

**ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA
MORTALIDAD MATERNA EN LOS MUNICIPIOS DE APARTADÓ,
NECOCLÍ Y TURBO EN LA SUBREGIÓN DE URABÁ, ENTRE LOS
AÑOS 2010-2017**

JAIRO NORBERTO MACHUCA TEHERÁN

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
ESCUELA DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN SALUD COLECTIVA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
2020**

**ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA MORTALIDAD
MATERNA EN LOS MUNICIPIOS DE APARTADÓ, NECOCLÍ Y TURBO EN LA
SUBREGIÓN DE URABÁ, ENTRE LOS AÑOS 2010-2017**

JAIRO NORBERTO MACHUCA TEHERÁN

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Colectiva

**Asesor
LUIS ALIRIO LÓPEZ GIRALDO
Doctor en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
ESCUELA DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN SALUD COLECTIVA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
2020**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Medellín, 22 de junio de 2020

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
2.1. La mortalidad materna en el mundo	20
2.2. Mortalidad materna en América Latina y el Caribe	21
2.3. Mortalidad materna en Colombia	21
2.4. Pregunta de investigación	24
3. JUSTIFICACIÓN	25
4. OBJETIVOS	27
4.1. Objetivo general	27
4.2. Objetivos específicos	27
5. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	28
5.1. Conceptos sobre salud materna y mortalidad materna	30
5.1.1. Salud materna	30
5.1.2. Muerte materna	31
5.2. Clasificación de las muertes maternas según el tipo de demora	32
5.3. Determinantes sociales de la mortalidad materna y determinación social de la salud	33
5.3.1. Determinantes sociales de la salud	33
5.3.2. Determinación social en salud	34
5.3.3. Dimensiones de la determinación social en salud	36

	pág.
5.3.4. Triple inequidad	36
6. DISEÑO METODOLÓGICO	38
6.1. Tipo de estudio	38
6.2. Población y muestra	40
6.2.1. Criterios de inclusión	42
6.2.2. Criterios de exclusión	43
6.2.3. Consentimiento informado	44
6.3. Técnicas de recolección de la información	44
6.3.1. Entrevistas a profundidad	46
6.3.2. Entrevista semiestructurada	47
6.3.3. Revisión documental	48
6.3.4. Observación	49
6.4. Técnicas de Registro de la Información	49
6.5. Proceso de acceso a campo	50
6.5.1. Análisis de la información	53
7. CRITERIOS DE RIGOR	56
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	58
9. HALLAZGOS	62
9.1. Condiciones de vida de las familias en que han ocurrido muertes maternas en la subregión de Urabá	65
9.1.1. La ruralidad y condiciones de vida de familias con ocurrencia de muertes maternas	67
9.1.2. Entorno y calidad de vida de las familias con casos de mortalidad materna	71
9.2. Condiciones socioeconómicas de las familias de maternas fallecidas	81

	pág.
9.3. Condiciones de seguridad alimentaria en las familias con muertes maternas	88
9.4. Cuidados durante el embarazo	92
9.5. Servicios de salud y atención materna en la subregión de Urabá	94
9.5.1. Capacidad resolutive en atención materna de los prestadores de servicios de salud en la subregión de Urabá	95
9.5.2. Accesibilidad geográfica de las maternas a los prestadores de servicios de salud	99
9.6. Calidad en la atención en salud de los prestadores de la subregión de Urabá	101
9.6.1. Consideraciones de los participantes sobre el sistema general de seguridad social en salud	104
10. DISCUSIÓN	108
CONCLUSIONES	114
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	131

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Mortalidad materna en la subregión de Urabá por municipios 2010-2016	22
Tabla 2. Aspectos condicionantes según tipo de demora	33
Tabla 3. Aplicación de Técnicas en los distintos dominios de la determinación social de la salud	45
Tabla 4. Dimensiones del índice multidimensional de condiciones de vida –IMCV (puntos) en las subregiones de Antioquia por áreas ECV 2017	68
Tabla 5. Dimensiones del índice multidimensional de condiciones de vida –IMCV (puntos) en las subregiones de Antioquia ECV 2017	72
Tabla 6. Comparativo entre municipios de la subregión. Condiciones de la vivienda y acceso a servicios públicos	78
Tabla 7. Capacidad instalada para prestación de servicios de salud 2019	96

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. Consentimiento informado	131
Anexo 2. Cartas de solicitud de información	134
Anexo 3. Guía de la entrevista a familiares en casos de muertes maternas en la subregión de Urabá entre 2010-2017	142
Anexo 4. Cuestiones a explorar	143
Anexo 5. Cuestiones a explorar	145

INTRODUCCIÓN

Una de las problemáticas más graves en salud que aun afecta a los países de mundo y en especial a aquellos más pobres, es la mortalidad materna y tiene un gran impacto familiar, social y económico (Berg, 1996). Según datos de la organización mundial de la salud OMS, en el mundo cada día mueren unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio. La mayor parte de estas muertes se presentarían en los países de más bajos ingresos, pero lo más triste es que estas muertes en un alto porcentaje son evitables (OMS, 2015a).

Diferentes movilizaciones como los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-203 han abordado este fenómeno. Las metas trazadas en los OMS fueron las de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva (OMS, 2016), hubo un descenso significativo del 45%, pero la meta no fue alcanzada en todos los países y regiones del mundo. Algunas de las causas siguen apuntando a la no disposición de suficiente personal competente en la prestación de atención de rutina o de emergencia (ONU, 2015).

La presente investigación hace una revisión del fenómeno a escala mundial y luego se concentra en su comportamiento en la subregión de Urabá, en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo. Analiza la comprensión que se ha hecho de la mortalidad materna desde los determinantes sociales de la salud y propone un análisis del proceso de determinación social de este fenómeno desde la propuesta teórica de Jaime Breilh y la Medicina Social Latinoamericana MSL.

Esta comprensión del proceso de configuración de la mortalidad materna en la subregión de Urabá se realiza desde una metodología cualitativa y mediante el enfoque del estudio de casos. Se analiza desde el abordaje de las familias que han tenido muertes maternas entre los años 2010 a 2017, y los funcionarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios

de Salud (IPS), Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Secretaría de Salud que han prestado servicios a las maternas durante la gestación el parto y puerperio.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El interés de comprender el fenómeno de la mortalidad materna en algunos municipios de la subregión de Urabá permite hacer cuestionamientos en dos direcciones. Primero, en la forma como desde las diferentes organizaciones se han propuesto y asumido iniciativas con el fin de resolver esta problemática; la segunda, sobre la comprensión y explicación que se tiene del fenómeno, para desde allí trazar nuevas iniciativas que intenten superarlo.

En cuanto al primer cuestionamiento, es posible identificar distintas movilizaciones en el mundo, orientadas a superar este fenómeno. Una de ellas en el año 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que nacen con el fin de abordar la indignidad de la pobreza; para ello, se establecieron objetivos medibles, acordados universalmente, sobre la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, la prevención de las enfermedades mortales pero tratables, y la ampliación de las oportunidades educacionales de todos los niños, entre otros imperativos del desarrollo. Dentro de los ODM, el número 5, le apuntó a mejorar la salud materna; para ello se propuso como una de sus metas, reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes (PNUD, 2016).

A esta movilización y luego de no ser alcanzados todos los ODM le siguió una nueva agenda, los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Como los objetivos del milenio terminaron en 2015, se puso en marcha la agenda 2030 para el desarrollo sostenible y fue adoptada por líderes mundiales en septiembre de ese mismo año. La nueva Agenda insta a los países a iniciar esfuerzos para lograr 17 ODS en los siguientes 15 años (ONU, 2016). Mediante estos 17 ODS y las 169 metas se pretende hacer realidad los derechos humanos de todas las personas y alcanzar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas. Los Objetivos y las metas son de carácter integrado e indivisible y conjugan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental (Asamblea General Naciones Unidas, 2015).

Una tercera movilización que se sumó a las dos anteriores, fue la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030. La OMS a partir de los conocimientos aprendidos de estrategias anteriores como los ODM y la misma estrategia Mundial para la salud y el niño, ha planteado a través de esta estrategia, poner fin a la mortalidad prevenible de mujeres, niños y adolescentes; mejorar en gran medida su salud y bienestar; y realizar el cambio transformador necesario para configurar un futuro más próspero y sostenible (OMS, 2015d). Los tres objetivos generales de la Estrategia Mundial actualizada consisten en Sobrevivir, Prosperar y Transformar. Según las palabras del señor Ban Ki-Moon:

Cuando la Estrategia se aplique plenamente –apoyando los planes y prioridades de los países y aprovechando el impulso de la iniciativa Todas las mujeres, todos los niños– ninguna mujer, ningún niño y ningún adolescente correrá más riesgo de muerte prevenible por vivir donde viva o ser quien es (OMS, 2015d).

De acuerdo con la ONU (2015), los resultados alcanzados al menos al evaluar los ODM, han permitido que mil millones de personas salieran de la pobreza extrema, combatir el hambre, facilitar que más niñas asistieran a la escuela que nunca antes y proteger el planeta, sin embargo, las desigualdades persisten y el progreso ha sido desigual; la pobreza continua concentrada predominantemente en algunas partes del mundo; muchas mujeres todavía mueren durante el embarazo y el progreso tiende a pasar por alto, a los que se encuentran en escalones económicos más bajos, en desventaja por su edad, discapacidad o etnia. Y se mantienen las desigualdades pronunciadas entre las zonas rurales y urbanas (ONU, 2015).

En cuanto al ODM 5: “mejorar la salud materna”, considerando que las metas trazadas, fueron las de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva (OMS, 2016), existe un descenso significativo del 45% en mujeres que fallecieron durante el embarazo o el parto comparado con 1990, pero la meta no fue alcanzada en todos los países y regiones del mundo. De acuerdo con el informe de la ONU (2015), algunas de las causas siguen apuntando a la

no disposición de suficiente personal competente en la prestación de atención de rutina o de emergencia. En el África subsahariana, una de cada 38 mujeres corre riesgo de morir durante el embarazo o el parto en algún momento de su vida, cuando en los países desarrollados esa proporción es de una de cada 3700 mujeres (ONU, 2015).

En Colombia, el informe 2015 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD sobre los ODM, propuso que entre 2001 y 2013 el número de madres fallecidas por cada 100.000 nacimientos pasó de cerca de 100 a 55. No obstante, aún se mueren aproximadamente 400 mujeres al año por causas derivadas del embarazo y el parto. Esto es especialmente crítico en las zonas rurales de la región amazónica, la Orinoquía y la Alta Guajira. Adicionalmente, este informe 2015 del PNUD, resalta la importancia de ahondar en esfuerzos orientados a la población joven y a las minorías étnicas que, por lo general, tienden a contar con menores recursos. A manera de ilustración: el 18% de muertes maternas se produjo en la población que oscila entre los 10 y los 19 años; el 24% de la mortalidad materna ocurrió en población indígena y afrocolombiana; el 68% de las muertes en gestantes que estaban en el régimen de seguridad social subsidiado; y el 30% de los casos se presentó en madres con un nivel de educación igual o inferior a primaria.

En Antioquia también se observan avances importantes, aunque no generalizados. Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de trabajar en procura de reducir las inequidades observadas, principalmente en los territorios con población indígena y afrodescendiente (PNUD, 2015), situación que presenta la Subregión de Urabá.

El segundo cuestionamiento, busca dar respuestas a la forma en que ha sido investigado y entendido el fenómeno de la mortalidad materna. La búsqueda de información en las bases de datos EBSCO, LILACS, SCIELO y GOOGLE SCHOLAR, con los descriptores mortalidad materna y análisis, entre los años 2000 y 2016, concentrados en América Latina y el Caribe, evidencian que este fenómeno ha sido abordado desde diferentes metodologías y paradigmas.

Fueron identificados un volumen importante de estudios sobre la mortalidad materna

a escala global. Aquellos de interés para los fines de la presente investigación, realizados en Colombia y América latina, son principalmente de corte positivista soportados en la epidemiología clásica y los determinantes sociales de la Salud. Uno de ellos, “El Análisis de la Mortalidad Materna desde los determinantes Sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe” realizado en México por Rodríguez y Rodríguez (2012), hace una revisión sistemática clásica de los estudios desarrollados en diferentes partes de Latinoamérica y el Caribe que describan las causas y los factores de riesgos asociados a la mortalidad materna, teniendo en cuenta la visión de los determinantes sociales de la salud. Este estudio utilizó como palabras claves “atención en salud”, “mortalidad hospitalaria” y “mortalidad materna” en bases de datos como PUBMED, REDALYC, COCHRANE, BVS y MEDLINE. Encontró que México era el país con más estudios (4), seguido de Colombia con 2. En total identificaron 10 estudios, la mayoría con cobertura institucional y tipos de estudios de series de casos y transversales en su diseño. Identificó como determinantes estructurales de la mortalidad materna la clase social relacionada con aspectos como la pobreza y la inequidad de los recursos; la exclusión social; y el bajo nivel educativo de las maternas. Dentro de los determinantes intermediarios se apreció el comportamiento, los factores biológicos, las circunstancias materiales y los sistemas de salud (Rodríguez y Rodríguez, 2012).

Un estudio similar al de Rodríguez y Rodríguez (2012), realizado por Karam, Bustamante, Campuzano y Camarena (2007) sobre “Los aspectos sociales de la mortalidad materna” y que analiza algunos de los determinantes sociales de los casos de las muertes maternas, evidencian que estas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud; según los autores “esta multiplicidad de factores de riesgos complejiza las acciones del sector salud y dificultan los resultados esperados” y señalan que el bajo nivel socio-económico en mujeres que fallecieron son el determinante fundamental, ya que esto les limita el acceso a educación, fuentes de ingresos, una adecuada alimentación y a los servicios de salud (Karam et al, 2007).

Una característica similar que comparten los estudios planteados desde el análisis de los determinantes sociales es el abordaje que se le da a los aspectos sociales como factores.

Se apoyan en metodologías de análisis multinivel, que se centran más en la capacidad de convencer a través de demostraciones estadísticas, que en reconocer los aspectos estructurales que determinan socialmente la salud (Breilh, 2003). Según Breilh (2013), los determinantes sociales de la salud se fundamentan en la existencia de unos determinantes estructurales de inequidades (gobernanza, políticas, culturales) y unos determinantes intermedios (circunstancias materiales, conductas y factores biológicos) (Breilh, 2013); y este “análisis no logra superar la visión lineal, reduccionista y hegemónica que sitúa la relación causa efecto como explicación de la causalidad en salud” (Breilh, 2010).

Una investigación sobre determinantes sociales y culturales identificada en Colombia se realizó vía convenio entre el Ministerio de salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. El objetivo era diseñar participativamente estrategias que permitieran superar las situaciones que contribuyen a las complicaciones maternas (MSPS-UNFPA, 2013).

Bajo este convenio se realizó una investigación socio antropológica, que recogió y analizó en el contexto social y comunitario entre otros aspectos: la formación de conceptos erróneos o contradictorios sobre la valoración de signos y síntomas de alarma durante el embarazo; los valores y mitos propios de las culturas de origen, la suma ancestral de la valoración de la condición de la mujer y el sufrimiento; o las condiciones agravantes de precariedad económica y exclusión social por las cuales muchas mujeres reinterpretan o minimizan sus signos y síntomas en función de sus limitaciones económicas. La investigación se basa en un enfoque epistemológico que adopta las nociones de los determinantes socio estructurales, comprendidos, como todos aquellos que definen históricamente la composición estructural de la sociedad y reconoce a los sujetos como agentes de los procesos de cambio social y cultural (MSPS-UNFPA, 2013).

Investigaciones desde la salud pública también han abordado la mortalidad materna desde perspectivas psico-socio-culturales: Romero, Sánchez, Romero y Chávez (2010) en su estudio “Muerte Materna: Una revisión de la literatura sobre factores socioculturales”, hacen una reflexión sobre factores socioculturales desde una metodología cualitativa. Según estos

autores, de este modo se conoce más allá de las causas biomédicas y se analizan factores socioculturales de riesgo para las mujeres asociados al embarazo, el parto y el puerperio. Concluyen Romero et al (2010), además, que el modo de hacerle frente al fenómeno de la mortalidad materna es conocer cómo se lleva a cabo, y la forma en que influyen los factores socioculturales para así poder brindar soluciones integrales, pertinentes y útiles (Romero et al, 2010).

Otros autores como Almeida-Filho (1992; 2001) citado por Haro (2013), hablan de la necesidad de una perspectiva etnológica en salud, desde donde se interpreten los aspectos culturales, que aseguren no solo la inclusión:

En la visión epidemiológica de los llamados síndromes de filiación cultural en forma complementaria, sino en alimentar las teorías de causalidad y la clasificación de entidades prevenibles y factores de riesgos con la visión de los actores locales, dentro de una teoría general de la salud mucho más sofisticada que la actual, capaz de integrar conceptos sistémicos y causas independientes que reconozcan la historicidad del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes (Haro, 2013, p. 32).

Desde propuestas teóricas similares Menéndez (2008), investigador mexicano, ha esbozado tres características principales de la epidemiología sociocultural, (conocida también como etno-epidemiología o etno-psiquiatría):

Primero por plantear la necesidad de incluir en los estudios de los procesos de salud/enfermedad/atención no sólo los aspectos sociales, sino también los culturales y los económico-políticos, junto, por supuesto, con los biológicos y ecológicos. Subraya que estos aspectos deben ser tratados no sólo como variables epidemiológicas, sino sobre todo como procesos socioculturales y bio-ecológicos. En segundo lugar, por proponer un tipo de trabajo que realmente utilice y articule las aproximaciones estadística y cualitativa. Y tercero, por la aplicación de un enfoque relacional que incluya no sólo los diferentes factores que operan respecto de un problema determinado, sino que incorpore el conjunto de actores sociales significativos que viven, sufren y actúan respecto de dicho problema (Menéndez, 2008, p. 6-7).

Son muchos los puntos de encuentro que presentan estas propuestas y la Medicina Social Latinoamericana MSL surgida en la década de los 70, creada con el interés de

profundizar en la dimensión social del proceso salud-enfermedad, y que según Breilh (2008). “propone una nueva manera de entender y abordar la salud pública, en la que se hace explícita la relación entre la estructura social y los procesos de salud enfermedad que vive una sociedad” (p. 16). Este proceso de comprensión y explicación desde la MSL, se apoya de las ciencias sociales críticas, y en este ejercicio resaltan categorías como *sistema económico, trabajo, clase social y relaciones sociales de producción*, que no habían sido hasta el momento consideradas en las explicaciones sobre el proceso salud/enfermedad (Breilh, 2008).

La epidemiología crítica ha desarrollado tres categorías como sus ejes centrales: la determinación social, la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza (Breilh, 2013). La MSL en desarrollo de su propuesta de determinación social de la salud, trata de comprender y explicar al sujeto de forma integral, y para ello lo analiza en sus contextos, su cultura, el lugar del proceso productivo en que interviene y las condiciones de dominador/subordinado; de esta forma pretende superar el enfoque de la epidemiología tradicional, que centra sus explicaciones sobre modelos causales dejando de lados aspectos sociales, culturales y políticos que inciden de forma directa en el proceso salud/enfermedad (Acero, Caro, Henao, Ruiz y Sánchez, 2013).

De acuerdo con Acero, et al (2013):

La Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas, exaltan la construcción colectiva de los procesos de salud enfermedad, enfatizan en la forma que adquieren en una sociedad y en un momento histórico dados y en la posibilidad de transformarlos. Sus esfuerzos se orientan en cambiar las relaciones de poder y en vincular la formación y la investigación a la práctica política” (p. 106-107).

Sin embargo, existen pocos antecedentes sobre investigaciones que desarrollen desde esta corriente crítica, una revisión de aspectos relacionados con la mortalidad materna y sus procesos de determinación social.

Estudios de determinación social asociados a la mortalidad materna no fueron

identificados en las búsquedas realizadas; existe una tesis doctoral sobre “la determinación social en atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá”; el abordaje de la atención odontológica desde esta perspectiva según el autor, se plantea como:

Una alternativa que permite reconocer la complejidad del problema de salud oral y su atención, la configuración dinámica de los procesos que ocurren en los diferentes dominios, dimensiones y ordenes que simultáneamente afectan a las mujeres embarazadas; considerando su realidad histórica, política, social y geográfica que inciden sobre la vida y la salud de las gestantes (Concha, 2015, p. 2-3).

El grupo NACER de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, publicó en el año 2008, la investigación “Cultura y Salud en Urabá, retos para la reducción de la mortalidad materna”. Esta investigación sociocultural, de tipo cualitativo y abordaje multidisciplinario, incorporó enfoques provenientes desde la historia, la antropología, la ciencia política, la salud pública y la medicina. En ese sentido, abordó el concepto de la salud, como un asunto no exclusivamente biológico y lo relacionó con otros aspectos como las condiciones de vida de las personas, el contexto cultural, la situación socioeconómica, los procesos históricos y las políticas e instituciones de salud. La investigación pretendió identificar los determinantes sociales y culturales de la mortalidad materna en la Subregión de Urabá y estructuró el análisis de la información desde cuatro ejes temáticos: políticas públicas en salud, historia, diversidad cultural y modelos de atención en salud materna. Dentro de las recomendaciones finales de la investigación se destacan: la necesidad de sumar esfuerzos para la provisión de servicios de salud a las maternas, accesibles, de calidad y adecuados culturalmente; la de implementar por parte de los proveedores de salud, actividades que contribuyan a mejorar la integración e interacción de las mujeres, las familias y las comunidades con los servicios de salud; y la del involucramiento y participación activa de la comunidad en los procesos de la salud materna (Gómez, Vélez, Castaño y Hernández, 2008).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. La mortalidad materna en el mundo

La mortalidad materna es un indicador sanitario que da cuentas de las profundas inequidades sociales, de los niveles de calidad de vida, del bajo nivel educativo y de las diferencias en el acceso y la cobertura de los sistemas de salud que existen entre ricos y pobres (Sandoval Vargas y Eslava Schmalbach, 2013). Tanto entre los países, como dentro de ellos; ese hecho lo demuestra, que las muertes maternas se concentren en ciertas zonas del mundo, casi en su totalidad en países en desarrollo (99%), con entornos frágiles, contextos de crisis humanitaria y principalmente en el África Subsahariana y Asia meridional (OMS, 2015a).

Según el equipo de maternidad segura del Instituto Nacional de Salud INS (2016), diez países explican alrededor del 60 % de las defunciones maternas de todo el mundo (INS, 2016). La paradoja según Posada es “que la mayoría de las causas que llevan a todas estas muertes son tratables y hasta prevenibles” (Sierra Posada, 2007, p. 2-3).

De acuerdo con la OMS el riesgo de muerte materna es 40 veces mayor para las mujeres de los países en vía de desarrollo que en países desarrollados, y ese riesgo aumenta si estas mujeres están ubicadas en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. Las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo, en comparación con otras mujeres; sin embargo, se necesita asegurar para todas, atención especializada antes, durante y después del parto como condición para salvarle la vida a las embarazadas y a los recién nacidos (OMS, 2015a).

A nivel mundial, Somalia y el Chad son los dos países que, en lo relacionado con la mortalidad materna, presentan el riesgo más alto: las mujeres enfrentan un riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida de 1 en 18 en Somalia y de 1 en 15 en el Chad (INS, 2016).

2.2. Mortalidad materna en América Latina y el Caribe

De acuerdo con el INS (2016), el comportamiento de la mortalidad materna en Latinoamérica ha disminuido. De una estimación en el año 1990 de 140 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (NV), a 80 en el año 2010. En esta región también existe una relación directa entre el nivel de desarrollo de los países y la razón de mortalidad materna (RMM): en Canadá para el año 2010 la RMM fue de 12 por cada 100.000 NV, en Chile de 25; mientras en Haití, el país más pobre de la región fue de 325. En Colombia la RMM se estimó para 2010 en 71,64 por cada 100.000 NV (INS, 2016).

En términos generales la mortalidad materna entre 1990 y 2013 se redujo en un 40% en América Latina y en un 36% en el Caribe. Este descenso fue menor en comparación con el alcanzado a escala mundial del 45%. Colombia logró un progreso mucho menor de solo un 17% (OPS, 2016).

2.3. Mortalidad materna en Colombia

Según los resultados publicados sobre mortalidad materna en el segundo informe del Observatorio Nacional de Salud sobre Mortalidad en Colombia, entre 1998 y 2011 la RMM promedio disminuyó. Para el año 1998 la RMM fue de 88,2 y en 2011 de 69,3 por cada 100.000 NV. Durante este periodo, los Departamentos de Chocó, Cauca, La Guajira, Magdalena, Nariño y Caquetá, mantuvieron una RMM, por encima de la RMM promedio del país. Para el año 2011 la RMM del Departamento del Chocó, fue similar a la RMM de países africanos como Etiopía, Ghana, Ruanda; y similar a Haití, el país de América Latina y el Caribe con la RMM más alta entre todos los países de la región (Observatorio Nacional de Salud, 2013).

El Departamento de Antioquia muestra una tendencia hacia la disminución del número de muertes maternas en la segunda mitad del siglo XX y la primera década del siglo XXI, que se traduce en un descenso en la RMM. Un aspecto destacable de este logro, es que

haya alcanzado las regiones y las poblaciones más vulnerables del departamento. Las subregiones de Urabá y Bajo Cauca, que históricamente tuvieron las RMM más altas del Departamento de Antioquia (100 o más por 100.000 NV), para el año 2011 presentaron RMM muy cercanas al promedio departamental. Otro dato no menos importante, es la reducción en la brecha de RMM entre las mujeres del área rural y urbana, y el avance notable en el indicador de parto institucional. En 2009, el 98.9% de los partos del departamento fueron atendidos en una institución de salud, cifra que se acerca a la meta del 100% (Ospina Rojo, 2011).

Tabla 1. Mortalidad materna en la subregión de Urabá por municipios 2010-2016

SUBREGION MUNICIPIO	AÑO														
	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		
	casos	Tasa x cienmil Nacidos vivos	casos	Tasa x cienmil hbtes.											
TOTAL DEPARTAMENTO	40	51,1	42	55,0	41	53,2	32	42,8	22	28,8	27	35,6	39	52,1	
URABA	7	68,5	8	74,9	14	131,6	10	103,0	7	71,1	8	83,4	12	129,9	66
Apartadó	1	45,0	2	85,3	3	133,4	2	94,8	2	98,4	1	48,6	2	99,7	13
Arboletes	0	0,0	0	0,0	1	205,8	0	0,0	1	201,6	2	414,1	2	452,5	6
Carepa	1	111,5	2	201,6	1	104,3	0	0,0	1	105,6	1	118,1	0	0,0	6
Chigorodó	0	0,0	0	0,0	2	169,5	2	174,2	1	86,0	0	0,0	1	98,5	6
Murindó	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Mutatá	1	258,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	215,1	1	198,4	3
Necoclí	0	0,0	2	210,1	2	199,0	3	350,1	0	0,0	1	111,1	3	350,9	11
San Juan de Urabá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
San Pedro de Urabá	3	389,6	1	149,0	2	305,8	1	173,0	1	184,2	0	0,0	0	0,0	8
Turbo	1	35,3	1	34,0	3	100,5	2	74,3	1	36,6	2	77,0	1	39,8	11
Vigía del Fuerte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2409,6	2

Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2017.

Sin embargo, estos logros solo se han alcanzado en algunos años y no de forma consistente en todas las subregiones. Para el año 2016, la subregión del Bajo Cauca presentó una RMM de 21.5 por cada 100.000 NV; y el Vallé de Aburrá presentó una RMM de 31.5 por cada 100.000 NV; ambos muy por debajo de la RMM media nacional, estimada en 43.8 por cada 100.000 NV (Minsalud, 2016). Pero la Subregión de Urabá no muestra avances tan importantes. Esta Subregión conformada por los municipios de Apartadó, Arboletes, Carepa, Chigorodó, Murindó, Mutatá, Necoclí, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Turbo y Vigía del Fuerte; para el año 2016 presentó una RMM de 129,9 por cada 100.000 NV (DSSA, 2017).

Dentro de la subregión de Urabá, los municipios donde se concentran el mayor número de casos son Apartadó, Necoclí y Turbo. El Municipio de Apartadó, el más poblado de la subregión con un total de 189.325 habitantes (DANE, 2017), epicentro de la actividad comercial y donde hacen presencia la mayor parte de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (Arteaga Vargas, 2016), continua presentado RMM altas, en el año 2015 la RMM fue de 48,7 y en el año 2016 creció a 99.7 por cada 100.000 NV. Turbo, el municipio más extenso de la subregión y del Departamento de Antioquia con 3.055 Km² (Municipio de Turbo, 2016) y una población de 167.886 habitantes (DANE, 2017), durante el periodo de 2010 a 2016 suma un total de 11 muertes maternas. Para el año 2015 presentó una RMM de 77 por cada 100.000 NV y en el año 2016 de 39.8 muertes por cada 100.000 NV; al igual que el Municipio de Apartadó todos los años ha presentado al menos un caso de muerte materna.

El Municipio de Necoclí, ubicado en la zona Norte de la Subregión de Urabá, con actividades económicas sustentadas en la agricultura, la ganadería, la pesca y el turismo (Pacheco, 2017), con una población de 65.663 habitantes (DANE, 2017), en el año 2016, presentó 3 muertes maternas y durante el periodo 2010-2016 presentó un total de 11 muertes maternas, razón por la cual ha sido considerado necesario incluirlo dentro de la población a analizar (DSSA, 2017). Los datos son presentados por cada uno de los municipios de la subregión de Urabá en la Tabla No. 1 Mortalidad Materna en la Subregión de Urabá por Municipios 2010-2016.

Este comportamiento en la subregión de Urabá claramente distinto al del Departamento de Antioquia con RMM por encima de las 70 por cada 100.000 NV y en algunos años superando las 100 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, da cuenta del débil impacto de las acciones emprendidas para superar este fenómeno (DSSA, 2017). Según Rodríguez (2013), dicho comportamiento “da cuentas del contexto de carencia de oportunidades, desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y, dentro del componente asistencial, evidencian inconvenientes con el acceso, la oportunidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud” (Rodríguez Leal, 2013, p, 433-441). Situaciones que fueron identificadas en la investigación del grupo NACER (SSSA, 2012).

2.4. Pregunta de investigación

Con base en los antecedentes construidos, se propone como fundamento de la presente investigación la determinación social de la salud como eje del abordaje del fenómeno de la mortalidad materna, reconociendo que se trata de un proceso histórico, ligado a realidades sociales, económicas, biológicas, culturales, y políticas, por lo cual requiere una mirada holística. En consecuencia, se dará respuesta al siguiente cuestionamiento:

¿Cómo se configuran los procesos de determinación social de la mortalidad materna en los Municipios de Apartado, Necoclí y Turbo de la subregión de Urabá, entre los años 2010-2017?

3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación sobre la mortalidad materna en la subregión de Urabá es pertinente desde tres diferentes ámbitos. El primero de ellos es el interés personal del investigador de aproximarse más íntimamente a una problemática que como profesional ha debido atender constantemente. Viviendo de cerca la tragedia que representa para las familias por la pérdida de un ser querido; y para las instituciones por los cuestionamientos internos y externos que surgen frente a la calidad de los servicios que ofrecen. Esta es una forma de contribuir a ambos.

Segundo ámbito es la relevancia desde la salud colectiva como corriente filosófica, al proponer la comprensión de este fenómeno desde la categoría de la determinación social desarrollada por Jaime Breilh. A través de esta categoría se intentará comprender la mortalidad materna en estos municipios de la subregión de Urabá, desde la integralidad de la materna en relación con su realidad, a sus contextos significativos, a su cultura, a su proceso salud/enfermedad, a su ubicación en el proceso productivo y en las relaciones de producción capitalista y a su condición dominador/subordinado. Entendiendo y abordando el fenómeno de la mortalidad materna en relación con la estructura social y el proceso salud enfermedad que vive la sociedad (Acero et al, 2013).

Por último, la contribución científica y social que trae consigo a la solución del problema de la mortalidad materna, los hallazgos surgidos en desarrollo de la presente investigación con un interés distinto al abordaje de factores, propio de los determinantes sociales de la salud. La subregión de Urabá por sus condiciones históricas de pobreza, abandono, diversidad cultural y étnica, requiere un ejercicio comprensivo de sus dinámicas sociales; y con base en ellas, se deben hacer las intervenciones para los problemas históricos que presenta, entre ellos la mortalidad materna. La viabilidad de la investigación estuvo dada por el acompañamiento directo de miembros de las comunidades conocedoras de la problemática de la mortalidad materna en la subregión de Urabá. Se contó con la

participación activa de varios líderes comunitarios quienes hicieron las veces de porteros y resultaron fundamentales en acercamiento inicial a la comunidad.

Teniendo en cuenta que no existen otros estudios en la subregión de Urabá sobre mortalidad materna con un enfoque sociocrítico y pocos desde la salud colectiva en el contexto latinoamericano, la relevancia de la investigación y la originalidad se refleja en hecho de haber podido indagar sobre esta problemática en un contexto en el que hasta el momento no se habían realizado investigaciones con dicho enfoque.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Analizar los procesos de determinación social de la mortalidad materna, en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo de la subregión de Urabá del Departamento de Antioquia, entre los años 2010-2017.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar los procesos críticos de la mortalidad materna, en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo en los dominios general, particular y singular.
- Establecer las relaciones entre los diferentes dominios de la determinación social de la mortalidad materna en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo.

5. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

Como fue expresado en el capítulo de antecedentes, el abordaje de la mortalidad materna como fenómeno de interés, centra la atención en dos direcciones principales. La primera, relacionada con la forma como desde las diferentes organizaciones se han propuesto y asumido iniciativas con el fin de resolver esta problemática; la segunda, sobre la comprensión y explicación que se tiene del fenómeno, para desde allí trazar nuevas iniciativas que intenten superar esta situación particular en la subregión de Urabá.

En tal sentido, se hizo un despliegue amplio en el capítulo de antecedentes de las iniciativas que han emprendido diferentes organizaciones a nivel mundial, y que han sido adoptadas por diferentes naciones, entre estas el estado colombiano. En este capítulo se revisarán conceptos de interés frente a la metodología y paradigma que orientarán la presente investigación.

Es de recordar que los estudios sobre la mortalidad materna realizados en Colombia y América latina son principalmente de corte positivista soportados en la epidemiología clásica y los Determinantes Sociales de la Salud. La mayoría de estos estudios identifican como determinantes estructurales de la mortalidad materna la clase social relacionada con aspectos como la pobreza y la inequidad de los recursos; la exclusión social; y el bajo nivel educativo de las maternas. Dentro de los determinantes intermediarios aparecen el comportamiento, los factores biológicos, las circunstancias materiales y los sistemas de salud como lo describen en sus estudios (Rodríguez y Rodríguez, 2012), (Karam et al, 2007) y (MSPS-UNFPA, 2013).

También es posible identificar investigaciones desde la salud pública que han abordado la mortalidad materna desde perspectivas psico-socio-culturales como el realizado por Romero, Sánchez, Romero y Chávez (2010) en su estudio “Muerte Materna: Una revisión de la literatura sobre factores socioculturales”, donde hacen una reflexión sobre factores socioculturales desde una metodología cualitativa (Romero et al, 2010). Asimismo, los

postulados de autores como Almeida-Filho hablan de:

La necesidad de una perspectiva etnológica en salud, desde donde se interpreten los aspectos culturales, dentro de una teoría general de la salud mucho más sofisticada, capaz de integrar conceptos sistémicos y causas independientes que reconozcan la historicidad del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes (Haro, 2013, p. 21-42).

Asimismo, la propuesta teórica de Menéndez (2008), propone la epidemiología sociocultural, con tres características principales:

La necesidad de incluir en los estudios de los procesos de salud/enfermedad/atención no sólo los aspectos sociales, sino también los culturales y los económico-políticos, junto, por supuesto, con los biológicos y ecológicos.

Proponer un tipo de trabajo que realmente utilice y articule las aproximaciones estadística y cualitativa”; y tercero, “la aplicación de un enfoque relacional que incluya no sólo los diferentes factores que operan respecto de un problema determinado, sino que incorpore el conjunto de actores sociales significativos que viven, sufren y actúan respecto de dicho problema (Menéndez, 2008).

Estas propuestas son cercanas a la Medicina Social Latinoamericana (MSL) surgida en la década de los 70, y proponen una manera alternativa de entender y abordar la salud pública, en la que se hace explícita la relación entre la estructura social y los procesos de salud enfermedad. La MSL en desarrollo de su propuesta de determinación social de la salud, trata de comprender y explicar al sujeto de forma integral, y para ello lo analiza en sus contextos, su cultura, el lugar del proceso productivo en que interviene y las condiciones de dominador/subordinado; de esta forma pretende superar el enfoque de la epidemiología tradicional, que centra sus explicaciones sobre modelos causales dejando de lado aspectos sociales, culturales y políticos que inciden de forma directa en el proceso salud/enfermedad (Acero et al, 2013).

Ese abordaje desde el paradigma crítico que permite reconocer el proceso salud enfermedad como una construcción colectiva, pero sobretodo, de la necesidad de orientar todos los esfuerzos en cambiar las relaciones de poder y en vincular la formación y la

investigación a la práctica política, orientan este proceso de investigación y exigen una clara diferenciación entre los determinantes sociales de la salud y la determinación social de la salud.

5.1. Conceptos sobre salud materna y mortalidad materna

5.1.1. Salud materna

La salud materna tiene que ver con todos los aspectos de la salud de las mujeres durante el periodo del embarazo, parto y puerperio. La maternidad que debería estar relacionada con una experiencia positiva, para algunas mujeres en muchas ocasiones significa sufrimiento, enfermedad y hasta la muerte (OMS, 2015c).

La OMS (2015c), destaca algunos datos importantes sobre la mortalidad materna:

- Cada día mueren casi 830 mujeres de complicaciones del embarazo y el parto.
- Existen cinco causas principales de muerte de la mujer durante el embarazo y el parto.
- Cada año se producen más de 135 millones de partos.
- Cada año se registran aproximadamente 16 millones de partos en niñas de 15 a 19 años.
- La salud materna refleja las diferencias entre ricos y pobres.
- La mayoría de las muertes maternas pueden evitarse.
- Muchas mujeres no acuden a suficientes consultas con un profesional sanitario cualificado durante el embarazo.

- Cada año se practican unos 22 millones de abortos en condiciones peligrosas.
- La falta de atención especializada es el principal obstáculo hacia una mejora en la salud materna.

5.1.2. Muerte materna

Una muerte materna es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, 2012), (Minsalud, 2014), (Paho, 2003).

Las muertes maternas se subdividen en dos grupos:

Muertes obstétricas directas: Las muertes obstétricas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados (OMS, 2012).

Muertes obstétricas indirectas: Las muertes obstétricas indirectas son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo (OMS, 2012).

Otros conceptos relacionados con la mortalidad materna y que deben ser comprendidos para una adecuada clasificación son:

Muerte materna tardía: La muerte materna tardía es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo (OMS, 2012).

Defunción relacionada con el embarazo: Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción (OMS, 2012).

Muertes maternas producidas por causas Coincidentes: De acuerdo al documento de OMS frente a revisión del CIE 10 en Mortalidad Materna, se consideran aquellas muertes que ocurren en el embarazo, parto, o el puerperio y como clasificación nosológica incluyen lesiones de causa externa como accidente por vehículo automotor, causas externas de lesiones accidentales, ataque – agresión, violación, otros accidentes, hierbas medicinales, etc. (OMS, 2012).

5.2. Clasificación de las muertes maternas según el tipo de demora

La mortalidad materna entendida como un evento evitable, ha sido analizada desde diferentes causas y se han adoptado diferentes conceptos. Uno de estos conceptos es el propuesto por Débora Maine, que clasifica las causas de acuerdo con el momento en que se generan y las ubica en los contextos comunitarios y de la familia de la gestante, el acceso a los servicios de salud y la calidad de estos (MSPS-UNFPA, 2013).

De acuerdo con esta clasificación existen muchas causas que pueden ocasionar las demoras, sin embargo, pueden clasificarse en 3 grupos de demoras: demora en tomar la decisión de buscar ayuda, demora en llegar a la instalación de tratamiento, y demora en recibir el tratamiento adecuado en la instalación (Maine, Akalin, Ward y Kamara, 1997). Existe una variación que incluye una demora adicional relacionada con la falta de identificación de signos de peligro en las mujeres, sus familias y la comunidad (OPS/OMS,

2014), (MSPAS, 2010). Algunos aspectos condicionantes en el tipo de demora se relacionan en la siguiente tabla.

Tabla 2. Aspectos condicionantes según tipo de demora

Ítem	Demora	Aspectos Condicionantes
1	Reconocer signos y señales de peligro.	Socioculturales, de conocimiento y prácticos.
2	Búsqueda de ayuda, toma de decisión.	Tener poder para la toma de decisión y buscar ayuda
3	Accesibilidad a servicios de salud.	Transporte, carreteras, horarios, cultura, entre otros.
4	Atención oportuna y de calidad.	Competencia de proveedores de servicios sanitarios, calidad y calidez, insumos disponibles.

Fuente: OPS/OMS, 2014, s.p. y MSPAS, 2010, s.p.

5.3. Determinantes sociales de la mortalidad materna y determinación social de la salud

Existe una clara relación entre el proceso salud/enfermedad y las desigualdades económicas. De acuerdo con el tipo de postura ideológica o corriente de pensamiento que se asuma, se estudiará, analizará y se propondrán intervenciones para cada problema de salud (Acero et al, 2013). Dos posturas en especial son de interés para el presente trabajo de investigación: los determinantes sociales de la salud, propuestos por la OMS y la de la determinación social de la salud propuesto por la Medicina Social Latinoamericana.

5.3.1. Determinantes sociales de la salud

De acuerdo con la OMS (2008), los Determinantes Sociales de la Salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. Como tal, estas circunstancias se devienen como resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos naturales a escala mundial, regional y local; y están afectadas por las políticas adoptadas en cada estado (OMS, 2008).

En la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, se propusieron entre otros aspectos: que los países luchen contra las inequidades sanitarias mediante la adopción de políticas que subsanen las desigualdades; que se desarrollen y apliquen objetivos y estrategias de salud pública en los estados; y que se aumente la sensibilización entre los proveedores de servicios sanitarios, teniendo en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud (Wha, 2014).

Dentro de los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, se incluyen: a) la situación socioeconómica y política, b) los determinantes estructurales y c) los determinantes intermedios. Dentro de los factores sociales asociados a la mortalidad materna se incluyen el acceso a los servicios sanitarios, las condiciones de vida, el grado de escolaridad y la ubicación rural/urbana de la materna (Paho, 2014).

5.3.2. Determinación social en salud

La determinación social de la salud es una de las tres categorías centrales de la propuesta de epidemiología crítica; junto con la *reproducción social* y *metabolismo sociedad-naturaleza*, han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública (Breilh, 2013, p. 13-27).

“La corriente Medicina Social-Salud Colectiva como campo de conocimiento y práctica, pretende comprender y transformar los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado” (Morales, Borde, Eslava y Concha, 2013, p. 797-808). Sin embargo, no propone:

Un modelo interpretativo acabado, inamovible y extrapolable a todo momento, espacio y población. Se trata de una mirada crítica e innovadora ligada a un modo de entender la historicidad de las expresiones bio-psíquicas humanas como síntesis de procesos sociales e históricos más generales, recuperar sus múltiples dimensiones y formas de articulación y apoyar procesos de transformación social (López, Escudero y Carmona, 2008, p. 323-335).

La determinación social de la salud como una de las dos vertientes de la epidemiología, entiende la importancia de lo social con lo biológico y la relación entre

pobreza, condiciones de trabajo y enfermedad como elementos claves del proceso salud/enfermedad; así como los condicionamientos interpuestos desde los niveles macros sobre los micros en los patrones de salud y enfermedad (Morales et al, 2013).

A través de sus postulados propone descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico en la naturaleza, de los modos de vivir típicos (económicos, políticos, culturales) y del movimiento de los geno-fenotipos humanos, en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital, nombre que toma en nuestras sociedades la reproducción social (Breilh, 2013).

La determinación social de la salud, fundamentada en la epidemiología crítica latinoamericana, es una respuesta a la epidemiología convencional que “estructura su discurso metódico invisibilizando las relaciones de determinación generadas por el sistema económico de acumulación de capital, las relaciones de inequidad que lo reproducen y la destrucción de la naturaleza”; como “categoría desarrolla una crítica al paradigma empírico funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir” (Breilh, 2013, p. 13-27).

La Determinación Social de la Salud, se aleja de los postulados teóricos de la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal, de la epidemiología ecológica y su modelo empírico-funcionalista, así como de la epidemiología de los llamados determinantes sociales de la salud. Esta propuesta se vincula con la “lucha de los pueblos por superar el régimen social centrado en la acumulación de riquezas y el reconocimiento de la incompatibilidad del sistema social imperante y el modo de civilización que lo reproduce, frente a los modos de vivir saludables” (Breilh, 2013, p. 13-27).

5.3.3. Dimensiones de la determinación social en salud

Las dimensiones o dominios son los espacios entre los cuales se da el movimiento dialéctico de unidad y jerarquía de la determinación social de la salud (Breilh, 2003). La determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular y se genera de lo particular a lo general. Este proceso se da en forma de subsunciones, donde los procesos más simples se desarrollan bajo subsunción de los procesos más complejos (Breilh, 2013). El dominio de lo general está comprendido como la sociedad en su conjunto, el particular por los grupos y el singular por las personas y su cotidianidad (Breilh, 2003).

Los procesos dentro del dominio de lo general se desarrollan en la sociedad en su conjunto, estos se repiten a través de lo particular y lo singular. Los procesos particulares se desenvuelven en los grupos poblacionales característicos, las clases sociales con sus patrones de vida propios. Los procesos singulares ocurren en la cotidianidad de los individuos y en sus fenotipos y genotipos; es un campo de leyes propias, pero su movimiento se desarrolla en íntima relación a lo colectivo y de las condiciones de reproducción grupal (Breilh, 1994).

5.3.4. Triple inequidad

Para comprender este concepto hay que partir de comprender lo que es inequidad. De acuerdo con Breilh (2003), la inequidad es la apropiación de poder y su concentración en determinadas clases, géneros y etnias. Se refiere al proceso intrínseco que genera injusticia en el reparto y acceso; “alude al carácter y modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y accesos desiguales (desigualdad social)” (p. 317). Por lo tanto, la desigualdad es la expresión observable típica y grupal de la inequidad (Breilh, 2003).

Ese proceso de apropiación y concentración del poder es de larga data, comienza con la división sexual del trabajo y la acumulación masculina del poder, y surgió antes que la inequidad étnica y de clases sociales. Estos tres modos de inequidad conforman la triple

inequidad, y ubica a los grupos que afecta en una condición de subordinación o de menor poder, que les impide su dominio sobre la propiedad de los bienes y riquezas, las formas de convocatoria del colectivo hacia intereses propios, la posibilidad real de modelar la cultura y formas subjetivas, la educación, entre otros (Breilh, 1999).

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Tipo de estudio

La presente investigación tiene un abordaje de tipo cualitativo; de acuerdo con Minayo (2009), este método se aplica “al estudio de la historia, de las relaciones, de las representaciones, de las creencias, de las percepciones y de las opiniones, producto de las interpretaciones que los humanos hacen con relación a cómo viven, construyen sus instrumentos y así mismos, sienten y piensan”. Para la comprensión del fenómeno de la mortalidad materna en los municipios de la subregión de Urabá, este abordaje favorece el análisis de la configuración del proceso de determinación social, teniendo en cuenta que este se da en los dominios general, particular y singular; donde se expresan las inequidades “como resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y de dominación; relaciones que enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital, en tanto configuran una matriz de triple inequidad conformada por la inequidad de género, de etnia y de clase social” (Morales et al, 2013, p. 797-808).

Algunas características de la investigación cualitativa, que fueron de importancia para orientar a través de ella este trabajo sobre determinación social de la mortalidad materna son: su carácter inductivo que permitió desarrollar conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de los datos; mirar a las personas y escenarios en una perspectiva holística, como un todo, no como variables; reconocer la interacción y sus efectos sobre los informantes (personas), procurando que se den en un modo natural y no intrusivo. Por último, que todas las perspectivas son valiosas, y no se trató de buscar “la verdad” sino una comprensión detallada desde la voz de las personas (Taylor y Bogdan, 2000).

El paradigma desde el cual se orientó la presente investigación es el socio crítico. A través de este paradigma, se pretende superar el reduccionismo mediante el cual ha sido abordado el fenómeno de la mortalidad materna desde la epidemiología clásica. Así mismo, se intentó poder ofrecer aportes al cambio social, proveniente desde el interior de los

diferentes actores involucrados en los procesos de determinación social de la mortalidad materna.

El paradigma socio crítico tiene como finalidad la transformación de la estructura de las relaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados en estas relaciones, partiendo de la acción-reflexión de los diferentes actores. Está fundamentado:

En la crítica social con un marcado carácter autorreflexivo; considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos; pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano; y se consigue mediante la capacitación de los sujetos para la participación y transformación social (Alvarado y García, 2008, p. 187-202).

A través de la postura crítica, no solo se busca explicar y comprender la realidad, sino contribuir a su transformación. Para ello es necesario, luego de ser descritas y constatadas las categorías subjetivas con las que los sujetos perciben la realidad, “conectarlas dialécticamente con las estructuras sociales, históricas y biográficas en las que se reproducen” (Colas Bravo, 1986, p. 193-201).

En consecuencia, el enfoque orientador de la investigación fue el estudio de caso. De acuerdo con Simons, la finalidad de este tipo de enfoque es investigar la particularidad, la unicidad, la singularidad; y la tarea fundamental es entender su naturaleza distintiva (Simons, 2011). En este sentido, a través de este enfoque, fue posible una investigación exhaustiva, desde las múltiples perspectivas de la complejidad y unicidad del fenómeno de la mortalidad materna en los municipios de la subregión de Urabá. Así mismo, y de acuerdo con Minayo (2009), esto ha permitido “organizar datos sociales, preservando el carácter unitario del objeto social”. A través del estudio de casos, es posible hacer un mapeo, una descripción y un análisis del contexto; así, como las relaciones y percepciones que los diferentes actores, tienen sobre el fenómeno de la mortalidad materna.

La mortalidad materna en los Municipios de Turbo, Apartadó y Necoclí en la subregión de Urabá, se entiende como un estudio de casos “colectivo”, de acuerdo a la

clasificación propuesta por (Galeano, 2004), debido a que se trata de estudiar conjuntamente un determinado número de casos de muertes maternas ocurridas entre los años 2010 y 2017, sin interés particular en una ellas, sino sobre el fenómeno como tal, en esta subregión del Departamento de Antioquia.

A través del estudio de casos se establecieron similitudes y diferencias, lo cual permite una mejor comprensión del fenómeno. El fenómeno de la mortalidad materna en los Municipios de Turbo, Apartadó y Necoclí se analiza en relación con las dimensiones general, particular y singular. Dentro del dominio de lo general se miraron aspectos relacionados con lo económico, las políticas, lo cultural; en lo particular los aspectos más relevantes fueron la etnia, el género, la clase social, la educación, el territorio, organizaciones sociales, participación y por supuesto el acceso a los servicios de salud; en el dominio de lo singular, los estilos de vida de las familias en el consumo y producción, las relaciones familiares, la composición familiar, roles, y el geno-fenotipo.

El abordaje entonces de la mortalidad materna desde la determinación social de la salud, de acuerdo con Concha (2015), se plantea como una alternativa que permite reconocer la complejidad del problema de salud, su configuración y la dinámica de los procesos que ocurren en los diferentes dominios, dimensiones y órdenes que simultáneamente afectan a las maternas.

6.2. Población y muestra

En la subregión de Urabá entre los años 2010 y 2017, se han presentado un total de 66 muertes maternas según información estadística de la DSSA (2017). Los municipios que han presentado el mayor número de casos son: Apartadó, el municipio más poblado (189.325, proyección DANE 2017) y eje del comercio y la agroindustria del banano (Arteaga Vargas, 2016) presentó 13 casos; Turbo, con 3.055 km², el municipio más extenso de la subregión y del Departamento de Antioquia (Municipio de Turbo, 2016), presentó un total de 11 casos en este período; y Necoclí, municipio ubicado al norte de la subregión, con una población de

65.663 habitantes según estimaciones del DANE (2017), presenta 11 muertes maternas, 3 de ellas en el año 2016.

La muestra está conformada por tres grupos de informantes claves relacionados con los 35 casos presentados en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, y fueron recibidos un total de 16 testimonios. Un primer grupo de participantes se conformó con integrantes de familias en las que se presentaron casos de mortalidad materna de los municipios de Apartadó, Turbo y Necoclí, entre los años 2010 -2017. A este grupo de participantes les fueron aplicadas 9 entrevistas y representan la información de mayor interés y volumen recolectado. Los testimonios fueron recibidos siguiendo la guía de entrevista propuesta en el Anexo 3.

Un segundo grupo de participantes estuvo conformado por personal que labora o laboró en las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades responsables de pago y de las secretarías de salud de los municipios de Apartadó, Turbo y Necoclí y que desde sus funciones participaron en casos de mortalidad materna. A este grupo le fueron aplicadas un total de 4 entrevistas y fueron orientadas según lo previsto en la guía de entrevista elaborada para tal fin (Ver Anexo 3).

Un tercer grupo de informantes claves se compuso de médicos tradicionales indígenas. A medida que se avanzó en el proceso de investigación, fueron identificados casos de muertes maternas en la comunidad indígena “Tuna Dule”. Dado que la investigación preveía un muestreo por intención, que de acuerdo con Simons en el estudio de casos es la mejor forma de seleccionar la muestra, y tiene como objetivo comprender el caso o hacerse una idea de él, se decidió abordar a médicos tradicionales de esta comunidad (Simons, 2011). En este grupo fueron aplicadas 3 entrevistas y una de ellas fue recibida en lengua nativa y requirió de traductor, lo cual significó un desafío adicional en la investigación.

Los participantes fueron incluidos a medida que se iba haciendo el análisis, y este proceso se siguió hasta alcanzar saturación en la información, que según Strauss y Corbin

(2002), este punto se alcanza cuando la recolección de los datos ya es contraproducente, porque lo “nuevo” no añade mucho a la explicación (Strauss y Corbin, 2002). Además, según Patton (1990) citado por Robles (2011):

En las técnicas cualitativas de investigación que se estructuran a partir de objetivos concretos, resulta complicado determinar un número mínimo o máximo de entrevistados, pues la confiabilidad no obedece a una representación estadística, sino que consiste en el estudio minucioso de la información que se obtenga de las conversaciones de los entrevistados por cada uno de los perfiles ya delineados al principio de la investigación (p. 1-11).

En ese sentido, se seleccionaron participantes que desempeñaron un papel clave dentro de los eventos de mortalidad materna, según los siguientes criterios:

6.2.1. Criterios de inclusión

Para los familiares de maternas fallecidas:

- Miembros de familias de los que existan registros de eventos de mortalidad materna entre los años 2010 y 2017, que sean mayores de edad, que residan o hayan residido los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, al momento del evento de la muerte materna;
- Que aún residan en la subregión de Urabá y esté identificada su ubicación en la información suministrada por las secretarías de salud de los municipios de esta subregión.
- Que haya posibilidad de acceso en cuanto a la ubicación geografía donde se encuentren radicados, el idioma y condiciones generales para ser entrevistados.

Funcionarios o exfuncionarios de las Secretarías de Salud, EAPB e IPS:

- Que hayan tenido relación directa o indirecta en atenciones en salud en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, donde se haya producido el deceso de una materna
- Que sea posible su localización y acceda a participar de la investigación.
- Que durante el periodo de investigación 2010-2017, desde su ejercicio haya participado en análisis eventos de mortalidad materna.

6.2.2. Criterios de exclusión

Para familiares de maternas fallecidas.

- Familias que no residan en la subregión de Urabá y con los cuales no sea posible un contacto inicial.
- Acceso a familias que por la situación de orden público en la subregión de Urabá se limite el acceso por parte del investigador.

Para funcionarios exfuncionarios de las secretarías de salud, EAPB e IPS:

- Quienes hayan tenido una relación directa o indirecta en los casos de atención en salud cuyo desenlace haya sido la muerte materna, pero deciden no participar, o no sea posible localizar.

6.2.3. Consentimiento informado

Todos los participantes de la investigación deben expresar su deseo de hacer parte del proceso de forma libre y voluntaria; para ello firmarán un consentimiento informado (Ver Anexo 1).

6.3. Técnicas de recolección de la información

La comprensión del proceso de configuración de la mortalidad materna en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo en la subregión de Urabá requiere en cada una de las dimensiones de la determinación social, del análisis de los valores y contravalores de cada experiencia y condición de vida, de la vida de los grupos y de la sociedad en su conjunto. De acuerdo con Breilh, (2013), es la “única manera de conectar de modo inherente, interno, esencial y extendido los efectos de la salud con el sistema social dominante, no como algo externo a la vida, sino como algo interno lo subsume” (p. 13-27).

La ubicación de diferentes procesos en las diferentes dimensiones hace necesaria la aplicación de diferentes técnicas. Así, los procesos económicos globales, determinantes de las formas de consumo y de producción, de historias de vida institucional, serán abordados mediante técnicas documentales. Para la comprensión de los modos de vida se aplicará la entrevista semiestructurada y la revisión documental. Por último, a través de la entrevista a profundidad, la observación y la revisión documental se abordará la dimensión de lo particular. Según Breilh (1994), “se requiere recurrir a distintos tipos de técnicas, cuyo estatuto explicativo y límites no se establecen a priori sino de acuerdo con el objeto en cuestión” (p. 63-100). En Tabla No. 3 Aplicación de técnicas en los distintos dominios de la determinación social de la salud, se explicitan por cada uno de los dominios las técnicas que serán aplicadas.

Tabla 3. Aplicación de Técnicas en los distintos dominios de la determinación social de la salud

Dominios	Elementos	Técnicas de recolección
General	Determinantes de consumo, producción. Lo económico, las políticas, lo cultural.	Revisión Documental.
Particular	Modos de vida: Clase social, etnia, genero Formas de Producción; trabajo Patrones de consumo Valores, creencias Grupos sociales a los pertenece Territorio Educación Acceso a servicios de Salud	Entrevista semiestructurada Revisión documental
Singular	Estilos de vida Procesos Estilo de vida de las familias en el consumo y producción, relaciones familiares, composición familiar, roles, etc. Geno-Fenotipo	Revisión Documental Entrevista a profundidad Observación

Fuente: Elaboración propia.

Analizar la determinación social de la mortalidad materna en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo en la subregión de Urabá, exige una comprensión adecuada de los procesos que conforman el dominio de lo singular y profundizar en la complejidad de los dominios de lo particular y lo general. La triangulación de técnicas es un elemento teórico que sustenta la formulación metodológica de un proceso investigativo desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud (Breilh 1997, citado por Concha 2015). El análisis de la determinación social de la mortalidad materna empleará diferentes técnicas cualitativas, sin embargo, de ser necesario, se utilizará información de naturaleza cuantitativo.

Las técnicas de recolección de la información previstas entonces son: la entrevistas en profundidad y semiestructurada, la revisión documental y la observación.

6.3.1. Entrevistas a profundidad

La entrevista a profundidad como método cualitativo según Robles (2011), se

Apoya en la interpretación de la realidad social, los valores, las costumbres, la ideología y cosmovisiones. Estas, se construyen a partir de un discurso subjetivo, donde el investigador asigna un sentido y un significado particular a la experiencia del otro, a partir de reiterados encuentros cara a cara, donde se adentra en el mundo privado y personal de extraños y se obtiene información de su vida cotidiana para comprender su individualidad (p. 1-11).

La entrevista a profundidad se aplicó a los informantes claves de las familias en donde haya ocurrido una muerte materna. Mediante esta técnica, se obtuvo información para identificar los procesos críticos relacionados con el estilo de vida de las familias en el consumo y producción, las relaciones familiares, la composición familiar, los roles, y el Geno-Fenotipo, que en el dominio de lo singular integran la matriz de determinación social, y así lograr una aproximación al fenómeno social de la mortalidad materna en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo en la subregión de Urabá. Mediante esta técnica se indagó por los órdenes sociales vinculados a la maternidad y la paternidad, las formas de familia, los roles de género, las jerarquías y las relaciones de poder que se expresan en la cotidianidad (SSSA, 2012).

Pretender conocer aspectos relevantes sobre los procesos críticos que rodearon el deceso de una materna, exigió para el investigador poder adentrarse en la vida de las familias de la materna fallecida, que acompañaron su embarazo, parto o puerperio. Así, que fue de vital importancia “detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los miedos, angustias, zozobras e impresiones más significativas y relevantes”; que permitan, según Taylor y Bogdan (2000), construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro. Ello, se logra a través de una plática entre iguales y encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes. De este modo, será posible comprender las perspectivas de los familiares de la materna frente a la experiencia de su muerte.

A fin de desarrollar la entrevista en profundidad se estableció una guía con preguntas orientadas a conocer la historia de vida de las maternas (Ver Anexo 5), estructurados con base en la pregunta y los objetivos de la investigación. Una vez obtenido el consentimiento informado por parte de los informantes, las sesiones se iniciaron por medio de preguntas básicas y generales, siguiendo todas las consideraciones éticas descritas en este proyecto. Paulatinamente y luego de haber logrado cierto nivel de confianza, se adentró en la individualidad del entrevistado para lograr construir el significado, el valor y la trascendencia de su experiencia. Esta construcción permitió comprender el papel de algunos de los procesos críticos de orden económico, político y cultural en la determinación social de la mortalidad materna en la región de Urabá.

6.3.2. Entrevista semiestructurada

La recolección de información a funcionarios y exfuncionarios de las empresas responsables del aseguramiento en salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las secretarías de salud de los Municipios de Turbo, Necoclí y Apartadó en la subregión de Urabá, se realizó mediante entrevistas semiestructuradas (Ver anexo 5). Al tratarse de personas relacionadas con la atención en salud materna, poseen un caudal complejo de conocimientos que permiten identificar los procesos críticos de orden económico, político y cultural en el dominio de lo particular, que integran la matriz de determinación social.

De acuerdo con Flick (2002), estos conocimientos son explícitos e inmediatos y son expresados espontáneamente al responder una pregunta abierta, sin embargo, para llegar a los conocimientos implícitos se requiere del apoyo de ayudas metodológicas y por lo cual se aplican diferentes tipos de preguntas.

A través de esta herramienta el entrevistado, pueda dio testimonio de su experiencia sobre la mortalidad materna; que exprese sus puntos de vista de forma libre, en los aspectos que considere más importantes. De los resultados acá alcanzados, se intenta comprender el

movimiento de la vida en torno a la mortalidad materna, su metabolismo histórico en la naturaleza y la relación con los modos de vivir típicos (económicos, políticos y culturales). De acuerdo con Breilh, la determinación social como categoría, nos ofrece “una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir” (Breilh, 2008, p. 6); y en este caso puntual, nos ayudará a comprender este proceso de determinación de la mortalidad materna en la subregión de Urabá.

6.3.3. Revisión documental

El desarrollo de la investigación se encuentra atravesado por un proceso permanente de revisión de documentos. Se hizo una revisión amplia de documentos que permitan identificar las contradicciones entre los procesos saludable (disfrute de valores de uso) y lo destructivo (padecimiento de procesos deteriorantes o contravalores) en los diferentes dominios según el proceso de determinación social propuesto por Breilh.

De acuerdo con Breilh (1994), se necesita lograr un trabajo epidemiológico que enfrente una prevención profunda. Para ello, se deben asumir todos los procesos que participan en la determinación de la salud; procesos que constan de distintas dimensiones con sus aspectos saludables y destructivos; algunos que protegen la vida y la salud y otros que la destruyen y la deterioran.

En ese sentido, para construir los diferentes dominios se revisaron las planes, programas y políticas que publicadas e implementadas durante el periodo evaluado; incluyendo las del nivel central, hasta las locales. La revisión concentrará igualmente la atención en todos los registros que se hayan producido en los servicios de salud con ocasión del estudio y documentación de las diferentes muertes maternas, entre otros: fichas de análisis de la muerte materna, SIVIGILA, autopsias verbales, etc.

6.3.4. Observación

Esta técnica de recolección de información fue aplicada considerando que se hizo una inserción en la comunidad; obteniendo una perspectiva interna del escenario familiar, dentro del cual se desarrolló parte de la vida y sus procesos relacionales de la materna. La observación no será aplicada con la exhaustividad propia del método etnográfico. Sin embargo, a través de su aplicación, se complementará la información recolectada mediante otras técnicas, como la revisión documental, la entrevista en profundidad y la entrevista semiestructurada. Lo cual permitió conocer parte del mundo social en que se desarrolló la materna y su grupo familiar más cercano; así como conocer el contexto en el que se dieron algunos de los procesos críticos que determinaron la ocurrencia de la muerte materna.

6.4. Técnicas de Registro de la Información

Toda la información obtenida durante el proceso de recolección de la información fue transcrita de forma textual. Esto incluyó la entrevista semiestructurada y a profundidad. Las observaciones realizadas en los diferentes escenarios fueron registradas inmediatamente después de los encuentros cara a cara. Estas notas se realizaron siguiendo un orden y una organización, incluyó descripciones de las conversaciones, los espacios y las situaciones de interés con las familias o participantes de las IPS, EPS y secretarías de salud; así como las impresiones del investigador. Para ello se contó con una guía que orientó el qué, cómo y cuándo hacer los registros (Taylor y Bogdan, 2000).

6.5. Proceso de acceso a campo

El proceso inicial de acceso a campo fue mediado por la solicitud formal ante las secretarías de salud de los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, de las bases de datos de los casos de muertes maternas documentadas durante los años 2010 y 2017, así como información de los contactos de los familiares de las maternas fallecidas. Con base en esta información, mediante llamada telefónica, se hizo un mapeo con la ubicación geográfica de las familias contactadas. Hubo un actor fundamental en este proceso de acceso a las familias, y fueron los encargados del proceso de vigilancia epidemiológica de las secretarías de salud de cada municipio. Estos funcionarios han participado en muchos de los casos de muertes maternas, su análisis y seguimiento, ocurridas en los municipios de Turbo, Apartadó y Necoclí durante los años 2010 y 2017. Esto facilitó ese primer contacto con las familias y la coordinación para ese primer encuentro. Las llamadas se realizaron iniciando por los casos más recientes los más antiguos. Durante este primer contacto telefónico, se le indagó a la persona contactada, acerca de su interés en participar en la investigación. Todas las personas respondieron de forma afirmativa a la invitación, y se definió de forma inmediata las condiciones de espacio, lugar y tiempo para adelantar una primera entrevista.

No era previsible en el abordaje a las diferentes familias y hasta que se logró la saturación teórica propuesta por Glaser y Strauss (2002), establecer las facilidades o dificultades que se presentarían en el escenario familiar. Sin embargo, las situaciones más recurrentes estuvieron relacionadas con las emociones y sentimientos revividos al entregar los testimonios.

En un ejercicio de acercamiento previo con fines académicos, se realizó una entrevista a una familia ubicada en la zona rural del Municipio de Turbo; la entrevista tuvo como objetivo un primer acercamiento al campo por parte del investigador y la transcripción de esta. Se trató de una entrevista a profundidad, en la cual se logró una buena relación de forma inmediata con los informantes; permitió además de forma directa la recolección de algunos datos de interés para el proceso investigativo.

En el trabajo de campo dentro del escenario familiar, dependiendo de la recomposición que sufrió el núcleo familiar se presentaron varios porteros. El portero es aquella persona a quien se solicita la autorización para acceder a determinado escenario (Taylor y Bogdan, 2000). En algunos casos el portero fue el padre o viudo, quien se mantiene a cargo de sus hijos huérfanos a raíz de la muerte materna. Una situación encontrada durante el acercamiento previo fue aquella en el cual los hijos son atendidos por los abuelos.

En estos casos, el fácil acceso dependió del establecimiento de relaciones inmediatas con los informantes y la recolección de datos estuvo inicialmente supeditado a las necesidades, angustias, momento del duelo, intencionalidades y demás aspectos que rodeen el recompuesto núcleo familiar. Fue necesario dar claridad a los participantes de las intencionalidades del proceso de investigación que se desarrollaría. Una vez se informa ampliamente sobre los objetivos de la investigación y se dejó claro los alcances posibles, sin generar expectativas más allá de las metas propias de la investigación, se solicitó al participante la firma voluntaria del consentimiento; en la experiencia de campo con una familia de la zona rural de Turbo, fue evidente las dudas relacionadas con la pertinencia, seguridad y humanización del servicio en la atención que recibió la mujer en la Institución Prestadora de Servicios IPS donde ocurrió el deceso.

La recolección de los datos en el escenario familiar se hizo mediante las notas de campo de todas las observaciones del investigador. Sin embargo, las grabaciones de voces fueron un material de mucho valor, ya que los informantes con regularidad expresaron sus interpretaciones sobre las situaciones que desencadenaron la muerte materna. Las indagaciones propuestas por el investigador se orientaron hacia aquellos temas poco observados por los informantes, que permitieron construir un escenario nutrido y luego establecer la relación entre los diferentes dominios de la determinación social de la mortalidad materna.

Un segundo escenario donde se identificaron informantes claves para la investigación planteada tendrá que ver con las instituciones responsables del aseguramiento en salud y de la prestación de los servicios de salud en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo de la subregión de Urabá, en los que se encontraban afiliadas o fueron atendidas las mujeres fallecidas durante su proceso de gestación, parto o puerperio.

Acá es necesario precisar, que dentro del Sistema General Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, las empresas encargadas del aseguramiento denominadas Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), deben constituir una red de prestadores de servicios de salud, mediante la cual aseguran la atención sanitaria en todos los niveles de atención. Ello implica que algunas atenciones del control prenatal no sean ofrecidas por los mismos prestadores y que la materna deba referirse a diferentes IPS para obtener la cobertura de todos los servicios que requiere.

De acuerdo con la información obtenida en las familias, se abordaron los informantes de las instituciones con el fin analizar cada caso de mortalidad materna en toda su complejidad. Dentro de las instituciones se inició con el nivel directivo; desde la Gerencia o en su defecto al líder asistencial. Luego se abordó al personal asistencial responsable de la atención materna, a medida que se fueron obteniendo datos, se indagó por nuevos referidos; de este modo se profundizó con nuevos participantes como “bola de nieve” identificando personas que sean de interés para la investigación, según la valoración del investigador. Se procedió además a solicitar por escrito y previa autorización de los familiares las unidades de análisis de la muerte materna, autopsias verbales y todos los documentos construidos (con excepción de la historia clínica) con ocasión de la ocurrencia y la evaluación del deceso materno.

Los porteros en este espacio estuvieron relacionados con los equipos de dirección de EAPB e IPS. Fue necesario en este escenario institucional, adelantar todos los formalismos definidos para asegurar el acceso a las organizaciones, el establecimiento de relaciones y la recolección de la información.

Luego de lograr el acceso, fue posible identificar varios tipos de informantes: personas que salen en defensa de las instituciones y busquen proteger con sus comentarios la organización; personas que proporcionen datos claros y precisos sobre la atención real ofrecida por el prestador; y personas que por diferentes intereses exageren sobre las situaciones reales presentadas. El proceso de recolección de datos en este escenario debe ser acompañados además de las notas de campo y de las grabaciones de voz, de los registros que soporten las condiciones en las cuales fue brindada la atención. Estos por su carácter de documentos públicos de acuerdo con lo previsto en la resolución 1995 de 1999, complementan la construcción de este escenario relacionado con la muerte materna.

6.5.1. Análisis de la información

De acuerdo con Stake (1990), no existe un momento determinado para iniciar el análisis de los datos. En ese sentido, analizar consiste en dar sentido desde las primeras impresiones hasta los resúmenes finales. Sin importar la etapa de la investigación, se debe separar y dar sentido a eso que es relevante según criterio del investigador).

Este ejercicio de análisis de la información fue mediado por un proceso de codificación, categorización de la información, muestreo teórico y finalmente la comparación constante entre las categorías. Durante el proceso se prestó mucha atención a la saturación teórica, lo que es de suma importancia, ya que indica cuando se debe detener la investigación o al menos el proceso de recolección de la información (Inciarte, 2011).

El análisis de datos en la investigación cualitativa es un modelo sistemático de recolección-análisis-recolección-análisis de datos, *ad infinitum*. En este sentido se hizo una recolección de datos, se analizaron, y ante cuando se observó la necesidad de nuevos nueva o más información, esta fue recolectada con más datos, y se presentó un segundo momento de análisis. Este proceso se realizó sucesivamente hasta alcanzar la saturación teórica (Mayan, 2001).

El análisis de los datos se hizo siguiendo los lineamientos propuestos por Corbin y Strauss. En este sentido, de acuerdo Strauss y Corbin (2002), mediante el proceso de codificación abierta, los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias. Se le asigna un nombre o rótulo, que conserve el sentido dado por los participantes. Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado se agrupan bajo conceptos más abstractos, denominados "categorías". El examen minucioso de los datos para encontrar diferencias y similitudes permitió una sutil discriminación y una diferenciación entre categorías (Strauss y Corbin, 2002). Luego se relacionarán categorías con sus subcategorías en una codificación selectiva. Estas se seleccionan y priorizan según la importancia para el abordaje interpretativo y determinando los datos más relevantes para llegar a la *síntesis* de los datos, o reducción de la información (Morse, 2003), cuidando la viabilidad del proceso analítico con respecto a los objetivos de la investigación.

Luego se realizan los mapas categoriales y relacionales de la información que permitan tener un planteamiento general y una descripción de las relaciones entre los códigos de cada una de las categorías que hayan surgido (Morse, 2003). Se Finaliza con la estructuración de los datos de manera que faciliten la lectura fluida de las construcciones hechas desde las interpretaciones de los participantes sobre la mortalidad materna. Estas construcciones serán cruzadas con postulados teóricos existentes sobre el fenómeno de la mortalidad materna relacionados en los antecedentes y demás revisión documental.

En consecuencia, una vez realizadas las entrevistas se procedió a realizar la transcripción. Se continuó con un proceso de codificación simple y categorización, que luego fue incorporado en una matriz de análisis de cuatro columnas. En la primera columna fueron ubicadas las unidades de significado identificadas al hacer la lectura inicial de los datos transcritos. En la segunda columna se ubicaron los códigos que generaron interés frente a las intenciones de la investigación, y en la tercera columna se asociaron las categorías que

inicialmente se consideraron, tenían relación con los códigos extraídos de las unidades de significado. De esta manera se surtió un primer momento de codificación abierta; De este proceso de descomposición de datos y comparación en busca de similitudes y diferencias, se extrajeron 201 códigos o rótulos, los cuales inicialmente fueron clasificados en 95 categorías. Se procedió luego a realizar una segunda clasificación o reclasificación de categorías; esto debido a que se observó que algunas categorías hacían alusión a los mismos eventos o situaciones. Una vez realizado este ajuste, simplificar y ajustar de acuerdo con la similitud entre los conceptos empleados, los pocos códigos que sustentaban las categorías y la inclusión de subcategorías dentro del proceso de codificación, las categorías reclasificadas se redujeron a 74. De este modo fueron priorizadas aquellas categorías de mayor relevancia para la investigación. Para este proceso no fue empleado ningún programa especializado en el análisis de textos. La matriz fue creada en Excel y se utilizaron las herramientas con que cuenta este programa; una vez realizado el proceso de codificación abierta, se emplearon tablas dinámicas para identificar las categorías resultantes, el número de códigos relacionados con cada categoría y ordenar por categorías de acuerdo con el número de códigos asociados a cada categoría. De este modo y teniendo en cuenta los intereses de la investigación fueron escogidas las categorías para su posterior análisis y discusión.

7. CRITERIOS DE RIGOR

Los criterios de rigor definidos para la presente investigación son: la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad.

La credibilidad se asegura cuando luego del proceso de recolección de la información, en este caso, a través de la observación, la entrevista en profundidad, la entrevista semiestructurada y la revisión documental; los hallazgos son presentados a los participantes y estos reconocen que existen una verdadera aproximación con lo que ellos piensan y sienten (Castillo y Vásquez, 2003).

La credibilidad se refiere entonces, a cómo los hallazgos de la investigación son verdaderos para las personas que han estado en contacto con el fenómeno de la mortalidad materna en la Subregión de Urabá. Para ello el necesario entre otras cosas, contrarrestar la perspectiva de investigador, mantener las notas de campo, triangular técnicas, entre otros (Salgado, 2007).

La Auditabilidad o confirmabilidad, está relacionada con la neutralidad en el análisis y la interpretación de la información, que se alcanza cuando otros investigadores pueden seguir la ruta del investigador original. Permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones similares, siempre y cuando se sigan perspectivas similares (Arias y Giraldo, 2011), (Salgado, 2007) y (Castillo y Vásquez, 2003).

La transferibilidad o aplicabilidad se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones (Castillo y Vásquez, 2003). Para ello desde la investigación sobre mortalidad materna en la subregión de Urabá, se harán descripciones densas sobre los lugares y las características de las personas.

Adicionalmente, en cuanto al requisito de evaluación independiente, la investigación será presentada al Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la

Universidad de Antioquia para su consideración, revisión, consejo y aprobación. Se resolverán los conceptos de la evaluación y será nuevamente presentada a dicho comité. Además, se cuenta con la evaluación y seguimiento permanente del docente asesor del proyecto de investigación.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos considerados en la presente investigación estarán direccionados por los requisitos propuestos por Ezekiel Emanuel. a través de estos requisitos, será posible reducir al mínimo las posibilidades de explotación y asegurar que los sujetos de investigación no sean solo usados, sino tratados con respeto mientras contribuyen al bien social (Emanuel, 2003).

El primer aspecto ético es el valor que según Freedman (1987) citado por Emanuel (2003), para que la investigación sea ética, debe tener valor, lo que representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. La subregión de Urabá es después del Valle de Aburrá la que más casos de muerte materna presenta (SSSA, 2016) y se encuentra conformada por comunidades de diversas etnias. En este sentido, se hace necesario tener en cuenta la diversidad cultural para lograr garantizar el respeto y el trato adecuado a las personas considerando su pertenencia étnica y social (SSSA, 2012), específicamente en las actividades de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y atención sanitaria. Asimismo, la investigación aporta valor social y científico al aproximarse de cerca a la perspectiva de los familiares sobre como los procesos culturales, económicos y políticos pudieron jugar un papel determinante en la ocurrencia de las muertes maternas.

Frente al segundo aspecto ético propuesto por Ezekiel Emanuel, la validez científica; esta investigación utilizará principios y métodos científicos. En este caso se empleará la entrevista a profundidad, la entrevista semiestructurada, la observación y la revisión documental, cada uno de ellos debidamente sustentados en referentes teóricos, lo cual garantiza su validez. Así mismo el proceso de análisis, y más exactamente la codificación teórica se realizará de acuerdo con lo propuesto por Strauss y Corbin (2002).

Frente a la proporción riesgos/beneficios, se considera que los beneficios potenciales de la investigación superan eventuales riesgos, la investigación está clasificada como de

riesgo mínimo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en su artículo 11. Numeral a:

Investigación con riesgo mínimo: son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos de individuos en los que no se manipula la conducta del sujeto...

Se considera este tipo de clasificación, ya que se realizará una intervención sobre el mundo subjetivo de los participantes, quienes van a hablar de temas sensibles como el deceso de un ser querido o una desafortunada experiencia; pueden emerger situaciones de insatisfacción frente a la atención recibida o por las condiciones en que se brindan los servicios de salud, negación de servicios o ausencia institucional, en estos casos, el investigador desde su formación y conocimiento del sistema, puede orientar en cómo resolver estos asuntos mediante remisión a la red de prestadores de servicios de salud disponibles en la subregión de Urabá. En caso de presentarse una crisis en alguno de los participantes, el investigador brindará acompañamiento en el traslado para la atención inicial en el servicio de urgencias.

Así mismo cabe anotar que en cuanto a este requisito de proporción riesgo/beneficio favorable, este proyecto es acorde a los principios de bioética y con todo el marco regulatorio internacional: Código de Nuremberg, Pautas éticas internacionales para la investigación en seres humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de la Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

La propuesta de investigación ha sido elaborada previendo que los resultados de este proyecto puedan ser publicados, al tiempo que se garantiza la privacidad de la información de los participantes. Así mismo existirá un proceso de socialización previa de los hallazgos de la investigación con los participantes, que asegure que ellos conocen y están de acuerdo con la información contenida y los hallazgos obtenidos; esta socialización de hallazgos se

realizará a través de las secretarías de salud de cada municipio en fecha concertada, que asegure la mayor participación posible de los participantes de la investigación. Toda la información obtenida será custodiada y guardada por el investigador por un período de 3 años, luego en la entrega del informe final. Se establecerá un cronograma para el desarrollo de la investigación y para el trabajo de campo. Las visitas a los participantes serán acordadas previamente y siempre se respetarán los acuerdos establecidos con los participantes.

Cada persona tiene un valor intrínseco debido a su capacidad de elegir, modificar y proseguir su propio plan de vida (Emanuel, 2003); en ese sentido todos los participantes libremente decidirán a través de la firma del consentimiento informado la decisión de hacer parte o no de la investigación. El consentimiento informado será elaborado en un lenguaje claro y comprensible, considerando los participantes a quien está dirigida la investigación. Se identificará claramente la investigación, el investigador, las intencionalidades de la investigación, los riesgos y beneficios, los criterios de inclusión y exclusión, la invitación a participar y los compromisos que se adquieren, la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la investigación y que antes de cualquier publicación se socializaran los resultados con los participantes.

Como garantía en el trato durante su participación en la investigación, se informará:

- a) que existe libertad de cambiar de opinión, que la investigación no está de acuerdo con sus interés o preferencias y que no existirá ningún tipo de sanción por retirarse
- b) que con el fin de asegurar en todo momento la privacidad de los participantes, la información será tratada de acuerdo con reglas de confidencialidad
- c) que cualquier información nueva acerca de los riesgos y beneficios que sean identificados, serán informados de manera diligente a los participantes
- d) acerca de las jornadas de socialización de los hallazgos y de los aprendizajes obtenidos; para ello se acordarán fechas con los participantes y demás interesados
- e) se llevará un proceso vigilante de posibles situaciones que surjan durante la investigación.

Aunque es una situación que no se espera debido a la clasificación de riesgo mínimo de la investigación, en caso de identificarse, se evaluará, se dará el tratamiento apropiado a la

situación y se considerará el posible retiro del participante. Acá los posibles eventos, están asociados al estado emocional de la persona.

9. HALLAZGOS

En concordancia con la propuesta metodológica de esta investigación sobre la determinación social de la mortalidad materna en los Municipios de Apartado, Necoclí y Turbo, ubicados en la subregión de Urabá, Departamento de Antioquia, se realizaron entrevistas a familiares de maternas fallecidas entre los años 2010 y 2017, que cumplieran con los criterios de inclusión previamente definidos. En algunos casos el abordaje a este grupo de participantes de la investigación se hizo difícil por la poca o incompleta información con que se cuenta en los archivos físicos y magnéticos de las direcciones territoriales de salud. En otros casos por el cambio o la pérdida de números telefónicos de los contactos registrados. En ciertas situaciones debido al cambio de domicilio de algunas familias o por las difíciles condiciones de acceso geográfico a varios domicilios ubicados en la zona rural dispersa de estos municipios.

Asimismo, se realizaron entrevistas al personal que labora o ha laborado en las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud de los municipios referidos, y que han participado en los procesos de atención en salud a maternas que hayan tenido complicaciones o hayan fallecido. Además, se entrevistaron profesionales del área de la salud que han participado en las unidades de análisis de mortalidad materna como parte de las actividades laborales que realizan en las instituciones de salud donde prestan sus servicios.

De otro lado, con el fin de profundizar sobre el fenómeno de la mortalidad materna y su proceso de determinación social en los pueblos indígenas, se realizaron varias entrevistas a miembros de estas comunidades que tienen asiento en la subregión de Urabá. Fueron entrevistados médicos tradicionales de la comunidad “Guna Dule”, personal que labora en las instituciones prestadoras de servicios de la salud de la subregión que pertenecen a esta comunidad indígena y a un representante en la mesa de trabajo de la Organización Indígena de Antioquia (OIA).

Como se propuso en el apartado 6.3 del presente trabajo, que hace referencia a las técnicas de recolección de la información, el análisis del proceso de determinación social de la mortalidad materna en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo se realizó con base en la comprensión de los procesos críticos en los dominios general, particular y singular, en los diferentes órdenes políticos, económicos y culturales. Esencialmente en este capítulo, se revisa el fenómeno de la mortalidad materna, desde los postulados teóricos de la epidemiología crítica. En este sentido, la mortalidad materna como problema de salud de la sociedad no será analizado meramente como un fenómeno biológico, sino como un proceso socio biológico integrado y dinámico (Breilh, 1994).

En este sentido, el análisis de los procesos críticos de la determinación social de la mortalidad materna se centra en los procesos dinámicos que permiten comprender la complejidad del objeto de estudio. Hay que insistir en que ver la muerte materna y su determinación como resultado de un proceso social, significa estudiarla como fenómeno inmerso en la realidad social en que se produce, tenido en cuenta las diferencias, las desigualdades y las inequidades en los servicios de salud que se encuentran presentes en el contexto analizado. Asimismo, es comprender el impacto que ejercen en ese proceso el ingreso económico, la clase social, las redes de apoyo social, la escolaridad, la cultura y la organización social (Álvarez, Fariñas, Rodríguez y Bonet, 2007) como categorías que determinan la ocurrencia del fenómeno.

De este modo, cada una de las categorías (o expresiones) que emergieron de los diferentes actores dentro del proceso de recolección de información, permiten un entendimiento del objeto de estudio de la siguiente forma: desde el dominio general, comprender los procesos globales que se desarrollan en la sociedad en su conjunto y cómo los órdenes políticos, económicos y culturales, establecen unas condiciones que delimitan y determinan los procesos particulares y singulares de las maternas, reproduciendo el fenómeno de la mortalidad materna en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo que, como se ha dicho, se vincula con las condiciones de inequidad de dichos municipios.

Desde el dominio de lo particular, donde se desenvuelven los procesos en los grupos poblacionales y se marcan los rasgos propios de la comunidad objeto de estudio, se analizan las expresiones que dan cuenta de la calidad de vida, las limitaciones de acceso geográfico a los prestadores de servicios de salud y las dificultades de acceso al sistema de salud, entre otros aspectos. Este dominio se constituye en el eje central en el análisis de la determinación social de la mortalidad materna para esta investigación. Es de anotar que el dominio particular, aunque siendo general, forma parte de los procesos descritos y marca rasgos característicos de los grupos, condicionando a su vez el movimiento de los procesos singulares (Breilh, 1994). Por lo tanto, la comprensión del objeto de interés, en esta investigación del proceso de determinación social de la mortalidad materna en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, centra gran parte de su desarrollo en este dominio.

Desde el dominio de lo singular se profundiza en la comprensión de la cotidianidad de las maternas que sufrieron complicaciones en su proceso de gestación. Aspectos relacionados con la atención en salud como el acceso a los servicios, la disponibilidad de medios de transporte para realizar los traslados y las condiciones en que se dan los traslados, el tipo de prestadores de servicios de salud y la misma calidad de la atención en salud, son situaciones que determinan el desarrollo del embarazo y su terminación. Es importante conocer además el día a día de la materna, las tareas que realizaba en el hogar, las actividades laborales que desarrollaba, si lo hacía. En general, se requiere conocer a través de testimonios, la relación de las maternas con el ambiente en que se daban sus condiciones de vida y entre sus redes de apoyo social, entendidas estas, como los grupos de familiares, de vecinos y demás personas con quienes manejaba un vínculo permanente.

Otro aspecto de interés dentro de los procesos singulares es el relacionado con el genotipo y el fenotipo. Explorar la concepción dinámica del proceso de codeterminación entre el genotipo, el fenotipo y el ambiente, nos permite comprender como las intervenciones del ser humano sobre el ambiente puede injerir sobre los procesos biológicos y viceversa. Este dominio de lo singular se encuentra íntimamente ligado a los procesos colectivos, y, en consecuencia, es donde se recrean y repiten las propiedades esenciales del todo.

En consecuencia, a continuación, se revisa en forma detallada algunos de los testimonios más relevantes expresados por los diferentes actores entrevistados. Para ello se encuentran agrupados en categorías, que emergieron del proceso de codificación y que sirven para comprender mejor la mortalidad materna como el objeto de análisis que, como se ha dicho, es un proceso complejo y socialmente determinado (Breilh, 2013). Los testimonios, son revisados desde los dominios general, particular y singular, propuestos desde la categoría determinación social de la epidemiología crítica. Son analizados desde los órdenes políticos, económicos y culturales y cómo estos se comportan de forma destructiva o beneficiosa para los procesos que determinan la mortalidad materna en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo en la subregión de Urabá.

9.1. Condiciones de vida de las familias en que han ocurrido muertes maternas en la subregión de Urabá

De acuerdo con Breilh (2003), las personas y sus familias se desenvuelven en contextos naturales y primordialmente sociales que determinan su forma de actuar y sus estados vitales. Esa realidad social se construye en dominios o dimensiones interdependientes y jerárquicamente organizados: el dominio general, que explica la sociedad en su conjunto y su lógica dominante; el dominio particular que explica los modos de vida o de reproducción social de los grupos sociales, sus relaciones y movimientos; y el dominio singular, relacionado con los estilos de vida personal y familiar (Breilh, 2003). Las condiciones de vida están relacionadas con el dominio particular, y explican los modos de vida o de reproducción social de los grupos sociales; están asociadas a cinco categorías: condiciones de trabajo; calidad y disfrute de los bienes de consumo y de servicios; capacidad de crear y reproducir valores culturales e identidad; la capacidad de empoderamiento y de organizar acciones en beneficio del grupo; y la calidad de las relaciones ecológicas del grupo (Carmona, Uscátegui y Correa, 2010). Cada uno de estos factores interviene de forma integrada y dinámica dentro de los procesos colectivos conscientes e históricos de la vida humana y

construyen la realidad compleja del proceso de determinación social que desencadena una muerte materna en la subregión de Urabá.

Ha sido ampliamente documentado que los aspectos demográficos, étnicos, y los factores ambientales y sociales, influyen dentro de las condiciones que determinan el estado de salud de una población o un grupo particular de personas. Dentro de los aspectos sociales hay una gran influencia de las condiciones de vida; estas condiciones de vida son entendidas como condiciones objetivas en las que los hombres reproducen su existencia social e individual; y en las que reconocen las condiciones de trabajo y del entorno familiar y comunal (Batista, Coutin y Cañizares, 2001). Por ello, en la presente investigación se realizó, dentro del análisis de la determinación social de la mortalidad materna, una revisión documental de las condiciones de vida la población en general. Asimismo, en la realización de las entrevistas, y por medio de la observación, se profundizó sobre las condiciones en que viven aquellas familias en las que han ocurrido las muertes maternas en los Municipios de Apartadó, Turbo y Necoclí.

Con el fin de construir una idea clara de las condiciones de vida particulares de las familias en las que se presentaron muertes maternas entre los años 2010 y 2017, a continuación, se revisarán las condiciones de vida de varias familias en las que ocurrieron muertes maternas y serán contrastadas con los datos del informe de Indicadores Multidimensionales de condiciones de vida 2017 del Departamento de Antioquia. Este informe será revisado por subregiones y luego se avanzará hacia los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo. Su análisis servirá de insumo para comparar y contrastar las condiciones de vida de las familias que han tenido deceso de maternas y la incidencia de este aspecto en el proceso de determinación social de la mortalidad materna.

9.1.1. La ruralidad y condiciones de vida de familias con ocurrencia de muertes maternas

Para la comprensión de un objeto de estudio complejo como lo es la muerte materna en la subregión de Urabá, se realiza un abordaje desde las diferentes categorías que emergieron de los testimonios de los participantes. Una de estas categorías es la ruralidad y la incidencia que tiene sobre el proceso social e histórico de determinación de mortalidad materna en esta subregión. Algunos aspectos como las condiciones de trabajo, los recursos económicos para trasladarse hacia la cabecera municipal, el acceso a la prestación de servicios sanitarios, el proceso de atención en salud a las mujeres en estado de embarazo y la calidad del mismo, están relacionados con las condiciones de vida en el contexto de la ruralidad, caracterizadas por la falta de servicios públicos, la baja oferta de empleo y un estado deficiente en la infraestructura vial; lo cual, en muchos casos, tiene una influencia determinante en la posibilidad de supervivencia de una materna y su hijo.

Para el análisis de la influencia de las condiciones de vida en las zonas rurales de la subregión de Urabá y el proceso de determinación social de la mortalidad materna, se toma como un referente básico el Índice Multidimensional de Condiciones de Vida IMCV 2017. El IMCV es un índice compuesto por 15 dimensiones que agrupan 40 variables que dan cuenta de las condiciones de vida de los hogares. Este índice es calculado por una comisión tripartita del Departamento de Antioquia y permite estimar el promedio de la calidad de vida de todos los hogares en el departamento y compararlo entre las subregiones y zonas (Departamento de Antioquia, 2018). Se califica como un promedio entre 0 y 100. A mayor valor se estima una mejor condición de vida. Esta medición que hace parte de la encuesta de calidad de vida, y se realiza cada dos años por la Gobernación de Antioquia desde el año 2007, con excepción del año 2015 donde no fue realizada.

Tabla 4. Dimensiones del índice multidimensional de condiciones de vida –IMCV (puntos) en las subregiones de Antioquia por áreas ECV 2017

Índice Multidimensional de Condiciones de Vida – IMCV (puntos) en las subregiones de Antioquia por área ECV 2011 - 2017									
Subregiones	2011			2013			2017		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Valle de Aburrá	46,52	47,32	38,77	47,04	47,87	39,79	47,89	48,41	39,17
Bajo Cauca	28,01	29,74	25,51	25,80	29,15	22,38	30,52	32,78	26,50
Magdalena Medio	29,34	29,92	28,54	30,27	32,21	27,95	34,74	36,67	32,10
Nordeste	30,59	32,33	28,82	30,73	34,68	27,41	32,05	34,54	29,92
Norte	30,52	34,07	27,43	33,93	39,73	29,16	38,57	43,06	34,74
Occidente	31,61	35,79	29,33	32,10	38,16	29,30	34,73	39,85	32,07
Oriente	32,10	33,87	30,13	40,44	44,95	35,30	42,42	45,63	38,84
Suroeste	33,08	35,74	30,66	34,57	38,54	31,20	38,98	42,71	35,78
Urabá	28,16	31,30	23,36	28,83	32,46	24,70	28,11	30,59	24,97
Total departamento	40,30	43,44	30,72	41,54	45,14	31,76	43,58	46,24	34,16

Fuente: Gobernación de Antioquia, 2017, p. 1-7.

Como se puede observar en la Tabla No. 4, el IMCV muestra amplias diferencias entre las condiciones de vida de la población ubicada en el Valle de Aburrá y las demás subregiones del Departamento de Antioquia, con excepción de la Subregión de Oriente que, dada la proximidad geográfica, tiene condiciones de vida similares a Medellín y sus municipios vecinos. Asimismo, se puede observar como un tema generalizado, la diferencia que existe entre las condiciones de vida de la población urbana y la población ubicada en las zonas rurales en el Departamento de Antioquia. En todas las subregiones el indicador de condiciones de vida muestra una mejor valoración para la población urbana frente a la rural. Esta diferencia es mucho más marcada en la subregión de Urabá y la subregión del Norte de Antioquia, donde la evaluación de las condiciones de vida de la población muestra diferencias aún más importantes entre lo urbano y lo rural.

En este sentido, una profesional de la salud del Municipio de Turbo, al hablar sobre el tema de acceso a servicios de salud, se enfoca en las dificultades que puede tener una materna que reside en el área rural de este municipio, para trasladarse hacia un centro de salud o la sede principal de la ESE Hospital Municipal, en busca de atención en salud. Al respecto comento:

(...) Las dificultades de acceso geográfico son más difíciles, de pronto, uno diría: sí, hay una carretera de aquí hasta allá, pero ¿cuánto nos vale salir? el transporte en la zona de Urabá yo diría que es costoso. Entonces, eso representa mucha parte de todos los recursos de la familia, como para emplearlos, cuando ellas se sienten relativamente bien (...) [EPOMAPU02]

La expresión de esta funcionaria denota que las condiciones de vida en la ruralidad, sumado al elevado costo del transporte, limitan a estos grupos poblacionales ubicados en los sectores rurales, la posibilidad de acceder a una atención en salud oportuna y continua. En lo referido a la atención materna, esto se comporta como una limitante que en algunos casos les imposibilita acudir con la frecuencia y oportunidad necesaria a los controles prenatales. Es de recordar que los controles prenatales reducen la morbimortalidad materna. Además, permiten identificar riesgos durante el embarazo a los que se les puede iniciar acciones preventivas y oportunas. Asimismo, durante los controles prenatales se pueden identificar entre otros, el alto riesgo obstétrico que da origen a la remisión a un prestador de servicios de salud de mayor nivel de atención.

Frente a la ruralidad y los ingresos de las familias campesinas, es de anotar que en la zona rural de la Subregión de Urabá no están dadas las condiciones de trabajo apropiadas que le aseguren ingresos mínimos a esta población para suplir sus necesidades básicas, hecho que restringe el acceso a bienes de consumo y de servicios, incluidos los servicios de salud. Por lo tanto, a menos que se identifique una situación de riesgo importante para la materna o su bebé, estas familias deben priorizar entre satisfacer las necesidades básicas del grupo familiar o la búsqueda de atención en salud para la mujer embarazada. Una situación que en muchas ocasiones impide a las familias buscar atención especializada durante el embarazo. Al respecto, la misma profesional en medicina del Municipio de Turbo dijo:

(...) entonces algunas maternas tienen dificultades por ejemplo para acceder a ciertos exámenes en el transcurso del control prenatal porque solo se prestan en la sede principal y transportarse de una zona del municipio puede costar 20.000, 30.000, 40.000 pesos que representa mucho de los recursos de las familias, entonces esas maternas, no solo hablando de muertes maternas sino hablando por ejemplo de mortalidad perinatal uno las identifica que no se hizo el examen pero no tenían como venir (...) [EPOMAPU02]

Estas situaciones limitan la toma de decisiones de la materna y su grupo familiar en cuanto a acudir o no en búsqueda de atención en salud y, específicamente, al control prenatal y los controles regulares del embarazo. De acuerdo con Mejía et al (2013), dentro de la toma de decisiones sobre acudir oportunamente o no al control prenatal, los grupos de más bajos recursos y con niveles de estudio básicos o nulos, toman en mayor consideración sus creencias y actitudes y responden principalmente a patrones culturales (Mejía et al, 2013). En los casos revisados en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, se identificó este tipo de comportamientos, en especial en las comunidades indígenas; un médico tradicional, comentó al respecto:

Cuando están en embarazo solo acuden a los médicos tradicionales, nosotros solo (las) atendemos; hemos atendido pues sin ningún problema, pero eso sí, hay que atenderla, hay que visitarla, hay que darle la vuelta. Sí, Por ejemplo, (acude) una mujer, yo (le) pregunto si ¿va a hacer control prenatal en la institución? (ella responde) No, yo no voy a hacer, sino voy a estar aquí, que me atiendan (...) [EPHTU04].

Esto hace necesario por parte del Estado y de los demás actores del sistema de salud, que se identifique la importancia que tiene la diversidad cultural y étnica en la subregión de Urabá, respecto a las prácticas o alternativas tradicionales y sus limitaciones en cuanto a la atención de la salud materna. Esto es especialmente importante en la atención sanitaria, donde el personal que presta servicios de salud debe tener entrenamiento y estar sensibilizado para tener en cuenta las dimensiones sociales y culturales (SSSA, 2012) de las comunidades indígenas. De este modo, se pueden establecer mecanismos que faciliten una atención en salud materna intercultural, que respete la cosmovisión del pueblo indígena, y al tiempo, les permita acceder a los servicios de salud ofrecidos desde el marco del SGSSS. Esto facilitaría identificar riesgos asociados al embarazo, la necesidad de referir a un mayor nivel de atención de salud o atención complementaria para la embarazada.

Un tema de mucha importancia en todo el proceso de atención a las maternas es el relacionado con las acciones de educación y promoción de la salud con personal de los

servicios de atención sanitaria (OMS, 2019). Esto puede ayudar a la mujer en embarazo y su grupo familiar, a tomar conciencia para decidir acerca de los procedimientos más adecuados, con pleno conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma y complicaciones que se pueden presentar, y en los cuales deben buscar ayuda inmediata para recibir atención oportuna y segura. Es de anotar que los aspectos culturales toman mucha importancia para la atención en salud, en especial en las comunidades indígenas, donde la mujer no cuenta con autonomía suficiente para la toma de decisiones y debe dirigirse a su red de apoyo para ser escuchada y atendida. Un estudio de análisis de la mortalidad materna en los países de Latinoamérica y el Caribe, concluyó que las diferencias étnicas son un factor que incrementa en tres veces la posibilidad de morir por fuera del hospital, ya que las mujeres que pertenecen a las comunidades indígenas no asisten a las instituciones hospitalarias por sus creencias, cultura y valores sociales (Rodríguez y Rodríguez, 2012). Situación que queda evidenciada en el testimonio anterior y se relaciona con las muertes maternas ocurridas en esta comunidad en los Municipios de Turbo y Necoclí durante el periodo de estudio de la presente investigación.

9.1.2. Entorno y calidad de vida de las familias con casos de mortalidad materna

Como se mencionó anteriormente, la medición del Índice Multidimensional de Condiciones de Vida toma en cuenta 15 dimensiones: El acceso a servicios públicos, el capital físico del hogar, la desescolarización, el entorno y calidad de la vivienda, la escolaridad, la libertad y seguridad, el medio ambiente, la movilidad, la participación, la salud, el trabajo, la vulnerabilidad, la recreación, el ingreso y la calidad de vida.

Tabla 5. Dimensiones del índice multidimensional de condiciones de vida –IMCV (puntos) en las subregiones de Antioquia ECV 2017

Dimensiones del Índice Multidimensional de Condiciones de Vida – IMCV (puntos) en las subregiones de Antioquia ECV 2017																
Subregiones	Total	Acceso a servicios públicos	Capital físico del hogar	Desescolarización	Entorno y calidad de vivienda	Escolaridad	Libertad y seguridad	Medio ambiente	Movilidad	Participación	Salud	Trabajo	Vulnerabilidad	Recreación	Ingreso	Calidad de vida
Valle de Aburrá	47,89	4,35	5,95	4,34	4,08	2,54	1,87	2,77	1,49	1,37	3,25	0,67	12,13	0,24	1,33	1,53
Bajo Cauca	30,52	3,42	2,75	4,12	1,22	1,85	1,45	2,33	0,95	1,20	1,36	0,55	7,24	0,19	0,72	1,18
Magdalena Medio	34,74	3,94	3,17	4,18	1,69	1,63	1,91	3,01	1,26	1,40	1,77	0,44	8,28	0,12	0,59	1,36
Nordeste	32,05	3,47	2,73	4,15	1,08	1,54	2,03	3,21	1,05	1,17	1,63	0,53	7,37	0,08	0,59	1,41
Norte	38,57	3,57	4,12	4,12	2,51	1,66	1,81	3,49	1,21	1,37	1,95	0,59	9,79	0,13	0,79	1,47
Occidente	34,73	3,44	3,11	4,19	1,81	1,60	1,93	3,31	1,11	1,29	1,62	0,60	8,67	0,11	0,59	1,34
Oriente	42,42	3,81	4,69	4,22	3,20	1,72	1,98	3,56	1,30	1,39	2,46	0,64	10,96	0,18	0,83	1,49
Suroeste	38,98	3,60	3,96	4,21	2,51	1,49	2,04	3,71	1,17	1,31	2,08	0,62	9,92	0,16	0,66	1,53
Urabá	28,11	3,50	2,11	4,13	0,58	1,69	1,76	2,43	0,98	1,42	1,65	0,47	5,80	0,04	0,51	1,04
Total departamento	43,58	4,07	5,06	4,28	3,33	2,21	1,88	2,93	1,37	1,36	2,77	0,63	10,93	0,20	1,09	1,47

Notas:
- IMCV: Valor promedio entre 0 y 100 puntos; a mayor valor, mejores condiciones de calidad de vida. Está compuesto por 15 dimensiones y 40 variables

Fuente:
Antioquia. Departamento Administrativo de Planeación. Encuesta de Calidad de Vida 2017

Fuente: Gobernación de Antioquia, 2017, p. 1-7.

Una revisión detallada de la medición de cada una de las dimensiones entre las diferentes subregiones permite generar una primera idea de las desigualdades existentes entre el centro del Departamento de Antioquia y los municipios que tienen asiento en las periferias. Asimismo, da cuenta del conjunto de procesos que caracterizan y se reproducen en cada subregión, las posibilidades de participación dentro del funcionamiento del conjunto de la sociedad: la producción, distribución y consumo de bienes y servicios, y por supuesto, de las relaciones de poder (Batista, Coutin y Cañizares, 2001).

Frente a la distribución y posibilidad de acceso al consumo de bienes y servicios, existe una distribución muy desigual en el Departamento de Antioquia, y esa misma desigualdad se vive al interior de la subregión de Urabá. Ello se evidencia en las condiciones económicas de la población, donde una década atrás, el 97% de la población vivía en condiciones de pobreza y miseria, y carecía de servicios públicos básicos. En Urabá, las poblaciones afrocolombianas, indígenas y campesinas son las que tienen mayor grado de exclusión y pobreza. Asimismo, las mujeres sufren mayor grado de marginalidad si viven en la zona rural, donde hay bajas coberturas de servicios públicos básicos, y las condiciones de salud, higiene, educación y vivienda, aún son incipientes. En contraste, existe una élite

urbana que proviene del interior del Departamento de Antioquia y controla la mayor parte de los recursos económicos y los servicios en la subregión de Urabá (SSSA, 2012).

Esto condiciona un proceso de reproducción de pobreza en las familias de la subregión de Urabá, muchas veces relacionado con la ocurrencia de embarazos no planeados en mujeres solteras, que se dan en condiciones de precariedad y que tienen consecuencias económicas y sociales. La ocurrencia de estos embarazos no deseados bajo condiciones de pobreza, genera muchas veces un proceso de repetición intergeneracional del embarazo, replicando un círculo vicioso pobreza-embarazo, perpetuando así las desventajas socioeconómicas y condiciones de inequidad para la mujer en temas como la educación y las oportunidades laborales (Karam et al, 2007). Ese tipo de situaciones se repiten en los testimonios de los participantes. La madre de una materna fallecida en el Municipio de Apartadó expresaba:

(...) Fui madre soltera cuando ella nació. A los cuatro meses de ella haber nacido, conocí ya otra pareja. Pues, que, hasta el momento, ese fue su padre para ella.

Nació acá en Apartadó, en el □NOMBRE DE INSTITUCIÓN 01□. Fue por cesárea y después de ella tener dos años, el papá, pues, que la registró, tuvo unos problemas en ese tiempo y cayó a la cárcel. Ya yo la crie a ella junto con el hermano, la crie, pues, sola; y el papá salió a los 10 años de la cárcel. Pues, pero ya yo no estaba con él. Ya de ahí para acá, fue como una madre sola con ellos, mis dos hijos mayores y...después, ella ya, a los 15 años tuvo su primera hija y ya ella formó su hogar. Después, se dejó con ese muchacho y quedo sola mucho tiempo. Fue cuando conoció el padre de la niña, la que nació cuando ella... pues... a la fecha, al tiempo de ella darse de cuenta de su enfermedad... [EPFMAPU02]

Se puede observar en este testimonio, como se reproduce un patrón intergeneracional de madres solteras a temprana edad, en condiciones socioeconómicas precarias e hijos de múltiples parejas. En este caso, exacerbado por situaciones de tipo legal del compañero de la madre de la materna fallecida. Asimismo, la situación expresada en el testimonio anterior plantea que mientras no se modifiquen las condiciones estructurales, como las carencias en educación y la falta de empleo, que favorecen la aparición de embarazos a temprana edad, dicho evento seguirá siendo recurrente.

En otro de los testimonios, la suegra de una materna también fallecida en el Municipio de Apartadó, expresa, con mayor énfasis, las condiciones de “pobreza extrema” que rodearon la historia de vida la compañera sentimental de su hijo. Ella en su testimonio, relata las precarias condiciones económicas en las que transcurrió la vida de esta madre soltera, sus hijos y su padre, quien era el soporte económico de la familia. Al referirse a la materna y de lo que conoció de sus condiciones de vida, antes de establecer una relación sentimental con su hijo, dijo:

La situación de las niñas era bastante precaria. Tenían una situación bastante difícil, cuando ella se conoció con mi hijo, y me imagino que tratando de mejorar buscando el apoyo de una persona, bueno, se conocieron, tuvieron las dos niñas y que le digo, bueno, ella podía estar enferma quizá más atrás del último embarazo que fue donde se desencadenó la enfermedad de ella (...) Pues por la calidad de vida que ella tenía, o conocí que tenía una calidad de vida pues bastante... en cuanto al alimento, por la forma en la que vivían en el reposo. Lo que llamamos acá una pobreza extrema (...) [EPFMAPU03].

En este testimonio, entra a jugar un papel relevante la concepción por parte de la familia de las razones por las cuales se inicia una relación de pareja. De acuerdo con la participante, la relación de pareja pudo haber tenido como origen, más la necesidad de resolver las carencias económicas que atravesaba la mujer, que producto de una relación afectiva y sólida. Esta situación, según la investigación de la Gobernación de Antioquia sobre cultura y salud en Urabá 2012, se deriva del alto número de madres que son cabeza de familia y no cuentan con trabajos estables, ni recursos suficientes para acceder a los servicios de salud provistos por el SGSSS (SSSA, 2012).

En la ocurrencia de este tipo de situaciones, tiene gran incidencia el conflicto armado al que ha estado sometida por décadas la subregión de Urabá, originado desde los años sesenta. Este territorio, al ser un corredor estratégico para el tráfico de mercancías, alucinógenos y la migración ilegal de personas, cobra anualmente la vida de muchas personas, principalmente de hombres. De acuerdo con el informe de Causas de Mortalidad

por Municipios de Antioquia 2005vs2018, en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo aparece de manera consistente las “Agresiones (Homicidios) y secuelas” como una de las principales causas de mortalidad. En el año 2005 los homicidios de hombres en los municipios de Apartadó y Necoclí constituyeron la principal causa de muertes y en el Municipio de Turbo la tercera causa. Para el año 2018 en Turbo el homicidio de hombres se sitúa como la primera causa de muerte, en Necoclí es la segunda causa y en Apartadó la tercera (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2019).

En lo referente al acceso a bienes de consumo y servicios, y hablando específicamente de la atención sanitaria, categoría que se desarrolla en mayor profundidad en los capítulos siguientes, existe en el Departamento de Antioquia una alta concentración de servicios de salud en el Vallé de Aburrá y la subregión Oriente. En la Subregión de Urabá hay una oferta importante de servicios de salud y de prestadores de servicios de salud, pero igualmente se encuentran concentrados en la zona bananera; zona de importancia agroindustrial debido a la exportación del banano. Dicha distribución desigual hace que en algunas zonas rurales por la ausencia de prestadores de servicios de salud y la conservación de algunas prácticas culturales, muchas maternas reciban atención por parteras o médicos tradicionales indígenas, aumentando los riesgos normales del parto, al no contarse con todos los recursos físicos y tecnológicos para ofrecer una atención segura. Al respecto apuntaba un médico tradicional de la comunidad indígena Guna Dule del Sector de Tié, Municipio de Turbo.

Pero solo ha sido muy difícil, porque no te tenemos la camilla, [si] hay que sentarla en una sillita más o menos y le atendemos el parto normal, si veo que no hay complicación, yo la termino de atender en la comunidad, lo mismo si ha habido una retención de la placenta y también uno se acomoda, por base de la planta, y atendemos allá; pero si se presenta una complicación porque sabe uno que una atención de parto es algo delicado, si es como algo institucional, pero de todas maneras nosotros hemos atendido. Si veo que es complicación, se remite de una ¡si! [EPHTU04].

Expresa el médico tradicional la necesidad de que se establezcan acciones conjuntas que permitan una atención materna entre prácticas tradicionales y medicina alopática. De acuerdo con Breilh (2004), la reciente crisis del pensamiento de la modernidad y corrientes

filosóficas como la de la epidemiología crítica, “han creado las condiciones para que se fortalezca una línea de búsqueda más rigurosa de la relación entre el saber científico y el saber popular” (Breilh, 2003). Se reclama por parte de esta comunidad indígena, el reconocimiento efectivo de la diversidad cultural, el respeto a las diferencias y voluntad para que sobreviva, al tiempo que se inicia una construcción conjunta de análisis intercultural, en medio de una visión solidaria bajo equidad de derechos y oportunidades.

Asimismo, relata el médico tradicional de la comunidad indígena en su testimonio, las insuficientes y precarias condiciones en que se brinda la atención del parto a las mujeres de su comunidad y los elementos poco ortodoxos de diagnóstico para la identificación de posibles complicaciones. Situaciones que afectan de manera importante las condiciones de vida y predisponen la ocurrencia de eventos de mortalidad materna. Dichos eventos, conllevan a una alteración del entorno familiar con repercusiones futuras para el desarrollo y la crianza de los infantes que sobreviven a la muerte de su madre. En este sentido, se generan situaciones de riesgo como la dificultad de garantizar el acceso a la lactancia materna y el cuidado integral de los neonatos.

El acceso a los servicios públicos es otro elemento importante que influye en la calidad de vida y por consiguiente en la situación de salud y enfermedad de las comunidades. Al respecto, se tiene que en el Departamento de Antioquia existe una diferencia general entre la subregión del Valle de Aburrá y las demás 8 subregiones del departamento. Dentro del IMCV, esta dimensión da cuenta principalmente del número de servicios públicos con que cuenta la vivienda y el número de estos que se encuentran suspendidos. Por lo tanto, la medición de esta dimensión solo puede relacionarse con la prestación o no de los servicios públicos, y no nos permite conocer la calidad con que estos son brindados a la población, así como la regularidad con que son recibidos y mucho menos la percepción que tiene la población sobre su costo.

En Urabá el 53% de la población tiene al menos una necesidad básica insatisfecha y el 28% más de 2 necesidades insatisfechas (Gobernación de Antioquia, 2016). Entre los

Municipios de interés para la presente investigación sobre determinación social de la mortalidad materna, solo el Municipio de Apartadó presenta una valoración similar al resto del departamento en acceso a servicios públicos, mientras que en los Municipios de Necoclí y Turbo hay una menor valoración.

Durante las visitas realizadas a las familias, se pudo observar la adecuada provisión de estos servicios en el Municipio de Apartadó, tanto en cantidad como en cobertura. En general, las familias cuentan con servicios básicos como agua potable, energía eléctrica, gas domiciliario, telefonía fija y saneamiento básico. Esto, sumado a la alta concentración demográfica de este municipio, donde el 86% de la población se encuentra ubicado en el 1,26% de la extensión geográfica del municipio, mejora de forma ostensible el acceso y calidad de los servicios públicos (Municipio Apartado, 2017).

Dentro de las entrevistas, una enfermera profesional que presta servicios para la Secretaría de Salud de Apartadó, al ser indagada por la calidad y las condiciones de vida de las familias donde ella había realizado visitas relacionadas con eventos de mortalidad materna, comentó lo siguiente:

(...) En las visitas a familias por la ocurrencia de muertes maternas en el Municipio de Apartado, de los últimos 3 casos, 100% son residentes en el área urbana de estratos 1 y 2; el nivel educativo de dos maternas era de bachillerato completo y una con formación técnica. En los lugares de residencia había servicios públicos, y los pisos y paredes en material de concreto, techos en eternit. Con soporte familiar adecuado y aseguramiento en EPS e ingreso a control prenatal oportuno y mínimo de CPN 4 controles. En cuanto a ingresos económicos, desempleadas las tres y con compañeros con empleo (...) [EPOMAPU03]

En este relato se puede observar que en los domicilios donde han ocurrido eventos de mortalidad materna en el Municipio de Apartadó, están ubicados en la zona urbana, donde se prestan servicios públicos de forma permanente. Las viviendas en el Municipio de Apartadó, como se expresó anteriormente, se encuentran valoradas según el índice multidimensional de condiciones de vida en niveles. Patrones muy distintos a los observados

en el Municipio de Necoclí y Turbo donde la condiciones de la vivienda y acceso a servicios públicos no están garantizados.

Tabla 6. Comparativo entre municipios de la subregión. Condiciones de la vivienda y acceso a servicios públicos

Subregiones y municipios	Entorno y calidad de vida		Acceso a servicios públicos	
	Estrato de la vivienda	Calidad de la vivienda	N° de servicios públicos	N° de servicios públicos suspendidos
Total departamento	1,65	1,68	2,63	1,44
Apartadó	0,54	0,55	2,63	1,44
Necoclí	0,08	0,09	1,43	1,48
Turbo	0,19	0,20	2,00	1,48
Urabá	0,29	0,29	2,04	1,46

Fuente: Gobernación de Antioquia, 2017, p. 1-7.

En las entrevistas realizadas en los Municipios de Turbo y Necoclí se observa una situación diferente a la del Municipio de Apartadó. En general los lugares de residencia de las familias en las que ocurrieron las muertes maternas se encuentran ubicados en la zona rural; se accede a través de vías veredales cuya superficie de rodadura es tierra, y no cuentan con obras de drenajes, haciendo posible transitar por ellas con mayor facilidad en las épocas de verano. En el municipio de Turbo, solo las viviendas ubicadas en las extensas plantaciones de plátano o banano de exportación tienen como superficie de rodadura material afirmado. No hay servicio de transporte público entre las veredas, corregimientos y las cabeceras municipales; el traslado se realiza en aquellos lugares donde el estado de las vías lo permite a través del servicio de “moto taxis”, y en aquellos lugares donde la topografía o las vías no lo permiten, se debe acceder a pie o en semovientes. Al respecto el padre y hoy día responsable de los hijos (abuelo) de una materna fallecida, comenta la forma en que se trasladaba a su hija (fallecida) en caso de una urgencia relacionada con el embarazo o para la misma atención del parto:

(...) no, no, por aquí no. Por aquí no se puede averiguar. Por aquí no hay una partera, es que no, era para el centro de salud. Enseguida una moto, se llamaba una moto exprés y se llevaba al centro de salud o al hospital. Hasta de noche íbamos al centro de salud a llevarla. Al hospital, al hospital, en todos los embarazos hasta de noche se llevaba ¿Alguna cosa? Al hospital [EPFMAPU01].

En este caso, aunque ante la identificación de signos y síntomas de alarma, existe disposición por parte del grupo de apoyo de la materna de trasladar de inmediato a la mujer en estado de embarazo hacia los prestadores de servicios de salud, no se cuentan con los recursos necesarios para realizar el traslado de forma segura. Por lo tanto, se opta por los medios disponibles, en este caso una moto que, además de la vibración que genera, debe sortear el precario estado de las vías veredales de la subregión de Urabá. Esta realidad, se convierte en un riesgo adicional para la mujer en estado de gestación. Otra situación más, asociada a la ruralidad y que limita las posibilidades de acceso oportuno y seguro a los servicios de salud para muchas maternas en la subregión de Urabá. La asociación de estos procesos históricos en que han vivido las familias campesinas, condicionan los modos de vida e influyen y configuran procesos críticos en la determinación social de la mortalidad materna.

En cuanto a las viviendas, en las visitas realizadas se pudo observar que estas son construidas de forma artesanal con tablonces para cercar la residencia, pisos por lo regular en tierra, techos en palma o lámina de zinc. Las viviendas son multifamiliares y no cuentan con todos los servicios básicos; cuentan con la provisión del servicio de energía eléctrica; en algunos casos con provisión de agua a través de acueductos veredales, no se garantiza el alcantarillado y la comunicación telefónica se realiza por medio de los proveedores de servicios de telefonía móvil. Paradójicamente, muchas viviendas cuentan con servicios de televisión satelital.

Es de anotar que de acuerdo con el Índice Multidimensional de Condiciones de Vida 2017, la subregión de Urabá tiene una valoración por debajo de la media del Departamento de Antioquia en cuanto a la dimensión de entorno y calidad de la vivienda, como se puede observar en la Tabla No 6. En los Municipios de Apartadó, Turbo y Necoclí la mayoría de

las viviendas se clasifican en los estratos más bajos, en relación directa a la posibilidad de acceso a servicios públicos, la alta ruralidad y las condiciones generales de las viviendas. Asimismo, los materiales en que están construidas las viviendas generan una valoración baja; como se mencionó anteriormente, en las visitas realizadas se pudo observar la precaria condición en las que están elaboradas las viviendas, a base de tablones de madera y techo de palma o láminas de zinc, pisos en tierra y la presencia en el hogar de animales domésticos y de corral.

Los datos arrojados por el IMCV 2017 ubican a la Subregión de Urabá como la de menor valoración en cuanto a la percepción de la calidad de vida que tienen sus pobladores, entre las 9 subregiones del Departamento de Antioquia. Esto es congruente con la medición general de cada una de las dimensiones evaluadas. Existe una clara relación entre la calidad de vida y el acceso a los servicios de salud y las situaciones derivadas, como lo es el caso de las muertes maternas que se presentan en la subregión. Un médico tradicional indígena de la comunidad Guna Dule asentada en el sector El Caimán, zona limítrofe entre los Municipios de Necoclí y Turbo anota lo siguiente:

Mira, realmente, es muy poquito el servicio, hay que aumentarla más ¡sí! Por ejemplo, como nosotros vivimos en dispersa (población rural dispersa), a veces una brigada de salud es que a la gente no le llega todo, a veces llegan por un día, por dos días no más, se quedan muy corto ¡sí! La entrada 3, 4 horas, pero entonces la salida, deben salir a las doce, por ejemplo, al día siguiente, pero no se hacen todas las consultas; entonces hay que aumentarla más (brigadas de salud en esa comunidad indígena), o hay que hacerles más frecuente ¡sí! Para que puedan atender mejor a la gente [EPTNR07].

El testimonio anterior, hace especial énfasis en las dificultades en la provisión del servicio de salud a toda la comunidad, debido a las difíciles condiciones de acceso y permanencia dentro de los territorios indígenas. Asimismo, expresa una queja respecto a la insuficiencia de las brigadas de salud que son realizadas en la comunidad indígena y donde no se logran cubrir todas las consultas o servicios de las personas que esperan por atención en salud dentro de la comunidad.

9.2. Condiciones socioeconómicas de las familias de maternas fallecidas

La subregión de Urabá aumentó su población en aproximadamente cuatro veces a partir de los años cincuenta. Sin embargo, el desarrollo económico no llegó a la par con su crecimiento poblacional. Las inversiones sociales y de infraestructura, recientemente empiezan a aparecer y la bonanza, producto del monocultivo del banano, solo alcanza al cordón conocido como el eje bananero (SSSA, 2012). Existe una disparidad importante entre las familias dedicadas a la agroindustria bananera y el grupo social de campesinos pobres, quienes acceden de forma escasa en cantidad y calidad a los bienes y servicios que ofrece la región, y a procesos de participación política (Carmona y Correa, 2014).

La subregión de Urabá es una zona de colonización e incremento poblacional reciente. La apertura de la vía al mar desde Medellín a Turbo, la expulsión de campesinos de los valles del Río Sinú por la modernización agrícola, la expansión del latifundio improductivo y el nacimiento de la industria bananera, contribuyeron a promover la colonización de la subregión (SSSA, 2012). La economía de la subregión gira en torno al cultivo comercial del banano para la exportación y se sustenta en la mano de obra empleada que migró desde diferentes regiones del país por la expectativa de bonanza, y por la élite de propietarios-empresarios que provino del interior. Colombia es uno de los países líderes en la exportación de banano, y lleva a puertos internacionales alrededor de 90 millones de cajas que representan cerca de \$USD 760 millones, lo que equivale al 3% de las exportaciones totales que realiza el país por año (Rodríguez y Rojas, 2015).

Sin embargo, la prosperidad que ha generado la expansión del cultivo comercial del banano no ha traído para la subregión los frutos esperados. Mientras las ganancias quedan en las grandes compañías bananeras intermediarias en el proceso de exportación, las desigualdades sociales han venido aumentando. Los beneficios del crecimiento no han significado una mejora en las condiciones de vida de la población. Los capitales invertidos para la compra de tierras, el desarrollo tecnológico y los costos de producción provinieron de fuera de la subregión de Urabá, especialmente de Medellín. Ello, explica que los procesos administrativos siempre hayan estado radicados por fuera de dicha subregión. Los

empresarios que invirtieron su capital para la expansión del cultivo en la subregión de Urabá crearon vínculos de dependencia con compañías multinacionales extranjeras que han regulado el mercado y la comercialización, y cuyas inversiones de capital, presuponen una expectativa de acumulación alta para cumplir con las exigencias progresivas del mercado. Esta situación ha tenido efectos nocivos para la subregión, ya que, al ser una producción controlada por fuerzas exógenas a la subregión de Urabá, los excedentes allí generados no se reinvierten en ella; lo cual, genera un drenaje intensivo de sus recursos, contrario a los efectos de crecimiento y mejoramiento general de las condiciones de vida que deberían generarse (Bejarano, 1998).

La dependencia que arrastra la subregión de Urabá del monocultivo del banano ha generado un desarrollo incipiente de otras formas de producción de bienes y servicios. Los procesos económicos, políticos y sociales son condicionados en gran parte por esta agroindustria; lo cual, sujeta la economía regional a las fluctuaciones del precio comercial de este producto, sin que haya otros medios de amortiguar tales variaciones. Cuando se presentan estas fluctuaciones los desequilibrios de orden social y económico, son sentidos en toda la subregión, aún en aquellos municipios donde no hay dedicación importante a esta producción.

La economía campesina no escapa a estas condiciones impuestas por la agroindustria bananera. Aunque provee alimentos y mano de obra, no se observa mejora en sus condiciones de vida como pequeños parceleros. En este sentido, un campesino del Municipio de Turbo, tenedor de una parcela en el Corregimiento de Coldsá, padre de una materna fallecida, relata las condiciones de inestabilidad familiar y económica a las que estuvo sometida su hija embarazada.

(...) Urbanización “El Vaino”, ahí vivíamos nosotros cuando ya ella se decidió de irse con el marido para Dabeiba. Allí duraron viviendo como unos 2 meses o algo así. (...) ellos como que, como que no vivían. Ellos vivían, pero el como que no tenía trabajo así en forma, entonces siempre la mandaba para acá quedaba 5, 6 meses acá con nosotros, 8 meses. Y después como que cuando consiguió nuevamente trabajo, la mandaba a buscar, se quedaba 8 días con ella allá, todas esas cosas. Y así, así fue

teniendo sus hijos. Digamos cuando quedaba en embarazo, ya él como que tampoco, como que no podía, me la mandaba para acá: Aquí siempre tenía los niños, aquí la mayoría de las veces tuvo sus niños [EPFMAPU01].

Como puede apreciarse en el anterior testimonio, al no tener el núcleo familiar unos ingresos económicos mínimos por la falta de trabajo estable, la mujer embarazada se ve abocada a permanecer largos periodos de tiempo alejada de su pareja y, por consiguiente, sin su apoyo en el proceso de gestación. El mismo entrevistado agrega:

Fue aquí en el Hospital de Turbo. Ya hasta ahora, la última vez que tuvo su último niño, ella hizo su embarazo fue...ella empezó embarazo allá, pero como también el mismo problema del muchacho, también sin trabajo que no sé qué más, que tales, que pascuales, porque ese Dabeiba como que es duro pa' el trabajo porque él es buen trabajador, pero nunca conseguía, allá como que no es fácil conseguir trabajo. Y, entonces, ya el muchacho, ya la mandó y más que todo yo le decía: hija si alguna cosa no te vas a complicar te vienes pa' acá. Te vas a complicar, pues en la forma del que él no tenía trabajo, ni tenía plata ni nada, entonces aquí tampoco tenemos plata, pero por más que sea, uno se consigue la comida acá en Urabá más fácil (...) [EPFMAPU01].

En la subregión de Urabá, la provisión importante de empleo se encuentra relacionada con la agroindustria del banano. Una gran cantidad de personas y familias, incluidas madres cabezas de hogar, derivan el sustento de esta actividad, que se encuentra concentrada en la doble calzada Turbo-Chigorodó. La población de la zona norte de Urabá (los municipios de Arboletes, San Juan de Urabá, Necoclí y San Pedro de Urabá) y el municipio de Mutatá, depende principalmente de la agricultura y la explotación de recursos naturales, donde se desempeñan como jornaleros, comerciantes o trabajando en contratos de obra, lo que genera inestabilidad laboral y menor acceso al SGSSS (SSSA, 2012). Por lo tanto, aquellas familias que derivan el sustento de actividades agrícolas o de trabajos eventuales, con frecuencia padecen situaciones como las referidas en el anterior testimonio, donde el grupo familiar se distancia o desintegra, y la responsabilidad recae sobre la familia de la mujer embarazada.

El bajo nivel socioeconómico de algunas familias en la subregión de Urabá es un factor que determina las condiciones de vida de estas, y en el caso de las maternas puede

afectar gravemente su condición de salud y bienestar, al limitar el acceso a la educación, a una fuente de ingresos regulares, a una adecuada alimentación para ella y su grupo familiar, y acceso al mismo sistema de salud. Se visibilizan de este modo relaciones de determinación desde el dominio general, asociadas al modelo económico desarrollado en la subregión de Urabá, fundado en la acumulación de capital por parte de las empresas que dominan la agroindustria. Se reproducen, además, relaciones de inequidad entre la élite dominante que dispone de los recursos económicos y la clase obrera campesina que deriva su sustento de las labores en las fincas bananeras. Algunas labores agrícolas poca afables con el medio ambiente y con los mismos trabajadores bananeros, ya que incorporan dentro de sus procesos el uso de agroquímicos, algunos de ellos cuestionados por sus efectos dañinos sobre los seres humanos.

Una de las participantes, la madre de una materna fallecida en el Municipio de Apartadó refería como una de las maternas desarrolló una leucemia (enfermedad maligna de la médula ósea, que provoca una proliferación anormal de leucocitosis en ella). Al respecto dijo:

Leucemia, a ella le dio leucemia, demoró dos años en un tratamiento, y ya a los dos años, fue que quedó embarazada de la niña. Al tiempo de la niña nacer, fue que ya ella venía en tratamiento. Pero el tratamiento ya no le estaba sirviendo. Entonces, ya a la hora de la niña nacer, la enfermedad estaba muy avanzada [EPFMAPU02].

Este testimonio, se relaciona con lo referido la enfermera profesional responsable de las acciones de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de Apartadó. El testimonio fue el siguiente:

De las anteriores maternas ya 2012-2015 sí se presentaron (muertes maternas). Fueron unas 3 maternas también, pero de esas 3 maternas hubo 2 de ellas que tenían una enfermedad de base, había una chica, ambas tenían leucemia. Sin embargo, se arriesgaron a un segundo embarazo, pues, constándole como la vida a las maternas, y la otra materna que falleció si tuvo que ver más que todo como con los procesos de atención [EPPMAPU09].

Es de recordar que, en la subregión de Urabá, como medio de control de plagas y malezas los cultivos de banano, se realiza aspersión con agroquímicos sobre los cultivos de banano, que en su gran mayoría se encuentran dispuestos a lado y lado de la doble calzada Chigorodó-Turbo, en las vías corregimentales o veredales, o rodeando centros poblados. Uno de los agroquímicos de uso más regular en la subregión es el Glifosato, un herbicida de amplio espectro, no selectivo (Martínez, Reyes y Reyes, 2019).

De acuerdo con la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC, por su sigla en inglés, dependiente de OMS) el glifosato se incorporó a la lista de sustancias probablemente cancerígenas para los humanos, con una categorización de 2A (García, 2015). Estudios realizados en los E.E.U.U. con más de 50.000 trabajadores agrícolas, apoyan la evaluación de la IARC, al identificar un mayor riesgo de un tipo de leucemia mieloide aguda. Un tipo de cáncer que, aunque es poco frecuente, según dicho estudio, se asoció al uso de glifosato y afectó a pocas personas, principalmente a las más expuestas al herbicida (Kogevinas, 2018). Asimismo, estudios realizados en hospitales de Buenos Aires, Argentina, asocian los pacientes atendidos con lugar de origen, y se mostró una clara tendencia entre los pacientes con cáncer de piel, leucemia o malformaciones y los que provenían de las provincias más contaminadas con pesticidas, insecticidas y herbicidas, en especial el glifosato (Celli, 2019).

De acuerdo con Breilh (1994), en cada dominio ocurren procesos fundamentales que no pueden resolverse por la desintegración y exploración minuciosa de los elementos que constituyen dicho dominio. En ese sentido, para entender enfermedades como el cáncer, se deben integrar los procesos de la vida social con los del fenotipo (dominio singular). Se plantea así, una relación de determinación para la ocurrencia de este tipo de enfermedades entre el fenotipo y el ambiente (espacio socio-cultural donde se desarrolla la vida). Para ello, y en relación con las condiciones socioeconómicas, se debe enfatizar que:

Cada grupo socio-económico desenvuelve un patrón distinto y cambiante de relaciones socio-natural, cada uno tiene un patrón de vida característico que determina su movimiento de relación entre el ambiente y las condiciones genéticas y fisiológicas

típicas que lo caracterizan y con las que enfrenta sus condiciones de vida (Breilh, 1994, p. 63-100).

De este modo, las consecuencias derivadas de la exposición de una mujer a agentes agroquímicos como el glifosato van a variar de acuerdo con procesos sociales como: su situación socioeconómica, su estado nutricional, el estrés e incluso, al hecho de estar embarazada o no. Ello, no implica existe una relación directa y única entre el ambiente, las condiciones coyunturales de la cotidianidad de las mujeres en embarazo y el desarrollo de procesos fisiopatológicos como el cáncer, pero si la probabilidad de un proceso complejo de salud-enfermedad que puede estar afectando a la población. En palabras de Breilh (1994) “La vida humana se forja entre procesos que nos hacen daño y los que nos protegen en cada momento y el resultado de esas contradicciones es lo que se llama salud-enfermedad, cuyos fenómenos observables se hacen evidentes en las personas” (p. 63-100).

Se requiere entonces una intervención real del estado, con políticas que garanticen procesos de redistribución de los recursos en condiciones de equidad, que permita superar la lógica de acumulación y maximización de utilidades promovida por los grandes inversionistas llegados del centro del país, y que se concentre la inversión en aquellos sectores más pobres e históricamente azotados por la violencia; y no en favorecimiento de la producción bananera, como se ha hecho hasta el momento. En la subregión de Urabá las inversiones han sido dirigidas a satisfacer las necesidades de la producción bananera y su transporte, ello se ha traducido en un crecimiento desigual de la subregión, donde el acceso a bienes y servicios, incluidos los servicios sanitarios, se concentran en la zona urbana del eje bananero y en las zonas rurales dedicadas a la producción y transporte del producto de exportación. Asimismo, deben orientarse políticas que moderen o prohíban el uso de agroquímicos, como el glifosato, de comprobados efectos nocivos para el medio ambiente y las personas, y respete la relación de determinación que existe entre ambos. Dichas políticas deben reconocer: “la concepción moderna que ve la relación entre el organismo y el ambiente como un proceso cambiante de relaciones de producción y reposición, determinándose que el organismo sea tanto producto del ambiente como el ambiente sea producto del organismo” (Breilh, 1994, p. 63-100).

Estos procesos históricos de apropiación y concentración de poder en unas clases dominantes en la subregión de Urabá, en detrimento de la clase obrera, las comunidades indígenas, y en este caso especial, referido a los servicios de salud y las posibilidades de acceso a las mujeres en embarazo, configuran condiciones de inequidad que reproducen mayores condiciones de desigualdad. De acuerdo con Breilh (1999), esta inequidad, ubica a los grupos que afecta en una condición de subordinación o de menor poder, que les impide su dominio sobre la propiedad de los bienes y riquezas, las formas de convocatoria del colectivo hacia intereses propios, la posibilidad real de modelar la cultura y formas subjetivas, la educación, entre otros.

Frente a este escenario subregional, de un sistema agroindustrial de acumulación de capital de las compañías bananeras y sus inversionistas, de unas condiciones de inequidad que históricamente se han reproducido, y de cuestionamientos a un modelo de atención en salud que sigue sumando muertes maternas en la subregión de Urabá, se requiere la promoción por parte del Estado y la sociedad de otras formas de economía. Es necesario que el estado colombiano y toda su institucionalidad, incorpore nuevas formas de generar ingresos a las familias de la subregión de Urabá, y que se no dependa de forma exclusiva de la producción bananera. Es imprescindible que en el país se fortalezcan las instituciones, tanto en su capacidad de producir bienes públicos y satisfacer los derechos en todo el territorio, como de asegurar las condiciones para tramitar las demandas políticas de la sociedad (Jaramillo, 2015).

Ese fortalecimiento institucional debe asegurar condiciones de cooperación y convivencia, y para ello es coyuntural es establecimiento de políticas, planes y programas que permitan transformar en el campo las condiciones de pobreza extrema, de falta de oportunidades y de debilidad institucional a la hora de regular la vida pública. Se hace necesario entonces, además de resolver el tema de propiedad de la tierra, articular temáticas como el tema agrario, la satisfacción de necesidades básicas, el acceso al crédito, la asistencia técnica y la asociatividad, que permitan a la ganadería, el cacao, el arroz, el maíz, la palma

de aceite y la madera, salir de la sombra del banano y se conviertan en una opción real y sostenible para el mejoramiento de la economía campesina.

9.3. Condiciones de seguridad alimentaria en las familias con muertes maternas

En la Subregión de Urabá habitan comunidades afrocolombianas, indígenas, campesinas y urbanas, eso implica la existencia de diferentes patrones culturales frente al embarazo y la alimentación. Un estudio descriptivo de Carmona y Correa (2013), con gestantes y sus familias en la subregión de Urabá evidencia que las condiciones de vida son muy deficientes en los procesos individuales-familiares y los procesos grupales (modos de vida). Dicho estudio sobre la determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares propone que estos procesos están determinados por las condiciones socioeconómicas, jurídico-políticas e ideológico-culturales (Carmona y Correa, 2013). Por ejemplo, en la comunidad indígena del sector El Caimán, uno de los médicos tradicionales participante de la presente investigación, relató algunas prohibiciones que debe atender la gestante y su grupo familiar respecto al consumo de algunos alimentos. Prácticas alimentarias comunes en otras comunidades como el consumo de “quema” de arroz, acá son consideradas inadecuadas y perjudiciales para la criatura, al respecto el médico tradicional comenta:

Aquí hay unas normatividades parte de la espiritualidad ¡cierto! Cuando una mujer, digamos está en proceso gestacional, está embarazada, entonces tienen unas recomendaciones, unas prohibiciones; o sea que no se puede consumir arroz pegado, en fin [EPTNR07].

Asimismo, los miembros de esta comunidad dan un valor importante a aquellas prácticas que alimentan la espiritualidad. El médico tradicional entrevistado lanza una crítica a la irrupción por parte de la cultura occidental en los hábitos alimentarios de su comunidad. En dicha comunidad, las personas entienden que estos nuevos hábitos alimentarios aumentan los riesgos inherentes a la gestación y exponen a la materna a otros peligros. El médico tradicional participante de la investigación señaló que:

Mire todo el parte de la espiritualidad, entonces me dice; ese, ese hoy en día, anteriormente se cumplía digamos esas normas,] pero hoy en día ya no, por eso le estaba diciendo que se ha permeado mucho, hoy en día no se está alimentando, no sé bien, se están tomando mucha gaseosa, o sea, todas, digamos comida chatarra, dígameles así (...) [EPMHR08].

Esta comunidad indígena ha venido cambiando gradualmente sus hábitos alimentarios, pasando de una alimentación tradicional a la ingesta de productos ultra procesados y bebidas azucaradas. De acuerdo a Freire y Burgos (2017), a pesar de que regularmente las mujeres en estado de embarazo conocen sobre una alimentación y nutrición saludable durante la gestación, no ponen en práctica ese conocimiento y practican inadecuados hábitos alimentarios, regularmente adquiridos en el hogar o en el entorno escolar, o algunas veces motivadas por los posibles cambios físicos como el de engordar, privilegiando una alimentación poco saludable por complacer antojos, y preferencias alimentarias como comidas rápidas, snacks, frituras, frutas cítricas con sal y embutidos, entre otros. Hábitos alimentarios que tienen consecuencias negativas de índole biológico o psicosocial en la madre y el hijo, aumentando los riesgos de morbilidad y mortalidad con mayores complicaciones durante el embarazo, el parto y la prematuridad (Freire y Burgos, 2017).

De otro lado, dentro de los procesos culturales de la comunidad indígena Guna Dule, cuando una mujer perteneciente a la comunidad queda embarazada de un hombre que tiene un grupo familiar establecido previamente, según reza en el reglamento, este solo estaría obligado a cubrir lo acordado mediante reunión de “cabildos. Los cabildos, se reconocen en Colombia como una entidad pública especial, cuyos integrantes son miembros de una comunidad indígena, elegidos y reconocidos por ésta, con una organización sociopolítica tradicional, cuya función es representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las actividades que le atribuyen las leyes, sus usos, costumbres y el reglamento interno de cada comunidad. Según el testimonio del médico tradicional entrevistado, este hombre de la comunidad quien tiene un grupo familiar preestablecido y embaraza a otra mujer, puede, entre otras decisiones, quedar obligado solo a cubrir los gastos de alimentación durante los primeros 8 a 10 años de vida del niño.

Mire, entonces, si uno se le [se le pone unos años, ¡si!] y se le responde, hay que darle la alimentación, o puede darle en cualquier cosa, que sea un acuerdo que cubriera por 8 años, 10 años, pero tenemos plasmado en el reglamento, pero no se ha presentado este tipo de casos [EPHTU04].

Si se tiene en cuenta que la mortalidad y la morbilidad materna constituyen dos de los principales problemas de salud pública, y que se trata de problemas multicausales asociados a situaciones complejas, entre ellas las alimentarias y nutricionales (Restrepo et al, 2010), una mujer indígena embarazada que no tiene constituido un grupo familiar establecido con su compañero permanente, corre mayores riesgos de morbi-mortalidad durante su periodo de gestación.

Situaciones particulares como las referidas en el testimonio anterior, y que son vividas por las mujeres en comunidades indígenas como las del Resguardo El Caimán en el Municipio de Turbo, condicionan para la madre y el recién nacido la alimentación de ambos en calidad y cantidad. De acuerdo con Restrepo et al (2010), en Colombia 5 de cada 10 mujeres gestantes sufren de malnutrición y cerca de un 40% tienen déficit de peso, lo cual puede inducir bajo peso al nacer, y generar en etapas posteriores de la vida consecuencias deletéreas como trastornos del aprendizaje, trastornos psicomotores, de crecimiento y aumentar el riesgo de sufrir enfermedades crónicas. Es necesario el establecimiento de políticas públicas que garanticen en los estratos socioeconómicos más bajos, una adecuada intervención nutricional que incluya complementación alimentaria, suplemento de micronutrientes, monitoreo de la ganancia de peso y educación nutricional (Restrepo et al, 2010).

En la subregión de Urabá se ha vivido un proceso histórico de violencia relacionado principalmente con su ubicación geográfica, en extremo norte de Suramérica. El flujo mixto de migrantes hacia los Estados Unidos ha convertido a Colombia en un país de tránsito, y la subregión de Urabá hace parte del corredor de paso hacia la República de Panamá. Los grupos ilegales que hacen presencia o tienen injerencia en la subregión, se han vinculado con

una red internacional de traficantes, conocidos como “*coyotes*”. Esta red presta sus servicios para facilitar, permitir, alojar o transportar los migrantes hasta su destino final, y los recursos devenidos de esta actividad financian la actividad ilegal, que ha traído más violencia a Urabá (González y Arboleda, 2016).

La intervención de economías transnacionales y nacionales a la subregión de Urabá, en busca de aprovechar su ubicación estratégica y la riqueza de sus suelos, modificaron la adquisición, la tenencia y el uso de la tierra (Guhl, 1999). Este hecho, transformó al pequeño campesino propietario en un trabajador rural sin tierra, quien ha vivido inmerso en una violencia generalizada desde mediados del siglo XX.

Este proceso ha repercutido de manera importante en la tenencia y uso de la tierra. Producto de la violencia, se generó un despojo de las tierras ocupadas y explotadas por campesinos por parte de los grupos armados, quienes compraron los predios con algunas irregularidades, en complicidad con el Fondo Ganadero de Córdoba. Durante un periodo largo de tiempo los grupos al margen de la ley han decidido el acceso a las tierras (Tierras, 2018) y esto ha puesto en riesgo la soberanía alimentaria y con ello las condiciones de salud, no solo del pequeño campesino propietario sino de la comunidad indígena que, de acuerdo a la Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las políticas, con “la frecuencia de la violencia, los problemas de salud y las lesiones aumenta en las poblaciones con peor acceso a los alimentos, el agua, la vivienda y a un sistema de justicia equitativo” (OMS, 2010), asimismo puntualiza esta declaración de la OMS (2010 Declaración de Adelaida), referida al sector de la tierras y los cultivos que:

La mejora en el acceso a la tierra puede contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de los pueblos indígenas, que están espiritual y culturalmente vinculados a un profundo sentido de pertenencia a tierras y al país. Y esa mejora en la salud de los pueblos indígenas puede fortalecer las comunidades y la identidad cultural, mejorar la participación de los ciudadanos y contribuir al mantenimiento de la biodiversidad.

Para el caso de la subregión de Urabá, un territorio con periódicos procesos de violencia que ha traído entre otras situaciones un despojo de las tierras a cargo de grupos

ilegales, en el que además coexisten conflictos asociados al transporte ilegal de alucinógenos y hace parte de la zona de paso en la red de tráfico de personas hacia Centroamérica, impera la necesidad de planes y programas de acceso a las tierras, como medida de reparación integral.

9.4. Cuidados durante el embarazo

Existen diferentes tipos de cuidados relacionados con el embarazo. Estos cuidados durante el periodo de gestación pueden variar de un grupo social al otro, entre las diferentes comunidades indígenas que tienen asiento en la subregión de Urabá, en especial entre Guna-Dules y Emberas, quienes fueron participantes; e inclusive, dentro de las mismas comunidades científicas a escala mundial, quienes regularmente establecen las orientaciones clínicas para la adopción de protocolos y guías atención que son establecidas y aplicadas en nuestro país.

De acuerdo con Villar (2003), la mayoría de los modelos de control prenatal carecen de evaluación rigurosa que permitan determinar su efectividad, generalización y adecuada asignación de recursos. Con base en esta necesidad la Organización Mundial de la Salud OMS, elaboró un manual con los componentes básicos del control prenatal, que provee instrucciones detalladas de cómo conducir el programa en mujeres embarazadas que no presenten complicaciones relacionadas con el embarazo y/o patologías médicas y/o factores de riesgo relacionados con la salud.

Toda mujer debería conocer sobre los cuidados prenatales y lo determinantes que estos llegan a ser para garantizar la salud de la madre y del hijo. Entre las prácticas fundamentales para llevar a feliz término el embarazo se destaca: una dieta saludable, el saber identificar los signos de alarma y la oportuna asistencia a los programas de control prenatal (Torres et al, 2012). Un adecuado proceso de control prenatal reduce la mortalidad siempre que este sea realizado de forma temprana, continua y completa; además de fomentarse algunos hábitos de vida saludable (Moya-Plata, Guiza y Mora, 2010).

Dentro de los cuidados durante el embarazo, el control prenatal es quizás uno de los cuidados más extendidos. En los municipios donde se realizó la presente investigación este tipo de cuidados es brindado regularmente por un hospital de carácter público; solo en el Municipio de Apartadó, la oferta de servicios está totalmente a cargo de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de carácter privado, y que conforman la red de prestadores de servicios de salud de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). El control prenatal, de acuerdo con Pécora et al (2008), es un conjunto de acciones médicas y sanitarias definidas mediante entrevistas o visitas programadas por parte de los profesionales de la salud, que tienen por objeto controlar la evolución del embarazo y preparar a los padres de forma adecuada para el parto y la crianza, disminuyendo los riesgos propios de este proceso fisiológico.

Como requisitos básicos de eficiencia un control prenatal debe ser: a) temprano, desde el primer trimestre y que permita oportunamente acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, así como la identificación de embarazos de alto riesgo, b) periódico, c) completo y d) de amplia cobertura a la mayor parte de la población (Pécora et al, 2008).

Dentro del grupo de participantes de la investigación se encontraron diferentes significados frente a la importancia de los cuidados durante el embarazo y al programa de control prenatal como tal, ofrecido por la red de prestadores de servicios de salud de la subregión; asimismo, con cuidados o prácticas que deben ser tenidos en cuenta por la gestante y su familia durante todo el periodo de embarazo. Un médico tradicional de la comunidad indígena Guna Dule (significado) asocia con en el aumento de las complicaciones obstétricas y de las muertes maternas, la pérdida de algunas normas propias de su cultura y la incorporación de hábitos alimenticios no saludables

Mire toda la parte de la espiritualidad, entonces me dice... anteriormente se cumplía digamos esas normal,] pero hoy en día ya no, por eso le estaba diciendo que se ha permeado mucho, hoy en día no se está alimentando, no se come bien, se están

tomando mucha gaseosa, o sea todas, digamos comida chatarra, dígameles así [EPMHR08].

De igual forma se identifican algunos aspectos relacionados con los modos de vida y algunos ordenes sociales frente al embarazo, que no les permiten a las madres identificar aquellos signos y síntomas de alarma que exigen atención inmediata, teniendo como desenlace una muerte materna.

...Pero ya en el momento del parto, llamarón al médico tradicional y a la partera para atender el parto, [pero resulta que esa persona antes, [como un mes antes se cayó, no sé, tuvo un accidente, se cayó, [eh, no sé si, tuvo que ver esa caída... [EPMHR08].

9.5. Servicios de salud y atención materna en la subregión de Urabá

Como sistema, la seguridad social es el instrumento para satisfacer las necesidades relacionadas con la salud y el bienestar de la sociedad. Surge como la capacidad de previsión sobre eventuales contingencias individuales y colectivas, cuyo principal valor es la solidaridad (Arenas, 2007). En Colombia, dentro de las contingencias previsibles y contenidas dentro del Sistema General de Seguridad Social Integral, la prestación de servicios de salud, incorporada dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por tratarse de un servicio que está dirigido a toda la población y que se requiere en cualquier momento de la vida, fue uno de los aspectos más abordados por los participantes de la presente investigación. Los testimonios de los participantes de la investigación refieren situaciones relacionadas con el acceso a los servicios de salud, la calidad en la atención prestada/recibida, la alta rotación de personal que presta servicios en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, la atención prenatal, del parto y el puerperio, las barreras de tipo administrativo que limitan el acceso real a los servicios de salud, las causas asociadas a la morbilidad materna o a la mortalidad materna, así como a la capacidad instalada que existe en la Subregión de Urabá y su poder resolutivo.

9.5.1. Capacidad resolutiva en atención materna de los prestadores de servicios de salud en la subregión de Urabá

En el análisis del proceso de determinación social de la mortalidad materna en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, se identificaron en las entrevistas de los participantes algunas impresiones relacionadas con la capacidad resolutive de los prestadores de servicios de salud. Hay que precisar que, de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Profesionales Independientes, Transporte de pacientes y objeto social diferente, el Municipio de Apartadó cuenta 231 prestadores habilitados, el Municipio de Necoclí cuenta 34 prestadores y el Municipio de Turbo con 103. De las IPS registradas en el Municipio de Apartadó, uno de ellos es de naturaleza mixta y las demás son de naturaleza privada. La extinta Empresa Social del Estado, ESE Municipal Hospital Antonio Roldan Betancur fue liquidada en cumplimiento de la sentencia del 2 de diciembre de 2010 dictada por el Consejo de Estado en el expediente No. 1996-01523-01. En los Municipios de Necoclí y Turbo existen empresas sociales del estado que mantienen la oferta pública en la prestación de servicios de salud (Minsalud, 2019), como se puede observar en la Tabla No. 7, la capacidad instalada de la Subregión de Urabá es de las más amplias entre las subregiones del Departamento de Antioquia y solo es superada por la ofertada en Oriente y Valle de Aburrá. Sin embargo, en cuanto a la capacidad resolutive para la atención relacionada con complicaciones obstétricas, solo resuelve atenciones hasta el segundo nivel de atención, por lo que aquellos requerimientos de tercer y cuarto nivel deben ser regulados hacia Medellín o Montería.

Tabla 7. Capacidad instalada para prestación de servicios de salud 2019

Servicio	Tipo	Apartadó	Turbo	Necoclí	Total
Ambulancia	Básica	20	13	3	36
	Medicalizada	5	12		17
Sillas Hemodialisis		37			37
Salas	Partos	2	4	1	7
	Procedimientos	24	8	3	35
	Quirófanos	15	3		18
Camas	Adultos	166	51	9	226
	Cuidado Básico Neonatal	1			1
	Cuidado Intensivo Adulto	15			15
	Cuidado Intensivo Neonatal	5			5
	Cuidado Intermedio Adulto	7			7
	Cuidado Intermedio Neonatal	2			2
	Farmacodependencia	20			20
	Obstetricia	51	29	4	84
	Pediatría	50	19	4	73
		420	139	24	583

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla No. 7 se detalla la capacidad instalada para la prestación de servicios de salud en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo. Como se puede observar en el Municipio de Apartadó se concentra la mayor capacidad instalada de los tres municipios de interés para la presente investigación; adicionalmente cuenta con servicios especializados de mediana y alta complejidad. El Municipio de Apartadó desde el punto de vista comercial, por ser el principal centro mercantil de la subregión dado su tamaño y ubicación central en el eje bananero, es utilizado frecuentemente por pobladores de toda la región para desarrollar actividades comerciales y cotidianas (Secretaría Salud Apartadó, 2018). Esta situación, explica la concentración de los servicios de salud y la provisión de servicios de mediana y alta complejidad.

El Municipio de Turbo cuenta con una Empresa Social del Estado, conformada por una sede principal, 3 centros de salud y 11 puestos de salud ubicados a lo largo y ancho de su territorio (Minsalud, 2019), presta servicios básicos de mediana complejidad, además de los servicios de primer nivel. Dentro de los prestadores, se identifica el registro de 12

ambulancias para transporte de pacientes medicalizados. Sin embargo, esta prestación es exclusivamente para atender la concesión encargada de la construcción del proyecto vial de doble calzada que comunica a este municipio con el Municipio de Chigorodó; eje en el que se encuentran unidades móviles habilitadas. Los servicios habilitados en el Municipio de Necoclí corresponden todos al primer nivel de atención, la atención de mediana y alta complejidad es recibida según el tipo de aseguramiento en los municipios vecinos de Turbo y Apartadó.

Pese a existir una oferta en la prestación de servicios de salud con capacidad instalada suficiente, ello no garantiza una atención segura, continua y oportuna durante el embarazo, el parto y puerperio. Al respecto, una profesional en medicina señala:

Se presentan todos los casos, desde deficiencias en la identificación de los factores de riesgo de las gestantes y la calidad de la atención se ha limitado a que se tomen decisiones tardías o que haya deficiencia en los insumos para la atención de las gestantes o también ha pasado que el sistema, la gravedad del caso exceda la capacidades del sistema y lo que es la referencia y contrarreferencia no está muy bien organizada, es posible que en algunos casos con un nivel más avanzado de atención alguna de estas mujeres pudieran tener un desenlace distinto [EPOMAPU02].

Se observa entonces que los mismos profesionales de la salud miran con preocupación que a la demora por parte de la materna o sus redes de apoyo para tomar la decisión de acudir a los prestadores de servicios de salud, se sumen problemas en la prestación del servicio o incluso carencia de insumos básicos para atender una emergencia obstétrica, cuando esta ocurre. Adicionalmente, la situación en salud que presenta la materna puede exceder las capacidades de la IPS, en este caso particular de la ESE Municipal. Esta profesional destaca algunas deficiencias que puede tener el proceso de referencia y contra-referencia, y como el contar con servicios de atención materna más complejos. Superar estas deficiencias, podría permitir a la materna y su familia un desenlace distinto. De acuerdo con el artículo 17 del Decreto 4747 de 2007, es obligación de las Entidades Responsables de Pago (ERP) “disponer de una red de prestadores de prestadores de servicios de salud que garantice la disponibilidad y suficiencia de los servicios de todos los niveles de complejidad, así como la disponibilidad

de la red de transporte y comunicaciones...” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007, art. 17), además de la “consecución de una IPS receptora que garantice los recursos humanos, físicos y tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes”. En ese sentido, los profesionales de salud consideran la necesidad de brindar una atención en salud mucho más compleja y resolutiva.

A mi juicio, el segundo nivel y en gineco debe tener una mejor capacidad resolutiva y además debe tener un sistema de soporte, me refiero a la posibilidad de tener algo como una especie de una unidad intermedia o un cuidado especial para mantener esas pacientes que, por ejemplo, escapan a nuestro nivel de atención para mantenerlas relativamente estables mientras la ubicamos en el nivel final. Porque esa situación, esa descompensación y el traslado es un tema crítico a la hora del desenlace; me refiero a todos los casos, me refiero a muertes maternas, me refiero a mortalidad perinatal, me refiero a los niños [EPPMAPU06].

No se puede perder de vista la responsabilidad principal que tienen en este proceso de referencia y contra-referencia las ERP, y la obligación de asegurar una red de prestadores de servicios de salud disponible y suficiente, que garantice la continuidad en la atención y sobretodo la oportunidad en los servicios requeridos. Al respecto, en su testimonio uno de los participantes, deja en evidencia las demoras a las que se ven expuestas las maternas en la realización de algunas ayudas diagnósticas necesarias para decidir la continuidad o no del embarazo, y que, a la postre, pudo incidir de manera directa en el fallecimiento.

Eh, era como hasta los cuatro o cinco meses... a la primera ecografía que fuimos, que fue la que no cubrió la EPS; era para ver si la bebé estaba bien. Si venía pues con “malformidades” (sic), tocaba suspender el embarazo [EPFMAPU03].

Es especialmente cuestionable la negación de servicios a las personas, en casos como este, donde los procedimientos o actividades, se encuentran incluidos en el plan de beneficios de salud. Listado de actividades que fue actualizado mediante Resolución 5857 de 2018, y donde se reglamenta precisamente el mecanismo de protección colectiva de beneficios en salud, y las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deben ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces a todos los afiliados. Obligación que como se puede observar no fue atendida por la entidad responsable de pago y condicionó

a una materna a realizarse dicha ayuda diagnóstica con recursos propios, y esta demora pudo haber incidido de forma directa en el desenlace, el fallecimiento de la materna.

La red de servicios de salud de la subregión de Urabá está dividida en tres zonas: Norte, Centro y Atrato. La constituyen 10 Empresas Sociales del Estado, que cuentan con 14 centros de salud y 34 puestos de salud (SSSyPSA, 2014). Sin embargo, debido principalmente a la extensión territorial y al elevado número de habitantes que se encuentran dispersos en la zona rural, la infraestructura hospitalaria regularmente es insuficiente para garantizar cobertura a toda la población (SSSA, 2012), incluida la oferta necesaria de servicios de salud de mediana y alta complejidad para la atención a las maternas.

9.5.2. Accesibilidad geográfica de las maternas a los prestadores de servicios de salud

Dentro de los testimonios de los participantes relacionados con el tópico de prestación de servicios de salud, fueron reiteradas las observaciones frente a la accesibilidad geográfica a las sedes desde donde se ofrece la atención sanitaria; situación que, en muchos casos, dificulta el ingreso oportuno y la asistencia regular a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; en este caso, al de control prenatal. Al respecto, uno de los profesionales médicos participantes, responsable del análisis de los eventos de interés en salud pública del Municipio de Turbo, anota:

En general la adherencia es relativamente buena, sin embargo, las condiciones geográficas del municipio y hasta la parte económica, transportarse en el Municipio de Turbo es costoso, entonces algunas maternas tienen dificultades por ejemplo para acceder a ciertos exámenes en el transcurso del control prenatal porque solo se prestan en la sede principal y transportarse de una zona del municipio puede costar 20.000, 30.000, 40.000 pesos que representa mucho de los recursos de las familias, entonces esas maternas, no solo hablando de muertes maternas sino hablando por ejemplo de mortalidad perinatal uno las identifica que no se hizo el examen pero no tenían como venir, eso también se puede presentar y en el caso de las indígenas mucho más complejo porque les queda más lejos [EPPMAPU06].

Como se puede leer en el testimonio, la situación de accesibilidad geográfica se ve agravada por los costos que deben asumir las familias para transportarse desde los caseríos, veredas o corregimientos hasta la cabecera municipal donde se ofrece el Programa de Control Prenatal. Costos de bolsillo que condicionan la posibilidad de acceso de los usuarios para vincularse y permanecer dentro de los programas de protección específica y detección temprana. Este tipo de casos se presentan con mayor frecuencia en los Municipios de Turbo y Necoclí, que tienen mayor población rural y más población rural dispersa que el Municipio de Apartadó.

Existe un inventario claro en cuanto a la deuda histórica del Departamento de Antioquia en mantenimiento, reparación y pavimentación de su malla vial terciaria. De acuerdo con el Plan de Desarrollo 2016-2019 “Pensado en Grande”, el 65% de los más 11.630 km de la red vial terciaria del departamento se encuentra en condiciones de transitabilidad deficientes y en estado precario o malo (Gobernación de Antioquia, 2016). Esta situación es aún más marcada en la subregión de Urabá donde las vías de acceso a los centros poblados se encuentran mayoritariamente en mal estado (Municipio de Turbo, 2016).

De acuerdo con el anuario estadístico de Antioquia del Departamento Administrativo de Planeación, en su informe vías terciarias del Departamento de Antioquia 2017, los Municipios de Apartadó, Turbo y Necoclí tienen un total de 603.6 km de vías terciarias. En el 54,7% de la longitud de estas vías, la superficie de rodadura afirmado y está dispuesto en las vías ubicadas en la zona de mayor de comercio y transporte de banano, y en los territorios turísticos de la subregión. En el 43,6% de las vías terciarias la superficie de rodadura es tierra, y se encuentra dispuesta en las vías que comunican los centros poblados periféricos con los corregimientos y cabeceras municipales. Solo en el 1,7% la superficie de las vías terciarias es pavimento y se encuentra dispuesto en la zona ubicada entre la doble calzada Chigorodó-Turbo a la altura del corregimiento Riogrande, y la vía que comunica esta troncal con la actual zona portuaria de la subregión, en el Corregimiento de Nueva Colonia (Gobernación de Antioquia, 2017). El estado de las vías es una barrera más que deben surtir las maternas y sus redes de apoyo. Al respecto, un médico tradicional indígena, quien participo en su

comunidad en un parto que se complicó y debió ser trasladado a un centro de atención en la cabecera municipal, comentó:

La señora no alcanzó de llegar al hospital, si no que falleció por el camino, pero ya veníamos entrando al "tancón" en el municipio de Turbo y se falleció la señora. ¡Eso que me tocó ver!" [EPHTU04].

Es claro el testimonio sobre algunas barreras de acceso que tienen algunas comunidades en la subregión de Urabá, y en este caso puntual, la comunidad indígena "Guna Dule" ubicada en el corregimiento el Caimán, límite entre el Municipio de Turbo y Necoclí. Esto tiene efectos directos sobre las posibilidades de los habitantes de la subregión para acceder a los servicios de salud, además del efecto que ello tiene sobre la calidad de vida en general. En el primer testimonio, asimismo, se observa como de forma directa convergen las condiciones de pobreza en que viven las personas, la deficiente gestión por parte del Estado en su papel de garantizar condiciones de transitabilidad de la malla vial terciaria y la consecuente imposibilidad de acceder de forma oportuna y periódica a los servicios de salud; aspecto coyuntural en el proceso de distribución poblacional de las condiciones de salud, asociado a la categoría clase social, propuesta por la salud colectiva, que describe estos, como procesos malsanos, peligrosos, deteriorantes o vulnerabilizadores de la salud (Breilh, 2013).

9.6. Calidad en la atención en salud de los prestadores de la subregión de Urabá

El sistema de seguridad social en salud generó una competencia entre los prestadores de servicios de salud cuyo factor determinante es la calidad de la atención. Esta calidad, según la Ley 100 de 1993, se define como "el deber de atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada". Sin embargo, la materialización de esos atributos de calidad los percibe el usuario al momento de recibir la atención en salud propiamente. Por lo tanto, es deber de los prestadores de servicios de salud, el establecimiento de herramientas que propicien la evaluación de los servicios ofrecidos y el cumplimiento de las metas de salud, que le permitan referenciarse con respecto a otros proveedores de servicios de salud y

especialmente cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios. Igualmente, cumplir con los principios mediante los cuales fue concebido el sistema de salud de Colombia.

Al revisar los testimonios de los participantes, en especial de los familiares de maternas fallecidas, es evidente el alto grado de inconformidad que algunos expresan con los servicios de salud. Las quejas y reclamos tocan por igual a todos los actores del sistema, inician por las empresas promotoras de salud, responsables del aseguramiento y la red de prestadores de servicios de salud; continúan con los prestadores de servicios de salud y la forma en que es ofrecido el servicio y tocan hasta el mismo sistema de seguridad social en salud y su modelo económico de aseguramiento. En el relato de un adulto mayor, padre de una materna fallecida del Municipio de Turbo, se observa una serie de irregularidades, que dan cuenta de posibles errores en la atención en salud. El siguiente es el testimonio:

(...) se fueron las dos ese día pal hospital, y dice la hermana que ya contenta entro a hacerse la cirugía, el médico la preparó, (...) El anesthesiólogo la anestesió y dice ella que la hermana pues (...) entro muy contenta, feliz ya, una felicidad, aliviada, contenta mi hija. Y entonces, ya la muchacha entro a hacerse la cirugía, la anestesiaron, cuando ya hubo tiempo, el médico la entro a hacerle la cirugía, y dice... y dice la hija mía, la mayor, que estaba pendiente a ella, que al rato que ya entraron a hacerle la cirugía, sale una enfermera, de allá adentro, que como que estaba acompañando al médico a hacerle la cirugía, dice estas palabras: “¡ehh! esa muchacha estaba dando tanta lata que tuvimos que ponerle más anestesia”. Que tuvieron que ponerle más anestesia y a mí lo que me parece eso es como sospechoso. Es que el niño nació, pero ella más nunca despertó de la anestesia, se quedó ahí, ah! Y cuenta mi hija, que eso estaba el médico haciendo cirugía y pendiente al celular, ¿eso qué es? (...) [EPFMAPU01].

En el testimonio se expresa una percepción altamente negativa de los familiares de la materna con respecto a la atención que ésta recibió. Dicha insatisfacción, está relacionada con la pertinencia en las decisiones que se tomaron durante el procedimiento al cual fue sometida la mujer al momento del parto, así como con las irregularidades en la atención por parte del equipo de profesionales. Es posible que las instituciones prestadoras de servicios de salud no tengan establecidos canales adecuados de comunicación con los familiares o que los profesionales de la salud no establezcan una comunicación asertiva, que alimente las

sospechas o dudas de los familiares frente a las prácticas realizadas. Tal situación, puede aumentar la imagen negativa de la atención de las instituciones y de los profesionales que prestan sus servicios en éstas (Ramos, Romero, Karolinsky, Mercer e Insua., 2005).

Una profesional en medicina del Municipio de Turbo, quien ha participado en los últimos años en las unidades de análisis de muertes maternas dentro de las actividades vigilancia epidemiológica, como parte de sus funciones en la ESE Municipal, comenta que a pesar de evidenciarse en algunos casos demoras en decidir buscar atención (demora I) o llegar a los servicios de salud (demora II) ...

(...) Se presentan desde todos los casos, desde deficiencias en la identificación de los factores de riesgo de las gestantes y la calidad de la atención se ha limitado a que se tomen decisiones tardías o que haya deficiencia en los insumos para la atención de las gestantes o también ha pasado que el sistema (...) [EPPMAPU06].

Sin embargo, la entrevistada enfatizó que siempre está presente algún tipo de compromiso por parte de los prestadores en la atención en salud en los casos de muerte materna. Al respecto, dijo:

(...) En todos los análisis de las mortalidades maternas siempre hay algún grado de demora tipo 1, algunos sobre todos casos que son indígenas así; demoras grado 2 también, y también en el 100% de los casos lamentablemente hay demora tipo 4 (...) [EPPMAPU06].

Estudios sobre mortalidad materna cuyo análisis se basó en los determinantes sociales de la salud, indican que el riesgo de muerte materna aumenta tres veces cuando hay ausencia total de este o se presta de forma deficiente. Asimismo, se reporta que cerca de la mitad de las muertes maternas por problemas relacionados con el sistema de salud, estuvieron acompañadas de problemas de prestación debido a acciones u omisiones de los profesionales que prestan el servicio o deficiencias en la calidad de la atención (Rodríguez y Rodríguez, 2012).

9.6.1. Consideraciones de los participantes sobre el sistema general de seguridad social en salud

Desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, cuando el estado colombiano creó el Sistema General de Seguridad Social Integral, se inició un fuerte debate sobre la efectividad de los cambios y sostenibilidad financiera del mismo. Coyunturas iniciales como la universalización, el derecho a la salud, la igualación de los planes de beneficios y los costos asociados a la inclusión de nuevas tecnologías de la salud fueron gradual y parcialmente corregidos, sin que se haya logrado superar el problema de la financiación y la sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social en salud (Franco, 2012).

Es innegable el avance que hubo en el país sobre algunos aspectos como la cobertura y el acceso a los servicios de salud a partir del SGSSS; es de recordar que en el 1993 solo del 23% de la población tenía la posibilidad de recibir servicios de salud a través de un plan de beneficios proporcionados por el sistema nacional de salud, y a luego del establecimiento del SGSSS esta cobertura aumentó gradualmente hasta superar en la actualidad el 90% de todas las personas dentro del territorio nacional, y los beneficios fueron extendidos en especial a los segmentos más pobres de la población (Céspedes et al, 2000).

Sin embargo, existen muchas falencias en la provisión de los servicios de salud en especial aquellas relacionadas con el acceso a servicios en todos los niveles de atención y la oportunidad en que son provistos estos servicios. Algunos testimonios de los participantes de la presente investigación dan cuenta de lo difícil que puede resultar para una mujer en estado de embarazo, lograr autorización por parte de su entidad promotora de salud para recibir servicios de salud incluidos dentro del plan de beneficios actual. Al respecto, una persona entrevistada comenta:

La EPS no las cubrió, pero ya después de 15 días, sí. La “quimio” era hoy y esa “quimio” no la cubría. Dos medicamentos no los cubría SAVIA SALUD, nos tocó poner tutela y esperar 15 días; y a hasta ese día no le pusieron nada, solamente le ponían sueros, como para calmar una fiebre que tenía [EPFMAPU03].

Como se puede observar en el testimonio anterior, muchos procesos de atención quedan suspendidos, aún en el caso de una materna hospitalizada en un centro de atención especializado cuyo costo diario por el uso de la cama es exorbitante, debido a los trámites establecidos entre las EPS y las IPS, como parte de los acuerdos de voluntades que son suscritos, y cuyo enfoque es principalmente la protección por cada una de las partes, de los recursos financieros del SGSSS.

En algunos casos, por el desconocimiento que tienen los usuarios de sus derechos en salud y de las obligaciones de las empresas promotoras de salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, no reconocen las consecuencias derivadas de la falta de oportunidad en la prestación de los servicios y quedan inclusive agradecidos con los prestadores. Prefieren mejor pensar que el deceso de sus familiares ocurre como un proceso natural e inmodificable. Luego del deceso de una mujer en embarazo, un pariente cercano, participante de la investigación y quien acompañó a la materna durante todo el proceso, concluyó lo siguiente:

Son cosas de Dios, pero yo digo que todo el tratamiento se le hizo. Lo único que nos quejamos es de esas quimios que hubo que poner tutela, pero mientras que estuvo hospitalizada le corrieron mucho los médicos, y casi todo. Son cosas de Dios ya” [EPFMAPU02].

De esta manera, se asume que los servicios de atención en salud recibidos y definidos mediante el Sistema General de Seguridad Social en Salud obedecen más al papel benefactor y caritativo del Estado y no un derecho fundamental que debe ser garantizado y protegido por éste.

Existen posturas más firmes y decididas dentro de los participantes que conocen el sistema y luchan por la reivindicación de los derechos de sus comunidades. Una de estas posiciones la asumió un enfermero profesional, miembro de la comunidad indígena Guna Dule, quien desde la Organización Indígena de Antioquia lidera propuestas de traslado de

toda la comunidad indígena hacia una EPS indígena que considere dentro del modelo de atención en salud, el conocimiento y las prácticas ancestrales. Algunos de sus comentarios son los siguientes:

(...) ¡Cierto! Por ejemplo, los compañeros de la sierra nevada de Santa Marta, que son: Aruacos, los Koguis. Nosotros, tenemos una buena coordinación entre nosotros mismos porque nosotros estamos pensando a nivel nacional, el sistema indígena de salud propia e intercultural (...) [EPTNR07].

Una de las debilidades principales encontradas es la falta de interconexión entre los diversos modelos de atención materna que existen en la subregión; entre estos, los aplicados por la comunidad indígena y los provistos dentro del SGSSS. Es necesario que haya un acercamiento y se genere un dialogo intercultural permanente que permita la implementación de estrategias que incluya las atenciones del sistema de salud y acepte el vínculo natural que existe entre tipo de comunidades indígenas y sus modelos tradicionales de atención materna.

El SGSSS, a pesar de estar sustentado en principios como el de la participación (Avance Jurídico, 2019) no ha desarrollado verdaderos espacios de deliberación y consenso. Los modelos de atención en salud desarrollados por el gobierno nacional deben considerar el reconocimiento constitucional de diversidad étnica y cultural consagrada la constitución colombiana. Por lo tanto, deben permitir la relación entre los saberes de la medicina occidental y tradicional, que han compartido un espacio histórico de reproducción de cultura, respetando los grupos donde son de mayor interés. En ese orden de ideas, no debe imponerse un sistema de atención en salud a los pueblos indígenas, y, por el contrario, se deben disponer los recursos necesarios para la preservación de su riqueza cultural. En ese sentido, un miembro de la comunidad indígena, enfermero profesional, cuestiona:

(...) Nosotros no podemos estar dependiendo de ese sistema, que es un sistema hegemónico, imponente. A veces desconoce la parte cosmogónica de los pueblos indígenas;" (...) "Pero en enfrentar a un sistema cerrado, entonces aquí lo que nos interesa, son números; Ustedes cuantos niños en crecimiento y desarrollo tiene (...) "o sea, pero como está realmente. Si realmente hacemos un buen trabajo, digamos,

evaluación o control, si simplemente, yo tengo apenas 20 minuticos; o sea yo en 20 minuticos, que tiempo voy a tener... eso es como un juego (...) [ETNNR07].

El tipo de relación prevalente en el sistema de salud colombiano está sustentado en una relación de hegemonía cultural, donde la cultura, visión y proyecto de una clase dominante alcanza preeminencia sobre los grupos subordinados, en este caso, sobre la población indígena y afrodescendiente en la subregión de Urabá, que se obliga a la inclusión o fusión de estas culturas en el marco de la cultura hegemónica. Existe entonces, un tipo de relación de epiculturalidad. Se hace necesario, establecer cambios sustanciales en la regulación del SGSSS, que transformen este tipo de relación de dominio o hegemonía de los grupos dominantes, hacia una relación multicultural, entendida esta como aquella que:

Involucra programas, políticas y movimientos nacidos del reconocimiento de la diversidad y derechos culturales. Es la integración de varias culturas, por medio del análisis intercultural, y en medio de una visión cultural solidaria, para la construcción de un proyecto” de salud “de democratización y equidad (Breilh, 2003, p. 317).

10. DISCUSIÓN

Con base en los hallazgos fueron identificados procesos críticos en aspectos sociales, económicos, políticos y culturales. Estos procesos críticos fueron analizados desde los dominios singular, particular y general, valorando su intervención dentro del proceso de determinación social de la mortalidad materna en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo en la Subregión de Urabá.

La violencia desatada desde los años 80 en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, se comporta como un determinante estructural que tiene un elevado impacto sobre los procesos críticos del dominio particular y el dominio singular de la determinación social de la mortalidad materna. La violencia ha sido empleada por los grupos al margen de la ley como medio de dominación, siendo los homicidios una de las principales causas de mortalidad en hombres en estos municipios. Esta situación, conduce a que muchas mujeres sean cabeza de familia, con empleos poco estables y baja capacidad adquisitiva; lo cual, condiciona sus posibilidades y la de su grupo familiar de acceder a servicios públicos, educación, bienes de consumo y atención en salud. Esto, evidencia dificultades para la garantía de derechos humanos fundamentales como el derecho a trabajar en unas condiciones justas y favorables, el derecho a un nivel de vida adecuado y al disfrute al más alto nivel posible de salud física y mental, así como el derecho a la educación, entre otros cuyo goce no se ha garantizado en la subregión de Urabá.

Este escenario, se vio agravado en la subregión de Urabá por la política neoliberal implementada en Colombia desde los años 90, que se reproduce como modelo de acumulación de riquezas, materializada principalmente en la agroindustria bananera. Con ello, que han aumentado las desigualdades sociales entre la élite inversionista proveniente del interior del país y la clase obrera campesina local.

Dentro de esta política neoliberal, se creó el Sistema General de Seguridad Social Integral mediante la Ley 100 de 1993, que dio paso de un sistema de salud financiado por

subsidios a la oferta a uno financiado por subsidios a la demanda. Estos cambios estructurales dentro del sistema de salud, implicaron un mayor número de personas afiliadas al sistema, pero limitó las condiciones de acceso y los servicios cubiertos del plan de beneficios.

Este proceso de mercantilización de la salud establecido desde el dominio general, se traduce en la subregión de Urabá en limitaciones de acceso al servicio de salud, una alta rotación del personal médico e insuficiente capacidad instalada para la atención en salud. Esta situación se ve agravada en las zonas rurales, donde la poca oferta de prestadores de salud está a cargo la red pública hospitalaria y no garantiza las condiciones adecuadas de prestación de servicios de salud para atención médica general.

En cuanto a la salud materna, la atención es brindada solo en las sedes ubicadas en el área urbana, como es el caso de los municipios de Apartadó, Turbo y Necoclí; lo cual, obliga al traslado de las mujeres embarazadas. Esto, sumado al precario estado de las vías terciarias que no poseen obras de drenaje adecuado, hace que en época de invierno el traslado de una materna sea peligroso, además de las dificultades económicas para costear el pago del transporte. Sin desconocer que en la última década se han efectuado mejoras en la red vial de la subregión de Urabá, muchas vías aún permanecen en mal estado.

Este proceso crítico del orden económico está relacionado con las condiciones de vida de la población que habita en las zonas rurales. Las difíciles condiciones de las vías de acceso a la zona rural, los elevados costos del transporte interveredal y el bajo nivel de ingresos, generan en muchos casos, dificultades para que las mujeres en estado de embarazo puedan acudir con la frecuencia y oportunidad requeridas para recibir atención materna en los controles prenatales; lo cual, puede derivar en retrasos en la identificación de complicaciones maternas o partos no institucionales. Las dificultades para el traslado de las maternas con complicaciones o trabajo de parto hacia las instituciones prestadoras de servicios de salud han terminado en eventos fatales en la subregión de Urabá.

La malla vial terciara de la subregión es otro proceso crítico que determina las condiciones de vida en la subregión. En ocasiones, cuando las maternas cuentan con los recursos económicos para movilizarse hacia las IPS para recibir la atención en salud, deben realizar los desplazamientos en medios de transporte no habilitados para traslado de pacientes y mucho menos para una mujer en estado embarazo. En este sentido, se deben establecer políticas económicas que reparen el proceso histórico de abandono en infraestructura vial terciaria en la subregión de Urabá. La inversión en infraestructura pública resulta fundamental para la reducción de las inequidades y la pobreza extrema que generan problemáticas de salud pública como es el caso de la mortalidad materna en la subregión de Urabá; dicha inversión, posibilitaría el mejoramiento de los estándares de salubridad y bienestar de las comunidades.

Asimismo, fueron identificados como procesos críticos relacionados con la ruralidad: la violencia y el despojo de tierras en la subregión de Urabá. Este despojo fue promovido por grupos al margen de la ley. Ello, impactó en la estructura agraria, favoreciendo el posicionamiento de proyectos de tenencia y uso de la tierra de los grupos armados y de los grupos económicos que los apoyaron. Esta situación, actuó en detrimento del goce efectivo de los derechos de las comunidades de campesinos, trabajadores rurales, comunidades indígenas y de la población rural en general. En este contexto, “la vulnerabilidad de las mujeres frente al despojo de tierras se activa ante los actores armados y se entrelaza con la vida cotidiana y los regímenes de género imperantes” (PNUD, 2011).

Este despojo de tierras ha significado en la subregión, una perturbación de las relaciones socioeconómicas por medio de las cuales la población rural satisfacía sus necesidades básicas como la alimentación. En tal situación, el derecho a una maternidad segura, en condiciones dignas, se ve seriamente afectado. Asimismo, si se tiene en cuenta que la tierra es además un medio productivo de trabajo para la subsistencia, las mujeres campesinas que no reciben remuneración por su trabajo, quedan expuestas a una mayor situación de vulnerabilidad cuando se encuentran en estado de gestación. Aquí, la relación

entre acceso a la tierra, trabajo agrícola femenino y salud materna se ve claramente determinado por las dinámicas socioeconómicas de la subregión de Urabá.

En el caso de las comunidades indígenas el territorio es el espacio para construir su forma de vida que constituye su identidad y su ser. En el territorio se generan formas de cohesión social y cultural que, a su vez, configuran maneras de cuidar y mantener la salud, como es el caso de la salud materna.

Los procesos críticos que tienen efecto en la situación política y socioeconómica en la subregión de Urabá, generan dinámicas que profundizan las diferencias entre quienes ostentan el poder y las clases dominadas. Asimismo, dicha profundización de las diferencias puede apreciarse entre las personas que viven en las zonas urbanas y quienes habitan en las zonas rurales. Esto aumenta las inequidades en cuanto la provisión de servicios básicos como, por ejemplo: el acceso de una vivienda digna, acceso a programas de formación incluidos los niveles básicos y el mismo acceso a los servicios de salud en condiciones de oportunidad y seguridad.

Se requiere el establecimiento de programas de reivindicación de derechos fundamentales como el derecho a la salud y el derecho a la alimentación saludable, estos programas deben estar dirigidos entre otros, a la implementación del acuerdo de paz, que contempla la conformación de conceptos como las fincas campesinas junto a líneas de subsidio o crédito a estas poblaciones. Líneas que facilitan a la población rural el acceso tierras y representan una mejora sustancial en sus condiciones de salud y seguridad alimentaria. Programas que se encuentran ligados a los procesos de ordenamiento social de la propiedad y el uso eficiente del suelo, y que permitirían superar elementos determinantes en la subregión como son la violencia, la informalidad, y el despojo de las tierras. Y que facilite a los sujetos de reforma agraria el acceso y retención de la tierra, que les permita satisfacer sus necesidades básicas.

Para superar estos procesos críticos se requiere una reforma agraria que posibilite a la clase campesina el acceso a fuentes de financiación de proyectos rurales y formación técnica que permita superar las condiciones de pobreza actuales. De este modo suplir las necesidades básicas en el campo, y el acceso real y efectivo a los bienes de consumo y servicios, incluidos los servicios de salud y en especial de la salud materna.

En la subregión de Urabá hay un uso importante de agentes agroquímicos para el control de plagas y malezas en los cultivos de banano, como el glifosato, agente herbicida de amplio espectro. En la subregión de Urabá, esta lógica de dominio ha llegado a través de la inversión de compañías transnacionales que ingresan al país, productos químicos con uso restringido o prohibición total en otras latitudes. Una condición impuesta desde el dominio general y que posiblemente afecta las condiciones de vida de la población de la subregión, y afecta en el dominio de lo singular aspectos relacionados con el geno-fenotipo, lo cual quedó evidenciado al encontrar casos de muertes maternas con enfermedades asociadas como la leucemia.

Es preponderante que se adopten políticas restrictivas en cuanto al uso de este tipo de agroquímicos, tanto en la práctica relacionada con la agroindustria del banano como las demás prácticas agrícolas en la subregión de Urabá y todo el territorio nacional. De esta forma, se forjaron en la subregión de Urabá, procesos que afectan las condiciones de salud y bienestar al ser humano, por una relación socio-natural donde las prácticas derivadas de una actividad económica, modifican las condiciones del ambiente y ello deriva en una variación que determina la ocurrencia de enfermedades como el cáncer, que a la postre derivó en una muerte materna.

Desde el dominio general, en Colombia se ha impuesto una lógica sanitaria que, en ocasiones desconoce la cultura, la cosmovisión y los proyectos de vida de las comunidades indígenas reconocidas constitucionalmente. Esta relación de hegemonía cultural, donde predomina el aseguramiento, privilegia el afán de lucro de las EPS sobre el derecho a la salud de las personas. Esta lógica subsume en los dominios particular y singular, los procesos

culturales en lo referido a la atención en salud materna, como el desarrollado históricamente por los pueblos indígenas de la subregión. Dentro de este orden cultural se identifica así, una relación de epiculturalidad, que debe ser cambiada hacia una integración entre los sistemas de salud tradicional y el SGSSS. Cambios que deben ser propuestos desde la concepción misma del sistema de salud y que deben ser entendidos e implementados desde los entes territoriales, propiciando una relación multicultural que involucre los programas, políticas y movimientos sociales basados en el reconocimiento de la diversidad y los derechos culturales.

Este tipo de transformaciones en las políticas públicas de atención en salud materna, facilitaría un ambiente de confianza que permitiría mejorar el acceso de la población indígena a los servicios de salud y la complementariedad necesaria para garantizar y promover la preservación de la riqueza ancestral de estos pueblos. Se debe avanzar hacia la promoción de programas y políticas que reconozcan la diversidad y derechos culturales de los pueblos indígenas y las comunidades negras que tienen asiento en la subregión. La reglamentación del Sistema de Salud debe facilitar en los territorios, la articulación de las prácticas sanitarias, por medio de un análisis intercultural en medio de una visión cultural solidaria.

CONCLUSIONES

El análisis de los procesos de determinación social de la mortalidad materna en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, permitió evidenciar las expresiones que dan cuenta de la calidad de vida, las limitaciones de acceso geográfico de las familias con muertes maternas a los prestadores de servicios de salud y las dificultades de acceso al sistema de salud como los aspectos centrales de esta problemática de salud en la subregión de Urabá, objeto de estudio.

Fueron identificados procesos críticos en los órdenes políticos, económicos, sociales y culturales en los diferentes dominios que determinaron la ocurrencia de eventos de mortalidad materna en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, entre los años 2010 y 2017. La violencia como medio de dominación y empleada por grupos al margen de la ley, se comporta como uno de los procesos críticos más relevantes de orden estructural y que afecta directamente los modos de vida de las maternas y sus familias. Como proceso crítico reproduce condiciones desfavorables que limitan el acceso de la materna y su familia a servicios básicos, entre ellos, los servicios sanitarios. Esta situación, configura elementos desencadenantes para la ocurrencia de eventos de mortalidad materna que afectan la garantía del derecho a la salud y el bienestar, especialmente en poblaciones rurales.

Las condiciones de vida de las familias en las que han ocurrido muertes maternas en los municipios de Apartadó, Turbo y Necoclí, son identificadas como otro de los procesos críticos determinantes en la ocurrencia de este evento de salud colectiva. Como proceso social e histórico, las condiciones de vida para la materna y su familia en la subregión de Urabá están definidas por aspectos como la baja cobertura de servicios públicos, la poca oferta de empleo, el elevado costo del transporte interveredal y la deficiente infraestructura vial en especial en las zonas rurales. Estos aspectos limitan el acceso a los servicios de salud materna continuos e integrales, que permitan identificar oportunamente los riesgos asociados al embarazo y mejorar así las posibilidades de supervivencia del binomio madre-hijo.

Las condiciones socioeconómicas se comportan como otro proceso crítico y determinante de la mortalidad materna. La subregión de Urabá se ha hecho dependiente del monocultivo del banano y este ha crecido de la mano del modelo de acumulación capitalista; lo cual, ha aumentado las desigualdades sociales entre una élite inversionista dominante y la clase obrera campesina. Los excedentes generados del proceso de exportación no son reinvertidos en la subregión. Ello, genera un drenaje intensivo de sus recursos naturales y fuga de capital, contrario a las expectativas de crecimiento y mejoramiento general de las condiciones de vida en esta subregión antioqueña.

A las precarias condiciones económicas de la mayor parte de la población en la subregión de Urabá y a la falta de acceso a servicios públicos, se suma la exclusión prevalente en poblaciones afrocolombianas, indígenas y campesinos. Lo cual, ligado a la falta de titularidad y posibilidad de uso de la tierra, producto del despojo por parte de los grupos armados, pone en riesgo la soberanía alimentaria de estas poblaciones. Lo anterior, junto con el cambio de hábitos alimentarios tradicionales por la ingesta de productos ultraprocesados y bebidas azucaradas, aumenta los riesgos de morbimortalidad y de ocurrencia de mayores complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio.

La prestación de servicios de salud emergió como otro proceso crítico determinante en la ocurrencia de eventos de mortalidad materna en la subregión de Urabá. Aunque existe una red de prestadores de servicio de salud con capacidad instalada suficiente para garantizar los procesos de atención materna especializada, esta red de prestadores se encuentra concentrada en el Municipio de Apartadó. Ello, limita la posibilidad de acceso a una atención segura, continua y oportuna; en especial, a las maternas que residen en la zona rural dispersa.

La decisión de las maternas de acudir a los prestadores de salud presenta demoras debido a la falta de autonomía de las gestantes en una sociedad culturalmente machista y a la deficiente capacidad de las maternas de identificar signos de alarma. A esta situación, se suman problemas de capacidad resolutoria de algunos prestadores de servicios de salud, ante

situaciones de emergencia obstétrica que comprometen la supervivencia de la materna y el neonato.

La mortalidad materna en la subregión de Urabá está determinada por procesos críticos asociados a las precarias condiciones de vida, los bajos niveles socio económicos de la población, la discriminación sociocultural y las dificultades de acceso a la atención en salud. El sistema de atención en salud no tiene en cuenta los conocimientos y las prácticas culturales para el cuidado de la salud en las mujeres gestantes. En este sentido, se requiere un dialogo intercultural que permita armonizar el sistema de seguridad social en salud con el sistema de prácticas tradicionales de las comunidades en sus territorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruiz, L. F. y Sánchez, G. (2013). Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev. Fac. Nal. Salud Pública*, 31, 103-110.
- Álvarez Pérez, A., Fariñas, A., Rodríguez, A. y Bonet, M. (2007). Voluntad política y acción intersectorial. Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 45(3), 45-51.
- Alvarado, L. y García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación (En línea)*, 9(2), 187-202.
- Arenas M., G. (2007). El derecho colombiano a la seguridad social. *Reseñas*, 757.
- Arias, M. M. y Giraldo, C. (2011). El rigor científico en la investigación cualitativa. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(3), 500-514.
- Arteaga Vargas, E. (2016). Plan de desarrollo territorial 2016-2019 "Obras para la Paz". *Acuerdo Municipal*. Apartadó: El Municipio.
- Asamblea General Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Avance Jurídico. (31 de diciembre de 2019). *Secretaría Senado. Leyes desde 1992*. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

- Batista, R., Coutin, G. y Cañizares, P. (2001). Condiciones de vida y salud materno-infantil. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(2), 56-61.
- Bejarano, A. M. (1998). La violencia regional y sus protagonistas: El caso de Urabá. *Análisis Político*, (4), 43-54.
- Berg C., O. P. (1996). *Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*. Washington: Naciones Unidas.
- Breilh, J. (1994). Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda Determinantes y proyecciones. En O. P. Salud. y O. P. Salud (Ed.), *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Vol. 101. (pp. 63-101). Washington, DC, EUA: OPS.
- Breilh, J. (1999). La inequidad y la perspectiva de los sin poder. Construcción de lo social y del género. En M. Viveros y G. Garay, *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (pp. 130-141). Bogotá: Centro de Estudios Sociales CES.
- Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e intercultural. *Cadernos de Saude Pública*, 23(7), 317.
- Breilh, J. (2008). *Determinación social de la salud; "una perspectiva emancipadora de la investigación y la acción, basada en la determinación social de la salud"*. Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud. ALAMES, México D.F.
- Breilh, J. (2010). *Epidemiología: economía política y salud. bases estructurales de la determinación social de la salud*. (U. A. Nacional, Editor). Recuperado de http://www.repositorio.uasb.edu.ec/index_publicacion.php?cd=457

- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31, 13-27.
- Carmona, J. y Correa, A. (2014). Determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares de Urabá. Un análisis con la epidemiología crítica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 40-51.
- Carmona, J., Uscátegui, R. y Correa, A. (2010). Condiciones de vida en zonas palúdicas de Antioquia. *Investigación Educación Enfermería*, 28(2), 240-249.
- Castillo, E. y Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167.
- Celli, J. A. (27 de junio de 2019). *Glifosato sin barreras*. Buenos Aires: s.n.
- Céspedes, J., Jaramillo, I., Martínez, R., Olaya, S., Reynales, J., Uribe, C., Castaño, R., Garzón, E. Almeida, C., Travassos, C., Basto, F. y Angarita, J. (2000). Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 145-164.
- Colas Bravo, M. d. (1986). Corrientes Metodológicas en la investigación educativa. *Cuestiones Pedagógicas*, 3(17), 193-201.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social -Minsalud-. (2014). *Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema*. Bogotá: Ministerio de Salud - UNFPA, Equipo Técnico de Convenio de Cooperación 036 de 2012 MSPS-.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social -Minsalud-. (2016). *Análisis de situación en salud (ASIS) Colombia, 2016*. Bogotá: Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología y Demografía, Imprenta Nacional de Colombia.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social -Minsalud-. (2019). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS*. Recuperado de <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social -Minsalud-. (2007). *Decreto 4747 de 2007*. Recuperado de <https://www.dssa.gov.co/index.php/documentos-de-interes/mision-medica-antioquia/normatividad-1/1640-decreto-4747-de-2007-del-ministerio-de-salud-y-proteccion-social>

Concha S, S. C. (2015). *Determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional.

DANE. (2016a). *Mortalidad materna por subregión y municipio Antioquia 2005-2015*. Medellín: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

DANE. (2016b). *Mortalidad materna por subregión y municipio*. Bogotá: Dane.

DANE. (2017). *Estimaciones de población municipal total por sexo y edad 2005 – 2017 con base en el CNPV 2018*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/39>

Departamento de Antioquia. (2018). *Encuesta de calidad de vida 2017*. Medellín: El Departamento.

DSSA. (18 de 06 de 2017). *Gobernación de Antioquia*. Recuperado de <https://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad>

- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas*, 83-95. Recuperado de http://www.bioetica.edu.uy/actividades/cbcc6/requisitos_eticos_para_la_investigacion.pdf
- Flick, U. (2002). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Franco G., A. (2012). La última reforma del sistema general de seguridad social en Colombia. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 14(5), 865-877.
- Freire, W. y Burgos, K. (10 de mayo de 2017). *Factores que determinan la dieta de la adolescente embarazada, conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias*. Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6378/1/131032.pdf>
- Galeano M., M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Universidad Eafit.
- García, S. (20 de marzo de 2015). *El glifosato y el cáncer*. Recuperad de <https://toxicologia.org.ar/opiniones/carcinogenicidad-del-glifosato/>
- Gobernación de Antioquia. (2016). *Plan de desarrollo Antioquia piensa en grande*. Medellín: Departamento Administrativo de Planeación.
- Gobernación de Antioquia. (2017). *Anuario estadístico de Antioquia 2017*. Medellín: Gobernación de Antioquia.
- Gómez, J., Vélez, G., Castaño, L. y Hernández, D. (2008). *Cultura y salud en Urabá: retos para la reducción de la mortalidad materna*. Medellín; Universidad de Antioquia.

- González Monteagudo, J. (2001). El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa: Nuevas respuestas para viejos interrogantes. *Cuestiones Pedagógicas: Revista de Ciencias de la Educación*, (15), 227-246.
- González, M. y Arboleda, S. (2016). Colombia y los flujos mixtos de migrantes en el derecho internacional de los refugiados. *Revista Opinión Jurídica Universidad de Medellín*, 15(30), 93-108.
- Guhl, E. (1999). *Colonización del bosque húmedo tropical*. Bogotá: Corporación Araracuara.
- Haro, J. A. (diciembre de 2013). El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principio cardinales y modelos de aplicación. *Etnografía, Metodologías Cualitativas e Investigación en Salud: un Debate Abierto*, 21-42. (P. URV, Ed.). San Francisco, EEUU: Xarxa Vives, UNE.
- Hernández, M. (2008). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, organizado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)*.
- Inciarte, A. (2011). *Generación de teoría fundamentada*. Puerto Ordaz: Universidad del Zulia.
- INS. (2016). *Mortalidad materna, protocolo de vigilancia en salud pública*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Equipo Maternidad Segura.
- Jaramillo, S. (2015). La paz territorial. *Academia Libre*, (12), 53-60.
- Karam C., M. A., Bustamante M., P., Campuzano G., M. y Camarena P., A. (octubre de 2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de casos en el Estado de México. *Medicina Social*, 2(4), 205-211.

- Kogevinas, M. (2018). ¿Es cancerígeno el glifosato? *Investigación y Ciencia*, 46. Recuperado de <https://www.investigacionyciencia.es/files/30006.pdf>
- López A., O., Escudero, J. C. y Carmona, L. D. (9 de noviembre de 2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller latinoamericano de Determinantes sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- Maine, D., Akalin, M. Z., Ward, V. y Kamara, A. (1997). *Diseño y evaluación de programas de mortalidad materna*. Columbia: Universidad de Columbia, Centro para la Población y la Salud Familiar.
- Martínez, A., Reyes, I. y Reyes, N. (2 de diciembre de 2019). *Citotoxicidad del glifosato en células mononucleares de sangre periférica humana*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/843/84327414.pdf>
- Mayan, M. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos*. Iztapalapa, México: Qual Institutes Press.
- Mejía, M., Ortiz, R. C., Laureano, J., Ancantara, E., López, M. y Gil, E. (2013). Aspectos Sociales de la muerte materna: Análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente, Jalisco, México. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología*, 78(6), 419-424.
- Menéndez, E. L. (enero de 2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad*, 20(2), 5-50.
- Minayo, M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Morales, C., Borde, E., Eslava C., J. C. y Concha S., S. (28 de agosto de 2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista Salud Publica*, 15(6), 797-808.
- Morse, J. (2003). Emerger de los datos: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. *Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa*, 29-52.
- Moya-Plata, D., Guiza, I. y Mora, M. (2010). Ingreso temprano al control prenatal en la unidad materno infantil. *Cuidarte*, 1(1), 44-52.
- MSPAS. (2010). *Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas DRPAP.
- MSPS-UNFPA. (2013). *Determinantes sociales de la morbilidad y la mortalidad materna*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Municipio Apartadó. (2017). *Análisis de la situación de salud Apartadó 2017*. Apartadó: El Municipio.
- Municipio de Turbo. (15 de agosto de 2016). *Alcaldía de Turbo*. Recuperado de http://www.turbo-antioquia.gov.co/informacion_general.shtml#identificacion
- Observatorio Nacional de Salud. (2013). *Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia*. Bogotá: El Observatorio.
- OMS. (2008). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/

- OMS. (2010). *Declaración de Adelaida*. Ginebra: Organización Mundial de Salud. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf?ua=1
- OMS. (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM*. World Health Organization. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2015a). *Nota descriptiva No 248*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- OMS. (2015b). *La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030*. Todas las mujeres, todos los niños. Ginebra: OMS.
- OMS. (2015c). *OMS, productor*. Recuperado de [www.who.int: http://www.who.int/topics/maternal_health/es/](http://www.who.int/topics/maternal_health/es/)
- OMS. (2015d). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
- OMS. (2016). *Salud materna*. Recuperado de http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/
- OMS. (2019). *La atención integrada del embarazo y el parto*. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/es/
- ONU. (2015). *Objetivos de desarrollo del milenio, informe 2015*. Nueva York: Naciones Unidas.

ONU. (2016). *O. d. Unidas, productor*. Recuperado de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>

OPS. (2016). *Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU*. Recuperado de http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=839:once-paises-de-america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-segun-nuevo-informe-de-la-onu&Itemid=0

OPS/OMS. (2014). *Reducción de la mortalidad materna dentro del marco del programa conjunto de San Marcos (PC-SM)*. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, PC-SM.

Ospina Rojo, C. M. (2011). *Mortalidad, Capítulo 4*. Medellín: Secretaría Seccional de Salud.

Pacheco, J. L. (2017). *Plan de desarrollo municipal 2016-2019 "Por un buen gobierno"*. Necoclí: Alcaldía Municipal.

Paho. (2003). *Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas*. Washington: Paho.

Paho. (2014). *Determinantes e inequidades en salud*. (O. M. Américas, Productor, & OMS) Recuperado de http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es

Pécora, A., San Martín, M., Cantero, A., Furfaro, K., Jankovic, P. y Llompart, V. (2008). Control prenatal tardío ¿barreras en el sistema de salud? *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*, 27(3), 114-119.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-. (2011). *Colombia rural. Razones para la esperanza. Informe de Desarrollo Humano*. Recuperado de http://escuelapnud.org/biblioteca/documentos/abiertos/06_indh2011co.pdf,

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-. (2015). *Objetivos de desarrollo del milenio informe 2015*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Bogotá: Nuevas Ediciones.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-. (2016). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. (P. d. Desarrollo, Productor) Recuperado de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview.html>

Sierra Posada, M. L. (2007). *Boletín de Información para la Acción. BIA. Maternidad segura*. Medellín.

Ramos, S., Romero, M., Karolinsky, A., Mercer, R. y Insua. (2005). Las tres demoras que contribuyen a la mortalidad materna. *Evidencia: Actualización en Práctica Ambulatoria*, 143-145.

Restrepo, S., Mancilla, L., Parra, B., Manjarrés, L., Zapata, N., Restrepo, P. y Martínez, M. (2010). Evaluación del estado nutricional de mujeres gestantes que participaron de un programa de alimentación y nutrición. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(1), 18-30.

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.

Rodríguez Leal, D. V. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*, 13(3), 433-441.

- Rodríguez R., Y. L. y Rodríguez H., A. (2012). Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe. *Movimiento Científico*, 6(1), 132-143.
- Rodríguez, J. M. y Soto, E. C. (2008). Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 847-854.
- Rodríguez, M. y Rojas, M. (2015). *Análisis de la producción y comercialización del banano, su aceptación y evolución frente al Tratado de Libre Comercio con la Unión Europea*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Romero P, I., Sánchez M., G., Romero L., E. y Chávez C., M. (2010). Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(1), 42-50.
- Salazar E., B. C. (2015). Tendencia de la mortalidad por causas externas en mujeres gestantes o puérperas y su relación con factores socioeconómicos en Colombia, 1998–2010. *Revista Panamá Salud Pública*, 37(4/5), 225-231.
- Salgado L., A. C. (21 de septiembre de 2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
- Sandoval Vargas, Y. G. y Eslava Schmalbach, J. H. (2013). Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años 2000-2001, 2005-2006 y 2008-2009. *Revista de Salud Pública*, 15(4), 529-541.
- Secretaría Salud Apartadó. (2018). *Análisis de situación de salud con el modelo de determinantes sociales de salud*. Apartadó: La Alcaldía.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2017). *Mortalidad materna en la subregión de Urabá por municipios 2010-2016*. Recuperado de <https://www.dssa.gov.co/>

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2019). *Causas de mortalidad por municipio 2005vs2018*. Recuperado de www.dssa.gov.co

Simons, H. (2011). *El estudio de caso: teoría y práctica*. Madrid: Morata.

SSSA. (2012). *Cultura y salud en Urabá. Retos para la reducción de la mortalidad materna*. Medellín: Gobernación de Antioquia.

SSSA. (2016). *Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado de <https://www.dssa.gov.co/minisitio-dssa/index.php/diagnostico-de-la-situacion-salud/sexualidad-derechos-sexuales?start=1>

SSS y PSA. (2014). *Propuesta de conformación de las redes públicas de servicios de salud*. Medellín: DSSA.

Stake, R. (1990). *Investigación con estudio de casos*, 2a. ed. Madrid: Morata.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Taylor, S. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos*. Barcelona: Paidós.

Tierras, A. N. (2018). *Estructura agraria y corrupción burocrática*. Bogotá: Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.

Torres, L. E., Ángel, G., Calderón, G., Fabra, J., López, S., Franco, M., Bedoya, N. y Ramírez, D. (2012). Conocimientos y prácticas alimentarias en gestantes asistentes al programa de CPN en municipio de Antioquia. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 14(2), 185-198.

Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de Investigación Social*. Madrid: Síntesis.

Villar, J. (2003). *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de OMS*. Ginebra: OMS.

WHA. (2014). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. 62ª Asamblea Mundial de la Salud, Washington.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación

ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS MUNICIPIOS DE APARTADÓ, NECOCLÍ Y TURBO EN LA SUBREGIÓN DE URABÁ, ENTRE LOS AÑOS 2010-2017

Cordial saludo, soy Jairo Machuca Teherán, estudiante de la Maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, y estoy realizando una investigación con el fin de analizar y comprender el proceso de determinación social de la mortalidad materna en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo en la Subregión de Urabá, entre los años 2010 y 2017.

Para comprender la forma en que se configura este proceso de mortalidad materna, es muy importante escuchar las voces de los integrantes de las familias, de los funcionarios de las instituciones que aseguran y prestan servicios de salud en la región, y de las secretarías de salud como órganos rectores en el territorio. Para qué, desde lo que vivieron, conocen e interpretan, sea posible tener nuevos conocimientos que permitan aportar al abordaje de esta problemática histórica.

Por lo anterior y debido a que su familia, su IPS, EPS o municipio está registrada en las bases de datos sobre mortalidad materna entre los años 2010 y 2017, le propongo que haga parte de este estudio como PARTICIPANTE, que me permita conocer de cerca cómo vivió, que piensa, además de todo lo que en su experiencia considere importante compartir. Esta investigación está clasificada según resolución 8430/93 como de riesgo mínimo y si al participar en ella, surgen temas sensibles relacionados con la salud física y mental o de riesgo social, como investigador le orientaré en cómo resolverlos mediante remisión a la red de prestadores de servicios de salud del Municipio.

Si de forma libre y voluntaria decide participar, se le convocará a una entrevista. La entrevista y los encuentros serán grabados en audio para garantizar que la información recolectada sea lo que usted como participante dijo, además toda la información será confidencial y de uso únicamente para el presente estudio, en ningún caso se utilizará su nombre para presentar la información. Tenga en cuenta que no recibirá dinero por la participación, además, como no se cuenta con financiación para transporte los encuentros se realizarán en un lugar cerca de la residencia.

Las entrevistas se realizarán durante aproximadamente dos horas. Dentro de este lapso, el investigador hará observaciones del espacio familiar, las condiciones generales del entorno, las vías y formas de acceso al sitio donde se encuentra ubicada la vivienda, entre otros aspectos relacionados con el espacio físico. Ello, con el fin de recoger información sobre aspectos sociales, económicos y culturales, relacionados con el proceso de determinación social de la mortalidad materna. La información recolectada será custodiada y guardada por el investigador por un término de tres años posteriores a la entrega del informe final. Usted conocerá los resultados en reunión ampliada una vez finalice el presente estudio y antes de su publicación. Recuerde que como su participación es libre puede retirarse en el momento que lo considere sin ninguna dificultad o afectación moral o monetaria.

En caso de tener alguna duda sobre este trabajo o requerir más información, puede comunicarse con Jairo Machuca Teherán al teléfono 313 733 03 19 o al correo jairo.machuca@udea.edu.co

Usted quedará con una copia de este consentimiento. Su participación es muy valiosa, muchas gracias por permitirme acercarme a su historia.

Nombre del participante _____

CC _____ Firma _____

Nombre del Testigo _____

cc del testigo _____ firma _____

Testigo _____ cc _____

Nombre del Testigo _____

cc del testigo _____ firma _____

Testigo _____ cc _____

Investigador _____

Firmado en el municipio de _____, el Día _____ Mes _____ Año _____

ANEXO 2. CARTAS DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Carta de Solicitud de Información sobre Mortalidad Materna Municipio Apartadó

Apartadó, fecha

Doctora
Janeth Cristina Castaño Jiménez
Secretaría de Salud
Municipio de Apartadó

Asunto: Acceso a bases de datos sobre muertes maternas en el Municipio durante los años 2010 a 2017

Respetada Dra.

Comedidamente le solicito autorización para acceder a la información de vigilancia epidemiológica relacionada con las muertes de maternas de su municipio, entre los años 2010 y 2017. Esto debido a que actualmente curso maestría en Salud Colectiva en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y como trabajo de investigación me propongo comprender la configuración de la determinación social de la mortalidad materna en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo.

Con las bases de datos se realizará una caracterización inicial de las muertes maternas relacionadas con las causas del fallecimiento, el lugar de residencia, condiciones socioeconómicas, entre otros aspectos. En atención a la ley 1581 de 2012, requiero respetuosamente a la Secretaría de Salud autorice y asigne a uno de sus funcionarios, para que sirva de enlace con los familiares de las maternas fallecidas; para esto solicito se realice un contacto inicial con dichos familiares, se les cuente del objetivo del presente estudio y de su interés por participar. Aquellos casos en que sea afirmativa la respuesta, se me remita el listado para hacer el contacto correspondiente y continuar con los procedimientos propios de la investigación. De este modo, se hará un análisis desde las categorías definidas en la investigación y se complementará con la información obtenida con funcionarios de los prestadores de servicios de salud y de las empresas responsables del aseguramiento. De igual manera, se quiere conocer la visión que como funcionarios de la secretaría de salud se tiene del fenómeno, para lo cual también le invitamos a vincularse como participante de la investigación.

En el caso de los familiares de las maternas fallecidas, se pretende realizar una entrevista que indagará sobre procesos sociales, culturales, económicos y políticos, de interés para la

investigación. La información será custodiada por el investigador por un periodo de tres años, una vez terminada la investigación. El análisis de los resultados será socializado de manera previa con los participantes de la investigación y en especial con Ustedes como tomadores de decisiones en salud dentro del territorio, antes de ser publicados.

Los participantes no recibirán ningún tipo de compensación monetaria, ni acarreará la participación gastos para los participantes. Los participantes firmarán de forma libre y voluntaria un consentimiento informado, con el que se le garantiza la confidencialidad de la información. Por ello como secretaria de salud, podrán acceder al informe final, pero no a la información particular de cada uno de los participantes.

En caso de tener alguna duda puede comunicarse con Jairo Machuca Teherán al teléfono 313 733 03 19 o al correo electrónico jairo.machuca@udea.edu.co

En el caso de la Secretaría de Salud y sus funcionarios, estos realizan un aporte importante; es de anotar que las bases de datos suministradas son de su propiedad y así se reconoce; sin de expresarse el deseo por parte de la Secretaría de Salud del reconocimiento explícito en cuanto al suministro de esta información dentro de la investigación, así se realizará, pero ello no implica que tengan un porcentaje de autoría en la investigación, cuyos derechos son exclusivamente del investigador principal. La participación la secretaria se considera como personal de apoyo, sin propiedad intelectual, ya que sus funciones son puntuales frente al enlace con las familias y algunas entrevistas para tener la visión institucional, sin comprometerse tiempos institucionales en desarrollo de la investigación.

De acuerdo con la resolución 8430/93 la investigación está clasificada como de riesgo mínimo y de surgir temas sensibles relacionados con la salud física y mental o de riesgo social, el investigador orientará los participantes en cómo resolverlos mediante remisión a la institución correspondiente.

En el caso de las secretarías solo se utilizarán nombres para reconocimientos, a los funcionarios se les salvaguardará su información, lo mismo para el caso de las IPS y EPS. El investigador asegura no estar inmerso en conflicto de intereses, desde su ejercicio como profesional del área de la salud en la subregión de Urabá, ya que actualmente ninguna de sus actividades tiene una relación directa con el tema de investigación.

Agradeciendo de antemano toda la diligencia y colaboración

Atentamente,

Jairo Machuca Teherán
Estudiante de Maestría en Salud Colectiva
Universidad de Antioquia

Carta de Solicitud de Información sobre Mortalidad Materna Municipio de Turbo

Turbo, fecha

Dr.

Hernán Rovira Moreno
Secretario de Salud
Municipio de Turbo

Asunto: Acceso a bases de datos sobre muertes maternas en el Municipio durante los años 2010 a 2017

Respetado Dr.

Comendidamente le solicito autorización para acceder a la información de vigilancia epidemiológica relacionada con las muertes de maternas de su municipio, entre los años 2010 y 2017. Esto debido a que actualmente curso maestría en Salud Colectiva en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y como trabajo de investigación me propongo comprender la configuración de la determinación social de la mortalidad materna en los Municipio de Apartadó, Necoclí y Turbo.

Con las bases de datos se realizará una caracterización inicial de las muertes maternas relacionadas con las causas del fallecimiento, el lugar de residencia, condiciones socioeconómicas, entre otros aspectos. En atención a la ley 1581 de 2012, requiero respetuosamente a la Secretaría de Salud autorice y asigne a uno de sus funcionarios, para que sirva de enlace con los familiares de las maternas fallecidas; para esto solicito se realice un contacto inicial con dichos familiares, se les cuente del objetivo del presente estudio y de su interés por participar. Aquellos casos en que sea afirmativa la respuesta, se me remita el listado para hacer el contacto correspondiente y continuar con los procedimientos propios de la investigación. De este modo, se hará un análisis desde las categorías definidas en la investigación y se complementará con la información obtenida con funcionarios de los prestadores de servicios de salud y de las empresas responsables del aseguramiento. De igual manera, se quiere conocer la visión que como funcionarios de la secretaría de salud se tiene del fenómeno, para lo cual también le invitamos a vincularse como participante de la investigación.

En el caso de los familiares de las maternas fallecidas, se pretende realizar una entrevista que indagará sobre procesos sociales, culturales, económicos y políticos, de interés para la investigación. La información será custodiada por el investigador por un periodo de tres años, una vez terminada la investigación. El análisis de los resultados será socializado de manera

previa con los participantes de la investigación y en especial con Ustedes como tomadores de decisiones en salud dentro del territorio, antes de ser publicados.

Los participantes no recibirán ningún tipo de compensación monetaria, ni acarrearán los gastos para los participantes. Los participantes firmarán de forma libre y voluntaria un consentimiento informado, con el que se le garantiza la confidencialidad de la información. Por ello como secretaria de salud, podrán acceder al informe final, pero no a la información particular de cada uno de los participantes.

En caso de tener alguna duda puede comunicarse con Jairo Machuca Teherán al teléfono 313 733 03 19 o al correo electrónico jairo.machuca@udea.edu.co

En el caso de la Secretaría de Salud y sus funcionarios, estos realizan un aporte importante; es de anotar que las bases de datos suministradas son de su propiedad y así se reconoce; sin embargo, se expresa el deseo por parte de la Secretaría de Salud del reconocimiento explícito en cuanto al suministro de esta información dentro de la investigación, así se realizará, pero ello no implica que tengan un porcentaje de autoría en la investigación, cuyos derechos son exclusivamente del investigador principal. La participación de la secretaria se considera como personal de apoyo, sin propiedad intelectual, ya que sus funciones son puntuales frente al enlace con las familias y algunas entrevistas para tener la visión institucional, sin comprometerse tiempos institucionales en desarrollo de la investigación.

De acuerdo con la resolución 8430/93 la investigación está clasificada como de riesgo mínimo y de surgir temas sensibles relacionados con la salud física y mental o de riesgo social, el investigador orientará los participantes en cómo resolverlos mediante remisión a la institución correspondiente.

En el caso de las secretarías solo se utilizarán nombres para reconocimientos, a los funcionarios se les salvaguardará su información, lo mismo para el caso de las IPS y EPS. El investigador asegura no estar inmerso en conflicto de intereses, desde su ejercicio como profesional del área de la salud en la subregión de Urabá, ya que actualmente ninguna de sus actividades tiene una relación directa con el tema de investigación.

Agradeciendo de antemano toda la diligencia y colaboración

Atentamente,

Jairo Machuca Teherán
Estudiante de Maestría en Salud Colectiva
Universidad de Antioquia

Carta de Solicitud de Información sobre Mortalidad Materna Municipio de Necoclí

Necoclí, fecha

Dr.
Secretario de Salud
Municipio de Necoclí

Asunto: Acceso a bases de datos sobre muertes maternas en el Municipio durante los años 2010 a 2017

Respetado Dr.

Comendidamente le solicito autorización para acceder a la información de vigilancia epidemiológica relacionada con las muertes de maternas de su municipio, entre los años 2010 y 2017. Esto debido a que actualmente curso maestría en Salud Colectiva en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y como trabajo de investigación me propongo comprender la configuración de la determinación social de la mortalidad materna en los Municipio de Apartadó, Necoclí y Turbo.

Con las bases de datos se realizará una caracterización inicial de las muertes maternas relacionadas con las causas del fallecimiento, el lugar de residencia, condiciones socioeconómicas, entre otros aspectos. En atención a la ley 1581 de 2012, requiero respetuosamente a la Secretaría de Salud autorice y asigne a uno de sus funcionarios, para que sirva de enlace con los familiares de las maternas fallecidas; para esto solicito se realice un contacto inicial con dichos familiares, se les cuente del objetivo del presente estudio y de su interés por participar. Aquellos casos en que sea afirmativa la respuesta, se me remita el listado para hacer el contacto correspondiente y continuar con los procedimientos propios de la investigación. De este modo, se hará un análisis desde las categorías definidas en la investigación y se complementará con la información obtenida con funcionarios de los prestadores de servicios de salud y de las empresas responsables del aseguramiento. De igual manera, se quiere conocer la visión que como funcionarios de la secretaría de salud se tiene del fenómeno, para lo cual también le invitamos a vincularse como participante de la investigación.

En el caso de los familiares de las maternas fallecidas, se pretende realizar una entrevista que indagará sobre procesos sociales, culturales, económicos y políticos, de interés para la investigación. La información será custodiada por el investigador por un periodo de tres años, una vez terminada la investigación. El análisis de los resultados será socializado de manera previa con los participantes de la investigación y en especial con Ustedes como tomadores de decisiones en salud dentro del territorio, antes de ser publicados.

Los participantes no recibirán ningún tipo de compensación monetaria, ni acarreará la participación gastos para los participantes. Los participantes firmarán de forma libre y voluntaria un consentimiento informado, con el que se le garantiza la confidencialidad de la información. Por ello como secretaria de salud, podrán acceder al informe final, pero no a la información particular de cada uno de los participantes.

En caso de tener alguna duda puede comunicarse con Jairo Machuca Teherán al teléfono 313 733 03 19 o al correo electrónico jairo.machuca@udea.edu.co

En el caso de la Secretaría de Salud y sus funcionarios, estos realizan un aporte importante; es de anotar que las bases de datos suministradas son de su propiedad y así se reconoce; sin de expresarse el deseo por parte de la Secretaría de Salud del reconocimiento explícito en cuanto al suministro de esta información dentro de la investigación, así se realizará, pero ello no implica que tengan un porcentaje de autoría en la investigación, cuyos derechos son exclusivamente del investigador principal. La participación la secretaria se considera como personal de apoyo, sin propiedad intelectual, ya que sus funciones son puntuales frente al enlace con las familias y algunas entrevistas para tener la visión institucional, sin comprometerse tiempos institucionales en desarrollo de la investigación.

De acuerdo con la resolución 8430/93 la investigación está clasificada como de riesgo mínimo y de surgir temas sensibles relacionados con la salud física y mental o de riesgo social, el investigador orientará los participantes en cómo resolverlos mediante remisión a la institución correspondiente.

En el caso de las secretarías solo se utilizarán nombres para reconocimientos, a los funcionarios se les salvaguardará su información, lo mismo para el caso de las IPS y EPS. El investigador asegura no estar inmerso en conflicto de intereses, desde su ejercicio como profesional del área de la salud en la subregión de Urabá, ya que actualmente ninguna de sus actividades tiene una relación directa con el tema de investigación.

Agradeciendo de antemano toda la diligencia y colaboración

Atentamente,

Jairo Machuca Teherán
Estudiante de Maestría en Salud Colectiva
Universidad de Antioquia

**Carta de Autorización para la participación de funcionarios de IPS en la
Investigación “Análisis de la Determinación Social de la Mortalidad Materna en los
Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo en la Subregión de Urabá, entre los años
2010-2017”**

Apartadó, fecha

Señores
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
Apartadó

Asunto: participación de funcionarios en una investigación sobre mortalidad materna en la Subregión de Urabá.

Respetado(a) Dr.(a):

En desarrollo del programa de Maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, me encuentro adelantando una investigación sobre la determinación social de la mortalidad materna en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, entre los años 2010 y 2017. Teniendo en cuenta que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son parte activa de esta problemática, es muy importante conocer la opinión que el personal de salud puede ofrecer para su comprensión.

Es por ello por lo que comedidamente le solicito autorización para que funcionarios de la institución que Usted dirige, puedan participar en la realización de entrevistas con una duración no mayor a dos horas, en los horarios y las condiciones que Usted considere adecuadas. El análisis de los hallazgos será socializado con los participantes de la investigación y en especial con los equipos directivos como parte activa en los procesos de atención en salud dentro de la Subregión de Urabá, antes de ser publicados.

Los participantes no recibirán ningún tipo de compensación monetaria, ni se acarrearán gastos para los participantes. Los participantes firmarán de forma libre y voluntaria un consentimiento informado, con el que se le garantiza la confidencialidad de la información. Por ello la IPS, podrá acceder al informe final, pero no a la información que de manera anónima proporcione cada uno de los participantes.

En caso de tener alguna duda puede comunicarse con el investigador Jairo Machuca Teherán al teléfono 313 733 03 19 o al correo electrónico jairo.machuca@udea.edu.co.

Agradeciendo de antemano toda la diligencia y colaboración

Atentamente,

Jairo Machuca Teherán
Estudiante de Maestría en Salud Colectiva
Universidad de Antioquia

**Carta de Autorización para la participación de funcionarios de EPS en la
Investigación “Análisis de la Determinación Social de la Mortalidad Materna
en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo en la Subregión de Urabá,
entre los años 2010-2017”**

Apartadó, fecha

Señores
Entidad Promotora de Salud
Apartadó

Asunto: participación de funcionarios en una investigación sobre mortalidad materna en la Subregión de Urabá.

Respetado(a) Dr.(a):

En desarrollo del programa de Maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, me encuentro adelantando una investigación sobre la determinación social de la mortalidad materna en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo, entre los años 2010 y 2017. Teniendo en cuenta que las Entidades Promotoras de Salud, son parte activa de esta problemática, es muy importante conocer la opinión que el personal de salud puede ofrecer para su comprensión.

Es por ello por lo que comedidamente le solicito autorización para que funcionarios de la institución que Usted dirige, puedan participar en la realización de entrevistas con una duración no mayor a dos horas, en los horarios y las condiciones que Usted considere adecuadas. El análisis de los hallazgos será socializado con los participantes de la investigación y en especial con los equipos directivos como parte activa en los procesos de atención en salud dentro de la Subregión de Urabá, antes de ser publicados.

Los participantes no recibirán ningún tipo de compensación monetaria, ni se acarrearán gastos para los participantes. Los participantes firmarán de forma libre y voluntaria un consentimiento informado, con el que se le garantiza la confidencialidad de la información. Por ello la EPS, podrá acceder al informe final, pero no a la información que de manera anónima proporcione cada uno de los participantes.

En caso de tener alguna duda puede comunicarse con el investigador Jairo Machuca Teherán al teléfono 313 733 03 19 o al correo electrónico jairo.machuca@udea.edu.co.

Agradeciendo de antemano toda la diligencia y colaboración

Atentamente,

Jairo Machuca Teherán
Estudiante de Maestría en Salud Colectiva
Universidad de Antioquia

ANEXO 3. GUÍA DE LA ENTREVISTA A FAMILIARES EN CASOS DE MUERTES MATERNAS EN LA SUBREGIÓN DE URABÁ ENTRE 2010-2017

Datos de identificación	
Municipio de residencia: Ubicación U () R ()	
Edad:	
Sexo	
Parentesco con la materna	
Nº personas con las que convive:	
Nivel de escolaridad	

ANEXO 4. CUESTIONES A EXPLORAR

Referidas a antes de padecer la enfermedad o dolor crónico

Preguntas introductorias

1. ¿Cómo estaba conformada la familia de la señora... ?
2. ¿Cómo *fue* su relación con la señora... ?
3. ¿Quiénes eran las personas con las cuales compartía diariamente la señora... ? ¿Cómo era la relación de la señora... con estas personas? (grupo de apoyo/social/familiar más cercano a la materna)

Procesos críticos de la mortalidad materna

4. ¿Hasta qué año estudió la señora... y los miembros de su familia? (Compañero, padres, hijos, otros)
5. ¿Qué recuerda Usted o que fue lo que más le llamó la atención del embarazo de la señora... ?
6. ¿Cuáles eran los ingresos y por qué tipo de actividades económicas se generaban? (Economía familiar)
7. ¿A qué se dedicaba la señora... ? (Dependiente/Independiente)
8. ¿cómo se ha visto afectada su familia por la violencia en la región? (conflicto armado, desplazamiento, despojo de tierras, pandillismo, agregar otros)
9. ¿A qué EPS estaba afiliada la señora...? ¿Cómo fue la atención? (seguridad social)
10. Cuando la señora... necesitaba algún tipo de atención ¿Qué debían hacer para llevarla hasta el centro de atención más cercano? (tipo de documentos, autorizaciones, IPS, Atención de urgencias)
11. ¿Qué tipo de atenciones en salud fueron recibidas por parte de la materna? (mes del embarazo, número de controles, atenciones con parteras y otros)
12. ¿Qué tipo de complicaciones presentó la materna durante el embarazo? ¿recibió atención en salud por esa situación?
13. ¿Cómo cree usted que fue la atención en salud recibida por la materna durante el embarazo? (Recibió controles o consultas prenatales la señora...)
14. ¿La señora... recibió alguna atención adicional por el embarazo o recibió consultas particulares? ¿quién se la ofreció?
15. ¿Los controles prenatales fueron recibidos en un solo lugar? ¿fue necesario asistir a diferentes lugares para recibir la atención? ¿tuvieron que solicitar autorizaciones ante las EPS para que la materna pudiera ser atendida? ¿cuánto demoró ese trámite?
16. En su opinión ¿cómo fue el trato recibido por parte del personal que atendió a la señora... en la EPS y en el hospital (IPS)? (discriminación, maltrato, condición social, etnia, género, etc.)

**GUÍA DE LA ENTREVISTA FUNCIONARIOS/EX FUNCIONARIOS IPS/EPS
SOBRE MUERTES MATERNAS EN LA SUBREGIÓN DE URABÁ ENTRE 2010-
2017**

Datos de identificación	Respuestas
Municipio de residencia:	
Edad:	
IPS/EPS/Secretaría Salud	
Funcionario/Exfuncionario	

ANEXO 5. CUESTIONES A EXPLORAR

Referidas a antes de padecer la enfermedad o dolor crónico
<ul style="list-style-type: none">• ¿Existen políticas institucionales relacionadas con la salud materna?• ¿Tiene establecidas la organización procedimientos específicos para la atención de maternas? ¿Se llevan registros e indicadores de su comportamiento?• ¿Cuál es el tipo de contratación que maneja la institución para la atención materna? ¿Capitado/Evento?• ¿Se asegura la atención integral a las maternas? ¿Cuál es la red de prestadores con que cuenta en caso de ser una EPS.• ¿Cuáles son los servicios relacionados con la salud materna incluidos dentro del portafolio? ¿Los servicios no incluidos son prestados dentro de la localidad, subregión, ciudades principales (Medellín/Montería)? En caso de IPS.• ¿Cuál es el grado de complejidad ofrecido a las pacientes maternas en la región/Municipio?• ¿Cuáles son las principales necesidades en materia de atención materna que existen en la región? ¿De qué forma son cubiertas estas necesidades cuando son requeridas por esta población?• ¿La institución cuenta con programas enfocados en la salud materna? ¿Cuál es el grupo que lo orienta? ¿Cómo está diseñado el programa?• ¿Cuáles son los requisitos exigidos a las maternas para ofrecer la atención?