en salud. Las disparidades o desigualdades en salud es un tipo particular de diferencia en salud, que se expresan en los grupos en desventaja social como las minorías étnicas, raciales, las mujeres entre otros (estas diferencias son potencialmente objeto de las políticas) y que se comparan con los grupos más favorecidos. La equidad en salud por tanto es la eliminación de las disparidades / desigualdades (11).

La equidad significa justicia social; es un concepto ético, basado en los principios de la justicia distributiva y los derechos humanos. La definición propuesta de la equidad apoya el derecho al nivel más alto posible de salud, tomando como referencia el estado de salud de los grupos más favorecidos socialmente, por tanto la evaluación de la equidad en salud requiere la comparación de la salud y sus determinantes sociales entre los grupos con más ventajas sociales y los grupos con más desventajas sociales. Estas comparaciones son esenciales para evaluar si las políticas nacionales e internacionales están conduciendo hacia una mayor justicia social en salud (43).

De acuerdo con los principios de los derechos humanos, todos los derechos humanos son considerados interrelacionados e indivisibles (44), por tanto el derecho a la salud no se puede separar de los otros derechos esenciales, y requiere que las personas tengan igualdad de oportunidades para estar sanas, es decir, que tengan condiciones de vida dignas en los hogares, en las comunidades y en el trabajo. De allí que la preocupación por la igualdad de oportunidades y la ausencia de disparidades sociales sistemáticas, se incluyan como ejes fundamentales en la definición de la equidad en salud (42).

Al igual que la mayoría de conceptos, la equidad en salud no se puede medir directamente, no obstante se puede hacer uso del concepto de igualdad para operativizar la equidad en salud y lograr obtener algunas medidas que den cuenta de ella. Esto es posible, si se tiene como premisa que la equidad en salud significa igualdad en las oportunidades para estar sano en toda la población. Por tanto la equidad en salud implica que las políticas y la distribución de los recursos se encaminan hacia la igualación de los resultados en salud entre los grupos sociales en desventaja con aquellos grupos más favorecidos de la sociedad. Es importante tener en cuenta que no solo se trata de políticas y recursos del sector salud, sino de todos aquellos sectores que juegan un papel importante en la conformación de la salud, muchos de los cuales están fuera del control inmediato del sector salud (42).

La equidad en salud es inevitablemente multidimensional y su análisis es fundamental para entender la justicia social. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia (45).

Al ser un concepto multidimensional, la equidad en salud incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no solo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria. Además, un buen compromiso con la equidad en salud también necesita que las consideraciones sobre la salud se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global, prestando suficiente atención a la versatilidad de los recursos y a las diferencias de alcance e impacto de los diferentes acuerdos sociales (45).

4.5 Investigación cualitativa

El enfoque cualitativo busca profundizar en *los significados subjetivos y la comprensión de un contexto donde ocurre un fenómeno más allá de las mediciones que se busca hacer sobre ellos*. Este enfoque basa su accionar en los paradigmas de la *teoría crítica y el constructivismo* (46). La teoría crítica realiza acercamientos a *la transformación de la estructura de la sociedad como la política, la cultura, economía, etnicidad o el género*; mientras el constructivismo fundamente como propósito de investigación *la comprensión y reconstrucción de la realidad previa* (47).

La investigación cualitativa pretende ahondar en hallazgos diferentes a los métodos de medición tradicionales. Autores como Anselm Satrauss y Julieth Corbin describen como principal alcance de este tipo de investigación saber *sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como al funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre las naciones donde el grueso del análisis es interpretativo* (48). Para el caso de la investigación propuesta en este documento se pretende por medio de entrevistas semi estructuradas y observaciones de la realidad la obtención de datos significativos para personas y familias diferentes en una realidad con características socioeconómicas particulares. A través de un

proceso no matemático, le son asignados códigos a las entrevistas realizadas a los actores seleccionados como fuentes de información y acorde a experiencias previas del investigador se profundiza en la indagación de categorías y subcategorías previamente determinadas. Acorde a la naturaleza de la problemática de las muertes maternas y su afinidad con las subjetividades de la investigadora, se busca obtener detalles complejos del fenómeno de la mortalidad materna como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de extraer o de aprehender por métodos de investigación más convencionales (49).

Como elementos principales de esta investigación cualitativa se presenta como *datos* aquellas expresiones recopiladas de las entrevistas realizadas. Como procedimientos para la interpretación y organización de estos datos se presenta una conceptualización de las categorías previamente establecidas desde el marco teórico de los determinantes sociales en salud intermediarios; adicionalmente se codifican cada una de las entrevistas extrayendo las categorías inicialmente propuestas.

Como método de análisis de esta investigación cualitativa se propende por *la teoría fundamentada*, la cual se deriva *de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación* (49) proponen como fundamento teórico para el estudio de las muertes maternas en Buenaventura los determinantes sociales de la salud, la equidad, el enfoque de derechos, el enfoque de género y la epidemiología sociocultural.

5. Marco metodológico

5.1 Tipo de investigación

Estudio descriptivo de corte cualitativo de los determinantes sociales intermedios identificados en las muertes maternas registradas en la ciudad de Buenaventura entre 2010 y 2012.

5.2 Fases de la investigación

El proceso investigativo se llevó a cabo en las siguientes fases:

- **Fase documental teórica:**
 - a. Exploración de literatura sobre mortalidad materna.
 - b. Exploración de literatura sobre mortalidad materna en Colombia y en Buenaventura.
 - c. Desarrollo del marco teórico del enfoque de los Determinantes sociales de la salud y la equidad e identificación de categorías de análisis a explorar.

- **Fase de preparación a trabajo de campo.**
 - a. Preparación de instrumentos para recolección de información.
 - b. Elaboración de cronograma de actividades en campo y preparación de aspectos logísticos.
 - c. Consentimiento informado aprobado por Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

- **Fase de trabajo de campo**
 - a. Recolección de información de fuentes primarias, a partir de la aplicación de instrumentos y observación no participante.

- **Fase de sistematización, triangulación y análisis de la información recolectada en trabajo de campo.**

- a. La transcripción de la información recolectada en el trabajo de campo fue realizada en Microsoft Word, manteniendo al máximo la fidelidad de los datos.
 - b. Las entrevistas transcritas fueron sometidas a una codificación abierta y axial, de acuerdo a los perfiles de participantes con el fin de garantizar la confidencialidad de la información y facilitar la interpretación de resultados tal como sugiere Strauss y Corbin (Strauss & Corbin, 1998). La codificación realizada podrá ser vista en la tabla 3 en el numeral 5.3 donde se explica la selección de los participantes. Este proceso fue registrado con la ayuda del programa ATLAS.ti versión 7.5.4. La información y el material recolectado solo fue manipulado por la investigadora principal.
- **Fase de construcción de documento final.**
- a. Integración en un documento de todas las fases bajo los parámetros exigidos por la Universidad Nacional de Colombia.

5.3 Población sujeto de estudio y selección de los participantes

A partir de la información reportada por la secretaría de salud del distrito de Buenaventura, al sistema de vigilancia en salud (SIVIGILA), se identificaron los casos de muertes maternas durante los años 2010 y 2012 y se seleccionaron los casos de estudio teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Muertes por causas directas asociadas al embarazo, parto y post parto durante los años 2010 a 2012.
- Mujeres con morbilidad materna extrema registradas entre los años 2010 y 2012.
- Mujeres que hubieran residido únicamente en el municipio de Buenaventura (Valle del Cauca).
- Datos de contacto actualizados en el sistema de información

Una vez aplicados los filtros de selección de las mujeres que murieron por causas directas a su embarazo, parto y pos parto, y previa aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, se contactó telefónicamente a las familias o personas

más cercanas que acompañaron todo el proceso de gestación incluyendo los cuidados del parto y pos parto de las mujeres de interés para la investigación.

A continuación en la tabla 3 se presentan los casos de muertes maternas durante los años 2010 y 2012 y la codificación asignada a cada una de ellas.

Tabla 3. Caracterización de los casos de muertes maternas seleccionados para el estudio.

| Código | Pertenencia Étnica | Edad | Residencia urbana/rural | Nivel de escolaridad | Ocupación | Causa de muerte |
|--------|--------------------|------|-------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--|
| P01 | Afrodescendiente | 21 | Urbana | Primaria incompleta | Habitante de calle-desplazada | Sepsis del puerperio |
| P02 | Afrodescendiente | 19 | Urbana | Primaria incompleta | Trabajadora sexual-desplazada | Otras complicaciones: Anemia |
| P03 | Afrodescendiente | 20 | Urbana | Primaria incompleta | Trabajadora informal | Trastornos hipertensivos del embarazo y parto. |
| P04 | Afrodescendiente | 26 | Urbana | Universitario incompleto | Comerciante | Sepsis del puerperio |
| P05 | Afrodescendiente | 17 | Urbana | Bachillerato incompleto | Estudiante | Hemorragia del embarazo y parto |
| P06 | Afrodescendiente | 20 | Rural | Primaria | Cabeza de hogar: trabajadora informal | Trastornos hipertensivos del embarazo y parto. |
| P07 | Afrodescendiente | 17 | Urbana | Bachillerato incompleto | Estudiante | Hemorragia del embarazo y parto |
| P08 | Afrodescendiente | 21 | Urbana | Bachillerato completo | Cabeza de hogar: trabajadora informal | Trastornos hipertensivos del embarazo y parto. |

Fuente: Elaboración propia

Seguidamente se realizó un muestreo por conveniencia para seleccionar 4 perfiles de participantes como fuentes de información para determinar las causas desencadenantes de las muertes maternas.

Perfil 1: Familiares o cuidadores de mujeres que murieron por causas directas asociadas al embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, en Buenaventura (Valle

del Cauca) durante los años 2010 a 2012. Estas personas tuvieron que estar en contacto con la gestante mínimo durante su periodo gestacional, parto y pos parto. Adicionalmente se propende que sean las madres o agentes principales del cuidado. Las personas deben tener sus datos de contacto actualizados con el fin de ser ubicadas, y acceder a participar en la investigación. De los familiares de las 18 muertes maternas ocurridas en el periodo establecido, 9 cumplieron con estos requisitos. Este perfil fue codificado como Familiar Cuidador (FC). A continuación en la tabla 4 se presenta una breve caracterización de los informantes clave correspondientes al perfil de Familiar o Cuidador de gestante con desenlace de muerte materna junto a los códigos asignados a las entrevistas.

Tabla 4. caracterización de los informantes clave correspondientes al perfil de Familiar o Cuidador de gestante con desenlace de muerte materna.

| Código de entrevista | Género | Edad | Relación con la fallecida | Ocupación | Escolaridad |
|----------------------|----------|------|---|--|----------------------|
| FCP01.1 | Femenino | 67 | Madre | Cabeza de hogar: trabajadora informal | Primaria incompleta. |
| FCP01.2 | Femenino | 38 | Funcionaria de Fundación de violencia sexual. | Coordinadora servicios sexuales y reproductivos. | Especializado. |
| FCP02 | Femenino | 62 | Madre | Cabeza de hogar: trabajadora informal/Dsicapacitada. | Primaria incompleta. |
| FCP03 | Femenino | 53 | Madre | Cabeza de hogar: trabajadora informal | Primaria incompleta. |
| FCP04 | Femenino | 31 | Hermana | Cabeza de hogar: trabajadora informal | Primaria incompleta. |
| FCP05 | Femenino | 56 | Madre | Cabeza de hogar: trabajadora informal | Primaria incompleta. |
| FCP06 | Femenino | 45 | Hermana | Cabeza de hogar: trabajadora informal | Primaria incompleta. |
| FCP07 | Femenino | 61 | Madre | Cabeza de hogar: trabajadora informal | Primaria incompleta. |
| FCP08 | Femenino | 28 | Madre | Cabeza de hogar: trabajadora informal | Primaria incompleta. |

Fuente: Elaboración propia

Perfil 2: Mujeres con morbilidad materna extrema. Se seleccionaron 2 mujeres con diagnósticos de Morbilidad Materna Extrema superadas con el fin de establecer los factores que dieron como resultado un desenlace positivo. Una de ellas es proveniente de la zona rural con el fin de obtener información de aquellos factores frente a la identificación del estado de salud y traslado hacia el casco urbano para contrastar aquellos determinantes que fueron superados en un desenlace positivo. El otro caso debía residir en la zona urbana con el fin de obtener elementos de contraste con aquellos factores superados. Este perfil fue codificado como Morbilidad Materna Extrema (MME) en la tabla 5.

Tabla 5. Aspectos generales de los casos morbilidad materna extrema, participantes del estudio.

| Código de entrevista | Etnia | Ubicación | Nivel de escolaridad | Edad (años) |
|----------------------|------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| MME-u | Afrodescendiente | Zona urbana | Bachillerato incompleto | 17 |
| MME-r | Indígena | Zona rural | Primaria incompleta | 29 |

Fuente: Elaboración propia

Perfil 3: Autoridad Sanitaria. Se seleccionó a un funcionario de la Secretaría Distrital de Salud, que fuera profesional de salud con experiencia mínima de 3 años en Salud Sexual y Reproductiva y que durante el periodo de estudio haya liderado los comités de vigilancia epidemiológica o participado en la investigación de los casos de las Muertes Maternas. Este perfil fue entrevistado con el fin de recopilar información frente a la prestación de servicios en salud materna y análisis institucional de las muertes ocurridas. Este perfil fue codificado como Autoridad Sanitaria (AS).

Perfil 4: Informante sobre el contexto. Se seleccionó a un conductor de taxi con experiencia mínima de 10 años en el ejercicio, oriundo y conocedor de la ciudad, que presta con frecuencia el servicio de transporte a los funcionarios de la Alcaldía Distrital. Se entrevistó a este informante con el fin de recopilar información del contexto, las vías de acceso a los barrios y las dificultades para acceder a los mismos. Este perfil fue codificado como Informante de Contexto (IC).

A continuación en la tabla 6 se presentan los requisitos de los informantes clave seleccionados para participar en el estudio y la codificación asignada.

Tabla 6. Requisitos de los informantes clave seleccionados para participar en el estudio y codificación.

| Perfil | Requisitos de participación | Número de participantes seleccionados | Codificación para entrevista |
|--|--|---------------------------------------|---|
| Familiar o cuidador de gestantes con desenlace de muerte materna | Contacto con la gestante durante el periodo de gestación, parto y posparto. Posibilidad de ser contactados y aceptar voluntariamente participar en el estudio. | 9 | FCP01.1 FCP01.2 FCP02 FCP03 FCP04 FCP05 FCP06 FCP07 FCP08 |
| Mujeres con morbilidad materna extrema | Gestante con diagnóstico de Hipertensión Inducida por la gestación sin complicaciones en el trabajo de parto, parto y puerperio, con recién nacido sano, habitantes de la zona rural y urbana. | 2 | MME-u para la zona urbana MME-r para la zona rural |
| Autoridad Sanitaria | Profesional de la salud de la Secretaria de Salud de Buenaventura con 3 años de experiencia en trabajo de salud sexual y reproductiva. Participación en COVES y unidades de análisis en el periodo del estudio. | 1 | AS |
| Informante del contexto | Conductor de taxi con 10 años de experiencia en el ejercicio, conocedor de la situación de seguridad de la ciudad y de fronteras invisibles dominadas por facciones de delincuentes. | 1 | IC |

Fuente: Elaboración propia

5.4 Proceso de recolección de la información

Previo cumplimiento de consideraciones éticas, se aplicaron entrevistas semi estructuradas a los familiares más cercanos que acompañaron todo el proceso y cuidado de la gestación de las mujeres que murieron, a las mujeres que sufrieron morbilidad materna extrema y a los actores claves definidos para triangular la información. Las entrevistas fueron realizadas en las visitas domiciliarias y todas fueron grabadas. La aplicación de las entrevistas a los diferentes actores se dio entre el 14 y el 21 de octubre del 2016.

En la inmersión en campo se realizó una observación no participante, que fue registrada en cuaderno de notas y en notas grabadas.

Todas las entrevistas y grabaciones fueron transcritas y codificadas en todos los casos investigados, para garantizar la confidencialidad de los datos aportados por los participantes.

Adicionalmente, a través de la coordinación del programa de “Maternidad segura” de la E.S.E. Luis Ablanque de la Plata (Buenaventura-Valle del Cauca), se identificaron dos casos de morbilidad materna extrema que no desencadenaron en muerte, con el fin de contrastar frente al análisis de los determinantes sociales intermediarios aquellos factores de cohesión social, circunstancias materiales, aspectos biológicos y conductuales y sistema de salud que incidieron en un positivo desenlace. De igual forma se identifico un conductor de taxi conocedor del territorio urbano de Buenaventura como fuente de información frente al acceso a los diferentes barrios y vías de la ciudad.

5.5 Identificación de categorías de análisis y operacionalización metodológica

A partir del marco teórico de los determinantes intermediarios de la salud se escogieron las siguientes 4 categorías deductivas que orientaron las entrevistas semiestructuradas: Circunstancias materiales, cohesión social, factores conductuales y bilógicos y el sistema de salud. La tabla numero 7 presenta las 4 categorías y las técnicas y herramientas utilizadas para la recolección de información.

Tabla 7. Identificación de categorías de análisis y técnicas

| Dimensión | Categorías de análisis | Técnicas |
|---------------------------|------------------------------------|---|
| Determinantes intermedios | Circunstancias materiales | a. Entrevistas semiestructuradas Observación no participante |
| | Factores conductuales y biológicos | a. Entrevistas semiestructuradas b. Observación no participante c. Análisis de historias clínicas |
| | Cohesión social | a. Entrevistas semiestructuradas Observación no participante |
| | Sistema de Salud | a. Análisis de información secundaria científica e institucional. b. Entrevistas semiestructuradas |

Fuente: Elaboración propia

La información de las entrevistas fue sistematizada a través del software atlas ti en las 4 categorías mencionadas. Dentro de cada categoría se construyeron unidades de significado que permitieron la construcción de subcategorías emergentes. En la tabla 8 se presentan las 4 categorías iniciales y las subcategorías emergentes. En la categoría de *circunstancias materiales*, emergieron las subcategorías lugar de residencia y ocupación/ingresos.

Tabla 8. Categorías y sub categorías de análisis

| Categorías de análisis | Sub categorías |
|------------------------------------|---|
| Circunstancias Materiales | <u>Lugar de residencia:</u> Incluye características de la vivienda y el entorno en términos materiales y sociales (tenencia, servicios públicos, infraestructura, segregación social y territorial, problemáticas sociales como violencia, etc.). |
| | <u>Ocupación/ingresos:</u> Fuentes de ingresos y condiciones de trabajo. |
| Cohesión Social | <u>Redes Familiares:</u> Primeros respondientes ante la emergencia obstétrica. Redes familiares de apoyo |
| | <u>Redes Comunitarias:</u> Redes comunitarias de apoyo. |
| | <u>Condición sistémica de Base:</u> Enfermedades pre existentes |
| Factores conductuales y biológicos | <u>Edad:</u> Edad en la que quedó embarazada |
| | <u>Signos y Síntomas de riesgo en el embarazo:</u> Hace referencia a los Síntomas y signos de peligro en el embarazo, parto y pos parto. |
| | <u>Acceso:</u> Barreras de acceso institucionales (Incluye los tiempos de espera) |
| Sistema de Salud | <u>Adecuación Cultural:</u> La prestación de servicios fue o no adecuada acorde a las particularidades de la gestante en el momento de la emergencia |

Categorías de análisis
Sub categorías

Calidad: Pertinencia en la prestación de servicios

Oportunidad: Oportunidad en la prestación de servicios.

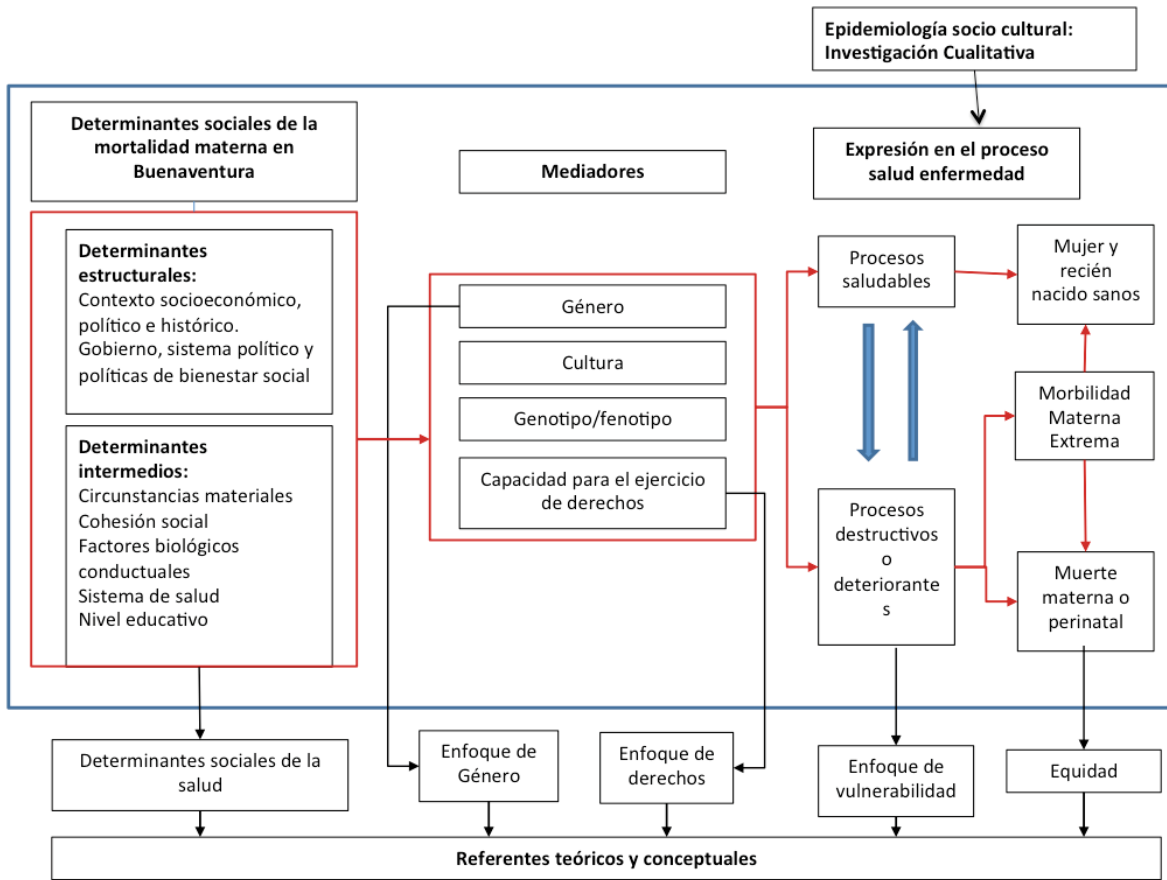
Fuente: Elaboración propia

El análisis de la información cualitativa será triangulado con estudios relevantes en el tema y los referentes conceptuales y teóricos propuestos con el fin de garantizar la validez de los resultados.

Como esquema de análisis de las categorías previamente establecidas, se establece los postulados de la teoría fundamentada a partir de los enfoques teóricos propuestos en esta investigación y desarrollados en el marco teórico conceptual. Estos fundamentos guardan una relación directa con los datos recopilados permitiendo analizar el fenómeno de la mortalidad materna en Buenaventura y aumentando la comprensión del problema de investigación(49). Para el análisis de la interrelación de la fundamentación teórica con los datos obtenidos en las entrevistas se propone un esquema de relacionamiento teórico.

En el esquema se presenta en la grafica 12 se muestra el marco de los determinantes Sociales en Salud y los aspectos a valorar a nivel estructural. De igual forma se presentan los determinantes intermedios seleccionados como categorías de análisis de esta investigación con el fin de determinar su interrelación con los factores mediadores o modificadores del accionar de los determinantes como el género, la cultura, el genotipo/fenotipo y su capacidad para el ejercicio de los derechos. Estos se encuentran en el marco de un conjunto de fuerzas que potencializan procesos de protección y mejora o deterioro y destrucción de la salud para la materialización o expresión del proceso de salud y enfermedad. La interrelación de estos factores y el análisis desde los enfoques propuestos en el marco teórico brindan elementos para la descripción a profundidad de las circunstancias en las que vivían las mujeres que mueren en buenaventura durante los años 2010-2012 por causas directas a su embarazo.

Gráfico 12. Esquema de relacionamiento teórico



Fuente: Elaboración propia

5.6 Limitaciones

- Recursos materiales, humanos y logísticos limitados: la investigadora financió el estudio de campo con recursos propios, los cuales no fueron suficientes para una mayor permanencia y movilización en el territorio.
- Sub-registros en los sistemas de información: la información algunas veces se presentaba de forma incompleta o no concordaba entre las distintas fuentes revisadas.
- Condiciones seguridad y orden público adversos: esta limitación no permitió la entrada a determinados sectores de la ciudad por presencia de grupos al margen de la ley.

- Tiempo limitado para inmersión en las comunidades para realizar un diagnóstico participativo: no fue suficiente el tiempo de inmersión para el desarrollo de las entrevistas.
- Sesgos de memoria por parte de los entrevistados: tiempo transcurrido entre la ocurrencia del evento y la entrevistas fue de aproximadamente 4 años.
- Sesgos de información por parte de los entrevistados: solo se analizaron los casos que estaban disponible y es probable que la información aportada sea insuficiente para generar conclusiones generalizadas sobre el fenómeno estudiado.

5.7 Aspectos éticos

Este estudio asumió los lineamientos internacionales propuestos por El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), registrados y publicados en el informe **Pautas Éticas Internacionales Para La Investigación Biomédica En Seres Humanos** de 2002 (50) y el documento **International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies**, publicado por el CIOMS y la OMS en 2008 (51). En estos documentos se especifica los principios Éticos que deben regir toda investigación con seres humanos, las particularidades que se deben tener en cuenta, la protección y las garantías que debe brindar el estudio y las consideraciones que deben tener los consentimientos informados.

Los criterios principales a los que esta investigación responde son: de respeto a la dignidad, la protección a los derechos y el bienestar de las personas involucradas.

Así mismo, éste estudio siguió los lineamientos y la normatividad expuesta en la Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993 (52), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bajo esta normatividad, este estudio se considera una **INVESTIGACIÓN SIN RIESGO**¹.

Para la aplicación de los instrumentos propuestos (Entrevistas y observación no participante), previamente se presentó la propuesta al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la

¹ Artículo 11, categoría a. Resolución n° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993), Ministerio de Salud (Colombia)

Universidad Nacional de Colombia. Una vez, obtenido el aval del Comité de Ética, en el trabajo de campo el procedimiento para la toma del consentimiento informado, fue ejecutado por un profesional con conocimiento y experiencia, garantizando la integridad de los sujetos de estudio y con las aptitudes y actitudes para explicar de forma completa y clara a las personas involucradas, la justificación y los objetivos del proyecto; los procedimientos a realizar, las molestias, los beneficios; la posibilidad de recibir respuesta en caso de duda; de su libertad para poder retirarse en cualquier momento de la investigación y sobre la confidencialidad, y privacidad de la información aportada.

Para garantizar la protección y confidencialidad de la información suministrada por los participantes, los consentimientos informados fueron manipulados y custodiados únicamente por los investigadores principales.

Los resultados fueron válidos de acuerdo con los lineamientos establecidos para el desarrollo de la investigación propuesta y finalmente las consideraciones éticas pueden ser aplicables y extrapoladas a contextos similares en los aspectos pertinentes.

Se declara que no existen conflictos de intereses en este estudio, ni compromisos contractuales que puedan interferir en los resultados y conclusiones de la investigación.

6. Resultados

Una vez aplicados los criterios de selección, se realizaron visitas domiciliarias y entrevistas a ocho familias de mujeres que murieron por causas directas asociadas al embarazo durante los años 2010 y 2012. Adicionalmente se entrevistaron a dos mujeres con morbilidad materna extrema que no desencadenaron en muerte, a la referente de vigilancia epidemiológica de Buenaventura, durante los años 2010-2012 y a un taxista conocedor del territorio.

A continuación se describen los principales hallazgos encontrados a nivel de los determinantes intermediarios que, en su conjunto configuraron la realidad contextual en que vivieron y murieron las mujeres sujeto de esta investigación, en este territorio en particular.

Para efectos prácticos se presentaran los resultados de acuerdo a las categorías de análisis de interés planteadas en la metodología y se finalizará con un análisis articulador de todos los hallazgos.

6.1 Aspectos generales

En términos generales, de los diez casos investigados (ocho de mortalidad materna y dos de morbilidad materna extrema), nueve correspondían a mujeres afrodescendientes y una mujer indígena. Todos los casos de mortalidad correspondieron a mujeres afrodescendientes.

De los casos de mortalidad materna, siete vivían en la zona urbana de Buenaventura y una en la zona rural. En los casos de morbilidad extrema, la mujer afrodescendiente vivía en zona urbana, y la mujer indígena vivía en zona rural.

De los ocho casos de muertes maternas, tres tenían primaria incompleta (ninguna se encontraba estudiando), dos tenían bachillerato incompleto (las dos habían continuado con sus estudios), una era bachiller graduada y una estaba en primer semestre de contaduría. De los dos casos de morbilidad materna extrema, la mujer indígena de zona rural contaba con primaria incompleta (no se encontraba estudiando), y la mujer afrodescendiente de zona urbana se encontraba terminando su último grado de bachillerato. Las edades de los diez casos oscilaban entre los 17 y los 29 años (tablas 3 y 5).

6.2 Descripción de hallazgos por categorías de análisis

A continuación se describen los principales hallazgos de acuerdo a las categorías de análisis.

Determinantes intermedio: Circunstancias materiales

Las circunstancias materiales describen las características de la vivienda y el lugar de residencia junto a los ingresos u ocupaciones. Para el caso de Buenaventura, según los relatos de los entrevistados, algunos barrios se caracterizan por estar ubicados en zonas marginales y de difícil acceso junto la presencia de actores armados que dificultan el acceso y salida de personas ante una situación de emergencia. Estas dificultades en el acceso impiden la prestación de servicios domiciliarios o el despliegue de actividades por parte de los agentes de salud. Esta situación es un factor de riesgo por que impide el seguimiento de las mujeres que no asisten a control prenatal, la búsqueda activa de gestantes y el seguimiento durante el puerperio.

Se evidencia que las condiciones de saneamiento básico, ante la carencia de servicios públicos como el agua generan condiciones insalubres profundizando condiciones de vulnerabilidad y exponiendo a las gestantes y mujeres en el puerperio a posibles infecciones.

Solo una de las mujeres contaba con recursos propios, lo cual pone a las demás en situación de desventaja al no tener garantía ni medios económicos formales de subsistencia que garanticen los cuidados propios de la gestación como la alimentación, el acceso a medicamentos o exámenes clínicos en caso de requerirse. Particularmente en el caso de la morbilidad materna extrema indígena residente en la zona rural, se destaca como factor protector el cultivo de alimentos propios de pan coger, ya que garantiza mejores oportunidades de alimentación y desarrollo de la gestación. A continuación se describe a mayor profundidad la situación de la mujeres en buenaventura y su relación con las circunstancias materiales.

Lugar de residencia

En términos generales, las mujeres que se ubicaban en la zona urbana de Buenaventura, vivían en barrios o sectores marginales caracterizados por ser de bajo costo para vivir pero con dificultad de acceso a agua potable, espacio habitable insuficiente, viviendas precarias y

espacios de recreación inexistentes. Adicionalmente, son barrios con altos índices de violencia generada por grupos delincuenciales o actores armados que generan **fronteras invisibles**². Esta realidad puede constatarse con expresiones comunes como:

“un ejemplo como de entrar uno a la gloria ,en horas de la noche o en cualquier hora del día no se puede entrar con facilidad porque son barrios que, si uno entra, allá hay personas que le van a decir a uno que va hacer a esos barrios o de pronto ,son barrios como ,es decir violentos que uno entra y entonces uno tiene que de pronto , darles, ellos no le dicen a uno directamente que les dé una vacuna ni nada pero que tiene que aportarle algo que para la causa” (Entrevista IC, Buenaventura 19/10/16).

Este tipo frases fueron reiterativas en las entrevistas realizadas, donde además aparece el cobro de “vacunas” o pequeños y medianos montos de dinero para poder ingresar al sector. Vale la pena aclarar, que este tipo de cobros solo son asignados a transportadores de servicios públicos y comunidad residente o concurrente en general.

De igual forma, en los relatos de las personas entrevistadas, al momento de socializarles el nombre de algunos barrios donde vivieron las mujeres objeto de esta investigación, expresan gran preocupación por la presencia de “casas de pique”³.

“Sí, anteriormente no, pero ahorita por decir algo si usted se mete al Progreso no sale con vida, no sale en el extra pues, si se mete al Caldas ¡Ay! Si es que es verda’ puede ser hombre o puede ser mujer, si es mujer va como informante y allá la desaparecen, la llevan a la casa’ de pique y allá queda”. (Entrevista FCP03, Buenaventura 20/10/16)

Para el caso de los funcionarios en salud, o agentes externos, el ingreso solo se puede realizar en compañía de algún residente del sector o previa aprobación los líderes de las bandas delincuenciales, tal como se expone en los siguientes comentarios.

" si entra ya una persona que es desconocida entonces ya de pronto las cosas se complicaran ,ya las cosas se tornan de una manera ,como para ellos allá más difícil, yo la verdad no sé pero ,pero si es difícil una persona conocida no puede entrar a esos barrios , por ejemplo como si, por ejemplo usted ,usted para entrar un ejemplo a viento

² Fronteras invisibles: Termino popular para referirse a la imposibilidad de transitar entre varios barrios o calles de un mismo barrio por presencia de grupos delincuenciales que ejercen total dominio y control en el sector. Generalmente, para el caso del transporte público, hay un cobro o “vacuna” por el ingreso.

³ Casas de Pique: termino popular para referirse a viviendas donde se realiza la retención de personas, homicidios y posterior desmembramiento de los cadáveres.

libre o a la inmaculada o a la gloria o por ejemplo al progreso o a esos barrios de la comuna doce usted no puede entrar sola usted tiene que entrar con alguien que este acompañado porque ,a usted la desconocen inmediatamente se le acercan a decirle que qué va hacer a ese barrio”. (Entrevista IC, Buenaventura 19/10/16)

La violencia generada por grupos al margen de la ley, en los diferentes sectores de Buenaventura imposibilita las visitas domiciliarias por parte de los agentes de salud, generando barreras de acceso y poniendo en riesgo la vida de los funcionarios.

“Si bien es cierto yo viví la experiencia, nosotros una vez en una visita nos dijeron – Si no es verdad que ustedes vienen a visitar a esa persona... - porque habíamos tenido un muerto por dengue en esa época y fuimos de, en esa época no mentiras, ese fue un, un evento que nos sucedió en el 2013 y las, los grupos nos acompañaron hasta la casa y vieron que entráramos porque la advertencia era que si no era verdad, de allá no salíamos”. (Entrevista FCP03, Buenaventura 20/10/16)

La prestación de servicios en salud se encuentra condicionada por estos factores que proyectan imaginarios de inseguridad en la ciudad y como consecuencia poca disponibilidad de profesionales de salud.

“Buenaventura en un tiempo se tornó un poco violenta ¿sí? (muletilla), entonces “eh” hubo unos años casualmente más o menos en el 2010 “eeh” (muletilla) hubo dificultades, mucha muerte, grupos alzados en armas, paramilitares, guerrilleros que como tenemos una zona rural tan amplia están en esos sectores... hubo asonada aquí en Buenaventura de esos mismo personajes... bombas ... entonces eso no generó una buena imagen al interior del país, entonces obviamente muchos médicos y profesionales de la salud, mucha personas decían – ¿venir a Buenaventura a que me maten? ¡Ni de riesgo!” (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

Por otra parte, los barrios donde residían las mujeres objeto de esta investigación, contaban con características en común. En general, acorde con el contexto cultural de la región, la mayoría de las familias ubicadas en barrios costeros, vivían en casas palafíticas⁴, y con altos índices de necesidades básicas insatisfechas, como se constata en el siguiente comentario realizado por un funcionario de salud:

⁴ Casas palafíticas: viviendas apoyadas en pilares o simples estacas o casas en el agua construidas generalmente sobre cuerpos de aguas.

“tratan de vivir lo más cómodos entre comillas en casas palafíticas donde alrededor ves basuras, donde ves que la marea baja y sube con las mismas basuras, donde los niños se tiran a esas mismas basuras a bañar cuando la marea sube ¿sí?, donde no se consume agua hervida, difícilmente se lavan los alimentos o se lavan las manos frecuentemente ¿sí? Entonces todo eso son factores que han incidido mucho en el proceso... y, y los casos que hemos tenido han sido allá, no hemos tenido casos donde se pueda decir – No es que, no había ese condicionante para que no se presentara la enfermedad – entonces han sido factores importantes”. (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

Respecto al acceso a servicios públicos, Buenaventura en general cuenta con un servicio de acueducto irregular. A medida que el municipio se expande como producto de las migraciones desde la zona rural a la urbana, la conformación de barrios informales se acentúa hacia los alrededores de la ciudad.

“Nosotros en Buenaventura no tenemos agua sino día por medio en algunos sectores, porque en otros sectores, hemos estado o han estado, más bien, sin agua una semana, quince días, un mes y como nuestra zona se está expandiendo, está creciendo geográficamente pues obviamente hay otros sectores donde esas necesidades básicas abundan, donde no tiene energía, no hay agua, donde les toca cargar, hay que esperar que el carro entre, hay que pedirle permiso al, a los dueños del pueblo donde vulgarmente se les llama aquí para, para poder entrar a suplir esas necesidades”. (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

Particularmente en tres de las viviendas, no se contaba con el servicio de acueducto municipal, dependiendo del suministro en carro tanques para el abastecimiento de este recurso.

“No, nosotros no tenemos agua, acá llenamos del carro tanque, o llenamos así donde un vecino de vez en cuando” (Entrevista MME-u, Buenaventura 19/10/16).

Aunque cinco de las ocho familias entrevistadas contaban en sus viviendas con servicios de acueducto y energía eléctrica, dos familias se encuentran ubicadas en barrios con dificultades en el manejo y disposición final de residuos, junto a inadecuados hábitos de higiene y manipulación de alimentos. Esta descripción se puede evidenciar con expresiones por parte de un funcionario de salud como:

“particularmente esas dos vivían en baja mar’... allá tratan de vivir lo más cómodos entre comillas en casas palafíticas donde alrededor ves basuras, donde ves que la marea

baja y sube con las mismas basuras, donde los niños se tiran a esas mismas basuras a bañar cuando la marea sube ¿sí?, donde no se consume agua hervida, difícilmente se lavan los alimentos o se lavan las manos frecuentemente ¿sí? Entonces todo eso son factores que han incidido mucho en el proceso... y, y los casos que hemos tenido han sido allá, no hemos tenido casos donde se pueda decir – No es que, no había ese condicionante para que no se presentara la enfermedad – entonces han sido factores importantes”. (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

En cuanto a las familias ubicadas en zonas rurales dispersas, como es el caso de una de las 2 mujeres entrevistadas como morbilidad materna extrema, pertenece a la etnia Wounnan y reside en el río San Juan. La noción de vivienda se encuentra sujeta al territorio colectivo, que particularmente se encuentra ubicado en la frontera entre los departamentos de Choco y Valle del Cauca, tal como lo refiere el compañero de la mujer entrevistada⁵.

“ella dice que el Chocó está al lado del río San Juan se dividen por dos jurisdicciones, están “Tombai” y Chocó, por lado del Valle pues pertenece al municipio de Buenaventura y por el lado del Chocó el municipio de “Docordo” y dentro de ese municipio hay comunidades indígenas”. (Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16)

Sus viviendas se caracterizan por ser construidas en palafito. Cuentan con servicio irregular de energía eléctrica, la cocina es a base de leña y el agua es tomada directamente del río o de la lluvia.

“ella dice que las casa son normales, la luz es de la planta eléctrica, pero no es todos los días... si, solo algunas noche´... el agua la toman del río o de la lluvia... nunca se hierve...” (Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16)

Ante algún evento en salud, donde las personas deben ser remitidas de urgencia al municipio, las comunidades indígenas Wounnan, asociadas a la EPS indígena Mallamas, cuentan con una casa albergue.

“Aquí por lo general hay un sitio, casa de albergue en Buenaventura que está ubicado en el barrio Miraflores, llegan ahí, todos los pacientes llegan porque están afiliados con una

⁵ Al realizarse esta entrevista fue necesario contar con la presencia del compañero de la gestante, quien se ofreció como traductor.

EPS “Malla más” y pues con subsidio entonces los atienden especialmente a los que llegan.” (Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16)

Ocupación/Ingresos

De todas las mujeres investigadas, una se dedicaba al hogar y dependía económicamente de su pareja, según lo refiere su familiar:

“El respaldo él y el de su’ embarazos porque yo hasta una vez hablé con él y yo le dije a él que ya, cuando estaba embarazo del niño – que ya, que no tuvieran, que pa’ que tenían más hijos que ya, con eso’ - pues yo no estuve de acuerdo que ella saliera ‘e embarazo, ese próximo hijo no quería que lo tuviera, ¿Por qué? por la situación, la situación usted sabe que e’ dura y uno, pero él trabajaba”. (Entrevista FCP03, Buenaventura 20/10/16)

Dos de las mujeres eran estudiantes y dependían económicamente de sus familiares cercanos.

“Trabajo no porque ella, si ella no tenía, tenía yo porque yo trabajaba en ese entonces... Si le faltaba algo, por decir algo - mamá no tengo plata pa’ tal cosa – yo se la daba o – mamá no tengo comida – yo se la daba, así no era que no era que, yo no le veía pue’ por ese sentido yo no le veía el problema, el trabajo, que fuera a pasar hambre”. (Entrevista FCP07, Buenaventura 20/10/16)

Cuatro de las mujeres eran madres solteras cabezas de hogar, que debían trabajar para mantener sus familias.

“Cuando se separó del papá de los hijos se fue, se puso a lavar ropa ajena, yo me iba a ayudar a vender donde una viejita, ella me iba a ayudar a vender, ya después cuando le iba cogiendo ma’ ambiente se féi haciendo amiga de lo’ que traían chontaduro y ahí ya le fiaban que do’ latas y se puso a vender chontaduro, después ya cuando se conseguía otro’ pesito’ le metía mango, guayabas, de esa’ guayaba – manzana ...” (Entrevista FCP03, Buenaventura 21/10/16)

Sólo una de las mujeres contaba con negocios propios que le generaban renta y recursos necesarios para actividades de autocuidado.

“vivíamos en San Luis, ahí estuvo dos años ya terminando el 10 y el 11, ahí terminó y ahí ella ya se independizó, se abrió paso sola, hizo su casita y empezó a abrirse muchos

pasos, montó un, un local de venta de minutos, vendía minutos, colocó también un restaurante digamos ella era una persona muy, muy, muy aspirante, un restaurante y un café internet... de eso vivía...” (Entrevista FCP04, Buenaventura 20/10/16)

Finalmente una de las mujeres era habitante de calle, exponiéndose a todo tipo de violencias y abusos que la hacían depender de algunas instituciones de caridad y de la solidaridad de personas allegadas.

“Porque no los podía tener por su condición entonces ella empezó a andar en la calle, empezó a andar en la calle pero lo que más mal la puso fue a lo último eso que seguía viviendo en la calle y seguramente mucha gente la abusaba pero ese último abuso que fue el producto pues de la bebé fue el que de pronto la gente más se enteró porque era más evidente porque había una niña y ella me vino a contar que había sido abusada después”. (Entrevista FCP01.2, Buenaventura 21/10/16)

“Ujum” (muletilla) y ahí ya a lo último ella la pasó así y así pero ma’ que todo ella le recibía comida era a Adriana y lo que pues lo que le daban por ahí por lo que ella fue muy maltratada, me le pegaban, gente que me dijeron que una vez iba por allá por la primera o por yo no sé dónde y me le pegaron un señor que con un palo disque porque le dijo – Ay señor deme un centavo – que tenía hambre y ese señor disque que no le dio el pan entonces ella disque que apenas se descuidó el señor disque que cogió el pan...” (Entrevista FCP01.1, Buenaventura 21/10/16)

En general, las mujeres que trabajaban lo hacían bajo condiciones de precariedad laboral, informalidad y bajos ingresos. Los principales trabajos que desempeñaban eran: Oficios varios en restaurantes, servicio doméstico, ventas ambulantes, micro-tráfico y prostitución.

“no tenía de qué vivir... empezó a hacer cocada pa’ poder sobrevivir’ pue’ para darle la manutención a los hijos’, sucede que ella’ vendían por acá todo para poder tene’, se iban hasta por allá, hasta Cajal vendiendo, de ahí aquí en el Bolívar apareció un loco que la’ corretiaba”. (Entrevista FCP08, Buenaventura 21/10/16)

“Pues sí, ahí mi’mo cogieron el combo, yo me iba al centro la’ buscaba, las traía a la casa, la’ aconsejaba... ve, los primero’ días, al otro día pa’ la calle... ella pertenecía a su calle⁶,

⁶ Pertenecía a su calle: termino para referirse a una mujer que se encuentra fuera de los contextos comunes y en los que en el marco del “rebusque” tienden a cobrar por favores sexuales sin que se considere prostitución de manera formal.

a veces cobraba... allá en el centro di'que la' cogía esa' policía'y que la' cogía'y les daban patadas con esa' bota... le pagaban duro” (Entrevista FCP02, Buenaventura 21/10/16)

Finalmente para el caso de una de las morbilidades maternas entrevistadas, quien además es indígena proveniente de la zona rural del municipio, las actividades económicas que relaciona son: cultivar alimentos propios y la elaboración de artesanías como lo refiere su compañero en el ejercicio de traducir la entrevista.

“ Bueno, ella me dice que no trabaja o sea, así como esta no trabaja o sea todo tiempo en el trabajo ya lo que tiene que ver en los cultivos ¿sí? Cultivos... pero ella me dice, ella hace artesanía durante el tiempo que cuando esta así pendiente, eso”. (Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16)

Determinantes intermedio: Cohesión social

Al momento de determinar el cuidado de la salud de las gestantes, las redes familiares constituyen un factor protector que garantiza aspectos de supervivencia como la remisión oportuna al centro de salud en caso de emergencia, el acceso a alimentación, cuidados propios y la identificación de signos de alarma. Las gestantes cuya primera red de apoyo son madres o hermanas con experiencias previas de embarazos, cuentan con mejores condiciones de salud y aspectos como la transmisión oral de saberes alrededor del cuidado resultaron claves para un embarazo de feliz término.

En esta categoría aparecen descritas de manera contundente las violencias, la subordinación de género y socioeconómica como factores de riesgo que desencadenaron la muerte. La poligamia caracteriza las formas de unión de los bonaverences, y es considerada por los entrevistados como una de las principales causas del contagio de infecciones de transmisión sexual durante el embarazo que ponen en riesgo la vida del binomio, sin embargo en solo un caso de las mujeres que residía en el casco urbano el hombre asume el papel de proveedor y cuidados de la gestante.

Redes Familiares

De las 10 mujeres entrevistadas (incluidas las dos morbilidades maternas), 2 convivían y contaban con el apoyo de su pareja, de las cuales 1 es el caso de la mujer indígena proveniente de la zona rural dispersa. Dentro de la configuración familiar se presentan escenarios de

subordinación de género y socioeconómica en las 8 mujeres afro descendientes que murieron por causas relacionadas a su gestación. Esta subordinación es ejercida directamente por parte de sus parejas y se establecen como organizadores sociales de los cuidados y del apoyo durante el periodo gestacional. También aparece la poligamia como dinámica social, que afecta la salud de las gestantes mediante la transmisión de infecciones de transmisión sexual.

“la promiscuidad aquí y la poligamia de los hombres pues ha generado enfermedades de transmisión sexual, sífilis una muy importante pero también están las demás, las demás... No sé, lo que pasa es que de las demás no hay mucha estadística porque no se carga el proceso de información y se vigila pero si uno se pone a hacer la revisión usted encuentra enfermedades como la gonorrea en cantidad, condilomatosis, tricomoniasis, blenorragias todas las que usted quiera ¿Sí? Entonces yo pienso que la estadística en enfermedades de transmisión sexual, en parejas y en gestantes es bastante importante aparte de eso y porque se enferma la mujer, porque “eh” el hombre aquí quiere andar con una, con otra pero las condiciones sociales, laborales, económicas y de servicios públicos, todas las necesidades básicas no son, no están completas y “eeh” pues no se cuenta con la posibilidad de mantenerlas a todas bien entonces unas van a estar muchas más marginadas que otras”. (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

De igual forma, se visibilizan escenarios de violencia de género, en donde a mayor sea el nivel de dependencia económica, se involucra la vigilancia por parte de la familia del compañero y se materializa en el control de las actividades diarias de las mujeres durante el embarazo, parto y pos parto.

“Porque el marido, “eeeh” (muletilla) mi hija, ya empezaban que no podía sali’ pa’ sali’ tenía que pedirle permiso a la suegra parecía como que fuera la mamá o el marido y le ponían un horario, si ella iba al parque con la niña tenía que, le decían a la suegra que llegara a tal hora y la mandaban a vigilar creyendo que, porque ella era muy persona amigable, por ejemplo ella si usted tenía su esposo ella le hablaba a su esposo, ella no era toda creída, si ella tenía, mejor dicho ella era amigable así y así”. (Entrevista FCP06, Buenaventura 21/10/16)

“Vea ahí fue cuando la fui a buscar al apartamento donde ella vivía que yo le organicé, que le buscamos que ese hombre le pagaba y cuando ese hombre la mandaba a lavar ropa así en dieta entonces’ la dueña de la casa me mandó a llamar y yo le, entonces’ yo me fui pa’ allá a reclamarle el derecho a mi hija también que porque me hacía levantar a mi

hija madruga... que a las 5 de la mañana se tenía que levantar entonces' él le hacía lavar la ropa de él". (Entrevista FCP03, Buenaventura 21/10/16)

El apoyo por parte del hombre en el ejercicio pleno de la paternidad, resulta un factor protector para la identificación y gestión oportuna del riesgo ante algún evento obstétrico.

"Sí gracia' a Dios que por el papá de mi hijo me ayudó bastante porque nosotros como siempre pasando trabajo ¿entendió?, pasando trabajo y el muchacho me ayudó, el papá, el papá del muchacho me ayudó bastante, era volado del puerto, me llevó para Cali, bendito sea Dio' que e'toy hablando así y así". (Entrevista FCP08, Buenaventura 19/10/16)

Por otra parte, en reiteradas ocasiones aparecen las madres, las hermanas y las tías como principales redes de apoyo para el cuidado del embarazo y el pos parto, propiciando la transmisión oral de factores protectores durante la gestación. Es la madre, o las mujeres de la familia con experiencias previas de embarazos, quienes generalmente se percatan del "nuevo estado" de la mujer.

"Porque me crecía el vientre pues, entonces mi mama me dijo que me iba hacer una ecografía, y cuando miraron la ecografía tenía cinco veces de gestación... Mi mama me da mi arepa y mi agua panela ,pues desayuno ,el almuerzo ,yo me como todo mi almuerzo ,frijoles ,lentejas ,mi arrocito con huevo también y en la merienda también pan y mi agua panela... no me morí Pues yo no sé, fue un milagro de dios yo y mi mama que siempre estuvo ahí ayudándome.. Y llevándome al médico y cada que yo sentía algo ella me llevaba al hospital". (Entrevista MME-u, Buenaventura 19/10/16)

"La dieta, que el aseo personal, que la buena alimentación, todo eso se lo hizo la mamá a uno y uno así mismo a lleva'o sus hija'... A mi' hijas no les dio nada de eso porque yo siempre estaba pendiente de que no le fuera a dar, a entrar pasmo' pues... comida y su comida normal, yo le hacía su sancocho, su chocolate.". (Entrevista FCP07, Buenaventura 20/10/16)

Para el caso de las mujeres indígenas Wounnan, ante la ausencia de madres, hermanas o mujeres de la familia de la gestante, es la suegra quien ocupa el papel importante de los cuidados del embarazo y el pos parto.

“ella dice que el cuidado... le cuidan por ejemplo el baño sobre todo, el lavado de la ropa, los pañales, la comidita, es lo que ella me dice...ella me dice que todo mundo casi no tienen ese amor de tener una suegra o un suegro... han muerto de pronto, me dice así, por ese motivo que hay esas debilidades, debilidad no, sino que esa como, ese amor para tener una suegra especialmente para que cuide de ella”. (Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16)

Por otra parte, de los ocho casos de mortalidad materna entrevistados, seis no estaban estudiando en el momento de quedar embarazadas. Sin embargo, dos se encontraban cursando estudios de bachillerato y universitarios. Contar con una red familiar de apoyo fue indispensable para continuar con las actividades académicas durante y después de la gestación, como se puede evidenciar en el siguiente comentario:

“Pues fue una sorpresa porque no me lo esperaba, ella siempre me hablaba mucho de que iba a estudiar, de que se iba a preparar, de que ella quería trabajar en la DIAN, de que ella quería ser policía, o sea, ella quería ser múltiples cosa’, en el mundo de ella quería ser prácticamente de todo pero desafortunadamente no pudo, quedó en embarazo, fue aceptado su embarazo, no fue rechazado, lo hablamos y ella continuo su estudio”. (Entrevista FCP04, Buenaventura 19/10/16)

Redes comunitarias

Para tres de las mujeres objeto de este estudio, contar con redes comunitarias de apoyo fue elemental para la detección oportuna de los eventos obstétricos y para la generación de escenarios de cuidado. Las redes de apoyo resultan importantes en la medida en que las mujeres cuentan con personas, que aunque no son de su familia, se encargan de los traslados y cuidados durante el embarazo y pos parto. Las redes de apoyo son consideradas como “ventajas” de la cuales no todas las mujeres gozan.

“no tener redes de apoyo trae desventajas... todas, mira el hecho de que tu primero que todo no tengas una red familiar, ni de amigos eso es determinante para un ser humano, que una amiga te pueda apoyar pero te apoye cuando puede porque también muchas de las situaciones no dependen de ella y que aparte de eso tengas una enfermedad mortal que también se añada a este otro hecho”. (Entrevista FCP01.2, Buenaventura 21/10/16)

“Tenía amigos que para qué muy amables que la demora era llamarlo’ y ellos ahí estaban, estaban muy pendiente’, ella era una persona muy querida, muy amable, muy servicial, era demasiada, demasiadamente cariñosa”. (Entrevista FCP04, Buenaventura 20/10/16)

“El carro de la amiga, la dueña, vive acá y el muchacho vive ahí al frente y él iba saliendo en ese momento cuando nuestro’ le... y e’ ahí mi’mo, ahí mismo la embarcamos’ mejor dicho la demora fue no ma’ embarcarla y desembocar fue rapidito, él nos llevó en el carro”. (Entrevista FCP08, Buenaventura 20/10/16)

Para el caso de la mujer habitante de calle, contar con el apoyo de una amiga fue elemental para satisfacer necesidades básicas de alimentación durante el embarazo.

“ella siguió siendo habitante de calle y cuando yo converso con ella me dice que el punto referencial es Adriana, que es su amiga, que es donde ella va a comer, porque ella si iba a comer donde Adriana que tiene su restaurante, su casa pero ella vivía aparte, en uno de los puentes de la ciudad, en la... eso se llama en el puente que queda cerca de la bomba calima, eso es allí saliendo por “jope” que es uno de los barrios de la ciudad, ella vivía allá debajo de ese puente”. (Entrevista FCP01.2, Buenaventura 21/10/16)

De igual forma, la participación de un grupo de religiosos fue indispensable para la remisión con una fundación sin ánimo de lucro, dedicada a la protección de mujeres víctimas de violencia sexual.

“la razón por la cual ella es contactada con nosotros es porque el padre de la parroquia de San Pedro Apostol, el padre Jaime me llama, me comenta que hay una persona que está embarazada y que recurrentemente iba a despacho para que le dieran comida o le dieran algún tipo de apoyo y el padre preocupado lo que le mortificaba era que estaba embarazada, ella no estaba haciendo controles y como era habitante de calle quería saber qué podíamos hacer por ella, esa fue la razón por la cual la pudimos abordar, “eeeh” yo fui hasta allá, conversamos, hablamos con el padre y en lo que quedamos fue empezar a hacer las consultas... la mamá de ella vive en la Paila que es un municipio pues cercano al Valle y no vivía con la tía ni con la abuela que eran los puntos de referencia que hay en Buenaventura que es el lugar donde ella normalmente creció con algunos de sus familiares pero ella no dormía allá entonces la acogimos por ser un caso

de violación... entonces lo que ella me dice es que ella no podía decirle a nadie porque la habían amenazado porque el señor tenía una situación que los hermanos estaban en grupos armados". (Entrevista FCP01.2, Buenaventura 21/10/16)

Finalmente como redes comunitarias de apoyo aparecen, aunque ya en un papel débil, las parteras, a quienes se les asignan roles de amigas, vecinas o familiares. Sin embargo, el ejercicio fuerte del cuidado y seguimiento del embarazo aparece vigente y con mayor frecuencia en las zonas rurales dispersas.

"La partería tiene un papel importante... las parteras vivían muy pendientes, la gente las consultaban mucho porque llegar a donde una partera es sentirse apreciado, es sentirse "eh" amado y es como que la partera le hace sentir a la mujer que es un proceso normal, doloroso pero muy bonito aparte de eso que le permite su apoyo familiar". (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

"de pronto acudirán más en zona rural y eso que la que tiene la posibilidad de venirse ya la comunidad ha sido muy sensibilizada entonces tiende a llegar acá, de pronto y algunas hacen uno que otro control con partera pero siempre vienen acá, siempre viene acá - no que tal cosa y me atienden y quiero saber... - como que quieren complementar lo que en determinado momento por alguna razón les dice una partera, pero ya las consulta con las parteras no es tan grandes, de hecho no se ve reflejado en los procesos de atención porque antes ellos, "eh" se hacían convenios con ellos y se les daban mucho certificado de nacido - vivo, ahora ya no, entonces ya la partería como tal ya ha perdido mucho". (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

Determinante intermediario: Factores Conductuales y biológicos

Situaciones como la pobreza extrema, indigencia, mendicidad, bajos niveles de escolaridad, las disfunciones familiares, débiles redes de apoyo, bajos niveles educativos, antecedentes de desplazamiento y enfermedades sistémicas de base aumentan la vulnerabilidad materna durante el embarazo y limitan el acceso oportuno a los servicios de salud. En contraste gestantes que cuentan con redes familiares y comunitarias de apoyo, ingresos, alimentación, cuidados, escolaridad, garantizan que las mujeres pueden identificar la situación de salud, tomen la decisión y lleguen a los servicios de salud a solicitar atención médica.

A continuación se presentan los hallazgos en forma descriptiva para esta categoría.

Condición sistémica de base

De las ocho mujeres que murieron por causas relacionadas a la gestación, dos presentaban condiciones sistémicas de base. Ambos casos, coincidían con bajos niveles de escolaridad, desplazamiento, ausencia y/o debilidad de redes familiares y comunitarias de apoyo. El primer caso, la madre vivía con la gestante y tiene discapacidad motora en sus miembros inferiores⁷. La mujer refiere en la entrevista que su hija tenía antecedentes de anemia.

“Pue’ ella sufría de esa anemia, anemia crónica, tenía esa, ella también le dolían lo’ hueso’, hubo una vez que me la llevé a Guapi que se me hinchó por la anemia cuando llegué a Guapi y me le aplicaron una sangre, cuando la saqué empezó a estar sufriendo de lo’ hueso’, cuando le dolían la’ vena’ le sonaban “croh”, “croh”, “croh”, lo’ pie’, la’ mano’, la’ vena’ se le paraban y ahora vino la otra y la acabó de arrimar”. (Entrevista FCP02, Buenaventura 21/10/16)

El segundo caso corresponde a la habitante de calle, quien fue diagnosticada años anteriores con depresión profunda y posterior esquizofrenia. Durante las entrevistas realizadas a la madre, la amiga y la funcionaria de la fundación que brindo acompañamiento a la gestante, se refieren aspectos del deterioro de su salud mental con el arrebató de cada uno de los 5 hijos, 3 por parte de los familiares de sus compañeros sentimentales y 2 por parte del ICBF. Refieren aspectos del diagnóstico como:

“No, ella no vivía en la calle, entonces’ ella de ahí cuando la llevamo’ pal hospital de ese psiquiátrico del Valle con una amiga, ella la revisaron, le mandaron unas pastas y ella ¡Ah! La devolvieron y ella decía que no, que ella no estaba loca, que no la dejáramo’ allá entonces como yo tenía que hacer una vuelta en Cali otra amiga mía se vino y el mismo día yo la’ despaché y yo me quedé en Cali haciendo unos mandados míos y ella se vino... Pero entonces en el hospital le dectaron que ella estaba mal de la cabeza, con depresión y ya”. (Entrevista FCP01.1, Buenaventura 21/10/16)

⁷ Aunque no es un hallazgo relevante sobre el análisis de las muertes, la muerte de la gestante si genero consecuencias en el cuidado de los niños. La madre de la gestante asume el cuidado de los dos hijos. La discapacidad de la mujer limitó los cuidados del recién nacido, quien sufrió una caída de más o menos 2 metros de altura cuando tenía 3 meses de nacido, ocasionando *parálisis cerebral pos trauma craneoencefálico* según se evidencia en una copia de la historia clínica del menor, al momento de realizar la entrevista. Actualmente la mujer y el niño tienen condición de discapacidad.

Al mismo tiempo, la funcionaria relata dificultades en la disponibilidad y acceso a servicios de salud mental por parte del Estado, realizando aclaraciones frente al consumo de sustancias psicoactivas que refiere la historia clínica y que fue socializada en la unidad de análisis posterior a la muerte.

“Ella no tuvo como una intervención precisa para su salud mental y fue como muy momentáneo o sea como que se cansaron y ya ahí quedó... intente notificar por medio de la fundación... las referentes de la secretaria supieron de ella porque yo fui hasta el hospital, hasta el puesto de salud “la playita” que fue donde ella estuvo mucho tiempo, y la conocían – ay la mona está embarazada otra vez, como es... - ya sabían muchos de los patrones de ella porque en esa situación tuvo 5 hijos, en esa misma dinámica tuvo 5 hijos... y todos y cada uno se los quitaron... Ahí fue que... ahí fue cuando la depresión.. Sí, o sea ella hablaba pero a veces yo la veía que ella hablaba sola, se ponía a llorar, decía cosas así como incoherentes como que la mamá le vendía a los hijos... eso si ella nunca consumió como dijeron los médicos en la unidad de análisis... de eso damos fe la Isaura la mama, Adriana la amiga y yo”. (Entrevista FCP01.2, Buenaventura 21/10/16)

Signos y síntomas de alarma del embarazo, parto y pos parto

De las 8 mujeres objeto de esta investigación, 6 asistieron desde el primer o segundo trimestre de gestación a controles prenatales, y refieren la importancia de adherirse a los tratamientos para la prevención de complicaciones como se evidencia en frases como:

“empezó a hacerse control muy pronto, a los 2 meses, y se hizo todos...”. (Entrevista FCP03, Buenaventura 19/10/16)

“es importante porque la mujer en embarazo no se hace el control, o algunas veces que lo hacen al final pues cuando ya el embarazo está avanzado no se han dado cuenta que el embarazo era riesgoso o que tenía que tomar algún medicamento o algún... en el control uno sabe que si uno se hincha, debe ir al hospital que si tiene dolores de estómago fuertes, si tiene sangrado también que son síntomas de aborto, si tiene dolores de cabeza también tiene que ir al hospital”. (Entrevista MME-u, Buenaventura 19/10/16)

“Vino porque presentó “eh” amenaza de aborto... también ellas saben “Mmm” ya que pues por las indicaciones más pues ya ella conoce y también ya las mismas mujeres

hacen comparticiones que cuando ya tenga 3 hijos ahí también presentan dificultades entonces pues de esas indicaciones ella ha tenido muchas, mucho conocimiento ella".
(Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16)

A ninguna de las mujeres se les alerto o se les diagnóstico, en los controles prenatales, signos o síntomas de alarma que viera comprometido su proceso de gestación o su vida.

Las dos gestantes con condiciones sistemáticas de base solo asistieron a un control prenatal finalizando el tercer trimestre de gestación.

"Mire pa' que le digo mentira', ella no se hizo controles ni nada... y cuando fue, fue ya casi al final..." (Entrevista FCP01.1, Buenaventura 21/10/16)

"ella no se hizo nada de eso... al final fue cuando ya casi iba a parir por el dolo'ese en el estómago... ahí le hicieron unos exámenes pero ya..." (Entrevista FCP02, Buenaventura 21/10/16)

Determinantes intermedio: Sistema de Salud

Sistemas de salud con servicios insuficientes frente a la complejidad e infraestructura, el no manejo de protocolos de violencia y atención obstétrica; el no cumplimiento de las actividades de prestación de servicios contempladas para las maternas como captación y seguimiento al control prenatal y pos parto; la no disponibilidad de servicios de diagnóstico clínico como ecografías y ambulancias y la no generación de mecanismos de adecuación cultural para superar barreras como el idioma y la interrelación de los procesos de salud y enfermedad en contextos con población mayoritariamente étnica, hacen que en lugares como Buenaventura se profundicen inequidades con desenlaces negativos para la salud de la gestante y el recién nacido.

Acceso / disponibilidad de servicios de salud

Las personas entrevistadas refieren no haber tenido dificultades frente al traslado de la gestante por parte de la familia o redes de apoyo, sin embargo si refieren dificultades en el acceso a los servicios de salud en el momento del parto.

"Nunca hubo dificultad para trasladarla para allá". (Entrevista FCP07, Buenaventura 20/10/16)

“No, para entrar no, ella entro fácil... allá entró fácil fue la entrada para atenderla un médico fue que fue la dificultad... se demoraron un montón y ella ahí enferma”. (Entrevista FCP03, Buenaventura 19/10/16)

“Como a la una y piquito, el médico me llama y me dice su hija está mal, durante todo el parto a convulsionado, él me dice que toca trasladar a Cali urgentemente a mi hija o a la clínica Danta Sofía aquí, me dijo, ya se la entrego de la 1 a las 4 de la tarde, convulsionando la niña adentro, llegó la ambulancia y el chofer de la ambulancia decía que eso era una mentira y que él no podía llevar a nadie, cuando llegamos a Santa Sofía no me la querían recibir, el personal de salud se refirió y la refirió diciendo que Yessika estaba más muerta que viva, en Santa Sofía me dijeron que la habían trasladado sin monitoreo primer error, segundo sin estabilizar”. (Entrevista FCP05, Buenaventura 21/10/16)

“Empiezan a preguntar información que de donde viene, casi no lo atienden, atienden dentro de una hora o dos horas para que pues se diga más atención, eso es el caso que sucede”. (Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16)

“Cuando ella salió del hospital ella no quiso quedarse donde Adriana entonces ella se quedó en una casa por acá abajo se estuve entonces ya de ahí, ahí fue que Adriana volvió conmigo y la trajimos otra vez al hospital a volverla a hospitalizar pa’ que la vieran y ahí fue que murió...”. (Entrevista FCP01.1, Buenaventura 21/10/16)

Otros actores importantes que intervienen en la atención durante la gestación son las agencias internacionales u organizaciones no gubernamentales (ONGS). Estas atienden a mujeres embarazadas, pero de forma irregular, sin llevar un control sobre las mismas y sin una comunicación efectiva con la institución prestadora de servicios de salud (IPS), responsable de atender a la gestante:

“Aquí estuvo médicos de España, médicos sin fronteras Francia..., estuvo la OIM, estuvo la OPS ¿sí?. Y ellos brindan, o sea, hacen cosas muy, muy buenas pero es quitarle la responsabilidad al Estado, al mismo municipio de hacer algunas cosas y de luchar por la salud, porque ellos vienen a mejoras cosas ¿sí? Pero al final esas cosas quedan ahí cuando ellos se van entonces los procesos no continúan y otra vez se da nuevamente “eeh” el aumento de las morbi- mortalidades”. (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

La IPS, no tienen acceso a las historias clínicas de los controles realizados y la atención ofrecida por parte de las ONGs a las gestantes. La funcionaria de la secretaria de salud refiere dificultades con el manejo de la información de la prestación de servicios de estas agencias de Naciones Unidas. Así mismo realiza una breve descripción del papel de las agencias internacionales en la prestación de servicios y dificultades en el desarrollo de procesos y actividades de intervención en salud, que por la misma debilidad institucional del municipio, no es posible dar continuidad:

“¡Ah no! En el caso de la maternas no, no nos compartían la información porque ellos era como un centro de apoyo y generaban sus historias clínicas pero no era, no te llegaban y te decían – No vea señores EPS, tengo una materna en estas condiciones a las que ustedes como Estado deben hacerle un seguimiento o informen a la EPS para que le hagan un seguimiento a la materna – No, no ellos se llevaron y de hecho por política destruyen sus historias entonces no queda como una copia de, de que proceso de atención se le hizo a esa materna”. (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

Fue frecuente encontrar barreras de acceso a los servicios de salud por parte de las EPS, que continúan negando servicios, dificultando así el acceso oportuno a los servicios de salud.

“... ma, mire esa’ enfermeras allá ve a esa niña llorando y no le ponen cuidado y vea y así van a hacer conmigo... Pasaron... La niña nació... ella nació en abril ¿Fue? Y en mayo si, no, no duró ni 20 días, ella no alcanzó la dieta... Ella la llevaron y que le pedían ¿qué era? Una ecografía o yo no sé y por esa entidad que ella tenía que no que no le cubría que yo no sé porque a ella le pidieron una, a ella le mandaron una ecografía... Pero le solicitaron una ecografía y su EPS le negó la ecografía entonces no tuvo como pagar la ecografía... Prestó el servicio médico que es lo único, lo mínimo, si? Pero ya lo demás que es acompañamiento y otro tipo de cosas no entonces lo único que si fue que la referencia fue rápida y al día siguiente la subieron a USI, la dejaron internada pero ya para la noche siguiente de ese día que la hospitalizaron, me llamaron en la mañana para decirme que ya había fallecido”. (Entrevista FCP01.1, Buenaventura 21/10/16)

En cuanto a la disponibilidad de servicios que afectan el acceso, se encuentra que la infraestructura y capacidad técnica instalada que tiene Buenaventura, muchas veces resulta

insuficiente para manejar oportunamente complicaciones complejas en salud. Los pocos servicios especializados son de clínicas privadas, dificultando aún más el acceso a las personas que no cuentan con recursos suficientes para acceder a servicios de salud privados:

“Buenaventura actualmente no cuenta si no con nivel uno y nivel dos, tres, pues porque el nivel dos que era, que era el hospital departamental se liquidó, en este momento “eh” la población no cuenta con una red de salud donde pueda ser remitida, tenemos “ehh” (muletilla) por eso pues los servicios están colapsados en, en la clínica de segundo nivel que es mas segundo nivel que tercer nivel aunque con un pul de especialistas pero igual la clínica es privada y no recibe tampoco a todo el mundo entonces muchas de esas gestantes y usuarios en general terminan remitidos a Cali en una vía donde hay trancones, donde está en proceso de construcción y se demora uno más o menos entre dos horas si la vía está sola o tres, de tres hasta cinco horas o más, dependiendo de los trancones que haya para ir” (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

Adecuación Cultural

En contextos de diversidad étnica y cultural como Buenaventura, que además cuenta con amplias zonas dispersas que orientan formas de vida en el marco de la ruralidad, hace necesario pensar en procesos de adecuación técnica y cultural de los programas acorde a las particularidades de los sujetos diferenciales y a las dinámicas de migración urbano-rural.

“Bueno, yo pienso que, nosotros aquí tenemos comunidades indígenas ¿sí?, aquí tenemos el noventa por ciento de nuestra población es afro, como el noventa por ciento de nuestra población es afro también tenemos muchas personas que viene de otros lados, o sea, aquí tenemos una población flotante muy muy importante, “eeeh” que esa población llega, viene y se va, zonas costeras”. (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

El municipio actualmente cuenta con auxiliares técnicos en enfermería, responsables de la vigilancia y remisión oportuna de eventos en salud como situaciones de salud materno perinatal, contratados por parte de la red pública para las zonas rurales, sin embargo la disponibilidad de recurso humano no es suficiente.

“Sí, si hay distribuidos 56 promotores pero no todos están distribuidos equitativamente, en un río pueden haber 4 y entonces otro río puede estar descubierto...

cuando presentan signos de amenaza de embarazo, le avisan al promotor de salud.
(Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16)

Particularmente, de las mujeres entrevistadas una pertenece a una comunidad indígena de la etnia Wounnan, quien refiere aspectos que involucran procesos de adecuación como la articulación de acciones con las parteras presentes en las zonas rurales.

“Ella me dice, las parteras son mujeres indígenas que realmente mantienen en las comunidades entonces ellos siempre acuden donde hay un embarazo para tener el parto normal son, ¿lo puedo mencionar los nombres? “eeh” Maria Elisa, Facilio Ebacorizo, Luz Nelly y hay otras mujeres más dentro de la comunidad”. (Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16)

Las parteras son mujeres de las mismas comunidades, quienes además cumplen con roles como cuidadoras y proveedoras de servicios de cuidado, acompañamiento y seguimiento al embarazo. Las mujeres indígenas no siempre tiene oportunidad de realizar controles prenatales acorde a la lógica de la prestación de servicios de salud, por este motivo son las parteras quienes determinan en caso de una eventual complicación la remisión oportuna o no de la gestante hacia el casco urbano del municipio.

“por la confianza porque me dice que no cobran “eh” por la, por la manipulada la barriga no lo cobran, 2 ellos indican que como está el feto dentro del vientre... las parteras se dan cuenta cuando se mueven que si va a tener ya, así como estaba explicando y cuando se siente bien mejor ya otra vez el feto pues se calma y vuelve otra vez a presentar y despertar inmediatamente le manipulan la barriga y ellos mismo se saben que cuando está ya en la parte genital de la mujer, la cabeza sobretodo se dan cuenta que cuando ya va a salir ya el feto especialmente”. (Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16)

Ante una emergencia obstétrica en la comunidad indígena, previo aviso de peligro por parte de la partera, la red familiar de apoyo de la gestante, generalmente representada en el compañero sentimental, gestiona ante el cabildo indígena la adquisición de recursos económicos y logísticos para el posterior traslado.

“ella me dice que le informa cuando presentan un caso así amenaza de aborto, le hacen la información a las parteras – me está presentando esto, me está presentando esto – y las parteras ya como saben al menos pues – es mejor que tú vaya para Buenaventura... la mujer embarazada se preocupa mucho a informarse al esposo y el esposo informa al

“cavildo” y el “cavildo” le da la viabilidad para buscar el recurso económico para poder trasladar a la ciudad especialmente para que lo traigan al hospital y acá pues hacen eso”. (Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16).

El traslado de las mujeres indígenas, generalmente se procura realizar en compañía del auxiliar de enfermería o de un familiar que domine la lengua y el español, para facilitar los procesos de comunicación y traducción en las instituciones de salud.

“vienen acompañas, a veces vienen con los promotores, a veces vienen con los familiares pero más que todo pues vienen con los promotores porque pues saben del proceso como son “eeh” acá en Buenaventura para poder indicárselo, llevar, o sea acompañarse más con el enfermo, con el paciente especialmente”. (Entrevista MME-r, Buenaventura 19/10/16)

Pensar en escenarios de adecuación, implica generar espacios desde la institucionalidad para la comprensión de las distintas formas de vida y de entender los procesos de salud y enfermedad. Para el caso de los pueblos indígenas en el municipio se requiere de iniciativas que propicien encuentros con los agentes de salud tradicionales.

“digo que no se han presentado momentos en los cuales nosotros no nos hemos adaptado a la cultura de ellos y poderles brindar un servicio de atención diferencial como pudo haber llegado a suceder en determinado momento pero generalmente pienso, creo y considero que nosotros somos los que no nos hemos ido “eh”, o que hemos impuesto más bien nuestra, nuestra cultura y nuestro modo de atención y que han sido atendidos como, como nosotros queremos”. (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

Respecto a la adecuación cultural, se encontraron comentarios que cuestionan la formación que tiene los profesionales de salud, en la medida en que tienen un marcado enfoque biologicista y pocas capacidades para generar diálogo de saberes con las comunidades en las que trabajan.

“... aquí no tenemos academia, aquí tenemos universidades pero no están relacionados con el tema de salud entonces lo que llega de afuera, lo que alcanzamos a hacer pues nos toca aprovecharlo al máximo pero yo pienso que el médico le falta también, mejorar el

proceso de “eh” de su formación y el hecho de querer trabajar con, con todo el proceso de salud sexual y reproductiva ¿no?”. (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

Calidad en la prestación de servicios

Frente a la disponibilidad de servicios en el municipio, se describe una oferta de servicios de salud insuficiente en términos de niveles de complejidad, que en el caso de urgencias obstétricas y necesidades de remisión a un tercer o cuarto nivel, es necesario el traslado a la ciudad de Cali.

“Buenaventura actualmente no cuenta si no con nivel uno y nivel dos, tres, pues porque el nivel dos que era, que era el hospital departamental se liquidó, en este momento... la población no cuenta con una red de salud donde pueda ser remitida... los servicios están colapsados, en la clínica de tercer nivel que es más un segundo nivel que tercer nivel tiene un pul de especialistas pero igual la clínica es privada y no recibe tampoco a todo el mundo entonces muchas de esas gestantes y usuarios en general terminan remitidos a Cali en una vía donde hay trancones, donde está en proceso de construcción y se demora uno más o menos entre dos horas si la vía está sola o tres, de tres hasta cinco horas o más, dependiendo de los trancones que haya para ir” (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

Frente al papel del aseguramiento y las responsabilidades de las EPS en el seguimiento, acompañamiento y garantía en la prestación de servicios a sus afiliados, se expresan dificultades en la oportunidad de los procesos de referencia, contra-referencia y negación de autorización de servicios.

“Están las eps’s, que las eps’s se demoran a veces mucho para responder unas remisiones ¿sí?, y para autorizar algunos procesos y el solo hecho de que no paguen algunas instituciones de mayor nivel pues siempre no dejan de ser una barrera para que haya dificultades en los procesos de admisión de las misma usuarias aunque una urgencia, es una urgencia” (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

“Ella la llevaron y que le pedían ¿qué era? Una ecografía o yo no sé y por esa entidad que ella tenía que no que no le cubría que yo no sé porque a ella le pidieron una, a ella

*le mandaron una ecografía... Pero le solicitaron una ecografía y su EPS le negó la ecografía entonces no tuvo como pagar la ecografía...entonces nos la llevamos... al poco tiempo regresamos pero ya estaba muy mal*⁸. (Entrevista FCP01.1, Buenaventura 21/10/16)

Para valorar la calidad en la prestación de servicios, fue necesario contrastar la información recabada de las entrevistas con la información consignada en las historias clínicas para cada uno de los casos de muertes maternas. Se resaltan aquellos casos donde son más contundentes las fallas por parte del sistema de salud. Las personas entrevistadas refieren no haber tenido dificultades frente al traslado de la gestante por parte de la familia o redes de apoyo al hospital en la emergencia obstétrica al momento del parto, sin embargo si refieren dificultades en el acceso a los servicios de salud, adjudicando demoras en la atención de la emergencia y en las actividades resolutivas acorde al nivel de complejidad para atención de la emergencia.

“Nunca hubo dificultad para trasladarla para allá... ella llevó su embarazo normal, normal, eso, todo se complicó fue el mismo día del parto, el mismo día del parto fue que todo se complicó pero ella en ningún momento tuvo embarazo que, que pa’ sacarla pa’ la clínica a cada rato o algo, no”. (Entrevista FCP07, Buenaventura 20/10/16)

“Llegamos con mi hija como a las 9 de la mañana, normal con los dolores normal... yo la acompañé... como a la una y piquito, el médico me llama y me dice su hija está mal, durante todo el parto ha convulsionado, él me dice que toca trasladarla a Cali urgentemente o a la clínica Santa Sofía aquí en la ciudad... me dijo, ya se la entrego... espere, sin mentirle, de la 1 a las 4 de la tarde, mientras ella convulsionando adentro... llego la ambulancia y el chofer de la ambulancia decía que eso era una mentira y que él no podía llevar a nadie, cuando llegamos a santa Sofía no me la querían recibir, el personal de salud se refirió y la refirió diciendo que ella estaba más muerta que viva, en santa sofía me dijeron que la habían trasladado sin monitoreo primer error, segundo sin estabilizar... Ya cuando la sacamos del hospital, la sacamos se le hizo la cara hinchada, los pie’ también la’ mano”. (Entrevista FCP05, Buenaventura 21/10/16)

⁸ Al contrastar la información suministrada con la Historia clínica, efectivamente se encuentra que la gestante estaba asegurada al régimen subsidiado y a los tres días de pos parto regreso con síntomas de inflamación y endurecimiento de la parte baja del vientre. Fue remitida nuevamente a su casa con una orden médica para realizar una ecografía que debía ser autorizada por la EPS.

Vale la pena aclarar que de las mujeres que murieron en el puerperio inmediato, ninguna tenía asignada consulta de seguimiento en el pos parto. Una de las principales causas para la no disponibilidad de este servicio es la insuficiencia de profesionales médicos y bajas capacidades técnicas para la detección oportuna de eventos de complicación obstétrica y poca adherencia a los protocolos de atención en salud materna.

“a ella le dijeron que estaba embarazada, de dos pero uno estaba por fuera... etopico? es que le dicen?, si... se lo sacaron, pero el otro se lo dejaron adentro... ay mamita!!... como a los 5 días esa muje' entro en fiebre y fiebre... se le hincho la barriga y se le puso caliente... y corra otra vez para allá... no entiendo porque le sacan uno y le dejan el otro adentro”. (Entrevista FCP04, Buenaventura 20/10/16)

“en la institución por ejemplo en ese tiempo, habían cinco ginecólogos que atendían en el hospital pero pues como le digo la parte académica no, estaban el doctor Lora, estaba el doctor Cortes, los ginecólogos, el doctor Ibarra, Méndez, Restrepo ¿sí?, que ellos estuvieron en todo el proceso pero pues ellos siempre se creyeron como semi dioses, que eran los que más sabían y pues no les podíamos dar ninguna recomendación... entonces les tocó a ellos, les tocó a ellos a unos más que a otros el proceso de mortalidad materna y a otros pues menos cantidad pero igual a todos les ha tocado una buena proporción de mortalidad”. (Entrevista AS, Buenaventura 20/10/16)

Para el caso de otra de las maternas, de igual forma se evidencian dificultades en la atención integral del puerperio. Particularmente la gestante era habitante de calle con marcadas condiciones de vulnerabilidad y reiterados ingresos a los servicios hospitalarios con una enfermedad mental de base. Los familiares y amigos relatan cuidados del pos parto en el marco de las redes comunitarias de apoyo, sin embargo regresa a los 4 días posteriores al parto, al servicio de urgencias por complicaciones, que según referencia la madre, la funcionaria de la fundación que brindo acompañamiento y la amiga que cuidó de ella en el pos parto, se debió a un mal procedimiento del parto. Sin embargo es remitida nuevamente a su casa y a los pocos días regresa con signos y síntomas de complicaciones y en muy mal estado de salud.

“Cuando ella salió del hospital ella no quiso quedarse donde Adriana entonces' ella se quedó en una casa por acá abajo... estuve con ella todo el tiempo... entonces ya de ahí

⁹ Al contrastar la información con la historia clínica, se encuentra como causa de básica de muerte “septicemia no especificada. Aborto incompleto con infección genital y pelviana” y como causa directa “falla orgánica múltiple”.

fue que Adriana volvió conmigo y la trajimos otra vez al hospital a volverla a hospitalizar pa' que la vieran... la atendieron y le dijeron que se tenía que sacar una ecografía? que la tenía que autorizar la eps... no se la hizo, pa que le digo mentira'... no había con que hacerle eso... al rato volvimos otra vez al hospital y ella venía mal... estando con ella vi cómo le salio un pedazo de placenta... que como se que era placenta? Yo soy mama de 9 hijos, se que un pedazo de placenta... de repente ella me dice, Ay 'ama mire, mire lo que me salió de acá - y era un pedazote así vea, verde ya, digamos que a ella le dio pero... Era la placenta mami, era la placenta porque yo como no sé manejar estos aparatos yo por eso no lo cargo pero si por mi fuera, supiera manejar un coso de esos yo lo habría grabado.. le dije que ya vienen los médicos ... - entonces' yo le dije - tienes que bañate y hay que, ve, aquí te traje ropa y te traje tal cosa - y ahí yo la metía al baño cuando ella se iba parando cuando "¡Pas!" cayó el pedazo de placenta... La historia clínica y no me la dieron.... "¹⁰ "ahora bien, pa Dio' que ella no consumía nada de eso que dicen... damos fe Adriana, Xiomara y yo de eso... eso es mentira". (Entrevista FCP01.1, Buenaventura 21/10/16)

Frente a la prestación de servicios en este mismo caso, por ser una paciente con condición marcada de vulnerabilidad y antecedentes de violencia sexual, no se evidencia garantía y restablecimiento de sus derechos materializada en la aplicación de los protocolos para atención de este tipo de eventos.

"Ella fue violada muchas veces y jamás recibió atención, no recibió "profilaxis", no recibió nada tras ese evento ¿sí? simplemente cuando supimos ya estaba embarazada desde hace 5 meses. "eeh" ya no volvió a vivir donde las hermanas de Calcuta entonces ¡claro! con esa barriga tan grande entonces el esposo de Adriana la amiga, le dijo a ella que por favor la empezaran a acoger porque pues a él le da mucho pesar que estuviera debajo de ese puente y con esa barriga y nadie hacía nada entonces ella empezó a dormir de forma eventual donde Adriana, ella dormía dos días en un lugar y ya se aburría y se

¹⁰ Al contrastar la historia clínica y la unidad de análisis, se encuentra que la causa básica de muerte fue una Infección de Vías Urinarias (IVU) y la causa directa: Shock séptico. Al realizar seguimiento de la atención recibida, antes del parto es diagnosticada con IVU y posteriormente tratada. Sale del hospital el día 11 de abril después de ser atendida la IVU y posterior trabajo de parto. Regresa el 19 de Abril con signos de infección y diagnóstico de "episiografía infectada". El día 23 de abril el diagnóstico el corregido por "endometriosis del pos parto". El día 27 de abril es dada de alta con tratamiento ambulatorio. La historia clínica no refiere ecografías de seguimiento. El 03 de mayo, ingresa nuevamente la paciente con diagnóstico de "sepsis puerperal y obstrucción intestinal por parasitosis intestinal". Finalmente, como dato adicional de la historia clínica, se refiere que la paciente era consumidora de sustancias psicoactivas.

iba eso y hacía parte de su situación de esquizofrenia y sus otras cosas que estaba viviendo". (Entrevista FCP01.2, Buenaventura 21/10/16)

Frente al acompañamiento de los familiares, en reiteradas ocasiones los familiares entrevistados afirman no haber recibido la información necesaria y clara de la situación de salud de la gestante. Manifiestan largas esperas e indicaciones inconclusas que no permitieron realizar acciones de acompañamiento y remisión oportuna de ser necesario por parte de la misma red de apoyo.

"y uno como familiar que sufrimiento... uno está en la jugada - ¡Hey! Está pasando e'to y esto, está pasando... - cualquier movimiento que vea, no lo dejaban quedar a uno - Aquí no se pueden quedar, no se pueden quedar - lo' do' días que estuvo ella ahí nunca no' dejaron quedar, a mí no me dejaron quedar... a uno le dicen hay trasladarla y uno hace lo posible y la lleva., pero no le dicen a uno nada y lo dejan a uno ahí esperando... "
(Entrevista FCP07, Buenaventura 20/10/16)

7. Discusión

La mortalidad materna, hoy en día, se constituye como un grave problema de salud pública, que no sólo preocupa al sector salud, sino también a otros sectores académicos, económicos y políticos, debido al impacto que tiene en los índices de desarrollo e igualdad de los países (53). El riesgo de que una mujer muera como consecuencia de su embarazo, es seis veces mayor en países subdesarrollados en comparación con países del norte de Europa, en contextos con sistemas de salud débiles, alta fecundidad y escasa disponibilidad de datos (54).

En Colombia, al igual que en la mayoría de países, esta problemática se concentra particularmente en territorios y sectores sociales vulnerables, dejando en evidencia la enorme crisis social, humanitaria y la profunda inequidad que impera en el país.

Este estudio muestra desde una perspectiva cualitativa, el fenómeno de la mortalidad materna en un territorio problemático y complejo como lo es Buenaventura, que contrario a la tendencia nacional, registra un aumento de ésta problemática, planteando la necesidad de entender a profundidad el por qué sucede esto y que alternativas pueden ser viables para cambiar esta realidad.

En la actualidad, se cuenta con diversos estudios y evidencias que permiten sugerir que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud, sin embargo, el enfoque para tratar de resolver esta problemática continúa siendo básicamente biomédico (30), (55), reproduciendo una invisibilización sistemática de los contextos y la complejidad que lleva implícita.

Al ser hegemónico el modelo biomédico, que se presenta como la mejor opción para resolver la mortalidad materna; se mantiene en las instituciones una perspectiva unicausal e individual, en donde se asume que las muertes maternas podrían evitarse sólo con programas dirigidos al diagnóstico precoz y con tratamiento médico adecuado de los riesgos obstétricos; bajo esta lógica, la mortalidad materna solo se ve como un indicador que refleja los fallos en el sistema de atención médica. No obstante, los resultados de este estudio que concuerdan con la evidencia que sugiere que existen múltiples determinantes sociales asociados a ésta problemática, plantea la necesidad de avanzar hacia una perspectiva multicausal, que además de reconocer que la atención médica puede evitar ciertamente un buen número de muertes maternas; también reconozca que existen otras condiciones de tipo biológico, social y ambiental que

determinan las condiciones de vida y salud de las mujeres, e influyen en el impacto de los programas dirigidos a reducir la mortalidad materna.

En contextos como el bonaverence, resulta imperante ampliar la mirada de la epidemiología clásica integrándola a la epidemiología sociocultural con metodologías y técnicas cualitativas de las ciencias sociales con el fin de comprender las diferentes dimensiones del daño a la salud como reflejo de la sociedad. Para ellos es necesario reflexionar en las percepciones populares alrededor de la vulnerabilidad y el análisis de las realidades sanitarias de forma integradora en función de la naturaleza de los problemas. Al respecto, la epidemiología sociocultural propone como categoría de análisis “el daño evitable”, y en este confluyen la cultura, las relaciones socioeconómicas, políticas y las perspectivas colectivas de la enfermedad (56)

De esta forma, un enfoque de vulnerabilidad materna permite proponer indicadores que no solo reflejen parcialmente los fallos en la atención médica, sino también, den cuenta de la estructura social que reproduce inequidades y de los fallos en otros sistemas de control y en otros sectores responsables de garantizar derechos humanos básicos; con un enfoque así, la información suministrada por el indicador además de ser específica frente a la atención médica, sería más sensible frente a otros determinantes de la defunción (57).

Avanzar hacia un abordaje más integral de la mortalidad materna, implica necesariamente ampliar el esquema de análisis a los puntos de encuentro entre los determinantes sociales de la salud y las tres demoras que plantea Débora Maine con las que actualmente se realiza el análisis de las muertes maternas en la institucionalidad. Estas pretenden explicar a profundidad:

- Demora en tomar la decisión de buscar ayuda: se encuentra condicionada a su vez por múltiples factores como el nivel educativo tanto de la madre como de sus familiares, la disponibilidad y acceso a una alimentación y cuidados adecuados, el reconocimiento de la oferta local de servicios de salud, factores culturales asociados a las diversas formas de vida y uso del territorio, el lenguaje, el estatus y la autonomía de la mujer para buscar ayuda.
- Demora en llegar a la institución de atención: comprende el análisis de aquellos factores tanto de la dispersión del territorio y la vivienda como de disponibilidad, eficiencia y costo de los medios de transporte para llegar a los servicios de salud.
- Demora en recibir tratamiento adecuado en la institución: aquellos factores asociados a la calidad en la prestación de servicios que a su vez involucra personal

capacitado, disponibilidad de insumos, procedimientos diagnósticos (exámenes de laboratorio e imágenes) y condiciones generales de las instalaciones (58).

En territorios complejos socioculturalmente como Buenaventura, este análisis implica comprender aquellas particularidades de las poblaciones étnico territoriales que a su vez tienen altos índices de vulnerabilidad en comparación con el resto del país (59).

En el contexto investigado, se evidencio que éste modelo además de ser la única herramienta explicativa con la que cuentan los funcionarios de salud, está siendo interpretado de forma errónea recargando la responsabilidad individual del cuidado en las gestantes e introduciendo sesgos en la información, ya que en general quienes diligencian los formatos son los mismos prestadores de salud, y en todos los reportes solo aparecieron las dos primeras demoras como explicación del desenlace fatal, es decir se descargó la responsabilidad sobre el individuo y nunca se reconocieron fallas en la prestación de los servicios y demás determinantes:

“Yo le notifiqué a la jefe Isaura y ese momento estaba también la jefe Francia que era la referente de salud sexual y reproductiva, yo varias veces le comenté, notifiqué eso en la Santa Sofía que qué pasaba, que qué hacíamos, cuando Leidy fallece que se hace la unidad de análisis yo voy a la unidad de análisis pero esa unidad de análisis no pasó de ser – la paciente falleció por estas y esta causas y eso es lo que dice la patología de la cigil, la necropsia dice esto, esto y esto – y pare de contar”. (Entrevista P7, Buenaventura 21/10/16)

Esto es particularmente grave en la medida en que sistemáticamente se reproducen las mismas fallas en la atención en salud y se reduce la problemática a aspectos del orden individual, descontextualizando a los individuos e invisibilizando los condicionantes sociales que determinan tanto su accionar como sus condiciones de salud.

Actualmente se cuenta con el conocimiento necesario para abordar de forma más compleja y completa la problemática de la mortalidad materna. El enfoque de los Determinantes sociales, se convierte en una forma de abordaje más idónea, ya que, además de reconocer el papel determinante que tiene el contexto social en la forma de vivir y enfermar de las comunidades, introduce herramientas como la epidemiología multinivel, que ha desarrollado modelos como el de la “red de MacMahon” o el de “las cajas chinas”, que permiten construir e interpretar los indicadores de salud de forma más completa. El primero permite identificar y construir una red de factores determinantes involucrados en el evento de interés y generar una búsqueda de

aquellos en donde es posible intervenir efectivamente, sin ser necesario una explicación etiológica completa; y el segundo modelo, el de “cajas chinas” que supone que cada evento pertenece a un sistema complejo de situaciones, permite aproximarse a las interacciones de los diferentes factores no solo con los sistemas que los engloban sino también con aquellos que operan en su interior (60), (61). Desde estas perspectivas, sería posible abordar la mortalidad materna como el producto de múltiples factores que interactúan en diferentes momentos, configurando arreglos supeditados entre sí jerárquicamente y cuyos resultados varían de un contexto a otro; en este sentido, la medición suministra información sobre la acción conjunta de los múltiples determinantes de la mortalidad materna en el contexto analizado, sin que ello implique que los determinantes se comporten del mismo modo en otros contextos (57). Por otro lado, las ciencias sociales cuentan con múltiples herramientas teórico metodológicas que aplicadas al campo de la salud, permitirían avanzar en la comprensión de los procesos sociales que generan y reproducen inequidades en salud; esto es de vital importancia en la medida en que este conocimiento permitiría plantear formas de intervención que vayan más allá de la esfera individual y clínica, aportando en la resolución de la problemática de la mortalidad materna.

Múltiples autores han relacionado las muertes maternas particularmente con las intervenciones médicas de diagnóstico y tratamiento. Desde este punto de vista, la mortalidad materna constituye un indicador por excelencia de la calidad de las políticas dirigidas a garantizar la salud de la gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio (62). Si bien, a partir de la formulación de políticas y la implementación de diversos programas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional, como parte de los compromisos internacionales adquiridos por Colombia¹¹ desde los años 90 del siglo pasado (63), se ha evidenciado una tendencia nacional a disminuir la mortalidad materna, en Buenaventura este indicador presenta un aumento sostenido en el tiempo muy superior a la media nacional y a la media departamental (Valle del Cauca) (64). En esta investigación, se evidencio que las muertes maternas investigadas

¹¹ - Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)

- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales, Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Convención Americana de Derechos Humanos, Convención de Belém do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y Convención de los Derechos del Niño.

- Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (Nueva York, 1990)

- Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993)

- Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995)

efectivamente se asocian con graves fallas en la calidad de la prestación de los servicios; los resultados indican que el sistema de salud es uno de los principales determinantes de la mortalidad materna en Buenaventura, ya que, tanto los relatos de los sujetos entrevistados como las historias clínicas, coinciden en mostrar las múltiples fallas en la calidad de los servicios que se presentaron, una vez las mujeres ingresaron a las instituciones de salud para la atención del parto. La mayoría de las mujeres contaban con una red familiar de apoyo (65), (66), no presentaban enfermedades sistémicas de base y dentro de sus controles prenatales no se habían identificado condiciones de riesgo obstétrico. Lo anterior, permite indicar que la calidad en la prestación de los servicios de salud se vio comprometida con posibles errores de diagnóstico oportuno, cuidados fragmentados, problemas de comunicación o complicaciones evitables, siendo así, las fallas en la calidad de la atención médica una de las principales causas del desenlace fatal (67). Otros autores plantean como factores claves que influyen en el desenlace de muerte de la materna, además de la baja calidad de la atención, la falta de capacidad resolutoria de las emergencias obstétricas (68), este aspecto se hizo evidente tanto en los relatos de las familias entrevistadas como en los funcionarios de salud, que reconocen limitaciones tanto físicas como humanas para atender oportuna y correctamente las complicaciones obstétricas.

Cabe aclarar, que si bien es posible que se presenten errores médicos y fallas en la calidad de la prestación de los servicios sanitarios, éstos se enmarcan en un contexto estructural en donde la corrupción y la fragmentación del sistema de salud, no generan garantías para ejercer adecuadamente las profesiones de la salud. Es evidente que un sistema que privilegia la concentración de los recursos en las aseguradoras, genera inequidades en salud cada vez más profundas, abandona la salud pública y muestra escasos resultados en salud (69).

En la misma línea del acceso a servicios de salud, de acuerdo a los planteamientos de la OMS, la planificación familiar es un factor protector para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud de las mujeres al prevenir embarazos no deseados y reducir las prácticas de los abortos de alto riesgo (70), en este estudio se evidenció que en todos los casos investigados ninguno de los embarazos asociados al desenlace de muerte, fueron embarazos deseados, no obstante, todos fueron aceptados. Este hallazgo permite generar interrogantes en torno a la garantía real del derecho a la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva en las mujeres, su acceso a métodos anticonceptivos y a la autonomía que ejercen sobre su propia sexualidad, su maternidad y su libertad.

Si bien el acceso y la calidad en la prestación de los servicios de salud fueron determinantes claves en la comprensión de la mortalidad materna en el contexto estudiado, por sí solos no son suficientes para explicar la complejidad que encierra ésta problemática. Conjuntamente se encontraron otros determinantes claves que permitieron explorar más a fondo ésta realidad; entre los más importantes se encontró que los bajos nivel socio-económicos en que se encontraban las mujeres que fallecieron son un determinante fundamental, dado que limitan el acceso a la educación, generan condiciones de vida precarias, bajos ingresos que afectan las condiciones materiales en que viven, el tipo de alimentación que tienen y las posibilidades de acceder a mejores servicios médicos asistenciales, entre otros aspectos. Todo esto repercute en la capacidad de decisión de las mujer con respecto a su salud (55) y en el buen término o no del proceso de gestación.

Otro determinante social clave, tiene que ver con la pertenencia a grupos étnicos territoriales, ya que en este estudio todas las mujeres fueron afrodescendientes o indígenas, es decir pertenecientes a grupos étnicos tradicionalmente marginados y vulnerables. Existen estudios que evidencian que no sólo el mejorar las condiciones económicas es suficiente para tener un mejor estado de salud y bienestar. Si se pertenece a grupos históricamente excluidos, las probabilidades de disminuir sus disparidades en salud, así mejore su situación económica, es reducida en comparación con aquellos que pertenecen a los grupos étnicos dominantes, y que están en la misma situación (71).

Si se reconoce que los determinantes sociales, culturales, económicos, biológicos y ecológicos, inciden permanentemente sobre el proceso salud-enfermedad de forma dinámica en el sentido de que siempre actúan diferente dependiendo de la confluencia momentánea del sistema de condiciones que influyen en la salud, la enfermedad y la muerte (72); los indicadores de mortalidad materna serán el reflejo de los determinantes que han contribuido a la defunción y de los fallos en los sistemas de control, que pretendían modificarlos, suministrando así información valiosa que se comprende mejor desde la historia del grupo (57).

Hoy en día la mortalidad materna se considera un hecho inaceptable, ya que en su mayoría se da por causas prevenibles (73). En esta investigación, al igual que en el estudio realizado por Rubén Darío Gómez, se encontró que la mayoría de las muertes maternas podían evitarse con diferentes acciones, algunas de las cuales eran predominantemente médicas mientras otras se relacionaban con políticas e intervenciones sobre los determinantes sociales y ambientales (57). Aquí, es importante resaltar, que las intervenciones deben plantearse de acuerdo a los

contextos socio-territoriales, ya que las acciones que pueden ser exitosas en un lugar, pueden ser inútiles en otro contexto diferente.

Una muerte materna, además del drama que representa que una mujer no muera como consecuencia de alguna enfermedad, sino durante el proceso natural de procreación de un ser humano (74); tiene consecuencias sociales nefastas ya que se condena a la orfandad a niños pequeños y se destruyen familias. Con frecuencia, las principales repercusiones son: el incremento en la morbi-mortalidad infantil, la deserción escolar, la desintegración de la familia y el ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo (55). En esta investigación, las principales consecuencias encontradas, fue la desintegración familiar, la repartición de los hijos entre familiares, la sobrecarga que implica la crianza de los hijos de las mujeres fallecidas, particularmente en las abuelas, muchas de ellas con avanzada edad o en situación de discapacidad y la mayor vulnerabilidad que tienen los niños huérfanos respecto a aquellos que cuentan con su madre.

La mortalidad materna es considerada como un indicador de la inequidad y desigualdad en el ámbito social de la humanidad, así como de la situación de la mujer en la sociedad y del acceso a los servicios de salud, sociales, de alimentación y de oportunidades económicas (75). Los resultados encontrados, en donde el total de las mujeres afectadas fueron afrodescendientes, indígenas y en condición de vulnerabilidad socio-económica; son consistentes con lo referido a nivel internacional y nacional, confirmando, que en buena parte, los factores asociados a las muertes maternas reflejan problemas de la estructura social que reproduce inequidades de género, clase social y etnia (76) y en donde los servicios de salud, que tienen también una participación importante en la ocurrencia de la muerte materna, son, finalmente, una expresión de esas estructuras sociales (55).

El hecho de que en este estudio se evidenciara que la problemática de la mortalidad materna en Buenaventura, se concentra en sectores de la población con mayor vulnerabilidad social y económica, no es un hallazgo nuevo en este contexto; un estudio realizado por Martha Cecilia Navarro en donde aborda las dinámicas de la maternidad en Buenaventura, evidencia que efectivamente se configura una mayor marginación y vulnerabilidad (y por tanto un mayor riesgo en salud), en aquellas mujeres que viven bajo formas de subordinación socioeconómica, racial o de género, en un contexto fuertemente machista en donde la mujer sólo cumple un papel reproductivo (1) (20).

(1). Estos hallazgos previos, permiten complementar la información obtenida en esta investigación, y así mismo aportar nuevos elementos que permitan visibilizar la complejidad que encierra ésta problemática.

Para Ayres (2003), los análisis de vulnerabilidad deben integrar tres dimensiones interdependientes: individual, social y programática (respuesta organizada de la sociedad frente a determinado agravo de salud). A nivel individual deben ser considerados aspectos como valores, intereses, creencias, actitudes, comportamientos, conocimientos, el estado psicológico, emocional y la calidad de las redes de apoyo. Desde el punto de vista social se destacan en común entre las embarazadas bonaverences y sus familiares las normas sociales, los referentes culturales; las relaciones de género, intergeneracionales e interétnicas; las creencias religiosas, el acceso a la educación, la libertad de pensamiento y de expresión, la participación política, el acceso a la justicia, soporte social, empleo y salarios. Dentro de los factores programáticos se destacan el compromiso político del gobierno, el desarrollo de políticas específicas en el sector salud, la participación social en la planeación y evaluación de políticas públicas; la articulación multisectorial de las acciones de salud pública y la organización, acceso y calidad de los servicios de salud (30).

Finalmente, y acorde con los resultados de otras investigaciones, fue posible evidenciar que las desigualdades en materia de salud ponen sistemáticamente a los grupos de personas que ya están en desventaja social (por ejemplo, en virtud de ser pobres, de sexo femenino, y / o miembros de un grupo racial, étnica, religiosa o privados de sus derechos) en una mayor desventaja con respecto a su salud; y la salud es esencial para el bienestar y para la superación de otros efectos de la desventaja social (42). La mortalidad materna por tanto, solo podrá ser superada en la medida en que se minimicen las disparidades evitables en salud y sus determinantes – incluida pero no limitada a la atención médica – entre grupos de personas que tienen diferentes niveles de ventajas sociales en cuanto a riqueza, poder o prestigio (11), logrando así una ausencia de diferencias en salud entre los grupos menos y los más desfavorecidos (41).

Debido a las limitaciones de la investigación, no fue posible realizar una inmersión más participativa en el contexto estudiado, por tanto existen muchas dinámicas sociales que no fueron posibles captar y que son importantes para entender la complejidad que encierra la mortalidad materna, y para evidenciar de mejor manera el papel que cumplen los determinantes sociales intermediarios en esta problemática.

8. Conclusiones y recomendaciones

Los Derechos Humanos representan el camino para que las mujeres, las comunidades y la sociedad materialicen la libertad sexual y reproductiva. Los derechos sexuales y reproductivos promueven la igualdad, la reproducción, libertad sexual, intimidad, libertad de pensamiento, autonomía reproductiva y las decisiones sin sufrir coacciones o violencias. Los altos niveles de morbilidad y mortalidad materna en Buenaventura violan los derechos a la vida y al más alto nivel de salud posible para las mujeres en condición de vulnerabilidad puedan desarrollarse. De este modo constituye una forma de discriminación contra las mujeres y un desconocimiento del derecho a la no discriminación por razones de sexo, consagrado en el marco de los Derechos Humanos (77).

Tradicionalmente, las causas de las muertes maternas son analizadas desde los planteamientos de la Dra. Débora Maine, que propone un esquema de tres demoras en donde las dos primeras se centran en los individuos y la última en la prestación de los servicios de salud. No obstante, este modelo busca visibilizar problemas estructurales como la pobreza, el analfabetismo, el bajo estatus de la mujer, la higiene y la nutrición deficiente y el transporte deficiente resultado de procesos socio históricos que condicionan tanto el accionar de los individuos como la prestación de los servicios de salud. Centra su accionar en el análisis e la “cadena causal” en término de las condiciones que determinan una muerte materna (78)

En esta investigación, se planteó indagar la mortalidad materna desde el enfoque de los determinantes sociales y la equidad planteado por la OMS, con el ánimo de avanzar en la comprensión de esta problemática y superar la visión reducida que plantea el esquema de las tres demoras. En este orden de ideas, y de acuerdo a los objetivos planteados en este estudio, a partir de un ejercicio descriptivo de corte cualitativo, se evidencio que dentro de los determinantes intermedios indagados, el sistema de salud fue el que más apporto elementos en la comprensión de la problemática, seguido de las circunstancias materiales, la cohesión social y por último, los factores conductuales y biológicos.

El sistema de salud presento serias fallas, debido a que por un lado no se cuenta con un buen sistema de información, seguimiento y vigilancias epidemiológica, y por otro lado se reportaron múltiples barreras de acceso, una nula adecuación cultural que respondiera a las particularidades de las mujeres embarazadas en los diferentes momentos de su proceso de gestación, fallas en la oportunidad de la prestación de los servicios y sobretodo irregularidades

y fallas graves en la calidad de la atención, ya que existía una baja capacidad médica resolutive de eventos obstétricos y una nula adecuación intercultural que permitiera generar un dialogo de saberes efectivo. Adicionalmente no se encontró ninguna articulación entre los funcionarios de salud institucional, con actores claves como las parteras, que en ese contexto socio cultural, son quienes muchas veces determinan el momento en el que la mujer embarazada debe asistir a los servicios de salud institucionales; o con los cabildos indígenas que disponen de los recursos humanos y físicos para solventar a las mujeres gestantes de sus comunidades. Otro actor que juega un rol importante en la atención de las mujeres embarazadas, son las agencias de Naciones Unidas, que atienden gestantes en diferentes momentos, pero no de forma regular y sistemática que permita hacer un seguimiento adecuado al proceso de gestación, con el agravante de que estas agencias no se articulan con las instituciones prestadoras de servicios de salud para realizar un trabajo conjunto y compartir información vital, esto es particularmente grave, en la medida en que no se garantiza una continuidad en la prestación de los servicios de salud a las mujeres, se generan sub-registros de información vital y se refuerza un accionar medico fragmentado, incompleto y de baja calidad.

En cuanto a las circunstancias materiales en que vivían las mujeres investigadas, se encontró que la mayoría de las mujeres y sus familias tenían una inserción laboral precaria, bajos ingresos económicos, y bajo nivel educativo que en su conjunto configuraba una alta vulnerabilidad socioeconómica que limitaba la capacidad de acción y movilización de las familias para tener mejores condiciones de vida y reproducía procesos de segregación social y territorial. En general los sectores en donde residían las familias abordadas, se caracterizaban por ser zonas marginales, con bajo costo de vida, pero con serias dificultades en el acceso a servicios públicos, a sanidad, a espacio habitable suficiente, a una vivienda digna y a espacios de recreación bioseguros. Adicionalmente, convivían con altos niveles de violencia debido a la presencia de grupos delincuenciales que restringían tanto la movilidad de los habitantes del sector, como de los funcionarios de salud.

Respecto a la cohesión social, en la mayoría de los casos se presentaba una ausencia de la pareja, no obstante, la mayoría de las mujeres investigadas, contaron con una red familiar de apoyo que en el caso de las mujeres afrodescendientes se constituía por la madre, hermanas y las tías, y en el caso de la mujer indígena era particularmente la suegra. En general, se tejían lazos de solidaridad familiar, particularmente de las mujeres, entorno a la madre gestante.

Respecto a los factores conductuales y biológicos, en general la mayoría de los casos investigados, contaban por buenas condiciones de salud y no presentaron signos ni síntomas de riesgo durante el embarazo. Solo dos mujeres tenían una condición sistémica de base muy relacionada con la precariedad que tenían en sus condiciones de vida. En general, todos los casos correspondían a mujeres jóvenes, que pese a su bajo nivel socioeconómico, tenían actitudes positivas frente a su condición de embarazo y guardaban cuidados especiales apoyados por su núcleo familiar.

En general, la mortalidad materna es una problemática compleja que va más allá de los factores de riesgo individuales. En el contexto investigado, existen una mayor vulnerabilidad en las mujeres, particularmente en aquellas pertenecientes a grupos sociales discriminados y marginados, como los son afrodescendientes e indígenas; en un contexto machista en donde la mujer se subordina y se relega solo a un papel reproductivo. Esta realidad, sumada a la vulnerabilidad económica en que viven las familias abordadas y un sistema de salud precario, les genera una mayor desventaja social que tiene consecuencias negativas en las condiciones de salud y en el desarrollo satisfactorio o no de un proceso de gestación.

Resolver la problemática de la mortalidad materna, implica actuar en diferentes niveles, para mejorar las condiciones de vida de las comunidades y particularmente de las mujeres, y para garantizar el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud de calidad y adaptados culturalmente.

Los resultados de la investigación también permiten proponer las siguientes recomendaciones:

- Avanzar hacia un análisis de las muertes maternas que profundice en aspectos conceptuales de los determinantes que el modelo de las tres demoras de Débora Maine permite hacer. Es de vital importancia plantear nuevos análisis, que involucren puntos de encuentro en las postulaciones de la autora y en donde se visibilice el contexto socio histórico y cultural que determina las condiciones de vida de las comunidades y en donde se reproducen inequidades en salud, para intervenir más efectivamente en los determinantes sociales relacionados con la mortalidad materna.
- Se debe realizar una articulación interinstitucional en el sector salud, que permita garantizar un acceso a servicios de salud con calidad y oportunidad, respondiendo al contexto social y cultural de las mujeres gestantes de Buenaventura.

- Indiscutiblemente debe existir una mejora sustancial en las condiciones de vida en general de las diferentes comunidades en Buenaventura, un mayor acceso a educación de calidad y a un mercado laboral digno con enfoque de género, que permita a las mujeres tomar control efectivo sobre su vida y su sexualidad.
- Los sistemas de información, vigilancia y control deben mejorarse y articularse, de manera que exista información confiable y sin sub-registros, de la mortalidad materna y otros eventos de interés en salud pública.
- Las instituciones oficiales en salud deben articularse con actores como las parteras, los cabildos indígenas y las organizaciones no gubernamentales, generando un diálogo de saberes a partir del respeto mutuo y una colaboración efectiva que permita unir esfuerzos en pro de la salud y el bienestar de las mujeres gestantes.
- Es de suma importancia superar el énfasis biologicista en la formación de los profesionales de la salud. Se requieren personas críticas, con una formación integral que les permita plantear soluciones y actuar de acuerdo a los contextos, buscando siempre el bienestar y la salud de todas las comunidades.
- Para la atención en salud materna con enfoque diferencial, en el caso de las mujeres indígenas y afrodescendientes de las zonas rurales dispersas, se recomienda una articulación institucional con actores comunitarios como parteras que permita construir estrategias de intervención que involucre sistemas comunitarios de vigilancia y remisión oportuna, así como de comprensión sobre las formas de vida y el cuidado cultural de la salud.
- La pobreza y la baja calidad en la prestación de servicios fueron los determinantes sociales de la mortalidad materna que más se identificaron, abordarlos implica plantear intervenciones intersectoriales y transectoriales (incluyendo las organizaciones de base comunitaria) que impacten positivamente sobre las condiciones de vida de las maternas del puerto.

9. Anexos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA
ACTA DE EVALUACIÓN

ACTA DE EVALUACIÓN: N°. 018-218-16
Fecha: 13 de octubre de 2016

Nombre completo del proyecto: "ANÁLISIS DE LA MUERTES MATERNAS PARA EL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA DEL 2010 AL 2012 DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y EQUIDAD".

Versión número: 01

Sometido por: la estudiante Beatriz Helena Soto Mora

Dirigido por: el profesor Javier Hernando Eslava Schmalbach

Presentado por: la profesora Rosa Helena Flórez Mosquera, Coordinadora Académica

Departamento o Sección: Maestría en Pública Física de la Facultad de Medicina

Fecha en que fue sometido a consideración del Comité: 13 de octubre de 2016

EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE MEDICINA. Se constituyó mediante la Resolución 152, (Acta No. 43 del 8 de diciembre de 1996) actualizado mediante resolución 008 (acta 03 de 27 de enero de 2011), de Consejo de Facultad el Comité de Ética de investigación, el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia que estableció las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión del año 2000; y el código de regulaciones federales, título 45, parte 46, para la protección de los sujetos humanos, del departamento de salud y servicios humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (Junio 18 de 1991).

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:
- ✓ Carta de presentación del proyecto generada por la unidad básica o el departamento.
 - ✓ Copia de la evaluación de los jurados o pares académicos que evaluaron y aprobaron el trabajo)
 - ✓ Copia del proyecto completo de investigación,
 - ✓ Dos resúmenes ejecutivos
 - ✓ Dos copias del consentimiento informado (en español y cuando la investigación lo amerite).
 - ✓ Hojas de vida resumidas de los investigadores y coinvestigadores del proyecto
 - ✓ Consideraciones éticas según resolución 8430 Ministerio de Salud.
 - ✓ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por los siguientes miembros del Comité:

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| 1 | Amador Luis Roberto | Departamento de Patología |
| 2 | Arteaga Díaz Clara Eugenia | Departamento de Morfología |
| 3 | Duarte Gutiérrez Liz Marcela | Asesora Jurídica Facultad de Medicina |
| 4 | Guerrero Fonseca Carlos Arturo | Departamento de Ciencias Fisiológicas |
| 5 | Parra Pineda Mario Orlando | Departamento de Obstetricia y Ginecología |

SEL. Juanita P. M.

Recibí:
Jhon Jairo Anzures F.
Fecha: 20/10/16.
12:30 pm.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA
ACTA DE EVALUACIÓN

3. El Comité consideró que el presente estudio:

- a. Es válido desde el punto de vista ético. La investigación involucra un riesgo igual al promedio para los sujetos que participan en ella. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.
- b. El Comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas

4. El Comité informará inmediatamente a las directivas institucionales:

- a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

5. El Comité informará inmediatamente a las directivas, toda información que reciba acerca de:

- a. Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité


6. Cuando el proyecto sea aprobado, será por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de aprobación.

7. El Investigador principal deberá:

- a. Informar de cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA) excepto cuando sean necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación.
- b. Avisar de cualquier situación imprevista que se considere implica algún signo de riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
- c. Informar de cualquier evento adverso serio de algún paciente, comunicando la situación al secretario y al presidente del Comité de Ética), de acuerdo con la normatividad que el INVIMA ha generado a este respecto.
- d. Poner en conocimiento del comité toda información nueva importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo/beneficio de los sujetos participantes.
- e. Comunicar cualquier decisión tomada por otros comités con respecto a la investigación que se lleva a cabo.
- f. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
- g. Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del informe de avance integrado.
- h. Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, este cierre puede ser el informe final en formato completo o en formato de resumen de cierre de estudio, firmado por el investigador responsable del estudio.

8. Observaciones:

El comité considera que el proyecto de investigación no presenta dilemas éticos por lo tanto emite Concepto Aprobatorio.


Nombre: CARLOS ARTURO GUERRERO FONSECA
Título: PhD Doctorado en Biología, MSc. en Farmacología y MSc. en Genética Humana
Cargo: Presidente Comité de Ética

Est. Juanita P. A.

10. Bibliografía

1. Navarro Valencia. Uniones, maternidad y salud sexual y reproductiva de las afrocolombianas de Buenaventura. Una perspectiva antropológica. Revista Colombiana de Antropología. 2009 Enero - junio; 45(1): p. 39-68.
2. Profamilia - UNFPA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud.. Bogotá: Profamilia, Demografía y Estadística; 2005.
3. Prada Salas E. Mortalidad materna en Colombia, evaluación y estado actual. (FNUAP) FdPdINU, editor. Medellín: Family Care Internacio- nal (FCI),; 2005.
4. Bernal Salazar , Cárdenas Santamaría M. Race and Ethnic Inequality in Health Care in Colombia. Fedesarrollo. 2005; 26(7): p. 12.
5. Carrillo U. A. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. Ciencia y Salud. ; 5(2): p. 72-85.
6. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Análisis de Si tuación de Salud. Colombia, 2015. Bogotá: Ministerio de Salud , Dirección De Epidemiología y Demografía; 2015.
7. Centro de investigaciones multidisciplinarias para el desarrollo-cimder. Caracterización de la explotación sexual comercial de nna en seis municipios del Valle del Cauca. Cali: Gobernacion de Valle del Cauca, Secretaria de Salud Departamental de Valle del Cauca; 2011.
8. Alcaldía Municipal de Buenaventura. Plan de Ordenamiento Territorial 2008-2011. Buenaventura: Alcaldía Municipal de Buenaventura, Planeacion Municipal; 2008.
9. Pérez GJ. Historia, geografía y puerto como determinantes de la situación social de Buenaventura regional Ddtse, editor. Cali : Banco de la Republica CEER; 2007.
10. Acción Social - DPS. Población Desplazada en Buenaventura según Expulsor y Receptor de 2002 – 2009. Cali: DPS, Accion Social; 2010.

11. Braveman PA. Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annual review of public health. 2006; 27: p. 167-194.
12. Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia , UNICEF; Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA; Banco Mundial. Mortalidad Materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Ginebra, Suiza;; 2008.
13. Secretaría de Salud de Bogotá. Mortalidad Materna. Bogota: Secretaria de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública; 2010.
14. Carrillo. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. Revistas ciencias de la salud. 2007 Julio - septiembre; 5(2): p. 72-85.
15. Tejada Pérez P, Cohen A, Font Arreaza IJ, Bermúdez C, Schuitemaker Requena JB. Modificaciones fisiológicas del embarazo e implicaciones farmacológicas: maternas, fetales y neonatales. Revista Obstetrica de Ginecologia. 2007; 67(4): p. 246-267.
16. Palomar Vereá C. Maternidad: Historia y Cultura. Revista de Estudios de Género. La Ventana. 2005; 22(4): p. 36-38.
17. Organización Panamericana de la Salud- Ministerio de Salud y Protección Social. Adecuación técnica y socio cultural de la Estrategia de Maternidad Segura. Convenio 637. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud- Ministerio de Salud y Protección Social, Línea litoral Pacífico ; 2010.
18. Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia , UNICEF; Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA; Banco Mundial. Mortalidad Materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Institucional. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud ; 2008.
19. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. CEPAL, Informe de la vigesimoséptima reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Institucional. San Salvador, El Salvador: CEPAL; 1998.

20. Denman CA, Castro V MdC, Aranda. Salud en Sonora desde una perspectiva de género: retos y propuestas. Región y Sociedad. 2007; XIX: p. 147-170.
21. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Revista gerencia política y salud. 2009 Junio - Diciembre; 8(17): p. 69-79.
22. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2015 10 18]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/.
23. World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. Institucional. Geneva : World Health Organization, Department of Ethics, Equity, Trade and Human Rights ; 2010. Report No.: ISBN.
24. Chung , Muntaner C. Welfare state matters: a typological multilevel analysis of Wealthy Countries. Journal Epidemiology Comm Health. 2007 March; 80(2): p. 328-339.
25. Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. Social science and medicine. 2004 January; 58(1): p. 41-56.
26. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2015 Noviembre 05]. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:v1UIA5fXhO4J:www.paho.org/Saludenlasamericas/index.php%3Foption%3Dcom_content%26view%3Darticle%26id%3D58%26Itemid%3D165%26lang%3Des+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co.
27. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. The Lancet. 2007 September; 370(9593): p. 1153-1163.
28. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? International journal of epidemiology. 2003 August; 32(4): p. 652-657.
29. Krieger N. Refiguring "race": epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. International journal of health services. 2000; 30(1): p. 211-216.

30. Ayres JRdCM, França Júnior I, Calazans J, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In Czeresnia D, Freitas CM. *romoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 117-139.
31. Almeida N, Castiel L, Ayres J. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*. 2009 Septiembre - Diciembre; 5(3): p. 323-344.
32. Lynch JW, Davey Smith , Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *MBJ*. 2000 April; 29(1200): p. 1200-1204.
33. Marmot M, Wilkinson G. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*. 2001 May; 19: p. 1233-1236.
34. Marmot , Wilkinson. Social support and social cohesion. In SA S, editor. *The social determinants of health*. New York: Oxford University Press; 2006.
35. Borell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta sanitaria*. 2008 Septiembre - Octubre; 22(5): p. 465-473.
36. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva : World Health Organization, CSDH; 2010. Report No.: ISBN.
37. Jeanette Vega , Solar I. Campus virtual Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2011 [cited 2015 Noviembre 08. Available from: https://cursos.campusvirtuales.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf.
38. Graham. Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*. 2004; 82(1): p. 101-124.
39. Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. [Online].; 2015 [cited 2015 11 05. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/Paginas/determinantes-sociales-de-salud.aspx>.

40. Whitehead. Los conceptos y principios de la equidad en salud. Institucional. Washington : Organización Panamericana de la Salud , Los conceptos y principios de la equidad en salud; 1991.
41. Universidad Nacional de Colombia. Diseño de un observatorio sobre equidad, calidad de vida y salud en Bogotá. Propuesta. Bogotá : Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Investigaciones para el Desarrollo; 2006.
42. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;; p. 254-258.
43. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. Journal Epidemiology Community Health. 2003 October; 57: p. 254-258.
44. United Nations. UN world conference on human rights. Resolutio 48/121. Vienna : United Nations; 1993.
45. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública. 2002 May - June ; 11(5-6).
46. Ramos A. Los paradigmas de la investigación científica. Av.psicol. 2015 Enero-Julio ; 23(1).
47. Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In Derman C, Haro J. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. La Sonora: El Colegio Sonora; 2002. p. 113-145.
48. Satrauss , Corbin. asics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory Antioquia FdEdlUd, editor. Medellín : Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
49. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Segunda ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc; 1998.
50. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2002. Ginebra.

51. CIOMS - WHO. International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies. 2008. Geneva.
52. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 DE 1993. 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
53. Cortés Díaz. Mortalidad materna y salud pública: décadas pérdidas. Revista facultad de Medicina. 2010 Julio - Septiembre; 58(3): p. 67-171.
54. Ronsmans , Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet. 2006 September; 368(9542): p. 1189–1200.
55. Karam Calderón Á, Bustamante Montes , Campuzano González , Camarena Pliego. Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. Medicina Social. 2007 Octubre; 2(4): p. 205-211.
56. Hersch Martínez P. Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. Salud Pública de México. 2013; 55(5): p. 512-518.
57. Gómez Arias. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria Colombia. 1985-2001. Tesis doctoral. Medellín : Universidad de Antioquia , Facultad Nacional de Salud Pública ; 2006. Report No.: ISBNN.
58. Vélez Álvarez A, Gallego Vélez L, Jaramillo Posada. Universidad de Antioquia. [Online]. Bogotá : Libros Nacer ; 2004 [cited 2016 Marzo 25. Available from: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/modelodeanalisisdela muertematerna.pdf>.
59. Bello Álvarez M. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas. [Online].; 2016. Available from: http://www.bdigital.unal.edu.co/55700/1/52818209_2016.pdf.
60. Susser M, Susser E. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. American Journal Health. 1996 Mayo; 86(5): p. 8.
61. Laza Vásquez C. La causalidad en epidemiología. Investigaciones Andina. 2006; 8(12).

62. Secretaria distrital de salud de Bogotá. Salud capital, Dirección de Salud pública. [Online]. [cited 2016 Octubre 18. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Mortalidad%20Materna.pdf>.
63. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud sexual y reproductiva. Institucional. Bogotá D.C. : Ministerio de Salud y Protección Social , Dirección general de Salud Pública ; 2003.
64. Correal Cabezas X, Fajardo F JS. Información estadística. Departamento del Valle del Cauca. Municipios de Santiago de Cali y Cartago Buenaventura, Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico . Boletín. Bogotá D.C. : Corporación Humanas-Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género , Valle del Cauca ; 2015.
65. Barba Solano. Revisión teórica del concepto de cohesión social: hacia una perspectiva normativa para América Latina Buenos Aires : CLACSO; 2011.
66. Izquieta Etulain L. Protección y ayuda mutua en las redes familiares. Tendencias y retos actuales. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 1996 Abril-Junio; 1(74): p. 189-207.
67. Makary M, Michael. Medical error—the third leading cause of death in the US. British Medical Journal. 2016 May; 353.
68. Velasco V, Navarrete E, La Cruz L. El descenso de la mortalidad materna en el IMSS, 2000-2005. ¿Azar o resultado de acciones específicas? Revista Medica. 2008; 46(2): p. 211-218.
69. Hernández Álvarez M, Torres Tovar M. Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. Medicina social. 2010 Diciembre; 5(4): p. 241-245.
70. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. [Online].; 2015 [cited 2016 Abril 17. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.

71. Colen G, Geronimus AT, Bound , James A. Maternal Upward Socioeconomic Mobility and Black–White Disparities in Infant Birthweight. American Public Health Association. 2006 November; 96(11): p. 2032-2039.
72. Mosley W, Chen L. Child survival: strategies for research. Popul Dev Rev. 1984; 10(401).
73. Organización Mundial de la Salud. Salud Reproductiva, OMS. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 17. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/spanish_epmm.pdf.
74. Langer A. La mortalidad materna en México: La contribución de aborto inducido. In Ortiz A. Razones y pasiones en torno al aborto. México : Edamex ; 1994. p. 149-153.
75. Organización Panamericana de la Salud. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª Sesión del Comité Regional: estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Institucional. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2002.
76. Breilh. Epidemiología crítica. Tercera ed. Buenos Aires - Quito: Lugar Editorial ; 2003.
77. Ianuzova M. Mortalidad materna y derechos humanos. Colombia: Profamilia; 2004. Report No.: ISSN: 0124-1303.
78. Maine. How do socioeconomic factors affect disparities in maternal mortality? Journal of the American Medical Women's Association. 2001; 56(4): p. 190.
79. Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de Investigación en salud. 2014..
80. Troche Gutiérrez I, Lopera Medina. Fenómenos socioculturales relacionados con el cuidado de las personas con VIH, en población afiliada al régimen subsidiado, atendidos en Neiva, Colombia en el período 2013– 2014. Tesis de maestría. Medellín: Universidad de Antioquía , Facultad Nacional de Salud Pública ; 2015.
81. Fondo de población de la Naciones Unidas (UNFPA). Determinantes sociales de la morbilidad y la mortalidad maternas. Investigación institucional. Bogotá D.C. : Ministerio de Salud y Protección social, Salud sexual y Reproductiva ; 2012.