

CULTURA Y SALUD EN URABÁ

Retos para la reducción de la mortalidad materna



DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Antioquia para todos.
¡Manos a la obra!



CULTURA Y SALUD EN URABÁ

Retos para la reducción de la mortalidad materna

La presente investigación es una contribución de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia que permite profundizar en las causas que inciden en la morbilidad y mortalidad materna de la región de Urabá.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
2008-2011

Luís Alfredo Ramos Botero
Gobernador de Antioquia

Carlos Mario Rivera Escobar
Secretario Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Juan Humberto Parra Zuleta
Director Administrativo Dirección Atención a las Personas





CULTURA Y SALUD EN URABÁ: RETOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

© Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

ISBN 978-958-98506-5-7

Hechos todos los depósitos legales conforme a la ley

Portada: Comunidad indígena Tule

Este libro ha sido posible gracias a la financiación del Gobierno Departamental y de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Edición y corrección

Ma. Dolores Castro Mantilla

A. Virginia Camacho Hübner

Gladis Adriana Vélez Álvarez

Nacer, Salud Sexual y Reproductiva

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Facultad de Medicina

Universidad de Antioquia

Carrera 51 D nro. 62 - 29 Oficina 283 - Teléfono 2 19 60 87 Fax 2 19 60 79

nacer@medicina.udea.edu.co - www.nacer.udea.edu.co

Medellín - Colombia





Universidad de Antioquia

Joaquín G. Gómez Dávila

Director Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Gladis A. Vélez Álvarez

Coordinadora Técnico Científica Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Lyda V. Castaño Cardona

Administradora Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

David A. Hernández Carmona

Coordinador Línea de Investigación Salud, Cultura y Sociedad, Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Organización Panamericana / Organización Mundial de la Salud

Hernán Rodríguez González

Profesional Nacional Salud de la Mujer,
Materno-neonatal, Gestión Clínica y Calidad de la Atención

A. Virginia Camacho Hübner

Asesora, Salud Sexual y Reproductiva, Departamento de Salud Infantil y Adolescentes, Cluster Salud de la Familia y la Comunidad (FCH), Organización Mundial de la Salud,¹ Ginebra-Suiza.

¹La Dra. A. Virginia Camacho Hübner cumplía las funciones como asesora de la Iniciativa Regional de Reducción de La Mortalidad Materna, Centro Latinoamericano de Perinatología/Unidad de Salud de la Mujer y Reproductiva de la OPS/OMS.





Equipo de investigación

David A. Hernández Carmona	Investigador principal
Joaquín G. Gómez Dávila	Co - investigador
Andrés O. García Becerra	Investigador
Dora E. Londoño Cañola	Investigadora
Paula A. Hinestroza Blandón	Investigadora
Oscar Gallo Vélez	Auxiliar de investigación

Autores de la publicación

Capítulo 1: Abordaje metodológico	David A. Hernández Carmona
--	----------------------------

Capítulo 2: Políticas en salud materna	A. Virginia Camacho Hübner David A. Hernández Carmona Dora E. Londoño Cañola
---	--

Capítulo 3: Contexto histórico, condiciones económicas y de salud en la región de Urabá	David A. Hernández Carmona Oscar Gallo Vélez
--	---

Capítulo 4: Diversidad cultural en la región de Urabá	Andrés O. García Becerra David A. Hernández Carmona
--	--

Capítulo 5: Modelos de atención de salud materna en Urabá	Paula A. Hinestroza Blandón David A. Hernández Carmona A. Virginia Camacho Hübner Gladis A. Vélez Álvarez Joaquín G. Gómez Dávila
--	---

Capítulo 6: Conclusiones y recomendaciones	A. Virginia Camacho Hübner Joaquín G. Gómez Dávila
---	---





AGRADECIMIENTOS

NACER, Centro del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, agradece, en primera instancia, a la Dirección de Atención a las Personas de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia por su confianza en nuestra institución para realizar esta investigación y su apoyo financiero para la ejecución de la misma y la publicación de sus resultados.

En este mismo sentido, resalta el apoyo de la OPS/OMS que nos brindó asesoría técnica en este proceso y colaboró financieramente para la edición de la presente publicación.

Un agradecimiento a las organizaciones sociales, líderes comunitarios y comunidad en general de los municipios de Arboletes, San Juan de Urabá, Necoclí, San Pedro de Urabá, Turbo, Apartadó, Carepa, Chigorodó y Mutatá, por su valiosa participación en las diversas actividades desarrolladas durante la investigación. Una destacada participación tuvieron las/los parteras/os tradicionales de estos municipios, quienes desinteresadamente contaron sus experiencias y transmitieron sus conocimientos entorno a la atención del embarazo, parto y cuidado del recién nacido. De igual forma, un reconocimiento muy especial a los médicos/as, enfermeras/os profesionales, auxiliares de enfermería y demás miembros del personal de la salud por habernos permitido una interacción constante y fluida durante la investigación. Los Secretarios de Salud municipales y el personal a su cargo nos apoyaron con la logística necesaria para que las actividades se llevaran a cabo en el tiempo estipulado, a todos/as ellos/as, nuestra gratitud.

Un reconocimiento especial merece el equipo de investigadores/as quienes con su experiencia profesional y compromiso personal hicieron posible esta publicación. Ellos y ellas aportaron en las distintas etapas y sin duda fue en el trabajo de campo donde se colocó el mayor esfuerzo tanto para la obtención de la información como para una interacción con la población y así ampliar la comprensión de la situación de la mortalidad materna de la región de Urabá.

Muchas gracias al equipo de trabajo de NACER y a la Facultad de Medicina, por su compromiso y apoyo durante el tiempo que duró la investigación y el proceso editorial. Las discusiones y los diferentes puntos de vista sobre esta temática fueron enriqueciendo constantemente esta publicación que se presenta al público académico.

Para el equipo de investigación fue vital contar con la asesoría constante de la Dra. A. Virginia Camacho Hübner, quien revisó y comentó en múltiples oportunidades los capítulos y los resultados finales de la investigación. Sus aportes y cuestionamientos en cuanto a los elementos teóricos y metodológicos de la salud materna nos hicieron crecer como académicos y como personas.

Sinceramente,

Dr. Joaquín G. Gómez Dávila
Director, Nacer, Salud Sexual y Reproductiva
Facultad de Medicina Universidad de Antioquia





CONTENIDO

PRÓLOGO	15
INTRODUCCIÓN	23
1. ABORDAJE METODOLÓGICO	26
1.1 Ejes de análisis	27
Políticas públicas en salud	27
Historia	28
Diversidad cultura	29
Modelos de atención a la salud materna en Urabá	30
1.2 Técnicas de investigación	30
Trabajo de campo	31
Grupos focales	31
Entrevistas a informantes clave	32
Historias de vida	
2 POLITICAS EN SALUD MATERNA	33
2.1 Conceptos y antecedentes	33
2.1.1 Acerca de la salud pública	33
2.1.2 Algunos antecedentes de la salud materna	34
2.2 La Salud pública y la salud materna en Colombia	36
2.2.1 Antecedentes	36
2.2.2 Sistema de salud colombiano	38
2.3 Fundamentos de la provisión de los servicios de salud	39
2.4 La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	41
2.5 Situación de la salud materna y perinatal en Urabá	45
2.5.1 Situación epidemiológica	45
2.5.2 Acceso y uso de los servicios de salud materna, perinatal e infantil en Urabá	47
2.5.3 Gestión local para la promoción de la salud materna	50
2.6 La participación social y comunitaria en Urabá	52
3. CONTEXTO HISTÓRICO, CONDICIONES ECONÓMICAS Y DE SALUD EN LA REGIÓN DE URABÁ	55
3.1 Colonización y poblamiento	55
3.1.1 Procesos de poblamiento	56
3.2 Situación económica	59
3.3 Condiciones de salud	60



4. DIVERSIDAD CULTURAL EN LA REGIÓN DE URABÁ	65
4.1 Marco conceptual	65
4.1.1 Cultura	65
4.1.2 Multiculturalidad e identidad	66
4.1.3 Género	67
4.1.4 Familia	68
4.2 Ciclo reproductivo y familia	69
4.2.1 Familias	71
4.2.1.1 Familia y reproducción en las comunidades afro colombianas	74
4.2.1.2 Familia y reproducción en la comunidad indígena Tule	76
4.2.1.3 Familia y reproducción en las comunidades indígenas Emberá: Chamí y Katío	77
4.2.1.4 Familia y reproducción en la comunidad indígena Zenú	80
<hr/>	
5. MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD MATERNA EN URABÁ	83
5.1 Partería tradicional	84
5.1.1 Programa de parteras en Colombia	84
5.1.2 Factores que inciden en la continuidad de la partería	87
5.2 Representaciones sociales y culturales de la gestación, parto y puerperio	89
5.3 Interacción entre proveedores de salud, usuarios, familias y comunidades	92
5.3.1 Necesidades de los usuarios	92
5.3.2 Relaciones interpersonales y de comunicación no adecuadas	94
5.4 Pilares de la práctica de la partería tradicional: ¿Qué demuestra la evidencia?	95
5.4.1 Detección del embarazo	95
5.4.2 Seguimiento durante el embarazo	97
5.4.3 Trabajo de parto	100
5.4.4 Identificación de riesgos durante el trabajo de parto	101
5.4.5 La placenta	104
5.4.6 Cuidados durante el puerperio	106
<hr/>	
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	109
6.1 Conclusiones	109
6.2 Recomendaciones	113
<hr/>	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117



PRÓLOGO

La presente investigación es una contribución de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social del Departamento de Antioquia que permite profundizar en las causas que inciden en la morbilidad y mortalidad materna de la región de Urabá. Si bien el estudio se concentra en una región de Colombia, sus resultados no son ajenos a otros departamentos del país, e incluso a otros países de América Latina y el Caribe, en donde la mortalidad de las mujeres por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio se constituye en una de las principales problemáticas y desafíos de la salud pública.

Los esfuerzos por identificar las causas de la mortalidad materna y las estrategias para reducir la misma a nivel mundial llevan ya varias décadas. Los impactos de estos esfuerzos han sido positivos y sin duda han contribuido a mejorar la situación de salud de las mujeres y sus familias. No obstante, es importante reconocer que todavía hay un largo camino por recorrer y, por tanto, todo trabajo que conlleve el propósito de ampliar la comprensión de esta problemática resulta un aporte valioso para todas las instituciones y personas que tengan el compromiso de trabajar por reducir la morbilidad y mortalidad materna.

La necesidad de reducir la mortalidad materna y lograr condiciones de equidad e igualdad para las mujeres, objetivos establecidos en las Metas del Milenio, han estimulado de nuevo a los gobiernos nacionales, a sus instituciones y a la sociedad civil, a proseguir los esfuerzos para que en forma conjunta se identifiquen acciones más adecuadas y efectivas que garanticen el bienestar y la salud de las mujeres. En este sentido, la presente investigación es un ejemplo del trabajo colaborativo entre la Dirección Seccional de Salud y Protección Social del Departamento de Antioquia y el Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Antioquia, asimismo, de la colaboración brindada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en la revisión de la información y el análisis de los hallazgos de la investigación.

Sin duda los trabajos realizados de manera conjunta, permiten comprender la problemática de la mortalidad materna desde una perspectiva más integral, además de visibilizar distintas causas que determinan la vida de las mujeres y sus familias y que influyen en la mortalidad materna. Así, esta investigación reafirma, una vez más, que la salud no es un asunto exclusivamente biológico, sino más bien que en ella también inciden otras variables relacionadas con las condiciones de vida de las personas, el contexto cultural, la situación socioeconómica, los procesos históricos y las políticas e instituciones de salud pública.

De igual manera, la investigación aporta con la discusión de los elementos relacionados con la perspectiva de género pues el proceso de la toma de decisiones, que va desde el cuidado del embarazo hasta la elección del lugar para tener el parto y los cuidados en el posparto, tiene que ver con las condiciones en que se encuentran y viven las mujeres. Nuevamente en los hallazgos de este trabajo se evidencia la relación directa entre género y salud, ya que cuando existe mayor equidad e igualdad entre los géneros también aumentan las posibilidades de tomar decisiones autónomas y responsables para mejorar la salud de las mujeres y los hombres.

Otro aspecto importante de este trabajo es reconocer que las políticas de salud pública no pueden implementarse de forma homogénea, sobre todo en aquellos lugares en donde la diversidad cultural predomina. La pertenencia cultural influye para que las personas tengan diferentes maneras de entender sus procesos de salud-enfermedad y, por tanto, acudan a distintas alternativas para enfrentarlos.

A menudo la salud y la enfermedad están insertas en una estructura más amplia y compleja donde están presentes los aspectos afectivos y emocionales, la cosmovisión, además del orden social y económico. Cuando no se comprende este entramado cultural se corre el riesgo de aplicar políticas no adecuadas o insuficientes que pueden generar tensión, temor o rechazo en la población.

Si bien la investigación muestra la importancia de la diversidad cultural, también revela que no necesariamente las alternativas de los cuidados de la salud materna, entre ellas la partería tradicional, actúan de forma adecuada y segura en la atención del embarazo, parto y posparto. Las parteras cumplen un rol importante con relación a los aspectos afectivos, emocionales, simbólicos y sociales de las mujeres afrocolombianas e indígenas, sin embargo, no siempre sus técnicas y procedimientos llevan a buen término un embarazo y parto ni garantizan la seguridad de los mismos, dejando entrever un riesgo en el proceso de atención.

Es importante recalcar que en esta investigación no se pretende eliminar o desconocer el trabajo de las parteras, pues ellas son parte importante de la cultura de las mujeres y sus familias, sino más bien identificar estrategias interculturales que posibiliten el reconocimiento de las limitaciones y las potencialidades de los sistemas de salud, sean tradicionales o formales.

La investigación, no sólo identifica la importancia y las limitaciones de las alternativas tradicionales en la atención de la salud materna, también señala una serie de problemáticas que enfrenta el personal y las instituciones que forman parte del sistema de salud. Por un lado, el personal de salud no está sensibilizado y no toma en cuenta las dimensiones sociales y culturales que rodean la salud y la mortalidad materna, y, por otro lado, las instituciones no implementan de forma integral los compromisos asumidos para un parto seguro y humanizado. Se constata una serie de barreras que impiden el acceso a los servicios de salud, entre las que se pueden identificar: las grandes distancias que las personas deben recorrer para recibir atención médica, problemas con la calidad de los servicios de salud, las deficientes relaciones interpersonales percibidas por las comunidades, el desconocimiento de la población –particularmente de las mujeres– sobre sus derechos, y la exclusión social de las más pobres por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La investigación reafirma que la tarea de reducir la mortalidad materna no es sólo responsabilidad del Estado, en ello tienen que ver una serie de actores, incluida la sociedad civil. Efectivamente la participación social en la reducción de la mortalidad materna es fundamental, no obstante, se identificó que esta participación es muy débil y son pocos los esfuerzos o cuando se dan éstos son locales y esporádicos. Es necesario fomentar la participación social para generar mayor responsabilidad con las mujeres embarazadas. Esta participación tiene que ver además con la distribución de responsabilidades y valoración de la salud en la familia, la comunidad, los servicios de salud y el Estado, para asegurar y garantizar un parto y un nacimiento seguro en las mejores condiciones posibles.



De este modo, se observa que aspectos como la equidad de género, la diversidad cultural y social, las instituciones y políticas de salud y la participación social, entre otros, se constituyen en elementos vitales de las estrategias y acciones destinadas a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

Todos estos aspectos se encuentran detallados a lo largo de esta investigación que fue desarrollada durante el año 2006 en diversos municipios de la región de Urabá, caracterizados por tener una diversidad socio cultural importante, representada por familias indígenas (Tule, Zenú, Emberá), afro colombianas, campesinas y pobladores provenientes del interior del departamento de Antioquia y de otros departamentos del país.

Para lograr la investigación se aplicó un enfoque cualitativo y un abordaje multidisciplinario. El proceso metodológico combinó la obtención de información en campo con la revisión de fuentes documentales en archivos históricos del departamento de Antioquia. Durante el trabajo de campo se realizaron entrevistas a informantes claves, como personas de la comunidad o proveedores de salud, también se llevaron a cabo grupos focales con hombres y mujeres de la comunidad, y se recogieron algunas historias de vida de las parteras que perviven en esas comunidades. Esta información fue complementada con lo descrito en los diarios de campo de los investigadores.

En vista de la importancia de la diversidad cultural y de la realidad geopolítica de la región, la información se organizó en cuatro ejes de análisis: la situación de las políticas públicas en salud, el proceso histórico de la región, la diversidad cultural y los modelos de atención a la salud materna.

El análisis de la situación de las políticas públicas de salud materna permitió constatar la existencia de programas de salud materna e infantil y evidenciar la poca interacción entre éstos y las organizaciones sociales y comunitarias. Asimismo, mostró que los procesos de participación social aún son débiles y que en ocasiones, aunque las veedurías y los comités de usuarios están conformados institucionalmente, en la práctica son poco operativos perdiendo así su efectividad. De igual forma, se observó que los programas de salud y los equipos que los aplican no cuentan con el apoyo suficiente y necesario para llevar a cabo acciones sostenibles y continuas con la comunidad, que a su vez les permitan conocer las necesidades de la población.

El análisis histórico permitió ver que Urabá es una región fruto de un sinnúmero de procesos de migración por razones económicas y políticas, resaltando la violencia, lo cual ha configurado una estructura compleja y diversa. Esta complejidad se observa en el desarrollo desigual de algunos municipios, siendo las poblaciones rurales y de origen indígena y afrocolombiana las más afectadas en términos de pobreza, bajo acceso a salud y altos índices de mortalidad materna.

La situación de la diversidad cultural mostró que no todas las familias comprenden y practican los procesos de salud y enfermedad de la misma forma. Cada una con su cosmovisión y prácticas particulares resuelven los problemas de salud alternando entre las medicinas tradicional y formal. Factores como el parentesco, la organización familiar, las condiciones económicas y las relaciones de género influyen de manera importante en la toma de decisiones en salud.



Los modelos de atención a la salud materna son diversos, sin embargo, no hay una interconexión entre ellos. Las posibilidades de acercamiento son escasas, por lo que el diálogo intercultural no se promueve. Aunque existe un consenso general en la comunidad y los servicios de salud con respecto a la atención del parto institucional, no se puede olvidar que las parteras son un vínculo natural con la comunidad, y que las estrategias que se emprendan en esta región para mejorar la salud materna y neonatal deben contar con la participación de las mismas, sin que ello signifique que recaiga sobre ellas la responsabilidad directa del cuidado de las mujeres.

En algunos municipios de Urabá la baja satisfacción del parto institucional ha contribuido también a la pervivencia de la partería tradicional.

En ocasiones las madres y familias afirmaron que procedimientos como la episiotomía, el tacto vaginal y la cesárea les generaban temor y rechazo, siendo éstas causas importantes en su preferencia por el parto domiciliario. De igual forma, el choque de culturas entre el personal de la salud y la comunidad genera problemas de comunicación y empatía, por lo que las mujeres privilegian la atención brindada por las parteras.

La presente publicación organiza este análisis en seis capítulos: El primer capítulo está dedicado a describir la metodología implementada. En el segundo capítulo se detallan las políticas públicas de salud materna en Colombia, haciendo énfasis en la seguridad social y el programa de salud sexual y reproductiva. El tercer capítulo aborda el proceso histórico de la región, contextualizando la situación económica, social y cultural de los municipios donde se llevó a cabo la investigación. En el cuarto capítulo se habla sobre la diversidad cultural y su sistema de representaciones en torno a la salud. El quinto capítulo presenta los modelos de atención en salud que se desarrollan en la zona, poniendo especial énfasis en la partería tradicional con sus limitaciones y potencialidades. Y finalmente, en el sexto capítulo se exponen las conclusiones y recomendaciones de la investigación, que seguramente servirán de insumos importantes para los tomadores de decisiones locales, regionales y nacionales.

Queremos terminar diciendo que esta publicación es un aporte vital para cerrar la brecha y acortar el camino que todavía recorreremos quienes trabajamos en reducir la morbilidad y mortalidad materna, pues nos permite comprender la situación de la salud materna y orientar los esfuerzos para implementar programas adecuados a las necesidades de la población de acuerdo con su cultura.

Asimismo, asumimos y debemos ser conscientes que el cumplimiento de las Metas del Milenio depende no sólo de los compromisos formales asumidos por los gobiernos sino también de otros aspectos, como la puesta en práctica de estrategias y mecanismos que hagan posible la participación social activa, el empoderamiento de las mujeres, la participación de los hombres, la incorporación de un enfoque humanizado en los servicios de salud, la sensibilidad del personal hacia las necesidades de la población y, por sobre todo, el pleno ejercicio de los derechos de la salud por parte de las mujeres y las familias de Urabá.

A. Virginia Camacho Hübner

Joaquín G. Gómez Dávila

SIGLAS Y ABREVIATURAS

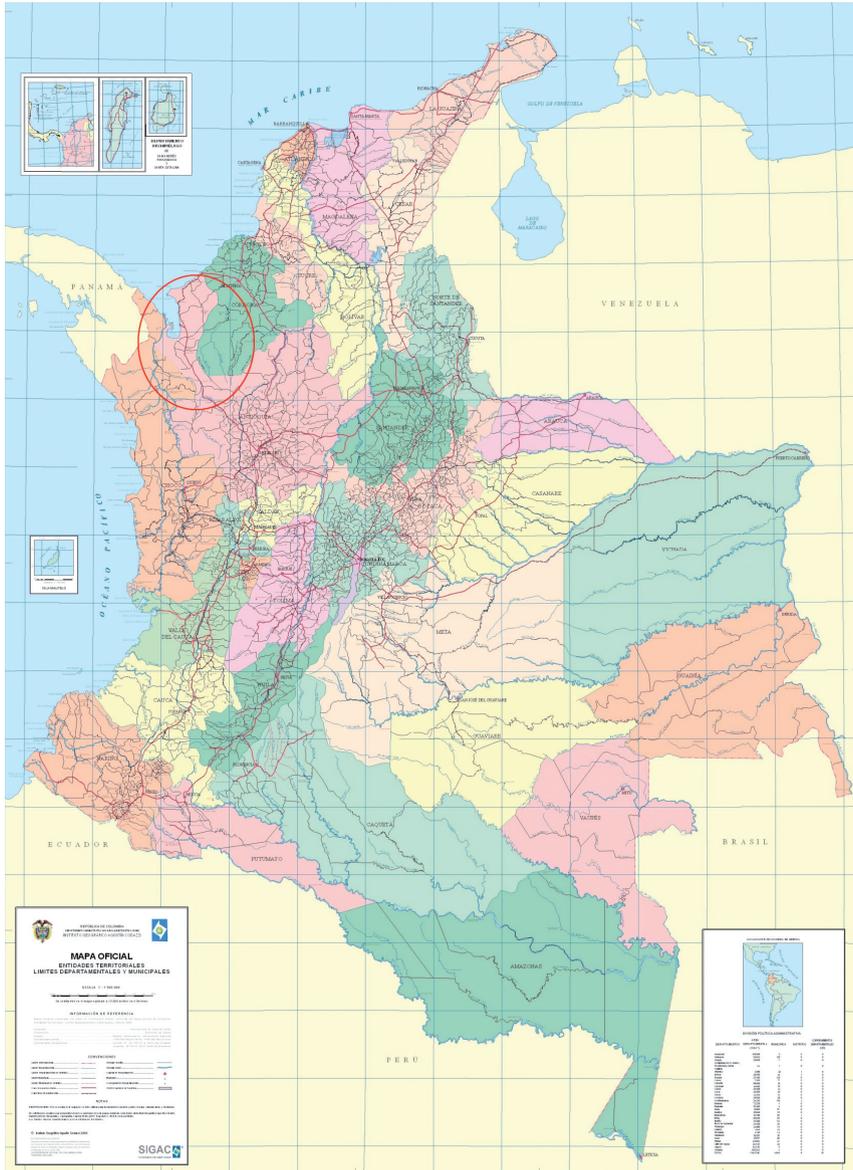
ARS	Administradora del Régimen Subsidiado
ASOPARUPA	Asociación de Parteras Unidas del Pacífico
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
COPACOS	Comités de Participación Comunitaria en Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DLS	Dirección Local de Salud
DSSPSA	Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.
EPS	Empresas Promotoras de Salud
EPSS	Empresas Promotoras de Salud Subsidiado
ESS	Empresa Solidaria de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IPS	Instituciones Prestadoras del Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
POS	Plan Obligatorio de Salud
PAB	Plan de Atención Básica
P y P	Promoción y Prevención
SISBEN	Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SHAE	Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo
TEP	Tromboembolismo pulmonar

VOCABULARIO LOCAL

Botánicos	Especialistas del pueblo Zenú. Los hay para curar mordeduras de serpientes y aquellos que tratan los parásitos, fiebres, fracturas, entre otras molestias.
Inatuledi	Médico tradicional del pueblo Tule
Ipkikuntikuala	Resguardo indígena del pueblo Tule
Jai	En la cosmovisión Emberá representa un espíritu con doble funcionalidad: causa enfermedad o cura y protege.
Jaibaná	Médico tradicional del pueblo Emberá
Maloca	Vivienda Tule
Mellos	Las parteras se refieren así al embarazo gemelar
Molas	Artesanías Tule
Nele	Hechicero, sacerdote y médico Tule
Pitamorrial	Infusión de la planta del mismo nombre que algunas parteras recomiendan a la madre para eliminar el líquido amniótico.
Primi	Las parteras se refieren así a las madres primerizas.
Sobar	Masajes en el vientre de la madre que hace la partera para colocar al bebé en posición.
Tramas	En Turbo las personas refieren a ello como maleficios que les hacen a las mujeres durante la gestación para generarles dificultad durante el trabajo de parto.



LOCALIZACIÓN DE LA REGIÓN DE URABÁ -ANTIOQUIA



Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Mapa oficial entidades territoriales límites departamentales y municipales. En: http://www.igac.gov.co:8080/igac_web/contenidos/home.jsp. (Consultado julio de 2008).



INTRODUCCIÓN

Los hombres piden la salud a los dioses en sus plegarias, pero no saben que son ellos mismos quienes tienen el poder de la salud. Demócrito ²

Desde el año 2004, Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, Centro de investigación, docencia y extensión en las áreas de las de salud sexual y reproductiva, niñez y nutrición, del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, viene realizando la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en el departamento de Antioquia. Esta vigilancia se realiza gracias a una serie de convenios interadministrativos entre la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (DSPPSA) y la Universidad de Antioquia. El proceso de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal ha posibilitado un acercamiento directo a la razón de mortalidad materna, a las causas básicas de las muertes e identificar los problemas susceptibles de intervención para emprender acciones concretas tendientes a mejorar la salud materna y neonatal en todo el Departamento.

Para los años 2004 y 2005 se identificaron como las principales causas de muertes maternas a: la hemorragia posparto, el síndrome hipertensivo asociado al embarazo (SHAE), los fenómenos tromboembólicos (TEP) y las infecciones. De igual forma, este proceso permitió evidenciar que algunas regiones del departamento de Antioquia presentan mayores razones de mortalidad que otras, debido a sus características sociales, económicas y culturales. Así por ejemplo, mientras que para el 2005 en las regiones de mayor desarrollo económico como Valle de Aburrá y Oriente las razones de mortalidad materna oscilaban entre los 51.8 y 54.2 por 100.000 nacidos vivos respectivamente; en las zonas de Urabá y Bajo Cauca estas razones fluctuaron entre 99.1 y 165.6. ³

Además de las complejas características socioculturales, para esos años se constató que algunas mujeres que fallecieron tuvieron su parto en el domicilio, atendido por partera tradicional o por algún familiar cercano, a pesar de que muchas de ellas habían realizado controles prenatales en el centro asistencial de su localidad. Esta situación no era del todo comprensible para el personal de salud, pues si el centro asistencial había logrado captar a estas mujeres durante la gestación, y realizarles los controles prenatales, no se explicaba por qué las mujeres preferían tener un parto domiciliario en lugar de recurrir a una institución de salud.

Esta situación, sumada a la baja demanda para la atención de un parto calificado por parte de las mujeres de comunidades indígenas, algunas afro colombianas, campesinas e inclusive de las propias cabeceras municipales, fue lo que motivó a la DSSPSA, con el apoyo de NACER, a realizar una investigación sociocultural para comprender las determinantes que inflúan en la mortalidad materna de la región.

Esta investigación se realizó en los municipios de Arboletes, San Juan de Urabá, Necoclí, San Pedro de Urabá, Turbo, Apartadó, Carepa, Chigorodó y Mutatá,⁴ durante el 2006. Se trató de una investigación cualitativa en la que se aplicaron grupos focales, entrevistas con informantes clave, historias de vida y revisión de archivos y fuentes documentales.

Los y las participantes fueron personas de la comunidad, de los equipos de salud, y el personal administrativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En términos generales, con este trabajo se evidenció que la baja satisfacción con la atención de los servicios de salud es una de las principales causas que explica la no asistencia a los partos institucionales.

De la misma manera, se encontró una percepción desfavorable del proceso de atención del parto por parte de las gestantes y sus familias y poca articulación entre las Instituciones Prestadoras del Servicios de Salud (IPS) y la comunidad.

Sobre este punto, es importante tener en cuenta que las instituciones de salud deben contar con la validación social y el reconocimiento necesario por parte de la comunidad, para mejorar el proceso de atención a la población materno infantil, así como para promover que los usuarios hagan un uso adecuado y oportuno de los servicios de salud.

² STADEN, Heinrich Von 1996. "¿Don de Dioses o responsabilidad de hombres?" En: *Historia de la medicina*, Barcelona: Mundo Científico N° 164. Pág. 43

³ Gobernación de Antioquia 2007e. *La Salud de las Madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso*. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Pp. 80, 116, 130, 138.

⁴ Los municipios de Murindó y Vigía del Fuerte, que también son parte de la región, fueron excluidos de esta investigación por problemas de acceso geográfico.

1. ABORDAJE METODOLÓGICO

Esta investigación surgió a partir de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en los años 2004 y 2005 en el departamento de Antioquia. En este proceso se observó que la mortalidad materna, así como la mayoría de los eventos de salud pública, no se podían explicar sólo desde el punto de vista biológico, y era necesario un enfoque integral indagando otras determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal.

Así, se planteó una investigación cualitativa con un enfoque participativo. Se aplicó una metodología flexible de modo que las diferentes actividades y abordajes pudieran estructurarse dependiendo del momento dentro de la investigación. La metodología fue diseñada con base en la revisión de literatura sobre Antropología de la salud, Antropología médica, partería, familia, género, procesos históricos regionales e institucionales, políticas en salud e información institucional de NACER en asociación con la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (DSSPSA).

Las técnicas cualitativas empleadas fueron: grupos focales con comunidades indígenas, afrocolombianos, campesinos y personal de la salud; entrevistas a informantes clave de la comunidad así como del personal de salud. Se recogieron: historias de vida de parteras, diálogos con la comunidad y registros en diarios de campo. Asimismo, se hizo una revisión exhaustiva en los Archivos Históricos de Antioquia y de los municipios con el propósito de rastrear los diferentes procesos históricos de los municipios del Urabá antioqueño y de la región en general, enfatizando principalmente en las condiciones materiales y de salud de los habitantes de esta zona del departamento.

Después de recolectada la información, se prosiguió con la sistematización y codificación de la información utilizando un software de organización de datos cualitativos denominado "ATLAS ti". En este software la información se organizó en cuatro unidades de análisis: políticas públicas en salud, procesos históricos, diversidad cultural y modelos de atención a la salud materna en Urabá. Asimismo, cada unidad de análisis tenía diversos niveles de profundización.

Es de anotar que durante la puesta en marcha de las herramientas metodológicas, en la segunda fase del trabajo de campo, fue necesario, en algunos casos, reorientar el proceso, pues éste no satisfacía del todo los objetivos de la investigación. Básicamente se realizaron modificaciones a los formatos de grupos focales y de las entrevistas.

En los grupos focales se realizó una actividad que permitiera generar una discusión en torno a las problemáticas que la investigación planteaba. Para ello se utilizaron una serie de palabras relacionadas con el tema del estudio,⁵ alrededor de las cuales los participantes debían discutir en grupo para posteriormente socializar el trabajo. Esta modalidad de trabajo generó mayor participación y facilitó la recolección de información. En el caso de las entrevistas se utilizó un formato semi estructurado, permitiendo mayor fluidez en la comunicación.

En un comienzo, algunas dificultades como la escasa relación de los hospitales y alcaldías con las parteras, el desconocimiento institucional de la partería y las prohibiciones oficiales a dicha práctica, influyeron en la convocatoria y en los discursos de las parteras. Sin embargo, en el transcurso de la investigación se logró realizar todas las actividades programadas, lo que permitió obtener datos relevantes acerca de las condiciones sociales y de la atención a la salud reproductiva en Urabá. El material recolectado permitió identificar y analizar características regionales y locales de la atención que reciben las gestantes, y proponer acciones que beneficien la salud reproductiva de esta población, teniendo en cuenta la diversidad cultural de la región de Urabá.

El equipo de investigación estuvo conformado por dos historiadores, dos antropólogos, una politóloga y el equipo de salud de NACER: ginecólogos obstetras, epidemiólogos y enfermeras. Tanto las discusiones académicas como el proceso de investigación fueron consensuadas con el equipo de NACER.

1.1 Ejes de análisis

Esta investigación se abordó de manera interdisciplinaria con enfoques provenientes de la historia, la antropología, la ciencia política, la salud pública y la medicina, lo que permitió una mirada integral de la salud materna e identificar las determinantes sociales y culturales de mortalidad materna en la región de Urabá. De este modo se logró estructurar el análisis de la información en cuatro ejes temáticos:

- Políticas públicas en salud
- Historia
- Diversidad Cultural
- Modelos de atención a la salud materna en Urabá

⁵ Las palabras fueron: salud–enfermedad; mujer–planificación–hombre; médico–partera; hogar–hospital; economía–salud; familia–comunidad.



Políticas públicas en salud

En este capítulo se dio énfasis a la importancia de la promoción de la salud materna para contribuir al mejoramiento de la salud de la población en los municipios de estudio de la región de Urabá. También se analizaron los diferentes programas y actividades que los municipios llevaron a cabo para favorecer la salud materna. Asimismo, se indagó acerca de la participación social de las comunidades en temas de salud.⁶

En el trabajo de campo se pudo constatar que la participación social es débil, y, aunque las veedurías y los comités de usuarios están conformados institucionalmente, en la práctica son poco operativos. En algunas ocasiones los comités de usuarios y veedurías son dirigidos por el mismo personal de la salud. Sin embargo, cabe resaltar excepciones en lugares donde líderes y lideresas trabajan día a día en el fortalecimiento social y comunitario y poseen vínculos con las instituciones. Asimismo, los centros asistenciales tienen programas donde la promoción y prevención no son tan relevantes, realizan pocas actividades comunitarias y no tienen suficiente apoyo de las administraciones municipales.

Historia

En este capítulo se realizó un balance histórico de la configuración social del territorio de Urabá desde su creación como región de Antioquia en 1905. Aquí se describieron y analizaron los procesos de colonización, poblamiento y desarrollo, los cuales han ido variando a través del tiempo por la diversidad de personas que migran a la región.

Durante el siglo XX la región de Urabá sufrió el impacto de la migración de personas provenientes de diversos lugares del país motivados por la apertura de nuevas vías de comunicación, la concesión de tierras para la agricultura por parte del Estado, nuevas fuentes de empleo generados por la agroindustria bananera y la ubicación geoestratégica de Urabá con respecto a otros lugares del departamento y del país.

A mediados de siglo la violencia fue otro factor importante de movilidad con los desplazados que llegaban a Urabá, y que años más tarde, por la misma violencia, tenían que retornar a sus tierras o trasladarse a otras regiones.

⁶ En reiteradas oportunidades se ha planteado desde la salud pública que las instituciones de salud deben contar con el apoyo y la participación de las comunidades con el propósito de conocer mejor sus necesidades en salud y mejorar la satisfacción de los servicios de salud, en especial la atención del parto.



En el análisis de las condiciones económicas de la población se evidenció que en el 2006 el 92.7% de la población vivía en condiciones de pobreza y miseria ⁷ y carecían de los servicios básicos (acueducto y alcantarillado). Las personas provenientes del interior de los departamentos de Antioquia y el viejo Caldas son los que sustentan, en buena medida, los recursos económicos pues son ellos los propietarios de la ganadería (extensiva), de la agroindustria (banano y palma de cera), del comercio y las empresas de servicios.

La población afro colombiana, indígena y campesina es la que sustenta mayores grados de pobreza y exclusión. Estos grupos poblacionales, por lo general, tienen remuneraciones inadecuadas y trabajan como jornaleros, obreros, agricultores de pequeñas parcelas o mineros. Cabe destacar que en algunas comunidades indígenas, por ejemplo en los Emberá, la situación económica obliga a las gestantes a seguir trabajando durante el embarazo sin considerar el riesgo porque de ello depende la subsistencia del grupo familiar, así pueden: cargar agua o leña, realizar las labores del hogar y el cuidado de los hijos.

Diversidad cultural

Este capítulo tuvo como objetivo principal caracterizar el entorno sociocultural de Urabá e identificar los principales grupos poblacionales asentados allí. En esta caracterización se pudo constatar que en la región habitan comunidades afro colombianas, indígenas –Tule, Zenú, Emberá (Chamí y Katiós), campesinos provenientes de las sabanas del sur de los departamentos de Córdoba y Bolívar y del departamento del Chocó, y pobladores del interior de los departamentos de Antioquia y el viejo Caldas. Esta pluriculturalidad y multiétnicidad hacen que esta región sea más compleja para su análisis y requiera de mayores compromisos por parte de las administraciones municipales y departamentales a la hora de proponer intervenciones que contribuyan a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, en especial en lo concerniente a la salud materna y neonatal.

En este sentido, las intervenciones en esta región no pueden ser homogéneas, por el contrario, deberían propender por ser particulares, dependiendo del grupo humano que se quiera impactar. No es lo mismo plantear acciones para una comunidad indígena alejada de los centros urbanos, con creencias y patrones de comportamiento diferentes, que proponer acciones para una población urbana que ha tenido contacto permanente con las instituciones de salud.

Otros factores que se tomaron en cuenta en este análisis fueron el papel de las familias y las relaciones de género que se establecen en los distintos grupos. Con relación a género se tomó en cuenta la masculinidad y, específicamente, la paternidad, dado que es uno de los factores más olvidados en las intervenciones que se realizan en salud reproductiva.

⁷ Departamento Administrativo de Planeación – Dirección Sistemas de Indicadores e Información nuevo SISBEN. Población en miseria y pobre según niveles 1 (miseria) y 2 (pobre) del SISBEN ajustados por subregistro. En: http://209.85.165.104/search?q=cache:Yms8hzjoaG4J:alianzaporlaequidad.codigo-marketing.com/website/POBREZA%252000_06.XLS+poblacion+pobre+en+antioquia&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=co. (Consultado julio de 2008).



Por lo general, las propuestas y actividades en esta área de la salud tienden a fortalecer el papel de las mujeres y no se toma en cuenta que los hombres son parte fundamental de ese imbricado mundo de subjetividades de género, por lo que las propuestas que se realicen entorno al fortalecimiento de las relaciones familiares y de género pueden fracasar si no se toma en cuenta el rol de los hombres en estos procesos.

Modelos de atención a la salud materna en Urabá

El objetivo principal en este capítulo fue indagar acerca de los diferentes modelos de atención a la gestación y parto en Urabá, iniciando por la partería tradicional para terminar con un análisis de la atención del parto institucional desde la percepción de la comunidad. En este sentido, se realizaron actividades tanto con la comunidad como con el sector salud, tendientes a establecer los principales determinantes sociales de la salud materna y la partería en Urabá.

Según el análisis realizado, los principales determinantes de la partería tradicional son:

- El reciente proceso de colonización de Urabá y la insuficiente presencia del Estado que tienen como consecuencias un bajo desarrollo social y de infraestructura (pobreza y miseria en el 97.2% de la población e insuficiente red vial, entre otros).
- Las representaciones sociales entorno a la gestación y parto que favorecen el parto domiciliario y ponen en un segundo lugar la asistencia al parto institucional.
- La baja satisfacción con el parto institucional. Por lo general, las mujeres y familias que prefieren el parto domiciliario sólo asisten a una institución de salud cuando se presenta alguna complicación con su parto.

Durante la década de los 80 y principios de los 90, el sistema de salud colombiano creó un fuerte vínculo con las parteras tradicionales. Las parteras fueron capacitadas por personal de la salud en temas de atención del parto, medidas de asepsia y conocimientos básicos de enfermería. Con esto se pretendía asegurar un parto limpio y en mejores condiciones para un gran número de mujeres que no tenían acceso a las instituciones de salud.

Durante este tiempo las parteras realizaron un trabajo articulado con el sector salud, al punto que eran las encargadas de promover el ingreso de las gestantes al Programa de Control Prenatal y la incorporación de los menores al Programa de Crecimiento y Desarrollo. En numerosas ocasiones las parteras tradicionales exigían a las madres que realizaran los controles prenatales si querían que ellas atendieran el parto. De esta manera, las parteras verificaban que el embarazo se desarrollaba de una manera normal y que el riesgo al momento del parto fuera bajo. Esta situación podría ser una de las razones que explica por qué todavía algunas mujeres continúan realizando sus controles prenatales en las instituciones de salud, pero al momento del parto prefieren la asistencia de una partera tradicional.



Si bien este acercamiento con las parteras tradicionales incentivó el diálogo y la comunicación entre los servicios de salud y la comunidad, hacia mediados de los 90s el sistema de salud colombiano no dio continuidad a este programa por considerar que las prácticas de las parteras no eran adecuadas y que en la realidad la capacitación de las mismas no disminuyó las tasas de mortalidad materna y perinatal de la región.

Aunque existe un consenso general en la comunidad y los servicios de salud con respecto a la atención del parto institucional, lo que no se puede olvidar es que las parteras son un vínculo natural con la comunidad, y que las estrategias que se emprendan en esta región para mejorar la salud materna y neonatal podrían contar con la participación de las parteras tradicionales, no para que continúen ejerciendo su labor de asistencia, sino para que sirvan de puente entre las instituciones de salud y las comunidades.

La baja satisfacción del parto institucional en algunos municipios de la región ha contribuido también a la pervivencia de la partería tradicional. En ocasiones las madres y familias afirmaron que procedimientos como la episiotomía, el tacto vaginal y la cesárea les generaban temor y rechazo, por tal motivo preferían el parto domiciliario. De igual forma, el choque de culturas entre el personal de la salud y la comunidad genera problemas de comunicación y empatía.

1.2 Técnicas de investigación

Trabajo de campo

En el transcurso de la investigación se realizó un trabajo de campo dividido en tres momentos:

En el primero, llevado a cabo en el mes de abril de 2006, se realizó un acercamiento a la comunidad y a las instituciones de salud de los municipios, con el propósito de presentarles los objetivos y la metodología de la investigación. Se hizo énfasis en los resultados de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal realizada durante los años 2004 y 2005,⁸ y se argumentó la necesidad de conducir una investigación para conocer las determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal en la región. En esta visita también se realizaron grupos focales y entrevistas con el personal de la salud y con algunas parteras tradicionales acerca de la atención brindada a las maternas en Urabá y las características socioculturales de la región.

⁸ Razones de mortalidad, causas, evitabilidad y retrasos más frecuentes en el país y, particularmente, en el departamento de Antioquia y la región de Urabá.



En el segundo, realizado entre los meses de junio y julio del 2006, se procedió a la recolección sistemática de la información acerca de aspectos socioculturales vinculados con la reproducción, entre estos aspectos están:

- estatus, función, saberes y prácticas de las parteras;
- diálogos, tensiones, discontinuidades e hibridaciones entre la medicina tradicional y las instituciones de salud;
- políticas y planes en salud sexual y reproductiva y su relación con la comunidad;
- familia y género;
- diversidad étnica y cultural;
- economía y salud.

En un tercer momento, llevado a cabo en octubre de 2006, se realizó la socialización y validación de los resultados y conclusiones de la investigación ante el personal de la salud y la comunidad en general, quienes realizaron acotaciones y aclaraciones a lo expuesto y coincidieron con los resultados de la investigación, también se sugirieron intervenciones para impactar positivamente la salud materna en esta región.

Grupos focales

Se realizaron 11 grupos focales con el sector salud, lográndose una asistencia de 189 personas. El perfil de los asistentes fue: directores locales de salud, coordinadores de Plan de Atención Básica (PAB) hoy Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, gerentes de las Empresas Solidarias del Estado (ESE), promotores de vida , promotores de salud, médicos generales, especialistas, enfermeras y demás personas relacionadas con el área de la salud. Asimismo, se realizaron 25 grupos focales con parteras tradicionales, comunidades indígenas, padres y madres de familia, teniendo una asistencia de 526 personas.

Los grupos focales con mujeres y sus familias, líderes comunitarios en salud, parteras y personal de la salud, tuvieron la finalidad de generar información acerca de los modelos de atención a la salud materna, las determinantes sociales y culturales de la salud materna, además de las prácticas y representaciones entorno a la gestación, parto y puerperio. Por su parte, los grupos focales con las comunidades indígenas, campesinos y población urbana buscaban información acerca de las redes de apoyo, las corporalidades, los significados de la reproducción, los roles de género y los sistemas de cuidados propios de las comunidades, así como la articulación entre estos y las instituciones de salud de Urabá.

Entrevistas a informantes clave

Los informantes clave fueron identificados en los grupos focales, durante los talleres se observó qué personas tenían mayor conocimiento de los temas tratados, de modo que pudieran dar un testimonio a profundidad de sus experiencias.



En total se realizaron 16 entrevistas al personal de la salud. El perfil de los entrevistados fue: directores locales de salud, coordinadores de PAB, promotores de vida, promotores de salud, médicos generales, especialistas, enfermeras y demás personas relacionadas con el área de la salud. De igual forma, se entrevistaron 12 personas de la comunidad. El perfil de los entrevistados fue: líderes comunitarios, padres y madres de familia.

Las entrevistas dirigidas al personal de salud tuvieron el objetivo de indagar la percepción de los proveedores sobre la comunidad y su relación con la misma, así como identificar el conocimiento que tenían de las parteras tradicionales. Las entrevistas a las personas de la comunidad estuvieron orientadas a profundizar en las representaciones sociales de la gestación, parto y puerperio, los vínculos con las instituciones de salud, y las posturas y roles en torno a la salud materna y neonatal. De igual forma, se indagó por los órdenes sociales vinculados a la reproducción, que se manifiestan en la maternidad y la paternidad, las formas de familia, los roles de género, las jerarquías y relaciones de poder que aparecen en la cotidianidad de las familias.

Historias de vida

Se realizaron ocho historias de vida a parteras tradicionales que hubiesen ejercido su práctica durante buena parte de su vida. Las edades de las parteras oscilaban entre los 40 y 90 años de edad. Las historias de vida son entrevistas en profundidad que permiten obtener información individual para identificar los rasgos identitarios de la práctica de la partería y sus representaciones sociales. Para conocer estos rasgos se partió de la narración y reconstrucción de las experiencias de vida de las parteras, no solo en relación con su práctica, sino además como miembros activos de la comunidad. Las historias de vida se estructuraron alrededor de los siguientes ejes de análisis: relato sobre la infancia, adolescencia y juventud y experiencia como parteras.



2. POLÍTICAS DE SALUD MATERNA

2.1 Conceptos y antecedentes

2.1.1 Acerca de la Salud Pública

La salud pública se concibe como la actividad encaminada a mejorar la salud de la población. Las definiciones clásicas argumentan que la salud pública es “la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud”⁹; también se dice que es la aplicación de conocimientos médicos, científicos y políticos para asegurar condiciones sanas de vida al individuo miembro de una comunidad.¹⁰

La OMS considera que la salud pública es la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. También incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios de salud y la calidad de atención de los mismos.¹¹

El Estado, siendo el actor fundamental en cuestiones sanitarias debe movilizar a la sociedad y a los diversos agentes en todos los sectores pertinentes para conseguir el cumplimiento de las funciones en salud pública. Por ello, es necesario generar pactos de participación y concertación social en espacios donde intervienen el Estado, los partidos, los movimientos sociales, las ONGs, los gremios, los líderes sociales y la academia.

⁹ BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto, MAYA MEJIA, José María 2005. *Fundamentos de salud pública*. Tomo I. Bogotá: Corporación para Investigaciones Biológicas. 2ª Ed.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud 2002. “Funciones Esenciales de la Salud Pública”, En: 42o Consejo Directivo. 52ª Sesión del Comité Regional. Washington. Pág. 5.



En este sentido, la iniciativa de la OPS: “La Salud Pública para las Américas” adoptó 11 funciones esenciales que deben tomar en cuenta todos los actores:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud
2. Vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3. Promoción de la salud
4. Participación de los ciudadanos
5. Desarrollo de políticas, capacidad institucional de planificación y gestión
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud
10. Investigación en salud
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud

Las Políticas Públicas deben incorporar un enfoque de género dentro de las acciones tendientes a mejorar la salud de la población. Particularmente son las mujeres de cualquier edad quienes están sujetas a una mayor morbilidad. Esta situación se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos, una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales y en niveles más elevados de discapacidad a corto y largo plazo. Más aún, la desventaja de las mujeres en términos de condiciones generales de salud se mantiene incluso después de eliminar del análisis los problemas reproductivos. En consecuencia, la meta orientadora de las iniciativas dirigidas a la mujer es la de contribuir desde el sistema de salud a la reducción de la inequidad de género.

2.1.2 Algunos antecedentes de la salud materna

La salud de las madres, de los recién nacidos y de los niños es un derecho fundamental que se encuentra priorizado en la agenda mundial y constituye la expresión del grado de desarrollo y equidad de un país.¹² Por este motivo, en los ámbitos internacional, nacional y departamental la salud materna, neonatal e infantil son líneas estratégicas que mediante la formulación de políticas, programas, acuerdos, convenios y promoción de la salud, salvaguardan la salud y el bienestar de la población.

Para el año 2000 los Objetivos 3, 4 y 5 de las Metas del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas establecieron como prioridades: la promoción de la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil, y mejorar la salud de las madres disminuyendo la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015.

¹² Organización Mundial de la Salud 2005. *Informe sobre la salud en el mundo ¡Cada madre y cada niño contarán!* En: <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html> (Consultado: enero de 2008).

Tales objetivos son condiciones fundamentales para garantizar la salud de las poblaciones más vulnerables de los países no industrializados. Antes de la promulgación de las Metas del Milenio, otros antecedentes influenciaron las políticas públicas de salud, entre ellos resaltan: La Carta de Ottawa (1986), la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).

Desde 1986 en la Carta de Ottawa la mayoría de los países del mundo, entre ellos Colombia, adquirieron el compromiso de trabajar por el bienestar de sus comunidades desde la salud pública, considerando prioritaria la intervención en las variables políticas, económicas, sociales, culturales, medio ambiente y culturales, que intervienen a favor o en detrimento de la salud. Entre los principales acuerdos asumidos por los países para lograr el compromiso propuesto están:

- Eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y al interior de las mismas.
- Tomar medidas contra las desigualdades en salud.
- Reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud, por ello deben ser apoyados y capacitados para mantener un buen estado de salud, y del mismo modo ellos se comprometan a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en temas de salud, condiciones de vida y bienestar en general.
- Reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; además, compartir ésta responsabilidad con otros sectores, disciplinas y, lo que es más importante, con el pueblo mismo.¹³

En 1994, durante la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo, los derechos reproductivos fueron reconocidos como parte de los derechos humanos, afirmando así el derecho de mujeres y hombres al libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción sin ninguna forma de discriminación, coerción o violencia. En esta conferencia la salud reproductiva se definió como “un estado general de bienestar físico, mental, social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción”.¹⁴

Asimismo, se introdujo el enfoque de integralidad de los servicios de salud, que se refiere a “si éstos son suficientes para satisfacer las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado”.¹⁵

¹³ Organización Panamericana de la Salud 1986. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 21 de noviembre. En: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf> (Consultado: septiembre de 2007)

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud 2005. *Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas*. Washington D.C. OPS. Pág. 17

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud 2005. Op. Cit. Pág. 17.



La integralidad es una función del sistema de salud que debe incluir la atención primaria, secundaria y terciaria. Todos los sistemas y servicios de salud deben atender las necesidades de la población de forma anticipada, partiendo de aquellas que identifica la misma sociedad.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) se planteó el reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, como también la atención y promoción de su salud sexual y reproductiva.

Cabe destacar que, décadas antes, el Pacto Internacional por los Derechos Humanos, Económicos, Sociales y Culturales había ratificado la protección del derecho a la maternidad; además, el Plan de Acción sobre Población, realizado en México en la década de los 80, “consagró el compromiso de los países de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.¹⁶

En este mismo orden, los mandatos que apoyaron los compromisos fueron las Resoluciones 13 y 14 de la 26a Conferencia Sanitaria Panamericana que plantearon una nueva estrategia regional para la reducción de la mortalidad materna del 2003.

2.2 La Salud pública y la salud materna en Colombia

2.2.1 Antecedentes

La mortalidad materna es resultado de una serie de problemáticas relacionadas con la falta de atención, particularmente, hacia las mujeres. Por eso, es necesario establecer compromisos políticos, para garantizar los derechos sexuales y reproductivos a toda la población y adoptar una estrategia coherente a nivel nacional y local.¹⁷ Elementos como la equidad, la asequibilidad y la facilidad de acceso –principios básicos de la Atención Primaria de Salud– resultan claves para dar paso a un programa de maternidad sin riesgo.

En el año 2003, la política colombiana sobre salud sexual y reproductiva estableció como una de sus metas garantizar a las mujeres una maternidad segura, mediante acciones que ayuden a reducir la mortalidad materna: “Mejoren la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y que fortalezcan las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal”.¹⁸

¹⁶ NOVICK, Susana 1999. *La posición argentina en las tres Conferencias Mundiales de Población*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Pág. 12.

¹⁷ NAKAJIMA, Hiroshi. 1997. “Las parteras: salvaguardia del futuro”. En: *Salud Mundial*. Nº 2, marzo- abril, Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Pág. 6.

¹⁸ República de Colombia. Ministerio de la Protección Social 2003. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Colombia: Fondo de Población de las Naciones Unidas Pág. 2.



Para tal efecto, se propuso una serie de estrategias, como la promoción de salud sexual y reproductiva, el fortalecimiento de la gestión institucional, la participación social y la potenciación de las redes sociales de apoyo, entre otras.

Asimismo, el Plan Nacional de Salud Pública de 2007 definió como una de sus prioridades mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, teniendo como principios rectores:

1. Universalidad, que es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación;
2. equidad, que alude a la capacidad de las personas para alcanzar su potencial en salud sin que influya en este propósito su condición social;
3. calidad en la prestación de los servicios de salud, logrando la adhesión y satisfacción del usuario;
4. eficiencia, entendida como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares;
5. responsabilidad, que es la garantía del acceso a las acciones en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad;
6. respeto por la diversidad cultural y étnica;
7. participación social en la planeación, gestión, control social y evaluación del Plan;
8. intersectorialidad, que es la articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible.¹⁹

En consonancia con las políticas nacionales, en el año 2004 el gobierno departamental de Antioquia firmó el Pacto por la Salud Pública para el periodo 2004-2007, en el que se comprometió a reducir la razón de mortalidad materna a 35 por 100.000 NV, la tasa de mortalidad infantil por enfermedad diarreica aguda a 8,4 por 100.000 menores de 5 años, además de la infección respiratoria aguda a 12,7 y la tasa de mortalidad por desnutrición a 14,7 por 100.000 menores de 5 años. Sin embargo, a pesar de que en Antioquia la razón de mortalidad materna en el último año se redujo considerablemente (41,8 por 100.000 NV en 2007) y es inferior a la razón nacional, cuando se comparan las razones acumuladas 2004-2007 persisten grandes diferencias entre las regiones: Oriente y Valle de Aburrá 34.9 y 35.4 respectivamente y Urabá y Bajo Cauca 107.5 y 112 por 100.000 NV.²⁰

A pesar de los avances conceptuales, en América Latina y el Caribe la mortalidad materna sigue siendo un grave problema que tiene que ver con la salud pública, con condiciones sociales de igualdad y equidad y con cuestiones éticas (OPS, 2002).

¹⁹ República de Colombia, Ministerio de la Protección Social 2003. Op. Cit. Pág. 4.

²⁰ Gobernación de Antioquia 2007 *Informe de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna en Antioquia*. Medellín: Dirección Seccional de Salud.



2.2.2 Sistema de salud colombiano

Entre las leyes más importantes que surgieron a partir de la Constitución Nacional de 1991 se encuentra: la Ley 60²¹ de 1993 que reglamentó la descentralización política y administrativa de los gastos y las funciones gubernamentales, derogada mediante la Ley 715²² de 2001 y la Ley 100²³ de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reformada mediante la Ley 1122 de 2007.

Con la Ley 715 los departamentos adquirieron el papel planificador e integrador de sus municipalidades y de intermediarios entre éstas y el Estado: a la Nación le corresponde la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional; a los departamentos, les corresponde dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia; y a los municipios les corresponde dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción.

Por su parte, la Ley 100 buscaba que para el año 2000 toda la población colombiana estuviera afiliada al SGSSS, otorgándole así carácter universal a la salud. La afiliación sería bajo dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. Además se contaría con otra variante de afiliación: la transitoria o pobres no asegurados. Para la atención de usuarios de cada régimen se estableció la creación de diferentes empresas prestadoras de servicios de salud. Así en el régimen contributivo se establecieron las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y para el régimen subsidiado las Administradoras del Régimen subsidiado (ARS) hoy Empresas Promotoras de Salud Subsidiado (EPSS), a partir de la Ley 715. Las EPS y EPSS planean, organizan y ejecutan las actividades necesarias para controlar las enfermedades y mantener la salud de la población asegurada.

El régimen contributivo corresponde cuando la vinculación a la seguridad social se realiza por medio del pago de cotización individual y familiar financiada con aportes individuales o compartidos entre el trabajador y el empleador. A este régimen pertenecen las personas que poseen un contrato de trabajo, entre ellos: los servidores públicos, pensionados, jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago.

²¹ República de Colombia. Ley 60 1993. Bogotá D.C.: Congreso de la República, Diario Oficial 40.987, de 12 de agosto de 1993.

²² República de Colombia. Ley 715 2001. Bogotá D.C.: Poder Público, Rama Legislativa, Diario Oficial 42.363, de 21 de diciembre de 2001.

²³ República de Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá D.C.: Congreso de la República, Diario Oficial 39.437, de 23 de diciembre de 1993.



En el régimen subsidiado son los municipios quienes administran y seleccionan a los beneficiarios a través del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) y mediante contratos con las EPSS para la afiliación y prestación de servicios. La mayor parte del financiamiento de este régimen se hace mediante transferencias de inversión social que hace el Estado Nacional en forma directa o a través de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). A este régimen pertenecen las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Entre ellas están: la población más pobre y vulnerable del país tanto del área rural como urbana; las madres durante el embarazo, parto, posparto y lactancia; las madres comunitarias, las mujeres cabezas de familia y los niños menores de un año.

Finalmente, a la categoría de personas vinculadas pertenecen aquellos ciudadanos que no tienen capacidad de pago y permanecerán en ella mientras logran ser beneficiados por el régimen subsidiado.

En el sistema de salud existen dos servicios básicos: el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan de Atención Básica (PAB), hoy Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). El POS es un conjunto de servicios –asistencial y en menor proporción de Promoción y Prevención (P y P) –que se ofrece por igual a toda la población. El PIC está encargado del servicio colectivo de salud pública: las campañas masivas de vacunación, saneamiento ambiental y vigilancia epidemiológica. Estos servicios son otorgados por los municipios a través de las Direcciones Locales de Salud (DLS), se entregan de manera gratuita y son brindados a la población como un derecho independiente de su estado de afiliación o vinculación al sistema de salud.

Tanto las DLS como las Direcciones Seccionales de Salud (DSS) administran el sistema de salud con las directrices políticas y normativas determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), máximo ente rector del sistema de salud. De manera particular, las DLS son las encargadas de elaborar los Planes de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

2.3 Fundamentos de la provisión de los servicios de salud

Los fundamentos que ordenan la provisión de los servicios de salud son nueve, reflejados en los diferentes artículos de la Ley 100, y tiene su aplicación con el desarrollo de la misma.



Cuadro 1: Fundamentos de la provisión de los servicios de salud

FUNDAMENTOS	CARACTERÍSTICAS
Equidad	Tiene relación con la justicia social, los derechos y su expresión en el ámbito sanitario, los resultados en salud, el financiamiento y el acceso a los servicios.
Obligatoriedad	Se traduce también como principio de universalidad. Todo empleador debe afiliarse a los trabajadores al SGSSS y el Estado debe facilitar la afiliación a quienes no tengan vínculo con algún empleador o capacidad de pago.
Protección integral	Está relacionada con la atención obligatoria a urgencias en entidades tanto públicas como privadas, cubrimientos del Plan Obligatorio de Salud (POS) y cobertura familiar de afiliación.
Libre escogencia	Es la posibilidad de elegir la entidad que preste el servicio de salud, la cual no está condicionada a la decisión del empleador sino que es tomada por el afiliado. En el régimen subsidiado este principio permite elegir una Empresa Solidaria de Salud (ESS), una Caja de Compensación o una EPS.
Autonomía de las instituciones	Las instituciones prestadoras del servicio de salud, según su tamaño y complejidad, tendrán personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente (salvo por excepciones de la Ley). La prestación de servicios por parte del Estado o las entidades territoriales o municipales define una nueva categoría especial de entidad pública descentralizada como son las Empresas Sociales del Estado (ESE), creadas por la Ley, las asambleas o los concejos, según el caso.
Descentralización administrativa	Recoge uno de los principios básicos de la Ley 60/93. En el régimen contributivo la administración de las EPS es autónoma y no obedece al control de ninguna entidad territorial. En el régimen subsidiado está completamente descentralizado y la territorialidad es la base de su organización administrativa y financiera. Los beneficiarios son seleccionados por los alcaldes por medio de las encuestas del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN).
Participación social	La Ley 10/90 establece los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS) e integra a las organizaciones comunales para que participen en los subsidios de salud. La Ley 100 (art. 157) crea la opción de conformar asociaciones de usuarios. Para garantizar cobertura, eficacia, calidad de servicios, será objeto de control por parte de las veedurías comunitarias elegidas popularmente (art. 231).
Concertación	Hace referencia a la solución de conflictos que deben ser tratados a nivel nacional o regional.
Calidad	Se establecen dos principios generales de calidad en salud: calidad efectiva, la cual es posible medir, y la calidad formal, relacionada con la satisfacción de los usuarios. La participación de la comunidad cumple un papel muy importante en el desarrollo de este concepto.

Fuente: República de Colombia. Constitución Política de Colombia. 2004. Ley 100. Bogotá: Editorial Leyer.

Los fundamentos de la provisión de los servicios de salud en los cuales se basa la Ley 100 dan cuenta del deseo por parte de sus creadores de otorgarle un carácter moderno al sistema de salud. Sin embargo, en la actualidad los fundamentos de equidad, participación social y calidad no se aplican a cabalidad en el sistema de salud colombiano. Por ejemplo, en Antioquia durante la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna realizada por la DSSPSA a través de NACER se evidenció que las mujeres más pobres no aseguradas (vinculadas) y las pertenecientes al régimen subsidiado tenían mayor probabilidad de morir como consecuencia de un embarazo, a diferencia de aquellas que pertenecían al régimen contributivo.

Asimismo, existen pocas instituciones de salud en el departamento que apoyen y fortalezcan de forma permanente la participación social en salud, a pesar de la existencia de mecanismos legales que la avalan y justifican como el Plan Nacional de Salud Pública de 2007. De igual forma, se evidenció que la mayoría de las muertes maternas (86%) eran evitables y por lo general estaban relacionadas con la mala calidad de atención de los servicios de salud.

2.4 La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

De acuerdo con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, las acciones de maternidad segura tiene el propósito de “garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a”,²⁴ mediante una serie de estrategias que logren una atención adecuada y oportuna durante todo el período de gestación, parto y puerperio.

La implementación de las estrategias (ver cuadro 2) debe hacerse en tres niveles de intervención: nacional, departamental y municipal, cada uno con sus respectivas competencias. Al nivel nacional le corresponde ofrecer “asistencia técnica a los entes territoriales en cada una de las temáticas priorizadas por la política”.²⁵ Por su parte, las entidades departamentales deben formular y vigilar “los planes, programas y proyectos”²⁶ para lograr las metas nacionales pero de acuerdo con las necesidades departamentales. Por último, al nivel municipal le corresponde desarrollar los planes, programas y proyectos en sus localidades vigilando “la acción coordinada de los prestadores y aseguradores y el cumplimiento de las mencionadas líneas de acción”.²⁷

²⁴ República de Colombia. Ministerio de la Protección Social 2003. Op. Cit. Pág. 50.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

Cuadro 2: Estrategias en Maternidad Segura

ESTRATEGIA	LÍNEAS DE ACCIÓN
<p>1. Promoción de la maternidad segura mediante estrategias de Información Educación y Comunicación (IEC).</p>	<p>Generar acciones para que las mujeres y hombres en edad fértil conozcan sus deberes y derechos en cuanto a los servicios de consulta preconcepcional, control prenatal, parto, puerperio y atención a menores de un año.</p>
	<p>Fomentar acciones de autocuidado para la maternidad segura que involucren a ambos miembros de la pareja y no sólo a la mujer. Las acciones de IEC deben centrarse en los cuidados y controles postparto, los métodos de planificación familiar, la nutrición adecuada y la lactancia materna, los controles de crecimiento y desarrollo, la aplicación adecuada del esquema de vacunación desde el nacimiento y el establecimiento de relaciones psicoafectivas adecuadas dentro de la pareja y de los padres con el nuevo hijo, pues esto es reconocido como factor protector de la violencia intrafamiliar.</p>
	<p>Promover la discriminación positiva de la mujer gestante o con niños pequeños en las actividades de la vida cotidiana, tales como acceso privilegiado a lugares públicos, el servicio de transporte público, la priorización en situaciones de emergencia, la atención prioritaria en establecimientos comerciales, entre otros.</p>
	<p>Fomentar el uso seguro y racional de los medicamentos en la gestante mediante estrategias dirigidas a los profesionales de la salud, droguistas, expendedores, distribuidores y la comunidad en su conjunto, así como advertir sobre los riesgos que implica la automedicación en la gestación.</p>
<p>2. Coordinación intersectorial e interinstitucional</p>	<p>Promover proyectos de educación formal, no formal e informal para que el personal de salud fortalezca sus competencias relacionadas a la maternidad segura en el contexto del respeto por la mujer y sus decisiones. Para ello se debe tener en cuenta: la equidad de género en las responsabilidades que asume el hombre, la asunción por parte del personal de salud de sus responsabilidades como servidores públicos y la sujeción a las normas técnicas de detección de alteraciones del embarazo, atención del parto y recién nacido.</p>
	<p>Posicionar entre la población la idea de que con controles adecuados y a través de la consulta oportuna es posible reducir los riesgos asociados a la maternidad. Estas acciones deben estar especialmente dirigidas a los padres/madres y al personal de salud.</p>
	<p>Coordinar con los organismos de control las acciones jurídicas correspondientes al establecimiento de investigaciones y/o la imposición de sanciones cuando haya lugar.</p> <p>Establecer las acciones correspondientes frente al incumplimiento de la legislación vigente relacionada con la protección laboral de la mujer gestante y en lactancia.</p>



ESTRATEGIA	<p>LÍNEAS DE ACCIÓN</p> <p>Proponer cambios normativos que faciliten el acceso de toda la población a servicios de maternidad segura, y de las madres y los recién nacidos asegurados y no asegurados a los diferentes niveles de complejidad, según sea el caso.</p>
	<p>Favorecer la identificación de los riesgos para diferentes grupos poblacionales y la prestación de servicios de calidad en todas las regiones del país de acuerdo a las características culturales, étnicas y sociales de las diversas poblaciones.</p>
	<p>Mejorar la capacidad resolutoria de la red de prestadores de servicios de primer nivel de complejidad mediante el fortalecimiento de la infraestructura y los servicios de transporte de emergencia, especialmente en las zonas de difícil acceso y con mayor mortalidad materna.</p>
	<p>Diseñar en los servicios de salud procesos que permitan vincular al compañero de la gestante y su familia a los servicios de atención obstétrica y de atención al recién nacido.</p>
	<p>Fortalecer el recurso humano para el tratamiento de las complicaciones del aborto mediante estrategias integrales que consideren los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.</p>
3. Fortalecimiento de la gestión institucional	<p>Aprovechar el puerperio mediato para la iniciación de otros programas, tales como la planificación familiar, el programa ampliado de inmunizaciones y el control del crecimiento y desarrollo del recién nacido, entre otros.</p>
	<p>Fortalecer en las IPS de los niveles tres y cuatro de complejidad, el manejo de las urgencias obstétricas mediante la adecuada formación del recurso humano y el fortalecimiento de la infraestructura con énfasis en bancos de sangre.</p>
	<p>Fortalecer la capacidad del recurso humano para clasificar el riesgo obstétrico y remitir a la gestante con oportunidad al nivel de complejidad correspondiente durante cualquier momento de la gestación, el parto o el puerperio.</p>
	<p>Desarrollar mecanismos de seguimiento de la norma técnica de atención al recién nacido en todas las instituciones que atienden eventos obstétricos, incluyendo la aplicación de las inmunizaciones del recién nacido con énfasis en la primera dosis de antihepatitis B.</p>
	<p>Fortalecer las acciones para orientar e inducir la demanda de los usuarios hacia el control prenatal y la atención del parto institucional, especialmente en las poblaciones más vulnerables y en concordancia con los lineamientos del PAB.</p>
	<p>Fortalecer el sistema de vigilancia de casos de muertes maternas en cada uno de los departamentos mediante el mejoramiento del sistema de información y estadísticas vitales, además de la implementación y fortalecimiento de los comités de vigilancia de</p>



ESTRATEGIA	LÍNEAS DE ACCIÓN mortalidad materna y perinatal en todas las instituciones de salud. Mejorar en las direcciones territoriales de salud la capacidad de análisis, seguimiento y toma de decisiones en relación con la mortalidad materna. También fortalecer los mecanismos de vigilancia a las instituciones responsables del cumplimiento de acciones obligatorias para la gestante y el recién nacido.
4. Fortalecimiento de la participación social	Promover mecanismos de quejas y reclamos que tengan que ver con consecuencias negativas en todo el proceso de gestación, parto y puerperio para la madre, el padre o el menor de un año. En este caso es necesario enfatizar los deberes y derechos no sólo del personal de salud sino también del padre y la madre, teniendo en cuenta que debe existir un grado de información adecuada que permita realizar este ejercicio con responsabilidad.
	Promover la vinculación de los padres y madres de familia a las ligas y asociaciones de usuarios de las EPS, la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) y a instancias de decisión que tengan que ver con la maternidad segura a nivel municipal.
5. Potenciación de las redes sociales de apoyo	Identificar en los servicios de salud las redes sociales vinculadas con las gestantes con el fin de realizar acciones de comunicación y apoyo necesarios durante la gestación, el parto, el puerperio y la lactancia, haciendo especial énfasis en las acciones a realizar en situaciones de emergencia.
	Informar a las organizaciones comunitarias sobre los riesgos que pueden asociarse a la gestación y la importancia de acudir oportunamente a los servicios de salud en caso de emergencia.
	Vincular a los familiares en el control prenatal para que puedan apoyar a la gestante en situaciones de emergencia o detectar factores de riesgo que requieran intervención.
	Estimular en las redes sociales identificadas la organización de mecanismos de apoyo (transporte, acompañamiento, desplazamiento en zonas de conflicto, entre otros) a las mujeres gestantes en situaciones de emergencia, especialmente en áreas de difícil acceso.
	Trabajar con las redes de apoyo, y en el contexto de la interculturalidad, la transformación de creencias en costumbres y prácticas tradicionales que se han identificado como no seguras y que ponen en peligro la vida de la madre y el recién nacido.
	Poner en conocimiento de las redes sociales los principales riesgos y patologías asociados a la gestación, el parto y el puerperio identificados en cada zona geográfica, con el fin de favorecer acciones de intervención oportunas.
	Apoyar la investigación biomédica en relación con las patologías asociadas a la mortalidad materna y las intervenciones prioritarias dirigidas a disminuir su ocurrencia.



ESTRATEGIA	LÍNEAS DE ACCIÓN
6. Desarrollo e investigación	Llevar a cabo investigaciones operacionales y de evaluación de las diferentes acciones regionales para la promoción de la salud, prevención de las complicaciones y atención de la gestante y del recién nacido para replicar las experiencias.
	Desarrollar investigaciones sociales y biomédicas sobre las prácticas y creencias populares que pueden influir en el desarrollo de la gestación y divulgar sus resultados en la comunidad.

Fuente: República de Colombia. Ministerio de la Protección Social 2003. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá. D.C: Ministerio de Protección Social.

Las estrategias de promoción de la maternidad segura, el fortalecimiento de la participación social y la potenciación de las redes sociales de apoyo fueron analizadas con especial interés en este estudio.

La participación social busca el empoderamiento de las mujeres y las comunidades, por medio de la educación para la toma de decisiones saludables tanto para el bienestar de las madres como de los recién nacidos y sus familias. También la participación permite desarrollar una vigilancia continua a las problemáticas de salud de la comunidad y estimula la conformación de redes sociales para actuar en casos de emergencia y dar respuestas efectivas a las necesidades de las madres y los recién nacidos. Este proceso sólo puede ser exitoso en la medida en que se logre concientizar a los individuos de que la salud es un derecho humano y un servicio público, además puedan comprender y apropiarse de la forma en que el sistema funciona y asuman las responsabilidades frente al cuidado de su propia salud.

Por último, la promoción de la maternidad segura debe propender por la generación de conocimientos de cuidado y auto cuidado en las gestantes y en sus familias para tener una maternidad sin complicaciones. Estas acciones deben implementarlas las instituciones de salud de las localidades y estar acordes con las necesidades de la comunidad.

2.5 Situación de la salud materna y perinatal en Urabá

2.5.1 Situación epidemiológica

De acuerdo con los indicadores básicos de salud del 2006, en Antioquia la tasa global de fecundidad fue de 1,91 para una tasa general de fecundidad de 59,0 por 1.000 mujeres. En la región de Urabá hubo un total de 13,188 embarazos distribuidos en los siguientes grupos de edad:



Cuadro 3: Tasa de embarazos en Urabá 2006

Grupos de edad	N° embarazos	Tasa x 1.000 mujeres	%
10 - 14	257	8,2	1,9
15 - 19	3711	129,6	28,1
20 - 24	4032	168,9	30,6
25 - 29	2521	120,2	19,1
30 - 34	1398	79,0	10,6
35 - 39	730	45,8	5,5
40 - 44	260	19,5	2,0
45 - 49	32	3,0	0,2
50 - 54	7	0,9	0,1
Sin dato	240		1,8

Fuente: Gobernación de Antioquia 2006a. Indicadores Básicos de Antioquia. Medellín: Dirección Seccional de Salud.

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, los embarazos en adolescentes de 10 a 19 años de edad representan el 30% del total de embarazos de la región de Urabá, lo que presupone a futuro implementar acciones concretas tendientes a disminuir el embarazo en esta población que es la más vulnerable y propensa a sufrir complicaciones.

En el 2006 la razón de mortalidad materna en el departamento de Antioquia fue de 59 por 100.000 NV, correspondiendo a las siguientes causas: hemorragia 35,6%, SHAE 13,6%, infección obstétrica 6,8%, fenómenos tromboembólicos 5,1%, anestesia 7%, indirectas 27,1% y causa desconocida 6,8 por ciento.

Entre los años 2004-2007 la región de Urabá presentó 52 muertes maternas cuyas principales causas fueron: 19 por hemorragia obstétrica, 12 por causas indirectas, nueve como consecuencia de complicaciones del aborto y siete por SHAE, entre otras. Para el 2007 el 45% de las fallecidas pertenecían a la categoría de no afiliadas y el 45% al régimen subsidiado.²⁸ Según estas cifras, el 90% de las muertes maternas ocurrieron en familias de bajos recursos económicos, evidenciando la inequidad y desigualdad que enfrenta la sociedad en esta región del Departamento.

Asimismo, en el año 2006 la tasa de mortalidad infantil en Urabá de menores de un año, exceptuando las muertes fetales, fue de 17,0 por 1.000 NV y la tasa de mortalidad perinatal fue de 20,7 por 1.000 NV.

2.5.2 Acceso y uso de los servicios de salud materna, perinatal e infantil en Urabá

Conocer los cambios generados a partir de la Ley 100 y los principales lineamientos en maternidad segura de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, permite analizar cómo se ha gestionado la salud materna en esta región y advertir las particularidades de cada municipio. Para este análisis se utilizó información proveniente de tres fuentes: los Planes de Desarrollo de los nueve municipios que hacen parte de esta investigación, los Planes de Atención Básica (PAB) ejecutados por las Secretarías de Salud y Desarrollo Social y los datos obtenidos en el trabajo en campo.

Para el 2006 en Urabá la población total afiliada al SGSSS fue de 465.440,²⁹ cifra que corresponde, de acuerdo con las proyecciones del DANE, con el 84,02% de la población. De este porcentaje sólo el 28,7% se encuentra afiliado al régimen contributivo, el 55,3% al régimen subsidiado y el 16% es población pobre no asegurada (vinculada). La cobertura y tipo de afiliación de los nueve municipios se expone en el siguiente cuadro:

Cuadro 4: Población afiliada al SGSSS, Subregión de Urabá, 2006

Municipio/cobertura	Porcentaje total de afiliados al régimen subsidiado	Porcentaje total de afiliados al régimen contributivo	Porcentaje total de afiliados al SGSSS
Apartadó	36.79	50.71	87.5
Arboletes	62.34	9.68	72.01
Carepa	43.95	35.03	78.99
Chigorodó	44.67	36.8	81.47
Mutatá	122.16	24.48	146.64
Necoclí	68.16	7.07	75.23
San Juan de Urabá	80.06	7.22	87.28
San Pedro de Urabá	80.95	6.38	87.32
Turbo	62.03	20.39	82.42

Fuente: Gobernación de Antioquia 2006a. Indicadores Básicos de Salud. Medellín: Dirección Seccional de Salud.

²⁸ Gobernación de Antioquia 2006b. *Informe de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en Antioquia*. Medellín: Dirección Seccional de Salud.

²⁹ Cifra que incluye a Murindó y Vigía del Fuerte

La cobertura más baja de afiliación se encuentra en el municipio de Arboletes (72,01%), mientras que Mutatá registra una cifra por encima de la población total (146,64%). Esto último podría explicarse por la afiliación de habitantes que no pertenecen a este municipio pero que por preferencia se registran en él, o también por la cercanía que tienen algunas veredas pertenecientes al municipio de Turbo con la cabecera municipal de Mutatá.

La infraestructura en salud de los nueve municipios está conformada por hospitales de primer nivel (PN) localizados en los municipios de Arboletes, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Necoclí, Turbo –con algunos servicios de segundo nivel (SN) –, Carepa, Chigorodó y Mutatá. Solamente el municipio de Apartadó cuenta con un hospital de segundo nivel, al cual se remiten los casos de mayor complejidad de la región. Sin embargo, municipios como Arboletes y San Juan de Urabá suelen remitir casos complejos como las urgencias obstétricas al Hospital de tercer nivel E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería (departamento limítrofe con Antioquia). Urabá cuenta además con diferentes EPS, entre las que se destacan EMDISALUD, Saludcoop y COOMEVA (ver Cuadro 5).

Cabe mencionar que durante el trabajo de campo se observó que a pesar de la existencia de estos servicios de salud, la infraestructura insuficiente en municipios como Necoclí, Turbo, Carepa y San Pedro de Urabá, debido, principalmente, a la gran extensión territorial y al elevado número de habitantes que se encuentran dispersos en las áreas rurales. Sumado a esto, se observaron problemas con la articulación de la red de prestación de servicios entre los municipios, así por ejemplo usuarios/as que viven en el municipio de Turbo pero que el lugar de atención más cercano está en el municipio de San Pedro de Urabá, deben trasladarse hasta la cabecera municipal de Turbo para ser atendidos. Esta situación ha llevado a conflictos administrativos entre los diferentes municipios de la región.

Finalmente, se identificó que la alta rotación del personal de la salud genera insatisfacción en el ejercicio de su actividad profesional. En Colombia, a partir de los cambios generados por la Ley 100,³⁰ la mayoría de los profesionales de la salud tienen contratos temporales y por períodos cortos, no mayores a seis meses en muchos casos. Esta situación disminuye su motivación laboral; además del impacto en la provisión de servicios regulares tiene trascendencia en el trabajo con las comunidades. Durante el proceso de entrevistas, fueron recurrentes las demandas del personal de salud por un mejor salario y cumplimiento con sus pagos.

³⁰ La ley 1122 de enero 9 de 2007 intenta regular este aspecto: Capítulo II, artículo 2: "Respecto de las Empresas Sociales del Estado, ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo".

Cuadro 5: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Urabá

Municipio	Instituciones de salud en las cabeceras municipales	Instituciones de salud en el área rural
Arboletes	E.S.E. Pedro Nel Cardona (PN)	Puestos de Salud: corregimientos La Candelaria, El Carmelo, Naranjitas, Buenos Aires, Las Platas y El Guadual.
	EMDISALUD (Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud)	
	Saludcoop	
	Servisalud	
	ORSALUD	
San Juan de Urabá	E.S.E. Héctor Abad Gómez (PN)	Tres centros y un puesto de salud.
	EMDISALUD	
San Pedro de Urabá	E.S.E. Oscar Emiro Vergara (PN)	Puestos de Salud: corregimientos Arenas Monas, El Tomate, Santa Catalina, Zapindonga y en la vereda La Cabaña.
	EMDISALUD	
Necolí	E.S.E. SAN Sebastián (PN)	Centros de salud en: Totumo y Pueblo Nuevo. Los demás corregimientos tienen puestos de salud.
	EMDISALUD	
Turbo	E.S.E. Francisco Valderrama (PN)	Centros de salud en: Nueva Colonia, Currulao, El tres, San José. Puestos de salud en: Blanquiceth, Río Grande, Nuevo Antioquia, Alto de Mulatos, Pueblo Bello, San Vicente, San José de Mulatos, San Pablo Tulapa, Tié, Piedrecitas, Nueva Granada, Tablitas (Obrero), El Dos y Bocas del Atrato
	Clínica Central	
	IPS de mediana complejidad	
	EMDISALUD	
	Servimédico	
	Saludcoop	
	COMFAMILIAR CAMACOL	
	Camacol	
Nuevos Horizontes		
Apartadó	E.S.E. Antonio Roldan Betancur (SN)	Centros de salud en: Alfonso López, Pueblo Nuevo, San José. Puesto de salud en: Churidó.
	Clínica Chinita	
	Clínica de Urabá	
	COMFAMILIAR CAMACOL	
	Comfenalco	
	COOMEVA	
	EMDISALUD	
Saludcoop		
Carepa	E.S.E. Francisco Luis Jiménez	Centro de salud en: Piedras Blancas.
	Comfama	
	Camacol	
	Salud Vida	
	EMDISALUD	
Chigorodó	E.S.E. María Auxiliadora	Centro de salud en: Barranquillita
	COMFAMILIAR CAMACOL	
	EMDISALUD	
	Saludcoop	
	COOMEVA	
Mutatá	E.S.E. Hospital La Anunciación	
	EMDISALUD	

Fuente: Elaborada con base en información suministrada por los Planes de Atención Básica Municipales y los Planes de Organización Territorial.



2.5.3 Gestión local para la promoción de la salud materna

Los Planes de Atención Básica elaborados por las diferentes alcaldías de los nueve municipios para el período administrativo 2004-2007 priorizaron de forma diferencial los principales problemas de salud de sus poblaciones, siendo Apartadó y Turbo los municipios que identificaron como sus dificultades más graves: la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) durante la gestación. Por tal motivo, ambos municipios elaboraron proyectos en el área de salud sexual y reproductiva en los que la salud materna fue uno de los temas de mayor importancia.

Para el caso de Turbo, se estableció como meta reducir la mortalidad materna y perinatal evitable, eventos que en el año 2003 registraron dos y 24 casos respectivamente; también se propuso reducir a cero el número de casos de sífilis congénita que para el mismo año reportó una tasa de 9,2 por 1,000 NV. Para lograr los resultados esperados, fueron propuestas las siguientes estrategias: difundir programas, mensajes radiales y televisivos, promocionando la maternidad segura, además realizar talleres educativos sobre el proceso de gestación y parto para fomentar el auto-cuidado. Pese a ello, en el año 2006 Turbo reportó cinco muertes maternas y 75 casos de muertes perinatales (20,8 por 1,000 NV) y una tasa de sífilis congénita de 6 por 1,000 NV, cifras que se encuentran lejos de las metas propuestas.

En relación con el municipio de Apartadó, en el año 2003 las coberturas de los programas de maternidad y salud reproductiva no fueron las esperadas para lograr una maternidad segura. Por ello el PAB adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva colocando énfasis en la disminución de embarazos en adolescentes y la reducción de los indicadores de mortalidad materna.

La definición de las metas en maternidad segura del municipio de Apartado fue elaborada con base en los indicadores del año 2000 en el cual se registraron 11 casos de muertes maternas, 10 casos de sífilis congénita y una tasa de mortalidad perinatal de 24,1 por 1,000 NV. En dichas metas se estableció la reducción de la mortalidad materna en un 50% y eliminar la incidencia de sífilis congénita. Para lograrlo se diseñaron las siguientes acciones: realizar una búsqueda activa de todas las gestantes de alto riesgo; hacer una visita de seguimiento a las gestantes sin ningún régimen; identificar a las parteras, promocionar el parto institucional y la prueba de VIH-SIDA durante el embarazo. En el año 2006 se registraron 28 casos de sífilis congénita, cifra por encima de la meta municipal, y cinco casos de muerte materna.³¹

³¹ Gobernación de Antioquia 2008. *Informe final de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el departamento de Antioquia, 2004-2007*. Medellín: Dirección Seccional de Salud.



En el resto de los municipios de Urabá la promoción de la maternidad segura se centra en la captación de las gestantes para su ingreso al control prenatal y la estimulación del parto institucional. Las acciones en estas dos vías son realizadas a través de estrategias de promoción y prevención, administradas en su mayoría por las ESEs municipales. Además, los municipios de Urabá, con excepción de San Pedro de Urabá y Vigía del Fuerte, cuentan con promotores de vida (personal rural capacitado en el modelo de Atención Primaria en Salud) que realizan acciones de promoción y prevención, educación, demanda inducida, entre otros aspectos.

De igual forma, las IPS desarrollan actividades en las áreas rurales por medio de brigadas extramurales que llevan el servicio de salud a los corregimientos y veredas. La relación entre las Direcciones Locales de Salud y las IPS es relativamente buena, aunque existe poca articulación entre ellas lo cual dificulta la efectividad de los programas locales. En ocasiones esta situación se ve agravada porque algunas DLS e IPS no realizan procesos de documentación y sistematización de los proyectos emprendidos, lo que no permite medir su real impacto en los problemas de salud generales de la población.

Luego de evaluar los PAB de la región se observó que la mayoría de los municipios de la región no tienen diagnósticos que precisen su situación en salud pública materna perinatal. Adicionalmente, no está suficientemente incorporada la cultura de la evaluación de las actividades planificadas e implementadas. En entrevistas con uno de los directores locales de salud, mencionó que “los diagnósticos de salud se hacen desde las cabeceras municipales, con el personal de la salud, y muy pocas veces se contempla la opinión de la comunidad”.

De igual forma, las IPS desarrollan actividades en las áreas rurales por medio de brigadas extramurales que llevan el servicio de salud a los corregimientos y veredas. La relación entre las Direcciones Locales de Salud y las IPS es relativamente buena, aunque existe poca articulación entre ellas lo cual dificulta la efectividad de los programas locales. En ocasiones esta situación se ve agravada porque algunas DLS e IPS no realizan procesos de documentación y sistematización de los proyectos emprendidos, lo que no permite medir su real impacto en los problemas de salud generales de la población.

Luego de evaluar los PAB de la región se observó que la mayoría de los municipios de la región no tienen diagnósticos que precisen su situación en salud pública materna perinatal. Adicionalmente, no está suficientemente incorporada la cultura de la evaluación de las actividades planificadas e implementadas. En entrevistas con uno de los directores locales de salud, mencionó que “los diagnósticos de salud se hacen desde las cabeceras municipales, con el personal de la salud, y muy pocas veces se contempla la opinión de la comunidad”.³²

³² Conversatorio director local de un municipio de la región de Urabá.



2.6 La participación social y comunitaria en Urabá

Si la Constitución de 1991 convirtió a la salud en un derecho, la participación ciudadana amplió la posibilidad de que la comunidad pudiera elegir y ser elegida para intervenir en los organismos del Estado.³³ El voto, el referéndum y la consulta popular fueron instrumentos que abrieron el camino a la participación. A pesar de ello, la participación social no se ha consolidado en la región por razones de diversa índole que escapan a esta investigación.

La participación es un “[...] proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos en busca de metas específicas, en función de intereses diversos y en el contexto de tramas concretas de relaciones sociales y de poder”.³⁴ Esta surge como una necesidad de hacer visible las demandas de la población, al tiempo que permite agotar las formas de clientelismo y corrupción, las cuales se relacionan con el beneficio particular. La participación está ligada a la democracia, pues es la forma en que el ciudadano tiene contacto con el Estado (democracia participativa), de ahí que en ausencia de éste las formas participativas disminuyen y se debilita el desarrollo comunitario.

Uno de los principales obstáculos para la participación en Urabá ha sido la violencia de los últimos 40 años que ha debilitado los liderazgos. Sin embargo, esta misma ha conducido a que muchas comunidades se organicen y resistan las agresiones generadas por el conflicto.³⁵

La violencia política ha fragmentado el tejido social en Urabá. El tejido social es entendido como un conjunto de elementos que incluye “el desarrollo local, la participación, la organización la ciudadanía y la democracia vinculados a representaciones de la vida cotidiana”.³⁶ En este sentido, el tejido social se vuelve imprescindible en una sociedad porque garantiza la continuidad y consolidación de las organizaciones y la participación social en los lugares donde se desarrollan las acciones.

En Urabá, debido al fenómeno del desplazamiento por la violencia, las relaciones y organizaciones sociales no tienen un arraigo familiar y éstas son difíciles de establecer.

Se trata de una población que no cuenta con las mínimas condiciones de salud y que depende, en su inmensa mayoría, del asistencialismo del Estado Nacional, de los entes territoriales o de Organizaciones No Gubernamentales.

La violencia regional deterioró la calidad de vida de los habitantes de la zona. A su paso dejó una estela de muerte y desolación entre la población masculina y decenas de mujeres, niños y ancianos desprotegidos.

³³ República de Colombia. Constitución Política de Colombia 2004. “Artículos 260 y 340”. Bogotá: Editorial Leyer. Pág. 132, 161.

³⁴ VELÁSQUEZ C., Fabio y GONZÁLEZ R., Esperanza 2003. *¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?* Bogotá: Fundación Corona. Pág. 19.

³⁵ Como es el caso de la Comunidad de Paz de San José de Apartadó.

³⁶ CASTRO, Angélica y GACHÓN, Angélica. *Tejido social y construcción de sociedad*. En: www.sociedadcivil.cl/accion/portada/info.asp?Ob=3&Id=196. (Consultado: julio de 2007)



Al perder a sus esposos, padres o hijos las mujeres asumieron la responsabilidad del sustento familiar, pero con menos posibilidades de acceder a un empleo bien remunerado, a la salud y educación. La mayoría de las mujeres han tenido poca formación escolar, lo que hace de ellas más vulnerables para enfrentar las condiciones de pobreza y, a su vez, determina un bajo uso de la planificación familiar, haciendo desgarrador el panorama de familias numerosas enfrentando problemas de hacinamiento, desnutrición y violencia intrafamiliar.

El grado de marginalidad se hace mayor para algunas mujeres que viven en la zona rural, donde hay bajas coberturas de acueducto, alcantarillado y energía eléctrica, y las condiciones de salud, higiene, educación y vivienda son aún incipientes. Sin embargo, un factor que ha mejorado los ingresos de las familias de estos municipios es la agroindustria bananera, lo cual ha permitido que muchas mujeres se desempeñen en labores propias de esta economía con la creación de cooperativas que trabajan en el reciclaje así como en el procesamiento del banano. Las cooperativas de trabajo asociado constituyen la modalidad de organización más representativa de las mujeres de Urabá y son apoyadas por entidades como Fundaunibán y Corpourabá.

En la parte norte de Urabá las condiciones de vida para las mujeres son aún más difíciles, si se tiene en cuenta el aspecto socio económico de esta zona que se caracteriza por la presencia de grandes haciendas ganaderas las cuales generan poco trabajo asalariado, incrementando el desempleo formal y aumentado paulatinamente el informal.

En general, en esta investigación se encontró que la participación social es baja en casi todos los municipios, principalmente, en Apartadó, Mutatá y Chigorodó. De acuerdo con el informe de Auditoría de la Calidad, realizado por la DSSPSA y NACER a las IPS de Urabá en el marco del Programa Maternidad Segura, las estrategias para estimular la participación social son aún incipientes.³⁷

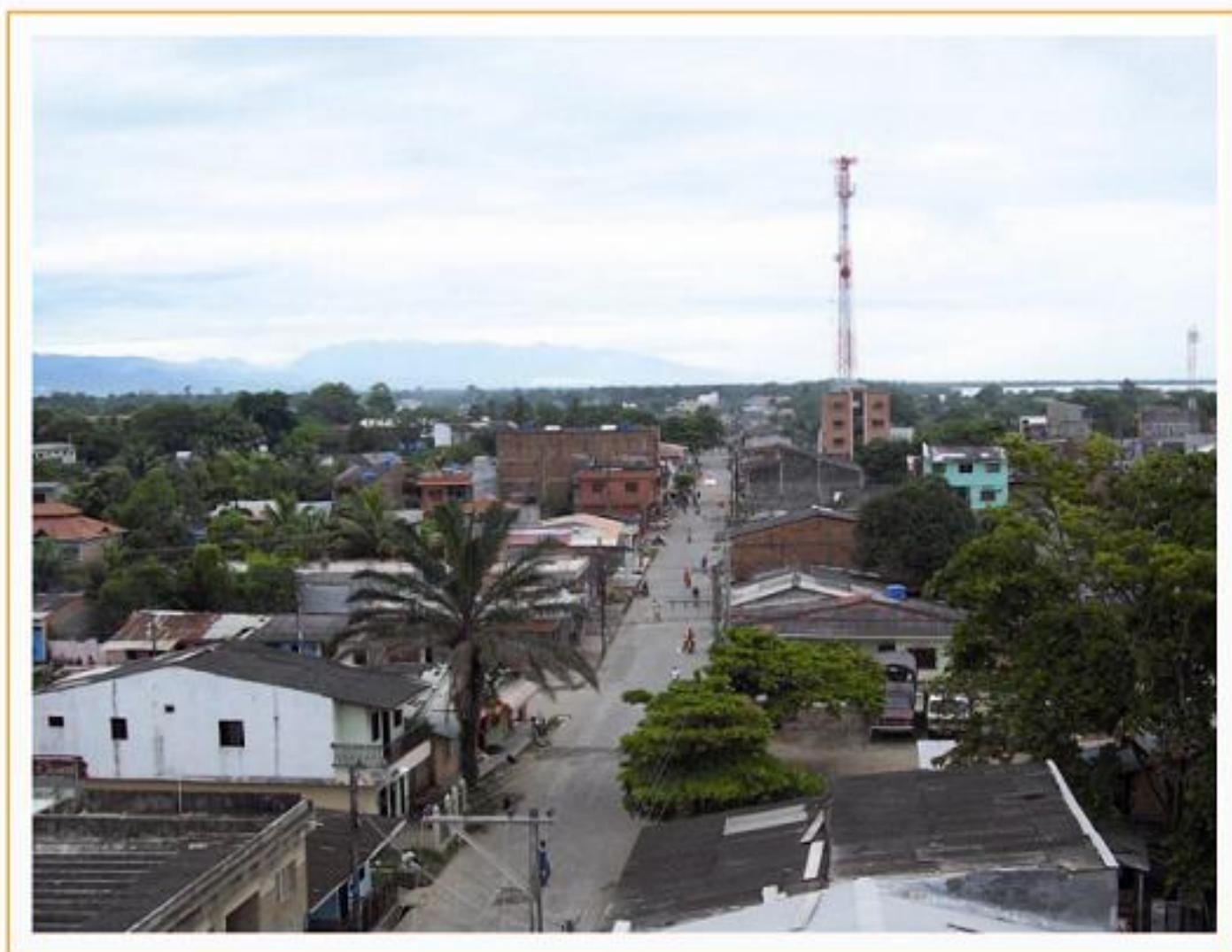
Una mejor calificación fue otorgada a los municipios de Turbo y Necoclí que han avanzado en el proceso de atención al usuario y evaluación de la satisfacción del mismo, aunque les falta documentar los procesos y fomentar la participación social en los diferentes comités. Una sobresaliente puntuación fue otorgada a los municipios de Arboletes, San Juan de Urabá y Carepa, en cuyos hospitales públicos se ha fortalecido el proceso de atención al usuario, se han estructurado los procesos de participación social proyectando la activación de las instancias de participación establecidas por la Ley. Al igual que en los otros municipios, una de las principales deficiencias está en la falta de documentación de los procesos, situación que a futuro dificulta la medición del impacto real de la implementación de los diferentes programas en el fortalecimiento de la participación social.

³⁷ Gobernación de Antioquia 2006c. Informe de auditoría: plan de mejoramiento derivado de la primera visita de auditoría y de la aplicación del referencial del convenio maternidad segura 2006. Medellín: Dirección Seccional de Salud.

³⁷ Sobre este tema, solamente el municipio de Carepa ha avanzado en la documentación del proceso de participación social.







Panorámica Municipio de Turbo Distrito Especial Portuario



3. CONTEXTO HISTÓRICO, CONDICIONES ECONÓMICAS Y DE SALUD EN LA REGIÓN DE URABÁ

3.1 Colonización y poblamiento

En 1905, después de disputas y tensiones con los departamentos del Chocó y Cauca, la provincia de Urabá es adjudicada oficialmente al departamento de Antioquia. Esta provincia es una zona extensa que comprende la costa oriental del golfo de Urabá y la desembocadura del río Atrato, hasta las estribaciones occidentales de la serranía de Abibe. Además se anexó un territorio en la ribera oriental del medio Atrato, donde actualmente se encuentran los municipios de Murindó y Vigía del Fuerte. En este período Urabá representaba una importante promesa de progreso para las élites departamentales por ser ideal para la expansión de la colonización antioqueña, la explotación de recursos naturales y la conexión del interior de Antioquia con el mar Caribe.

La provincia de Urabá estaba conformada por las localidades de Pavarandoso, Murindó, Turbo y Riosucio.³⁸ Poseía inmensas áreas de selvas con considerables riquezas en maderas y tagua, explotadas por grupos afrocolombianos e indígenas establecidos en la región y por colonos provenientes, especialmente, de los valles del río Sinú, de las sabanas de Bolívar y Córdoba y algunos del departamento del Chocó.

³⁸ STEINER, Claudia 2000. *Imaginación y poder: el encuentro del interior con la costa en Urabá, 1900 – 1960*. Medellín: Universidad de Antioquia.



3.1.1 Procesos de poblamiento

Estos procesos son antiguos y diversos. En los inicios del siglo XVI los españoles se encontraron con pueblos indígenas que habitaban las riberas del golfo, la serranía de Abibe y las sabanas caribeñas de los actuales departamentos de Córdoba y Sucre. En 1509 Alonso de Ojeda fundó San Sebastián de Urabá en el margen oriental del golfo de Urabá.

Esta región fue un territorio de difícil control para la corona española, debido a las hostilidades de los indios Cuna (que en la actualidad se conocen como Tule) y al asedio de los piratas ingleses que navegaban en las orillas de estas tierras y establecían relaciones tanto comerciales como bélicas, hostigando a los colonizadores españoles.³⁹ Además, los asentamientos de negros cimarrones que empezaron a establecerse en inmediaciones del golfo de Urabá desde finales del siglo XVI, hicieron el panorama aún más complejo.

El origen de Turbo, uno de los pueblos más antiguos de Urabá y anterior centro administrativo, poblacional e institucional de la región, se relaciona con el establecimiento de los grupos de cimarrones. Estos fundaron un palenque en la zona ejerciendo resistencia contra los españoles y sus estructuras esclavistas. Otras poblaciones que actualmente hacen parte del Urabá antioqueño también se relacionan con este origen cimarrón, como los corregimientos de Mulatos en Necoclí o Uveros y Damaquiel en San Juan de Urabá.

Así, cuando Urabá se anexó a Antioquia diversos grupos poblaban esta región, lo cual cobró importancia en el proceso de colonización iniciado oficialmente por los habitantes del interior de Antioquia desde principios del siglo XX. Allí se generaron encuentros culturales, políticos y económicos en los que se desarrollaron múltiples negociaciones, imposiciones y conflictos.

La configuración de Urabá como frontera geográfica importante para el desarrollo de Antioquia es bastante reciente. Según el sociólogo Fernando Botero,⁴⁰ el dinámico flujo migratorio antioqueño, tan evidente en otras regiones del departamento, encontró en Urabá numerosos obstáculos: el aislamiento, la “mentalidad cordillerana” del antioqueño ajena al trópico, la alta pluviosidad, la densa selva, la incompatibilidad de la tierra con el tradicional cultivo del café y la presencia activa de liberales, en contraste con el reinante clima conservador del interior.

Sólo hasta 1926 el gobierno departamental de Antioquia, convencido de la necesidad de colonizar y apropiarse efectivamente de esta región, inició la construcción de la carretera al mar, buscando dinamizar el desarrollo económico de la región. Pese a los esfuerzos, las constantes interrupciones hicieron que la obra fuera concluida poco antes de mediados del siglo XX, e incluso “solamente una década después se lograría abrir el tráfico automotor (1954)”.⁴¹

³⁹ *Ibíd.*

⁴⁰ BOTERO, Fernando 1990. *Urabá, colonización, violencia y crisis del Estado*. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia, Pág. 14-17.

⁴¹ BOTERO, Fernando, *Op.Cit.* Pág. 25. Cabe mencionar que la vía al mar presentó graves problemas de circulación hasta los años 90 y para el 2002 aún faltaban 110 Km. por pavimentar, comprendidos entre el Km. 9 después de Turbo y Arboletes.

Ahora bien, la terminación de esta ruta acrecentó gradualmente el flujo migratorio, hasta consolidarse en los años 60.⁴²

Pero no sólo la apertura vial favoreció la colonización también el auge comercial, como resultado de la consolidación de los cultivos de exportación y el proceso de titulación de tierras adelantado por el Estado, incidió en el apogeo migratorio y, por ende, en el ingente incremento poblacional de la región.⁴³

Tomando en cuenta este proceso histórico tenemos que: Entre 1950 y 1964 la población de Urabá aumentó aproximadamente cuatro veces, pasando de 18.886 habitantes en 1950 a 82.969 en 1964, para 1985 la cifra llegó a 249.239.⁴⁴ En el año 2006 la población total de Urabá ascendió a 517.783 distribuidos de la siguiente forma: 257.564 mujeres y 260.219 hombres.⁴⁵

Sin embargo, aunque el incremento poblacional y el desarrollo económico sugieren a la par un aumento de la legitimidad estatal, representada en inversiones sociales y de infraestructura, la realidad demostró lo contrario. A la zaga del desarrollo económico, la infraestructura vial estuvo por debajo de los estándares departamentales. Según el Plan de Desarrollo de Urabá, elaborado por Corpourabá en 1984, "Urabá requería para esta época [...] 126 metros de vía/kilómetro cuadrado de carreteras vecinales, lo que implicaba construir 1.150 kilómetros, frente a los 185 kilómetros de carreteras vecinales con que contaba".⁴⁶ En la actualidad el panorama no es más alentador, dejando de lado las vías primarias –entre las que sólo se cuenta con la mencionada carretera al mar– y las secundarias,⁴⁷ las vías terciarias "no cuentan con obras de drenaje, siendo posible transitar por ellas sólo en épocas de verano".⁴⁸

Es evidente que una de las problemáticas más significativas en materia de infraestructura es la red vial insuficiente. Si bien es cierto que en los últimos años se han invertido cuantiosas sumas de dinero en la construcción de nuevas carreteras, muchas se encuentran en mal estado y algunas se tornan intransitables durante la época de invierno. Algunas zonas rurales cuentan con pocas vías de comunicación que se ven afectadas por las intensas lluvias, además, hay pocos puentes sobre quebradas y ríos, impidiendo el paso de cientos de mujeres y sus familias a las instituciones de salud de los municipios de la región.

⁴² *Ibíd.*

⁴³ BOTERO, Fernando, Op. Cit. Pág. 33-40.

⁴⁴ BOTERO, Fernando, Op. Cit. Pág. 82.

⁴⁵ Gobernación de Antioquia 2006. *Indicadores básicos de Antioquia*. Medellín: Dirección Seccional de Salud Pág. 2.

⁴⁶ BOTERO, Fernando, Op. Cit. Pág. 117.

⁴⁷ RAMÍREZ LÓPEZ, Zuhanny 2002. *Perfil región Urabá. Dirección Planeación Estratégica Integral*. Medellín: Gobernación de Antioquia, Departamento Administrativo de Planeación, noviembre. Pág. 147-148.

⁴⁸ *Ibíd.*



En los años 50, período conocido en la historia de Colombia como “época de la violencia” por la lucha entre liberales y conservadores, hubo una gran oleada migratoria. En los años 60 Urabá protagonizó uno de los conflictos internos de Colombia más duraderos, pues se desató una profunda crisis entre los dueños de fincas bananeras, administradores y líderes sindicales, que terminó con la expulsión de los dueños de las fincas. A partir de ese momento se transformaron los sistemas de administración de las fincas (con grandes salarios para administradores) y se dejó una estela de muerte y desolación.⁴⁹

De igual forma, hacia finales de los años 70 y principios de los 80 esta zona fue el epicentro de enfrentamientos armados entre el ejército colombiano y las guerrillas insurgentes de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el hoy desmovilizado Ejército Popular de Liberación (EPL). Buena parte de los miembros de los movimientos políticos Unión Patriótica (UP) y Esperanza, Paz y Libertad, asentados en esta región, fueron asesinados y desplazados por grupos de autodefensa.

Entre las décadas de los 80 y 90 en la zona surgieron ejércitos privados de autodefensa para combatir no sólo a las guerrillas sino a también a líderes sindicales, y cualquier movimientos social, cuyo accionar fuera interpretado como contrario a la propiedad privada y a los intereses de los dueños del poder económico regional. En la actualidad, aunque estos grupos aceptaron un proceso de paz, la sociedad civil aún siente los temores del conflicto y recelo para participar activamente en el desarrollo de su región.⁵⁰

Como consecuencia de estos conflictos se produjo una oleada de desplazamientos de familias enteras del campo a los centros urbanos de la región y algunas ciudades capitales del interior del país.

De acuerdo con lo anterior, la región de Urabá se fue configurando mediante distintos procesos de movilidad social que la hicieron culturalmente diversa. Entre los grupos que la conforman se encuentran:

- Comunidades afro colombianas, que arribaron a la zona desde la Colonia hasta migraciones recientes procedentes de las costas del Atlántico, Pacífico y del río Atrato.
- Comunidades indígenas Tule y Cuna, que viven allí desde antes de la Colonia.
- Comunidades Emberá, Chamí y Katio, provenientes del occidente antioqueño y del Chocó; también comunidades indígenas Zenú y campesinos de la región de la costa Atlántica (Córdoba, Sucre y Bolívar).⁵¹

⁴⁹ *Ibíd.*

⁵⁰ GARCÍA, Clara Inés 1996. *Urabá, región, actores y conflictos 1960 – 1990*. Santa Fe de Bogotá: Universidad de Antioquia, Cerec. Pág.12.

⁵¹ *Ibíd.*

Además de la diversidad cultural, la estructura social se caracteriza por la desigualdad entre: una élite proveniente del interior de Antioquia que controla la gran mayoría de los recursos económicos y servicios, y una base social afro, indígena, mestiza, campesina que está desplazada y tiene problemas de acceso a la salud, educación, servicios públicos, vivienda y medios productivos.

3.2 Situación económica

La relación entre condiciones económicas de la población y salud reproductiva aparece en muchos de los testimonios recolectados en el trabajo de campo: la vinculación al régimen de salud, las condiciones laborales, el acceso a las instituciones de salud y el grado de educación se mencionan como factores importantes que inciden en la salud de las comunidades de Urabá.⁵²

En el eje bananero o zona agroindustrial –Turbo, Apartadó, Carepa y Chigorodó– una gran cantidad de personas y familias asalariadas están vinculadas al SGSSS de manera amplia. Otras familias no acceden a estos espacios laborales por lo cual su inserción al SGSSS depende de los cupos existentes en el régimen subsidiado o de los servicios que les ofrece de manera transitoria el Estado a los no afiliados. Por otra parte, las familias de la zona norte de Urabá –Arboletes, San Juan de Urabá, Necoclí y San Pedro de Urabá– y Mutatá viven, principalmente, de la agricultura, la explotación de recursos naturales, también siendo jornaleros, comerciantes o trabajando en servicios, tal situación genera inestabilidad laboral y un menor acceso al SGSSS por medio del régimen contributivo.

Por lo general, la economía familiar está a cargo de mujeres, quienes sostienen al grupo familiar mediante su propio trabajo o con los aportes económicos de su compañero. Es común que en muchas familias las mujeres solas asuman todas las responsabilidades económicas. En estos casos las redes parentales de las mujeres se convierten en un importante apoyo material y afectivo.

En ocasiones los roles reproductivos de las mujeres dificultan su acceso al mercado laboral. En una entrevista una mujer mencionó:

"[...] hay mucha pobreza, aquí la fuente de ingresos, a pesar que se dice que es una zona muy rica, es el banano, pero como te decía ahora, la mayoría de las familias están conformadas o quien está a la cabeza es la mamá. Entonces aquí en la mayoría de las empresas las mamás no tienen entrada en esas empresas bananeras, precisamente como por ese problema de que a cada rato se embarazan, de que los hijos los tienen pequeños, por los permisos, más que todo como por el compromiso familiar. A los empresarios no les conviene mucho tener mujeres dentro de la empresa porque entonces son mujeres que van a estar tiempo por fuera, entonces no les genera muchos ingresos a la empresa, entonces por eso ellos optan mejor porque hayan hombres trabajando y no mujeres y los hombres que trabajan pues no son hombres que responden a las obligaciones". (Entrevista: Mujer de Chigorodó, 29 de junio de 2006)

⁵² La relación entre salud, economía y familia es analizada por Virginia Gutiérrez en su libro: *Familia y cultura en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia. 1996. Pág. 265.



A pesar de lo anterior, cada vez son más las mujeres que desempeñan actividades productivas a la par de los roles que cotidianamente desarrollan en la familia.

Por ello tienen un papel fundamental en el sostenimiento de la unidad familiar, lo cual influye en la atención a las gestantes pues las tareas y los compromisos domésticos les impiden recibir los cuidados necesarios para un adecuado y saludable desarrollo del proceso reproductivo. También es común que las familias desconozcan los derechos de las gestantes, dificultándose su acceso a los programas y servicios institucionales relacionados con salud sexual y reproductiva.

El analfabetismo es una de las determinantes sociales que influye para agravar la situación de salud de las mujeres en Urabá. La tasa de analfabetismo en Urabá para el año 2006, en la población mayor de 15 años, fue de 16,4 por 1.000, muy superior a la del departamento que fue de 9,2 por 1.000. No hay diferencias importantes al comparar hombres y mujeres de la región, pero cuando se compara la tasa para las mujeres de Antioquia con la de las de Urabá, en éstas la tasa fue del doble: 8,3 por 1.000 en Antioquia y 16,7 por 1.000 en Urabá. La situación fue más crítica para las mujeres del área rural que tuvieron una tasa casi tres veces superior a la de las mujeres de Antioquia: 23,1 por 1.000.⁵³

3.3 Condiciones de salud

Las medidas sanitarias desde comienzos hasta mediados del siglo XX afincaron sus esfuerzos hacia el control no sólo de los comportamientos sino también de las formas de apropiación, consolidación y construcción de los espacios. La presencia del Estado fue efímera y no respondía a las necesidades básicas de la población. De esta manera, las estrategias sanitarias llegaron a convertirse en un discurso inoperante.

Hacia finales de la década de los 20, el alcalde de Turbo instaba al gobernador del departamento a tomar medidas que condujeran al progreso de los pueblos de nociva idiosincrasia e insanas costumbres. Las recomendaciones pasaban incluso por el aseo general de los caseríos:

"[...] haciendo destruir el rastrojo y los focos de infección producidos por los pantanos, formados por los cerdos, bajo las habitaciones y contiguas a estas y que las casas o ranchos en ruinas, sean destruidos por sus dueños, porque regularmente se considera que ellos, tienen en su vivienda las culebras e insectos venenosos, y para evitar enfermedades a sus habitantes, ya que viven acostumbrados a vivir con los animales".⁵⁴

⁵³ Gobernación de Antioquia 2006d. *Anuario estadístico de Antioquia*. En: <http://planeacion.gobant.gov.co/anuario2006/indicadores/indice-14.htm> (Consultado: octubre de 2008)

⁵⁴ Archivo Histórico de Antioquia (AHA). Fondo Secretaría de Gobierno, serie Municipios, Turbo 1928. Carta de junio 9 de 1928. Folio 357-328.



También se hablaba de la limpieza de los lugares de habitación y la construcción de sistemas de evacuación:

*"[...] Aún cuando la población está en mejores condiciones que el año pasado, conviene de manera prudencial y atendiendo a la pobreza de la generalidad de los habitantes, se les haga conocer la indispensable necesidad de mantener aseadas sus habitaciones, y en cuanto sea posible hacerles conocer, que deben construir excusados en forma económica y fácil para que con petróleo crudo o creolina los mantengan higienizados, poniéndoles estas sustancias en los términos indicados por la dirección de higiene, teniendo en cuenta que el caserío, se sanificará, y que es de alguna importancia".*⁵⁵

En términos generales, durante la primera mitad del siglo XX las condiciones higiénicas de la región de Urabá eran bastantes precarias. Para esta época algunos aspectos sintetizaban las problemáticas sanitarias de la región: estancamiento de aguas y por ende focos de infección, carencia de excusados y sistemas de alcantarillado, deficiente control en la recolección de basuras, por último, mataderos municipales con dificultades sanitarias.

Frente a esta situación, por lo general, los habitantes estaban propensos a epidemias. El uso de pozos con aguas de lluvia se había constituido por varias lustros en el único mecanismo para la consecución de este recurso. En 1919, Demetrio Gómez, Prefecto de la Provincia de Urabá, solicitó a la gobernación del departamento la cantidad de 400 pesos con el fin de implementar aljibes o tanques de hierro galvanizado que permitieran recoger aguas de lluvias en condiciones más favorables. Conseguir agua potable en esta región era y sigue siendo un problema por las siguientes situaciones:

- La población de escasos recursos no podía construir aljibes, por lo que su principal fuente de agua fueron las charcas y riachuelos cercanos a su lugar de habitación. Durante el verano éstos eran el único medio para su adquisición, quedando la población a merced de "las amibas que tienen su acción en los organismos de la niñez, la que por su desnutrición encuentra más amparo para su acción".⁵⁶
- En la mayoría de los casos los pozos no estaban cubiertos por una malla protectora, como recomendaban las autoridades.
- El sistema de aljibes dependía del agua de lluvia, por lo que durante los períodos de sequía la escasez de este elemento vital conseguía matices alarmantes.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ AHA, Fondo Secretaría de Gobierno. Op. Cit. Folio 277.



Para 1943, cuando la población de Urabá alcanzaba los 9.100 habitantes, la totalidad de la región carecía de servicios públicos, exceptuando Micuro que contaba con línea telegráfica.

En los años 60 la situación no había cambiado sustancialmente. Las tres veredas (La Balsa, El Mariano y Zungo) que conformaban el recién erigido municipio de Apartadó, carecían por completo de los servicios de acueducto y alcantarillado.

Sin olvidar las anteriores problemáticas, los preceptos higienistas y sanitarios cumplieron la labor de instaurar en el imaginario político las preocupaciones por la disponibilidad de servicios públicos y a la vez incorporar desarrollos tecnológicos llamados: “ingenierías sanitarias”.⁵⁷ Progresivamente, el conjunto de equipamientos considerados básicos para el bienestar de la población fue reestructurado y a los anteriores vinieron a sumarse mataderos, aseo y energía eléctrica.

De acuerdo con datos de Z. Ramírez López, en definitiva, la mayoría de los municipios y corregimientos de Urabá carecen en la actualidad de agua potable: Para el año 2002 la cobertura global en la áreas urbanas de la zona norte era del 80.9%, seguido de un 71% para el eje bananero (zona rural 31.7%) y en el Atrato Medio un 18.7%.

Sólo San Pedro de Urabá contaba con una cobertura del 86.3%, mientras que los municipios restantes carecían por completo del servicio.⁵⁸

En cuanto al servicio de alcantarillado, en primer lugar la cobertura general alcanzaba tan sólo un 24%, cifra que contrasta notablemente con el 67.2% del departamento.⁵⁹ En segundo lugar, la mayoría de las aguas negras desembocaban en ríos y quebradas sin tratamiento alguno.⁶⁰ Por último, claro está dejando de lado los servicios de energía y telecomunicaciones, el servicio de aseo era visiblemente ineficiente.⁶¹

Durante cinco décadas, el panorama epidemiológico de Urabá estuvo marcado por la sífilis, la anemia tropical, la disentería, el paludismo y afecciones cardiacas y pulmonares. Por lo general, los métodos institucionales para la curación dependían de los medicamentos que, desde la Dirección Departamental de Higiene, eran enviados con relativa periodicidad a la región.

⁵⁷ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario 2000. “La fractura originaria en la formación del sistema de salud en Colombia: 1910-1946”. En: Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura. N° 27, enero-diciembre. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Pág. 13.

⁵⁷ RAMÍREZ LÓPEZ, Zuhanny. Op. Cit. Pág. 128.

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.*



A manera de ejemplo, el Quenopodio y Tetracloruro de carbono se utilizaban como tratamiento para los anémicos; las inyecciones de Emetino contra la disentería; las bubas y el pían fueron tratados con Neosalvarsán, medicamento que hasta mediados del siglo XX –cuando se purificó la penicilina– fue también utilizado con las inyecciones de 914 para atacar la sífilis.⁶²

Pese a que el número de personas afectadas por tales enfermedades, era bastante alto, la región contó por largo tiempo con un deficiente sistema de salud, en parte explicable por el reducido gasto público de este sector.⁶³ De ahí que en la correspondencia de Alcaldes, Prefectos, Inspectores y otros funcionarios de Urabá, abundan expresiones como “considero que se impone la creación de un médico oficial para la Provincia”⁶⁴ o “la creación del puesto de médico oficial con residencia en esta cabecera, ha sido y será la medida más acertada y salvadora para los habitantes de esta extensa Provincia”.⁶⁵ Incluso la Junta de Defensa y Propaganda del municipio de Turbo resaltaba, para 1946, los enormes apuros que constreñían a la población de Urabá, por causa de la inexistencia de un médico oficial que prestara los servicios gratuitos, especialmente a la población desvalida.⁶⁶

Ahora bien, desde comienzos y hasta mediados del siglo XX, la institucionalidad estaba reducida a un médico oficial de carácter itinerante que, por lo general, carecía de los medicamentos necesarios para los tratamientos de los enfermos. En 1925 un informe enviado a la gobernación del departamento refería que:

“[...] Cuando hay necesidad de tratar un individuo que no se cure, con las inyecciones que da el departamento, no puede hacerse debido a que no existe botica alguna, y si se encuentran algunas drogas, nos las venden medidas y a unos precios escandalosos, que la generalidad de la gente no puede comprar. Creo necesario, para ayudar al médico que debería ser del departamento y en donde se vendiera ganando por ejemplo, el sueldo del empleado y aún algo más”.⁶⁷

Adicional a los exigüos inventarios de medicamentos, la extensa jurisdicción del médico oficial constituía un indiscutible obstáculo en tanto estaba obligado a desplazamientos que, en la mayoría de los casos, implicaban varios días de camino, luego de los cuales debía permanecer entre 18 a 24 días con el fin de realizar las terapias adecuadas. Para 1947 ya funcionaba en el municipio de Turbo un hospital.

⁶² AHA, Fondo Secretaría de Gobierno, serie Municipios, Turbo 1925. Informe del médico oficial de la Provincia de Urabá correspondiente al mes de junio de 1925 (Micuro, VI/7/25). Folios 153-158.

⁶³ Este fenómeno se explica en parte por el modelo paternalista del estado colombiano en las primeras décadas del siglo XX.

⁶⁴ AHA, Fondo Secretaría de Gobierno. Op. Cit. Folios 540-565.

⁶⁵ AHA, Fondo Secretaría de Gobierno. Op. Cit. Folio 320.

⁶⁶ AHA, Fondo Secretaría de Gobierno, serie Municipios, Turbo 1946. Turbo 1946. Folio 106.

⁶⁷ AHA, Fondo Secretaría de Gobierno, serie Municipios, Turbo 1925. Informe del médico oficial de la Provincia de Urabá correspondiente al mes de junio de 1925 (Micuro, VI/7/25). Folios 153-158.



Sin embargo, estaba ubicado a tres kilómetros de la cabecera municipal, en la Isla de las Acas y no poseía los implementos necesarios para atender a la población.

A partir de los años 80 la inversión social en Urabá da muestras de un notable incremento con cinco mil millones de pesos para los ejes de comunicación, vías y energía, a los que siguieron acueducto, educación, salud, alcantarillado y turismo, en orden de mayor a menor destinación de recursos. Para 1988 los gastos en salud y educación aumentaron por lo que fue posible hacer inversiones en infraestructura. Según F. Botero, entre 1983 y 1987, del presupuesto total de la región fue destinado un 3,2% para salud, es decir 1.006.640.8 millones de pesos.⁶⁸ Sin lugar a dudas, este creciente aumento de los recursos permitió mejorar las condiciones sanitarias de la región.

Ahora bien, según el perfil regional de Urabá, para el año 2002 esta región estaba dotada de 67 entidades prestadoras de servicios de salud, entre hospitales (en las cabeceras municipales), centros de salud (en los corregimientos) y puestos de salud (en los lugares más apartados de las cabeceras municipales).⁶⁹

Sin lugar a dudas, estas cifras son bastante favorables en comparación con lo que ocurría en los años 60, pero aún cuando la esperanza de vida al nacer se ha incrementado levemente,⁷⁰ persisten dificultades sanitarias (agua potable, alcantarillado y recolección de basuras) y problemas de salud materna, neonatal e infantil.

En la actualidad las enfermedades más comunes están relacionadas con las infecciones respiratorias, intestinales, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los traumas asociados a la violencia.⁷¹ Por último, el perfil regional resalta la importancia de intervenir en la morbilidad materna, perinatal e infantil, por ser indicadores que dan cuenta del grado de inequidad en salud y de la desigualdad entre los géneros.⁷²

⁶⁸ BOTERO, Fernando. Op. Cit. Pág. 123-129.

⁶⁹ RAMÍREZ, LÓPEZ, Zuhanny. Op. Cit. Pág. 109.

⁷⁰ RAMÍREZ, LÓPEZ, Zuhanny. Op. Cit. Pág. 110.

⁷¹ RAMÍREZ, LÓPEZ, Zuhanny. Op. Cit. Pág. 111.

⁷² *Ibid.*



Comunidad indígena Tule



4. DIVERSIDAD CULTURAL EN LA REGIÓN DE URABÁ

4.1 Marco conceptual

Antes de iniciar con este apartado, es preciso definir algunos conceptos claves relacionados con los aspectos socioculturales de la salud, entre ellos: cultura, multiculturalidad, identidad, género y familia. En esta medida, indagar por los factores socio-culturales asociados a la mortalidad materna y perinatal exige estructurar una red de estrategias de análisis que admitan aglutinar, bajo una misma investigación, la magnitud de factores y variables relacionadas con la salud sexual y reproductiva, y más específicamente con la salud materna y neonatal.

4.1.1 Cultura

En torno a este concepto hay muchas acepciones, por lo que resulta difícil un concepto único, además la cultura está íntimamente ligada a la forma peculiar de vivir de cada sociedad o grupo social. George Yúdice, afirmaba que en las sociedades contemporáneas la cultura, al igual que las identidades, se ha fragmentado tanto que es posible hallar fronteras al interior de las mismas.⁷³ Es decir, asistimos a la implosión de las culturas entendidas también como identidades, al resurgimiento de las diferencias locales, a la consolidación de la multiculturalidad en contraposición a un mundo global, donde engañosamente los confines debían hacerse más efímeros⁷⁴ y los individuos poco menos que homogéneos.

⁷³ En un país o una ciudad coexisten grupos poblacionales, que buscando legitimar jurídicamente la diferencia, pasando de ser un objeto de derecho a un sujeto de derecho, insisten en una serie de particularidades, tal es el caso de los afrocolombianos y los indígenas, por sólo citar dos casos.

⁷⁴ YUDICE, George 2002. *El recurso de la cultura usos de la cultura en la era global*. Barcelona: Gedisa.



En Colombia, mientras que en los años 80 los estudios sobre cultura se enfocaban en lo local, actualmente la complejidad y la tensión constante ente lo local y lo global, lo particular y lo general, exigen estudios donde la multiculturalidad no se oculte y se haga invisible.

Los autores de la corriente de los Estudios Culturales mencionan que cultura implica:

*"[...] estrategias y medios por los cuales el lenguaje y los valores de las diferentes clases sociales reflejan un sentimiento particular de comunidad, y se instala si bien conflictivamente en el lugar que le abre ese complejo campo de fuerzas llamado nación".*⁷⁵

El anterior concepto se complementa con la Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural de la UNESCO:

*"[...] "cultura debe ser considerada como el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias".*⁷⁶

4.1.2 Multiculturalidad e identidad

La multiculturalidad tiene una cierta ambigüedad que no permite pensar en ésta con plena claridad, pues hay que abordar la cultura teniendo en cuenta las amplias diferencias grupales con respecto a las normas generales y al conjunto distintivo de creencias y prácticas, a través de las cuales es posible para un grupo exigir la legitimidad y el reconocimiento de la diferencia.

La multiculturalidad puede ser entendida como la "coexistencia de diversos individuos y grupos en términos de identidad social y de diferencia (étnica, género u otra)".⁷⁷ Esta definición exige, por su parte, precisar el concepto de identidad el cual es "utilizado para representar a un grupo y definirlo como grupo étnico",⁷⁸ de género, de nación, entre otros, es decir "un auto-concepto de la persona que se deriva del conocimiento de su membresía a un grupo".⁷⁹

Varios estudiosos señalan que al institucionalizar o gubernamentalizar la diferencia –en el sentido foucaultiano de gerenciamiento o administración de poblaciones⁸⁰ – se busca acallar

⁷⁵ YÚDICE, George. Op. Cit. Pág. 111.

⁷⁶ UNESCO 2000 Declaración universal sobre la diversidad cultural. En: http://www.oidel.ch/Textes%20cl%E9/Pluralisme%20et%20diversit%E9/D%e9cl_diversity/D%e9claration%20diversit%E9%20UNESCO%20esp.doc. (Consultado: mayo de 2006).

⁷⁷ SUÁREZ, Roberto M. (Comp.) 2001. *Reflexiones en salud: Una aproximación desde la Antropología*. Santa Fe de Bogotá: Universidad de los Andes. Pág. 77.

⁷⁸ *Ibíd.*

⁷⁹ *Ibíd.*

⁸⁰ YÚDICE, George. Op. Cit. Pág. 68.



las voces de protesta, pues es claro que la legitimidad constitucional y jurídica no siempre lleva la consecución de los derechos. Además, al pretender mejorar o insertar a todos los individuos dentro de un marco de ciudadanía se produce “un doble efecto: desconfiguración del vínculo social y recomposición de lo étnico”⁸¹ o grupal. En este sentido cabe recordar que con la Ley 100 de 1993 se intenta establecer vínculos entre las diversas poblaciones y la salud, pero sin tener en cuenta las diferencias sociales y culturales.

4.1.3 Género

La antropología social, retomando elementos de la etnografía y la teoría feminista, ha evidenciado los procesos sociales y subjetivos necesarios para la construcción de los géneros, la sexualidad y las nociones de corporalidad. Todas estas manifestaciones culturales se vinculan con otras producciones, como la ideología, las normatividades, las jerarquías y las instituciones sociales. A partir de la diferenciación del género se estructuran sistemas de poder y de dominación física y simbólica, que aparecen en la cotidianidad de los miembros de las sociedades.⁸²

La diferencia de género se configura colectivamente, pues la cultura define para cada categoría diferencial y diferenciada una serie de roles, espacios sociales, significados colectivos, experiencias subjetivas del cuerpo o corporalidades⁸³ de identidad, deseo, placer, riesgo, salud y enfermedad.

Alrededor de la interpretación cultural de las diferencias reproductivas, se establecen socialmente, para hombres y mujeres, posiciones en un sistema de poder que privilegia lo masculino, sobrevalorando sus actividades, puntos de vista y autonomías.⁸⁴ Sin embargo, en esta jerarquía masculina tienen lugar múltiples relaciones de dominio y sumisión, como negociaciones y juegos de poder permanentes en la cotidianidad de las personas.⁸⁵ Son esas relaciones de poder y diferenciación las que se abordarán en esta investigación, buscando allí elementos vinculados con la situación de salud sexual y reproductiva de la población del Urabá antioqueño.⁸⁶

⁸¹ SUÁREZ, George. Op. Cit. Pág. 81.

⁸² BOURDIEU, Pierre 2000. La Dominación masculina. Barcelona: Anagrama. Pág. 19-36.

⁸³ CATELLANOS, Gabriela 2003. “Sexo, género y feminismo: tres categorías en pugna”. En: Patricia Tovar Rojas (Ed.) Familia, Género y Antropología. Desafíos y Transformaciones. Bogotá: ICANH. Pág. 30-65.

⁸⁴ HERITIER, Françoise 1996. *Masculino / femenino. El pensamiento de la Diferencia*. Barcelona: Ariel. Pág. 26-28.

⁸⁵ LAZZARATO, Mauricio 2000. Del Biopoder a la biopolítica. En: <http://www.sindominio.net/arkitzean/otrascosas/lazzarato.htm> (Consultado: marzo de 2006).

⁸⁶ NIGENDA, Gustavo y LANGER, Ana 1996. *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública* En: SZASZ, Ivonne y Susana Lerner (Comps.) *Para Comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México, Pág. 17-33.



4.1.4 Familia

Se conceptualiza como “un grupo de dos o más individuos que proveen mutuamente soporte emocional, físico, y económico y que se definen ellos mismos como tal. Los conceptos tradicionales definen la familia por relaciones de sangre y afinidad, aunque existen otras formas de vínculo social (paternidad sucedánea, parentesco simbólico como los padrinos) o por consentimiento mutuo (uniones civiles o concubinato)”.⁸⁷ Por su parte, Bourdieu afirma que la familia es la unidad primaria encargada de la reproducción de individuos y de los órdenes sociales.⁸⁸

En la familia intervienen diversas normatividades que permiten su funcionalidad, existencia y pervivencia: transmisión de la herencia, normas matrimoniales, redes parentales extensas, roles productivos y reproductivos, formas de residencia y movilidades.⁸⁹

La familia tiene entre sus principales funciones la producción de bienes y de condiciones de bienestar asociadas con elementos materiales (hábitat, alimentos, productos) que se evidencian en numerosas familias del ámbito rural, donde sus miembros desarrollan actividades económicas para el sostenimiento del grupo.

En esta institución cobra importancia la cooperación entre los géneros. Si bien la gestación y el parto son eventos biológicos exclusivos de las mujeres, el acompañamiento de los hombres es muy importante y más aún en contextos difíciles y apartados, donde se requiere apoyo logístico –transporte de la gestante y del personal de atención, transporte de agua, entre otros.⁹⁰ Los hombres aportan compañía y apoyo –material, técnico, sentimental– a las gestantes, por lo cual su papel se vuelve trascendental en la medida que incide en la salud reproductiva de las comunidades.

Por lo dicho, analizar la familia nos permitirá comprender y conocer el contexto cotidiano en el cual se desarrolla la salud reproductiva, para desde ahí proponer acciones alrededor de la salud materna y neonatal de las comunidades teniendo en cuenta las especificidades de cada lugar.

⁸⁷ Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2007. *Family and community health: an approach to expand care and improve health and well-being of individuals and social groups*. Noviembre. Pág. 4. (Documento preliminar)

⁸⁸ BOURDIEU, Pierre 1997. *Razones prácticas*. Barcelona: Anagrama. Pág. 133.

⁸⁹ HENAO, Hernán y VILLEGAS, Lucelly 1996. *Estudios de localidades*. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), Instituto de Estudios Regionales (INER). Pág. 201.

⁹⁰ Entrevista: Enfermeras de ECOSESA, NACER, Medellín, abril de 2006.



4.2 Ciclo reproductivo y familia

Múltiples sucesos, prácticas y significados intervienen en la reproducción humana. Elementos de orden biológico y simbólico configuran el ciclo reproductivo, el cual ha tenido un lugar central en la estructuración de las sociedades, permitiendo su perpetuación y generando lecturas, conocimientos, formas de intervención y normativas relacionadas con la descendencia y el matrimonio, tabúes y restricciones corporales.⁹¹

Entre las funciones de la familia se encuentran la reproducción de sus miembros y su socialización temprana, transmitiendo el lenguaje, formas de ver y relacionarse con el mundo, órdenes sociales, roles, valores, sentimientos, posturas e identidades de género.⁹²

El orden del género fundamenta la diferenciación de los roles reproductivos implícitos en la naturaleza y el universo. Este orden varía de acuerdo con la cosmovisión de los pueblos.

Desde sus más remotos orígenes, la humanidad ha otorgado al ciclo reproductivo significados culturales que se pueden encontrar en la fertilidad, la gestación, el parto y el puerperio.⁹³ Así, en diversas culturas las gestantes reciben atenciones especiales a causa de su estado, por ejemplo: regímenes alimentarios que beneficien a la futura madre y al bebé, dosificación de las jornadas de trabajo y reposo, o controles proporcionados por la medicina tradicional e institucional. Sin la intención de proponer una generalidad, podría afirmarse que éstas culturas, consideran la gestación como una situación de riesgo que se agudiza en el momento del parto, donde la madre y el recién nacido se exponen a diversos peligros, de ahí los cuidados especiales que se brindan a las gestantes.

En occidente, la biomedicina se ha encargado de institucionalizar el parto a través de conocimientos y acciones acerca de la reproducción, desde ópticas científicas, racionales, biológicas y creando categorías de normalidad, patología y riesgo. También se han construido protocolos de atención, taxonomías de enfermedades y nociones de salud-enfermedad vinculadas con el ciclo reproductivo. El personal especializado (personal de salud) es quien se encarga de aplicar los saberes y tecnologías provenientes de la biomedicina.

Sin embargo, es importante reconocer que hay otros saberes y tecnologías provenientes de las familias, las comunidades y los sistemas tradicionales de atención. Estos a menudo coexisten con la biomedicina o la reemplazan allí donde el sistema occidental de salud no se ha desarrollado de modo eficiente.

⁹¹ HERITIER, Françoise 1990. *Mujeres ancianas, mujeres de corazón de hombre, mujeres de peso*. En: Michel Feher (ed.) Fragmentos para una Historia del Cuerpo Humano. Parte Segunda. Madrid: Taurus. Pág. 280-299.

⁹² VIVEROS, Mara 2002. *De quebradores y cumplidores; sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional, CES. Pág. 125.

⁹³ RUIZ, Mario Humberto 1996. *El cuerpo: miradas etnológicas*. En: Ivonne Szasz y Susana Lerner (Comps.) *Para comprender la subjetividad, investigación cualitativa en salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México. Pág. 89-136.



Como ya se mencionó, en la región de Urabá habitan comunidades afro colombianas, indígenas, campesinas y urbanas, presentándose de esta manera una diversidad de sistemas de atención a la gestación y el parto, y diversos significados de la reproducción.

Durante el trabajo de campo se escucharon testimonios que definen un patrón común en cuanto al ejercicio de la paternidad y la maternidad. Los roles de la maternidad, la reproducción y el sostenimiento de los hijos son los elementos centrales para la identidad de la mujer. Asimismo, los hombres no están o no aparecen durante la gestación, mostrando una imagen desdibujada y ausente. Son las madres las que asumen, generalmente solas, los roles reproductivos y de cuidado del embarazo. Las responsabilidades de ser madre se asumen desde edades tempranas hasta la vejez:

“Muy poquita [la participación masculina], ¡que usted salió embarazada! vea haber qué hace con el muchachito, madrugue usted como pueda a hacer su control. Toda la cita la tiene que pasar la mujer sola y muchos de ellos, cuando llega el momento del parto, se van y llaman es a la hermana, a la cuñada, a la vecina”. (Entrevista: Líder comunitaria, Turbo, junio de 2006)

Comúnmente la reproducción se concibe como un asunto exclusivo de las mujeres, las instituciones de salud o de las parteras. Las gestantes asisten a los controles prenatales acompañadas por otras mujeres de la familia o del círculo de amigas:

“[...] aquí la mayoría de las mujeres que tienen hijos, que están embarazadas, son mujeres solas, entonces son mujeres que en ese momento como no tienen pareja o tienen problemas con la pareja, entonces ellas prefieren estar solas. Casi siempre se acompañan de una amiga, de una vecina y si tienen la mamá, pues la mamá. Ella nunca deja la hija sola, pero los esposos muy pocas veces acompañan, y como hay esposos que tienen hasta tres hogares, entonces ellos de pronto por temor a los conflictos y eso optan por no acompañar a ninguna de las tres”. (Entrevista: Enfermera de E.S.E: Hospital María Auxiliadora, Chogorodó, junio de 2006)

Para muchas mujeres de Urabá el hecho de ser madre es un elemento central dentro de su proyecto de vida, una forma de reconocimiento y auto reconocimiento como sujeto, pero también una imposición social que se manifiesta explícita e implícitamente a lo largo de sus vidas.

La distancia masculina con respecto a la salud sexual y reproductiva también se refleja en su apatía con respecto a la planificación familiar. Para muchos de ellos la responsabilidad absoluta en este campo es de la mujer, instaurándose socialmente dos espacios diferenciados de la sexualidad: la masculina, definida a través del deseo y el placer, y la femenina, atribuida a la reproducción.



De modo que si bien la planificación familiar debe ser “[...] responsabilidad del hombre y la mujer, pero casi siempre la responsabilidad la adquirimos las mujeres”.⁹⁴

Actualmente las mujeres demandan una participación más activa de los hombres en la reproducción y esta exigencia aparece permanentemente en los testimonios que cuestionan la distancia afectiva de los hombres en asuntos relacionados con la gestación y la paternidad. Sin embargo, dicha distancia se construye en la familia, en las primeras etapas de socialización, donde los niños son alejados de los roles domésticos y cotidianos para ingresar al mundo masculino a través de juegos propios de su condición de género y tareas desarrolladas en público, fuera del espacio familiar, relacionadas fundamentalmente con la producción material para el sostenimiento del hogar.

4.2.1 Familias

En el Urabá antioqueño existen diferentes tipos de familias: nuclear, extensa, reconstituida y monoparental.⁹⁵ La familia nuclear es la conformada por los padres y sus hijos. La monoparental es la compuesta por uno de los padres, generalmente la madre, y los hijos. La reconstituida se refiere a una pareja conviviendo con hijos de diferentes uniones pasadas. Y la extensa está conformada por varios núcleos de una misma familia.

En Urabá encontramos diversas familias extensas constituidas por abuelas, hijas y nietos, es decir, conformadas por segmentos monoparentales, en los cuales la madre y sus parientes se encargan del sostenimiento de los hijos, mientras el padre está habitualmente, ausente.

Según la información de las entrevistas, en todos los casos predomina la figura de una madre que cuida y cohesiona la familia y de un padre con diversos grados de ausencia.

“[...] los padres de aquí son casi ausentes, pues aquí quien se encarga de la crianza y de todo lo de los niños, no sólo la crianza sino la manutención de los niños, lo están haciendo las mujeres [...] la mujer es como la que los pare, los cría, los alimenta y todo, y el papá está teniendo hijos por todos lados”. (Entrevista: Médico de la E.S.E., Pedro Nel Cardona, Arboletes, abril de 2006)

Generalmente, en las familias reconstituidas y monoparentales aparece una total ausencia del padre, reconocida en ocasiones como “abandono”. En cambio, en las familias nucleares el padre posee una presencia relativa pero ésta se reduce, en muchos casos, al sostenimiento material del hogar. En los hogares extensos el papel de las abuelas es central porque asumen el sustento del grupo y la crianza de los niños, especialmente en el caso de madres solteras o adolescentes.

⁹⁴ Grupo Focal: Madres de familia, Necoclí, junio de 2006.

⁹⁵ GUTIÉRREZ, Virginia 2003. *Familia ayer y hoy*. En: Patricia Tovar Rojas (Ed.) *Familia, género y antropología. desafíos y transformaciones*. Bogotá: ICANH. Pág. 274-299.



La unión libre predomina en las parejas de la región de Urabá.⁹⁶ V. Gutiérrez afirma que este tipo de unión es característica del “complejo cultural negroide o litoral fluvio-minero”, localizado en las costas Pacífica y Atlántica, y los ríos Magdalena y Cauca.⁹⁷ Atribuye este rasgo a diversos factores: imágenes del hombre y la mujer, acceso a la tierra, tradiciones, movilidad por causas económicas o ausencias institucionales. Este último aspecto se evidencia en la zona de Urabá desde principios del siglo XX:

*“[...] Ocurre actualmente, casi a diario, denuncias por amancebamiento [...] En esta oficina se atienden como es debido todas estas denuncias, pues efectivamente ese hecho constituye un delito que la ley castiga, pero lo que me mueve a dirigirme a S.S. es el hecho que en ninguna parte de esta región hay sacerdotes y por tanto es del todo imposible que estas pobres gentes puedan ser casadas, no obstante el deseo y buena voluntad que tienen para ello. Aquí todos viven amancebados públicamente y si hemos de iniciar y llevar a cabo los sumarios respectivos para castigar ese delito, quedara desierta la región, pues serán castigados por lo menos el noventa por ciento de sus habitantes”.*⁹⁸

Durante el trabajo de campo se escucharon testimonios que aludían a la predominancia de la unión libre:

“[...] el esposo es con el que está viviendo, no porque haya ido a la iglesia, sea católica o evangélica, sino que la unión libre es como si fueran esposos y vas a encontrar de esas uniones bastantes”. (Entrevista: Líder comunitaria, San Juan de Urabá, junio de 2006)

“La mayoría de las uniones que se dan son uniones libres, en muy poquitos casos se ven los matrimonios, prácticamente yo diría que esto como que no entra dentro de la cultura, un matrimonio es algo supremamente raro [...]”. (Entrevista: Líder comunitaria, Turbo, junio de 2006)

En contraste con el área urbana, en las zonas rurales de Urabá se presentan familias un poco más cohesionadas, con una presencia paterna más fuerte en los hogares, especialmente, en familias provenientes de Antioquia y de campesinos mestizos de las sabanas de Córdoba y Sucre. Aspectos como el hábitat disperso, las tradiciones establecidas, las religiones, creencias y órdenes sociales normativos propios, hacen que las familias rurales sean éstas nucleares o extensas, donde el padre y la madre comparten la cotidianidad del hogar.

⁹⁶ Esta tendencia se observa en los datos del censo 2005. La forma de unión predominante en algunos municipios de Urabá es la unión libre, por ejemplo: Apartado 34 %, Turbo 35 %, Necoclí 40%, Arboletes 40%, mientras los matrimonios oficiales no pasan del 5 %. Disponible en: www.dane.gov.co. (Consultado: julio de 2006).

⁹⁷ GUTIÉRREZ, Virginia . Op. Cit. Pág. 225-352.

⁹⁸ Archivo Histórico de Antioquia (AHA) Fondo Secretarías de Gobierno, serie municipios, Turbo 1919. Carta del inspector de policía de Necoclí al gobernador del departamento de Antioquia. Febrero 14 de 1919. Folio 446.

Las familias extensas, monoparentales y reconstituidas, que se ubican mayoritariamente en los centros urbanos, son tipologías que también se mencionan reiteradamente en los testimonios. Habitualmente estos comentarios resaltan la ausencia paterna y la presencia constante de madres solteras con muchos hijos:

"[...] muy libres, la unión tiene unos lazos muy débiles, cambian mucho de marido, cambian mucho de mujer. Podemos encontrar una mujer con seis o siete hijos que todos son de papás distintos. No existe esa moralidad de la familia, o la familia nuclear es madre e hijos, el padre es itinerante, la figura paterna es itinerante [...] El 'madresolterismo' aquí es muy normal, que eso es un problema, no, es una realidad cultural". (Entrevista: Antropólogo, Necoclí, junio de 2006)

"Hay bastantes madres cabeza de familia y madres solteras a diferentes edades, aquí hay madres con 7 hijos solas, con 2 hijos sola, con 3 hijos sola, con un hijo sola. ¿De qué viven? Tienen algún amigo que les colabora o van a hacer el trabajo a una casa de familia, se ganan un día de plancha, o el día del lavado de ropa y de esa forma es que solventan su situación". (Entrevista: Médico de la E.S.E.: Héctor Abad Gómez, San Juan de Urabá, abril de 2006)

El vínculo entre la madre y sus hijos posee una gran relevancia en la conformación de las familias. Asimismo, este vínculo es central en la construcción de la identidad femenina, pues muchas de las mujeres que dieron su testimonio se reconocían como sujetos a partir de la maternidad y del papel central que desempeñaban en lo doméstico.

La experiencia subjetiva que cada mujer tiene de su cuerpo puede facilitar u obstaculizar algunos procesos. Algunas mujeres expresaron que, debido a la vergüenza por la desnudez ante extraños, prefieren los partos domiciliarios, en compañía de personas cercanas, como la partera tradicional o el compañero. Por ejemplo, varias mujeres Emberá manifestaron que para ellas era vergonzoso desnudarse ante un extraño en el momento del parto y manchar con su sangre las sábanas blancas de las instituciones de salud. De igual forma, varios testimonios giraron en torno a la preferencia de algunas gestantes por el parto domiciliario, ya que no sentían confianza ni credibilidad en algunos miembros del personal asistencial.

En síntesis, en Urabá se observa una identidad femenina estructurada a partir de la familia y la maternidad, además, un proyecto de vida que se configura en el hecho de ser madre y sostener una familia, muchas veces sin el apoyo del hombre, para quien la familia y la paternidad no hacen parte de su proyecto de vida.

Es importante resaltar que los datos de campo, en su mayoría, corresponden a testimonios de mujeres que asistieron a los grupos focales, pues los hombres acudieron en menos cantidad: sólo siete, de las 26 entrevistas, fueron con ellos. Por tal motivo, para lograr una imagen completa de la paternidad es necesario ahondar centrando la mirada en la masculinidad más que en la feminidad



o la maternidad. Es probable que los roles paternos sean asumidos por diversos miembros de la red parental y social y que las políticas sociales que privilegian el trabajo con las mujeres tengan que ver también con la ausencia de los padres en las familias.

4.2.1.1 Familia y reproducción en las comunidades afro colombianas

Urabá se encuentra habitada, en su mayoría, por comunidades afro colombianas.⁹⁹ Estas han desarrollado fuertes procesos de mestizaje con otros grupos y no manifiestan una identidad específica y sentida de afro descendientes o afro colombianos, lo cual ha dificultado y retrasado procesos organizativos étnicos promovidos por el Estado y las comunidades afro de otras zonas del país.

La ley 70 de 1993 –que busca reconocer en los afro descendientes, particularidades identitarias y derechos territoriales– es de difícil aplicación en una región como Urabá. Las fuertes luchas por la tierra, experimentadas desde décadas atrás, complican el reconocimiento de territorios colectivos para estas comunidades. Es por eso que el trabajo de los líderes afro colombianos consiste, fundamentalmente, en sensibilizar a las comunidades acerca de su pertenencia étnica y la búsqueda de un auto reconocimiento.

Los afrocolombianos ocupan diversos espacios y desarrollan distintas actividades económicas y políticas. Ellos habitan contextos rurales y urbanos, desempeñándose tanto en instituciones educativas y administrativas (agroindustria bananera), como en formas productivas agropecuarias en que se aprovechan los recursos naturales (pesca y madera).

Estas comunidades representan una fuerza política importante en la región y cuentan con personas que ocupan cargos altos y medios dentro de las administraciones municipales. Observándose que su proceso organizativo es más fuerte en las alcaldías y en las instituciones municipales que en las organizaciones de base.

Desde la antropología se han desarrollado estudios tendientes a definir la estructura y función de las familias afro colombianas, enfocando la mirada, especialmente, en comunidades del Pacífico.¹⁰⁰

Dichos estudios evidencian la predominancia de la familia extensa, conformada por amplias redes consanguíneas dispersas en el territorio, las cuales establecen lazos de comunicación y cooperación entre sus miembros.

⁹⁹ RAMÍREZ LÓPEZ, Zuhanny. Op. Cit. Pág. 27.

¹⁰⁰ PEREA, Berta 1986. *La familia afro colombiana en el Pacífico*. En: *La participación del negro en la formación de las sociedades latinoamericanas*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura (ICAN). WADE, Peter 1998. *Gente negra, nación mestiza: dinámicas de las identidades raciales en Colombia*. Medellín: Uniandes/ICAN/ Siglo del Hombre. ESPINOZA, Mónica y DE FRIEDEMANN, Nina S. 1993. "Colombia: la mujer negra en la familia y en su conceptualización". En: *Contribución africana a la cultura de las Américas. Biopacífico*. Bogotá: ICAN, Colcultura. VIVEROS, Mara. Op Cit. Pág. 124.

También los estudios hacen referencia al importante rol ejercido por las mujeres en estas comunidades, quienes son las encargadas de la manutención de los miembros y del sostenimiento de los vínculos familiares. Aspecto que se evidencia en la región de Urabá, donde las mujeres afro descendientes desarrollan un papel central en la estructuración de las familias, asumiendo, muchas veces solas, diversas responsabilidades afectivas y materiales, especialmente, con sus hijos y con sus familias.

De esta manera, amplían las redes parentales que se convierten en sistemas de apoyo en diversas circunstancias.

En las familias afro descendientes es usual el “madresolterismo”, los embarazos a edades tempranas y las uniones libres. En ocasiones se ha afirmado que estas comunidades presentan una estructura disfuncional, tal postura ha recibido críticas por sus “juicios de valor”. En este trabajo se proponen abordajes que profundicen la funcionalidad y las manifestaciones de maternidad y paternidad propias,¹⁰¹ donde priman las relaciones consanguíneas madre-hijo en la estructuración de las organizaciones familiares.

Es importante mencionar que en Urabá se han desarrollado pocos estudios acerca de las comunidades afro colombianas, a diferencia de otras zonas del país como el Pacífico, la Costa Atlántica y las principales ciudades. La ausencia de bibliografía dificulta definir la estructura de la familia afro en esta región, donde las poblaciones negras se encuentran diseminadas por todo el territorio desarrollando complejos procesos de mestizaje con los diferentes grupos que allí habitan.

Por lo general, en las poblaciones afro colombianas tanto urbanas como rurales, la figura de las parteras tradicionales ejerce una función central en el cuidado de la reproducción. En ocasiones son ellas quienes desarrollan exclusivamente las labores de asistencia. No obstante, algunas gestantes además de recurrir a las parteras tradicionales, también reciben atención en los centros asistenciales.

Asimismo, los miembros de estas comunidades que poseen niveles de educación superior prefieren la asistencia calificada, reconociendo a las instituciones de salud y a su personal como los principales agentes a la hora de brindar los cuidados de la gestación, parto y posparto. Aunque es común que algunas mujeres, que actualmente confían en las instituciones de salud para el cuidado de la maternidad, hayan recurrido con anterioridad a los servicios de las parteras tradicionales.

¹⁰¹ VIVEROS, Mara. Op. Cit. Pág. 141-148.



En las cabeceras municipales de Urabá habitan afro descendientes en condiciones de extrema pobreza. Estas poblaciones se ubican en barrios o asentamientos que carecen de servicios básicos –acueducto, alcantarillado, electricidad y agua potable– lo cual afecta la salud de la población. Muchas mujeres de estos contextos no se encuentran cobijadas por el SCSSS y desconocen los derechos de atención que poseen las maternas en las instituciones. Estos aspectos, sumados a la mala imagen que posee el personal de los centros asistenciales¹⁰² y a la existencia de sistemas tradicionales de atención al ciclo reproductivo, inciden para que las gestantes no acudan a las instituciones de salud a recibir atención calificada.

4.2.1.2 Familia y reproducción en la comunidad indígena Tule

En los márgenes del río Caimán Nuevo –límites entre Necoclí y Turbo– se encuentra el resguardo indígena del pueblo Tule denominado Ipkikuntikuala. Los tule poseen una lengua propia, perteneciente a la familia lingüística chibcha. Esta comunidad habita desde épocas prehispánicas la zona del golfo de Urabá y se reconoce como el grupo más antiguo de la región.

Durante el trabajo de campo se observó que los tule se dedican a la agricultura y a la fabricación de artesanías, especialmente de “molas”,¹⁰³ labor realizada por las mujeres. La producción de plátano es importante, el trabajo en el cultivo lo realizan los hombres del linaje. El comercio es un medio de relación entre los tule y los blancos, a pesar de ello los indígenas han mantenido sus particularidades étnicas y tradiciones durante siglos. En la actualidad, proyectos de desarrollo, como la construcción de la carretera Necoclí–Turbo que atraviesa el resguardo indígena, afectan a esta comunidad, pues intervienen su territorio y alteran la cosmología tule.

Las personas de la comunidad viven en “malocas”, viviendas que albergan a familias extensas conformadas por linajes constituidos en línea materna, es decir, el vínculo familiar se transmite a través de la madre y de la pertenencia a su grupo. Cada linaje tiene una “maloca” conformada por dos espacios: una “casa grande” donde los miembros de la familia duermen y los hombres realizan sus reuniones y conversaciones, y otra “casa pequeña” que hace de cocina. La “casa grande” se divide en tres zonas: masculina, femenina y central (que pertenece a las personas prestigiosas del linaje).

En cuanto a los ritos de paso o transición, las mujeres tule pasan de la infancia a la adultez a partir de la primera menstruación, que marca el ingreso de la niña tule a una fase en la cual se la reconoce como fértil pero no puede tener compañeros sexuales. En este umbral siempre se encuentra acompañada o vigilada por familiares, y lleva en su cabeza una tela roja con pintas amarillas que evidencia y socializa su posición ante los miembros de la comunidad.

¹⁰² Para ampliar este tema véase el capítulo 5: Modelos de atención de salud materna en Urabá

¹⁰³ Las “molas” son artesanías que se fabrican con telas de colores vistosos y, por lo general, son representaciones de animales u objetos propios de su cultura.

Dicha fase concluye con la “fiesta de libertad”, la cual se realiza cuando los padres deciden que la joven se encuentra apta para conseguir esposo, tener hijos y sostener una familia. Este ciclo vital, social y ritual hace que las mujeres tengan su primer hijo a edades más tardías que las demás indígenas de Urabá, en promedio a los 17 años.¹⁰⁴

Los testimonios indican que la mayoría de los partos se atienden en la “casa grande”. El escenario para el parto se cubre con sábanas y telas, nadie puede observar este proceso, sólo la partera tradicional y quien va a dar a luz. Cuando se requiere de algún servicio del médico tradicional, éste lo presta por intermedio de la partera quien solicita determinado tratamiento para facilitar el trabajo de parto. El cordón umbilical se corta sólo cuando la placenta ha salido completamente del cuerpo de la madre. La placenta se entierra en un lugar cerca de la casa o junto a algún árbol.

Entre los Tule no es muy aceptada la biomedicina y más bien poseen un sistema propio de atención a la salud y a la enfermedad. Este sistema se sustenta en creencias míticas y en conocimientos especializados de plantas poseídos por un médico tradicional, llamado *inatuledi*, que ocupa una posición de poder en la comunidad.

También se encuentra la figura del *nele*, hechicero, sacerdote y médico, quien por medio de las oraciones, la enunciación de fragmentos de mitos y la intermediación con seres sobrenaturales, cura diversas enfermedades y problemas de salud que afectan a las comunidades.¹⁰⁵

Actualmente no hay un *nele* en el resguardo indígena de Caimán Nuevo, pero se habla de la existencia de uno en las comunidades Tule del archipiélago de San Blas (Panamá). Algunas personas de Caimán indicaron que viajaban hasta el archipiélago para recibir tratamiento de este médico tradicional.

Unas décadas atrás el *inatuledi* realizaba un seguimiento de los embarazos entre las mujeres tule, por medio de oraciones y del manejo de ciertos elementos –plantas, sahumeros, baños e infusiones– con el fin de prepararlas para un parto sin complicaciones. Actualmente estos procedimientos no se realizan y en los grupos focales se manifestó que esta falta de seguimiento a las gestantes generaba problemáticas en la salud materna y neonatal.

4.2.1.3 Familia y reproducción en las comunidades indígenas Emberá: Chamí y Katío

Los Emberá son el grupo étnico más numeroso de la región de Urabá y del departamento de Antioquia. Se dividen en tres subgrupos: Chamibida (gentes de la región de Risaralda y del suroeste antioqueño), Eyabida o Katío (gentes de montaña) y Dobida (gentes de río), cada uno

¹⁰⁴ ARIAS, María Mercedes 2001. “Comportamiento reproductivo en las etnias de Antioquia”. Pág. 272. En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10643405.pdf>. (Consultado: agosto de 2006).

¹⁰⁵ El *nele* también interviene en los partos complicados, cuando la partera no puede hacer nada y corre peligro la vida de la madre o el hijo. Ver: LÉVI-STRAUSS, Claude 1994. La eficacia simbólica. Antropología Estructural. Barcelona: Atlaya. Pág. 211-217.

con variaciones dialectales derivadas de la lengua emberá, la cual pertenece a la familia lingüística Chocó.

Los *dobida* habitan en la selva chocoana y en los municipios antioqueños del Atrato medio – Vigía de Fuerte y Murindó–, territorios que no hacen parte de este estudio, por lo cual se hará referencia únicamente a los subgrupos *chamí* y *katío*, quienes se encuentran en los municipios del eje bananero y en Mutatá.

Los *chamí* son originarios de Risaralda y del suroeste antioqueño, donde han desarrollado un elevado grado de contacto con la sociedad occidental y sus instituciones. Este grupo arribó a la región de Urabá como consecuencia de los desplazamientos por la violencia y por relaciones matrimoniales que algunos de sus miembros entablaron con los *katío*, ya asentados en Urabá.

Los *katío* provienen de la región del occidente antioqueño. Llegaron a Urabá siguiendo su patrón de poblamiento a través de los ríos y ocupando zonas de vertiente de la serranía de Abibe. Este grupo se ha mantenido más alejado de la influencia occidental, conservando muchas de sus tradiciones y formas organizativas. Sin embargo, algunas comunidades de la región han tenido que modificar sus patrones de movilidad y de aprovechamiento del entorno –pesca y caza– por no contar con tierras suficientes para estas actividades. Otro aspecto que incide en este punto es el deterioro de los bosques ocasionado por la fuerte explotación maderera que se ha desarrollado en Urabá, inclusive desde el siglo XIX.

Las entrevistas señalan que entre los emberá se presentan uniones a edades tempranas y en algunas comunidades se da el “*madresolterismo*”.

Esta situación no ocurría antes pues el grupo ejercía un control social, de manera que las nuevas parejas que se formaban debían contar con las capacidades necesarias para sostener una familia. Específicamente, entre los *chamí* existe el noviazgo y en ocasiones las uniones matrimoniales se realizan a través del rito católico, estas situaciones son resultado del contacto de esta comunidad con sociedades católicas del interior de Antioquia.¹⁰⁶

Entre los *katío* no existe noviazgo como tal, ni ceremonias matrimoniales, “la pareja simplemente se va a vivir sola”.¹⁰⁷ Tanto mujeres como hombres *katíos* adornan su rostro con pigmentos rojizos como señal de que son solteros y están buscando pareja.

¹⁰⁶ GUTIÉRREZ, Sandra Yudy y LÓPEZ, Alba Doris, 1999. “Estatus femenino ¿atado al cordón umbilical? el comportamiento reproductivo entre los emberá y zenú de Antioquia”. En: VIVEROS, Mara y GARAY Gloria (Comps.) *Cuerpo: diferencias y desigualdades*. Bogotá: Universidad Nacional Colombia, sede Bogotá/Centro de Estudios Sociales. Pág. 225.

¹⁰⁷ GUTIÉRREZ, Sandra Yudy y Alba Doris López. Op. Cit. Pág. 255.



El tipo de filiación es bilateral, es decir, los miembros pertenecen tanto a la familia del padre como de la madre, y las familias son extensas y nucleares. Muchas veces la falta de tierras para desarrollar su proceso tradicional de poblamiento ha hecho que los emberá conformen núcleos poblados y establezcan familias extensas, pues las nuevas parejas no cuentan con terrenos para ubicarse.

Atención de la salud reproductiva de las comunidades indígenas Emberá

Los testimonios refieren que para los grupos emberá el proceso reproductivo no representa mayores riesgos y las mujeres no realizan cuidados especiales durante la gestación y posparto, ellas continúan con sus actividades cotidianas, como cocinar, transportar agua, leña o plátano. Para ellos/as es importante que las mujeres embarazadas continúen con su vida cotidiana, pues de esta manera su hijo contará con energías, será un hombre trabajador o una mujer diligente en los asuntos domésticos. Sin embargo, para algunas mujeres emberá este asunto representa problemas para la salud de la madre y el niño.

Una inmensa mayoría de las gestantes de esta comunidad tienen su parto en los ríos, el monte o la casa, y sólo van a un centro asistencial cuando se presenta una complicación. Algunas comunidades emberá cuentan con parteras tradicionales, aunque es común que las mujeres asistan solas su parto; los hombres casi nunca intervienen en esta actividad, es un asunto exclusivo de mujeres.

El hecho de que en las comunidades se prefieran lugares familiares para tener el parto se fundamenta en los imaginarios que poseen sobre la reproducción, en los cuales ésta es un proceso cultural y biológico que debe desarrollarse en espacios propios de la comunidad, y donde las mujeres se sientan cómodas para dar a luz. Es posible que para los indígenas los hospitales sean lugares lejanos y a los que se acude exclusivamente en casos de extrema necesidad o cuando la medicina tradicional no les resulta eficaz. Como ya se dijo, las mujeres prefieren permanecer en sus comunidades, cumpliendo con sus roles, antes que desplazarse a un centro de salud, el cual es un lugar ajeno a su cultura.

En el trabajo de campo se observó que los emberá poseen sistemas propios de atención a la enfermedad. El jaibaná es su médico tradicional y es la persona encargada de curar o producir enfermedades mediante el conocimiento y manipulación del mundo de los espíritus emberá. Este médico puede intervenir en el proceso reproductivo facilitando el parto. Los emberá afirman que existen “enfermedades de jai” (agentes de la enfermedad y la agresión, pero también de la protección y curación) que sólo pueden ser tratadas por el jaibaná.

Es de hacer notar que los Emberá Chamí poseen una relación más cercana con la biomedicina, mientras los Katíos están más alejados del sistema de salud. En ambos casos, los sistemas locales de atención a la salud-enfermedad se han debilitado en los últimos años debido a los procesos de contacto con la sociedad occidental.



4.2.1.4 Familia y reproducción en la comunidad indígena Zenú

Los indígenas Zenú arribaron a Urabá a principios del siglo XX, provenientes, principalmente, del departamento de Córdoba. Son descendientes del pueblo Zenú, que habitaba gran parte de la sabana de la Costa Atlántica –actuales departamentos de Córdoba, Sucre y Bolívar– cuando arribaron los conquistadores españoles al continente.

Durante la conquista murieron muchos indígenas, al punto de haberse extinguido su lengua, costumbres, creencias y mitologías. Actualmente, persiste un grupo que reivindica una identidad zenú y lucha por el derecho a tierras propias para habitar y producir.

Las artesanías con caña flecha son características de esta comunidad que conforma pequeños poblados alrededor de un espacio central, semejando un parque cuadrado de césped. Sus principales actividades productivas son la agricultura, la elaboración de artesanías y los jornales en los latifundios ganaderos.

La información del trabajo de campo plantea que los matrimonios Zenú se realizan a edades tempranas, son estables y el “madresolterismo” no es común. La nueva pareja se va a vivir a la casa de alguna de las dos familias, generalmente, donde los parientes del esposo, presentándose así una residencia patrilocal que no es absolutamente estricta, posee un carácter transitorio pues cuando la pareja cuenta con las condiciones necesarias para vivir de modo independiente construye una casa para el núcleo familiar. Además las familias pueden ser nucleares y extensas.

Las mujeres Zenú tienen su primer hijo a edades tempranas, en promedio a los 15 años,¹⁰⁸ y no cuentan con un rito de paso para el tránsito de la infancia a la adultez. Socialmente se acepta que después de la primera menstruación las mujeres son aptas para ser madres, para ello se requiere de un compañero estable. Los núcleos familiares están conformados, en promedio, por siete hijos.

Las entrevistas y observaciones de campo indican que entre los Zenú la atención del parto y la gestación la realizan tanto las instituciones de salud como las parteras tradicionales y mujeres mayores –madres, suegras, amigas– que prescriben una serie de baños de asiento e infusiones de plantas para las embarazadas y están presentes durante el trabajo de parto. Los tratamientos tradicionales que prescriben estas mujeres pretenden facilitar el alumbramiento, generar contracciones, prevenir los “fríos, disminuir el dolor de las parturientas y permitir la expulsión de los residuos del cuerpo de la mujer.

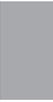
¹⁰⁸ ARIAS, María Mercedes 2001 Op.Cit. Pág. 272.

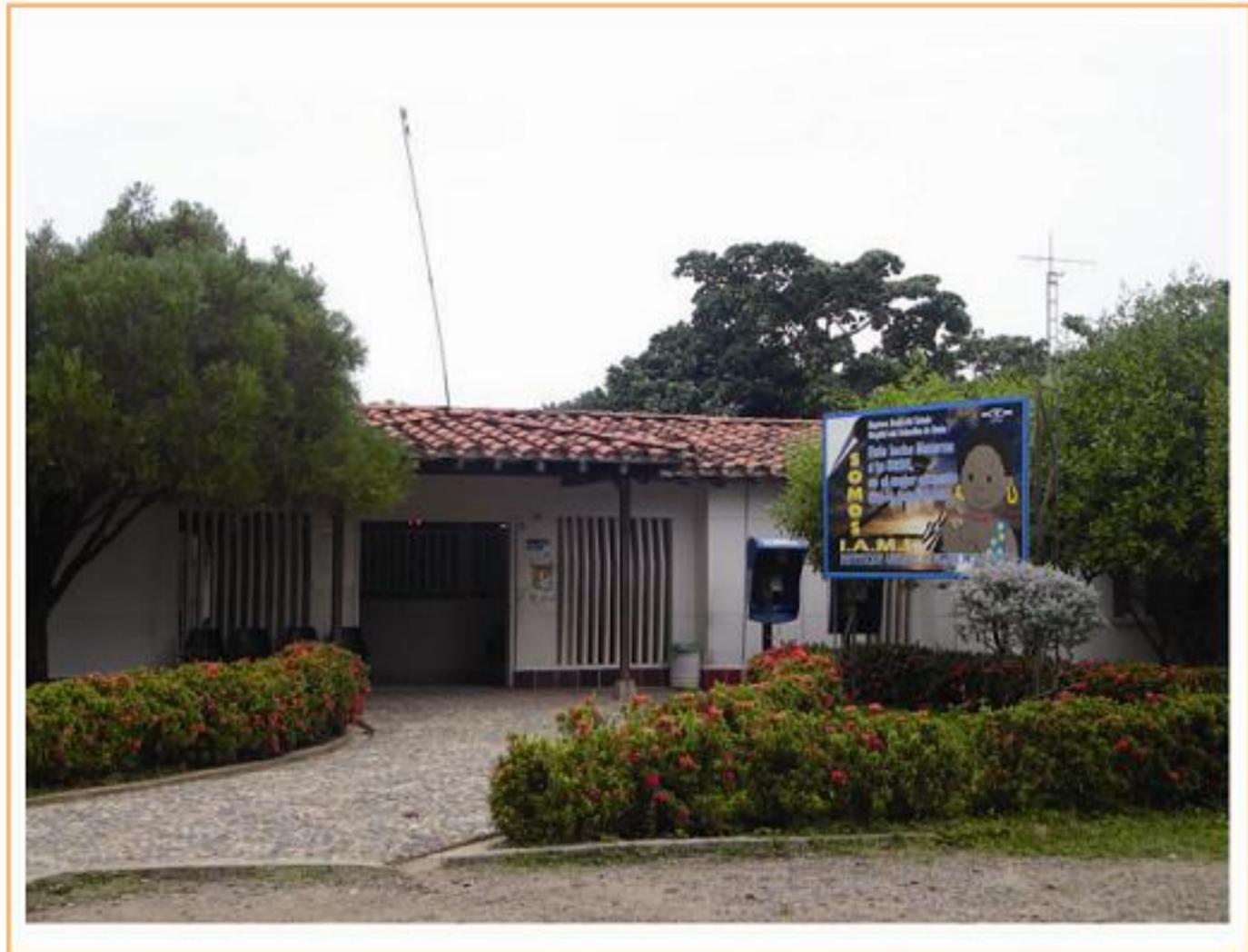


Las parteras tradicionales también realizan masajes a las gestantes para cambiar la posición del feto. En esta comunidad los hombres participan en la atención del parto brindando compañía y apoyo directo a las mujeres, siendo muchas veces el único que acompaña el trabajo de parto.

También son reconocidos por las comunidades los llamados “botánicos”. Estos se dividen en dos grupos: quienes se especializan en curar mordeduras de serpientes y aquellos que se ocupan de otras enfermedades –parásitos, fiebres, fracturas, entre otras molestias. Las parteras tradicionales poseen igualmente conocimientos botánicos pero ellas pertenecen a una categoría diferente, vinculada, específicamente, al cuidado de la gestación, parto y puerperio.







E.S.E. Hospital San Sebastián de Urabá, Municipio de Necoclí



5. MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD MATERNA EN URABÁ

En ciertas regiones de Colombia hay una diversidad étnica y cultural que puede observarse en los conocimientos, prácticas y valores culturales en relación con el cuidado de la gestación y la atención del parto, tales cuidados coexisten con las atenciones provenientes del sistema nacional de salud. Así, en Urabá la diversidad en la atención en salud está presente tanto en instituciones y empresas de salud, como, y principalmente, en los representantes de la medicina tradicional (parteras, botánicos y médicos tradicionales, entre otros).

Se puede decir que en Urabá hay un sistema combinado de atención a la salud. Por una parte, sectores de la población, más que todo de origen urbano, ven a los proveedores de salud de sus municipios como los más idóneos para la atención de las gestantes y sus recién nacidos. Por otra parte, las poblaciones indígenas y afro colombianas, en su mayoría rurales, reconocen y recurren a un sistema tradicional de salud para la gestación, el parto y otros procesos de salud-enfermedad. Esta situación debe ser entendida como “el conjunto de conceptos, conocimientos, habilidades y acciones para el manejo de la salud y la enfermedad, producidos por un grupo humano específico”,¹⁰⁹ en el cual intervienen elementos tradicionales y facultativos que se interrelacionan constantemente.

Teniendo en cuenta lo anterior, este capítulo se centrará en el análisis de los sistemas tradicionales de atención a la salud materna e infantil que perviven en la subregión de Urabá, también en la brecha que hay entre estos sistemas y las instituciones y secretarías de salud de los municipios.

¹⁰⁹ BARAJAS, Cristina 2000. *Sentir veranos: significaciones de la enfermedad y su curación en los andes colombianos*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.



5.1 Partería tradicional

En Urabá la partería tradicional se reconoce como una de las alternativas de atención de salud –y en ciertas áreas la única– para las mujeres durante el período de gestación y parto. La aceptación y vigencia que detentan las parteras tradicionales se fundamenta en el saber que poseen y en los aspectos de orden psico-social, relacionados con la afectividad y la familiaridad que existen entre los terapeutas tradicionales y la población atendida.¹¹⁰

Otros factores, como el proceso de colonización tardío, el bajo desarrollo social y de infraestructura de la región, la diversidad étnica y cultural, además de la baja satisfacción con el parto institucional, han contribuido para que la partería tradicional se asiente como uno de los sistemas de atención más importantes, en especial para las familias y mujeres que viven alejadas de los establecimientos de salud.

Las parteras de la región son, por lo general, mujeres, entre los 40 y 90 años, que en la actualidad ejercen su práctica de forma independiente y sin ningún tipo de relación o control por parte de las instituciones de salud. Las autoridades de las secretarías de salud y desarrollo social así como los proveedores de salud tienen poco conocimiento sobre el número de parteras que ejercen en sus municipios y las prácticas a las que recurren para atender a las gestantes. Una situación común en las cabeceras municipales y en las zonas rurales es la “clandestinidad” en la que actualmente se ejerce la partería, como consecuencia del establecimiento de una serie de normativas para la regulación de la atención del parto, restringiéndola al personal médico calificado de las diferentes instituciones de salud del país.

Actualmente la zona urbana de Urabá cuenta con numerosos centros asistenciales y la cobertura en salud ha aumentado de manera considerable. Sin embargo, el personal y las instituciones de salud se han preocupado poco por los proveedores comunitarios, pues el modelo actual de salud de la región no contempla el trabajo con esta población. La partería tradicional es aún una práctica ajena al conocimiento y control institucional, situación que en última instancia evidencia la poca interacción que hay entre las instituciones de salud y las comunidades. Lo anterior pone de manifiesto el desconocimiento de las necesidades de las comunidades y una baja articulación intersectorial para realizar proyectos y propuestas que impacten positivamente la salud materna, neonatal e infantil.

5.1.1 Programas de parteras en Colombia

Durante la década de los 80 el interés por el reconocimiento de la partería tradicional como parte del sistema de atención a la salud de las madres fue promovido por la Organización Mundial de

¹¹⁰ SZASZ Pianta, Ivonne 1998. *Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil*. En: www.ccp.ucr.ac.cr/~icamacho/problemas/szasz.doc. (Consultado: abril de 2006).



la Salud. Este reconocimiento partió de la identificación de los especialistas y su capacitación. Entre los informes pioneros realizados con dicha finalidad está: “Salud para todos en el año 2000”,¹¹¹ en el se creó la figura de “agentes de la salud comunitarios”, considerados como un “recurso necesario para el sector salud, los Estados y los Organismos Internacionales”.¹¹² Allí se concibió que estos agentes, como curanderos y parteras tradicionales, son parte de su comunidad, comparten la cultura y las tradiciones locales, además “[...] en muchos lugares siguen gozando de gran consideración social, lo que les permite ejercer una influencia considerable sobre las prácticas sanitarias de la localidad”.¹¹³ Por tal motivo, se pensó que era prioritario incorporarlos “a las actividades de atención primaria de salud, dándoles el adiestramiento correspondiente”.¹¹⁴

Para el año 1981 la OMS publicó documentos y manuales con el fin de iniciar un proceso de capacitación y seguimiento al trabajo de las parteras tradicionales, quienes fueron reconocidas como “Auxiliares de Maternidad Tradicional (AMT)”.¹¹⁵

El programa de capacitación para las parteras implicó una nueva denominación para éstas. Por un lado, se llamó parteras tradicionales a quienes habían “adquirido su conocimiento por medio de la transmisión oral de la memoria colectiva, de elementos arraigados en una cultura ancestral, y que no habían sido capacitadas por el sistema de salud estatal”,¹¹⁶ por otro lado, se nombró como parteras empíricas adiestradas a aquellas “mujeres que habían sido capacitadas por una institución de salud para ejercer las actividades de auxiliar de maternidad tradicional, sin previa experiencia en la atención de embarazos”.¹¹⁷

Así, durante las décadas de los 80 y 90 la partería tradicional fue el centro de programas que tuvieron como objetivo reducir la morbilidad materna y perinatal y mejorar la calidad de la atención en salud para las mujeres, no sólo durante el período de gestación y parto, sino a lo largo de su ciclo reproductivo.¹¹⁸ Los programas educativos que se pusieron en marcha se focalizaron no sólo en el conocimiento de las parteras tradicionales, sino también en lograr su participación en “programas de planificación familiar y como auxiliares en el sector salud, promoviendo una política de articulación con el sistema médico”.¹¹⁹

¹¹¹ JOHNS HOPKINS UNIVERSITY 2002. *Formas de abordar el tema de parteras y curadores tradicionales: tres formas diferentes en que se ha abordado el tema de parteras*. Capítulo II. En: http://www.tdr.cesca.es/TEISIS_URV/AVAILABLE/TDX-0122103-164843//Cap2.pdf (Consultado: marzo de 2006).

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ En la actualidad este tipo de propuestas han sido reevaluadas desde organismos internacionales, como la OMS y OPS, por no haber resultado efectivas para reducir la morbilidad materna y perinatal en los países donde la estrategia fue priorizada.

¹¹⁹ GOOD, Marcia 1997. “Parteras en Mérida: Una alternativa a la cesárea innecesaria”. En: www.uady.mx/sitios/mayas/articulos/par2.html. (Consultado: marzo de 2006).



En las décadas de los 50 y 60 el Sistema Nacional de Salud de Colombia, hoy Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el ánimo de mejorar la calidad de la atención del parto domiciliario realizó algunos cursos para capacitar parteras tradicionales. Estos cursos continuaron en los 70 con la implementación de una estrategia para ampliar la cobertura de atención materna e infantil. El resultado de ello fue la puesta en marcha del Programa de Complementación y Utilización de la Partera Complementada, quienes corresponden a lo que previamente se llamo: “partera empírica adiestrada”, en cuyo marco se realizaron 130 cursos de capacitación a parteras y la complementación de 2.000 de ellas en atención materna infantil.¹²⁰

En 1981 se realizó el primer Seminario Nacional para evaluar la complementación y utilización de la partera tradicional por el Sistema Nacional de Salud. Allí se reunieron 40 expertos, entre médicos y enfermeras, que representaban a 11 servicios de salud, y a otras organizaciones como la Fundación Pathfinder, la Federación de Cafeteros de Caldas y el Programa Materno-Infantil de la Pontificia Universidad Javeriana. Entre las conclusiones destacaron el mejoramiento en la cobertura y la calidad de atención, así como la integración de la partera tradicional al sistema de salud, lo que se reflejó en el aumento de las derivaciones a los centros de salud de las embarazadas con parto complicado y de recién nacidos con problemas.

Por otra parte, en 1997 en el municipio de Quinchía de Risaralda se realizó un estudio de caso sobre el impacto del adiestramiento de las parteras tradicionales en la salud materna de esta población. Los objetivos de dicho estudio fueron: determinar el grado de conocimientos entre las parteras capacitadas y no capacitadas sobre la atención del embarazo, trabajo de parto y recién nacido, como también establecer la relación entre la mortalidad perinatal y la atención de partos por parteras.

No se pudo llegar a una conclusión convincente para el segundo objetivo, debido al elevado subregistro de partos atendidos por parteras y el número de partos con complicaciones. Sin embargo, uno de los hallazgos más importantes del estudio fue detectar que tanto las parteras tradicionales como las complementadas tenían conocimientos insuficientes para la atención de las embarazadas, y que además utilizaban técnicas riesgosas en la atención del parto. Con estos resultados, se planteó la necesidad de seguir apoyando el adiestramiento de parteras, aunque con una revisión de la metodología de capacitación y mayor conocimiento sobre la práctica de las mismas.¹²¹

¹²⁰ REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD 1985. Evolución de las actividades de atención materno infantil en Colombia, 1969-1985. Bogotá: División Materno Infantil y Dinámica de la Población

¹²¹ Cabe resaltar, que sólo el adiestramiento de las parteras tradicionales no mejora la atención del parto, porque, como se evidenció en esta y otras investigaciones, las parteras tradicionales no reconocen los signos de riesgo, lo que dificulta la toma de decisión para asistir oportunamente a una institución de salud cuando se presenta alguna complicación durante la gestación, parto y puerperio. (Revisar espacios entre las líneas)



En la actualidad, en el pacífico colombiano se cuenta con la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA) que desde 1996 se organizaron en busca de mejores condiciones de salud para la comunidad, en especial para las madres. Asimismo, se encuentra el Centro de Estudios Profesionales en Salud que, desde el 2004, trabaja en la atención del parto con la población urbana y rural para minimizar la mortalidad materna.

5.1.2 Factores que inciden en la continuidad de la partería

Cómo se mencionó en los capítulos anteriores, la región de Urabá se ha caracterizado a lo largo de las últimas décadas por un bajo grado de desarrollo social, el cual es entendido como:

*“[...] un proceso de promoción del bienestar de las personas en conjunción con un proceso dinámico de desarrollo económico. El desarrollo social es un proceso que, en el transcurso del tiempo, conduce al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población en diferentes ámbitos: salud, educación, nutrición, vivienda, vulnerabilidad, seguridad social, empleo, salarios, principalmente. Implica también la reducción de la pobreza y la desigualdad en el ingreso. En este proceso, es decisivo el papel del Estado como promotor y coordinador del mismo, con la activa participación de actores sociales, públicos y privados”.*¹²²

Frente al insuficiente desarrollo social y la respuesta poco efectiva del Estado para afrontar y solucionar los diferentes problemas de la región, las comunidades de Urabá han replicado generación tras generación sus sistemas sociales y culturales, entre ellos, la atención tradicional de su salud, constituyéndose la partería tradicional en uno de los sistemas que continua siendo una opción para el cuidado de las madres durante la gestación, parto y puerperio.

Las precarias condiciones económicas en que viven la mayoría de las familias de Urabá y los diversos grados de inequidad son factores que inciden para la continuidad de la partería, pues éstas no cuentan con los recursos económicos suficientes para desplazarse hacia una institución de salud y tener su parto allí, además, las familias no tienen una red social de apoyo que las ayude a afrontar las dificultades para su traslado a una institución de salud, por lo tanto, su opción es atender el parto con la ayuda de una partera tradicional, un familiar o una amiga.

En Urabá un alto número de madres son cabeza de familia, éstas no cuentan con empleos estables ni recursos suficientes para acceder al SGSSS, ya sea por medio del régimen contributivo o subsidiado. Tal situación las deja fuera del sistema de salud formal y las obliga a recurrir a sistemas tradicionales de atención como la partería tradicional. Las mujeres y familias más afectadas son las que provienen de los grupos desplazados.

¹²² Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (Actualización: 16 de junio de 2006). “Definición”. En Desarrollo Social. www.diputados.gob.mx/cesop/. (consultado: agosto de 2007).



A ello se agrega que la mayoría de las gestantes y sus familias no conocen sus derechos en salud reproductiva y piensan que no pueden acceder a un servicio de salud estatal. Un ejemplo de ello se relaciona con la población vinculada (pobre no afiliada al SGSSS), la cual considera que al no poseer el carnet del SISBEN no puede inscribirse en programas que tienen que ver con el control prenatal, el de crecimiento y desarrollo o ser atendida en las instituciones de salud ante una eventual emergencia:

- *“¿Cómo estuvo ella durante esos dos meses?*
- *Ella cogió el embarazo, fue adelgazándose, la comida no le provocaba, comía y la vomitaba. Yo era la que la mandaba a buscar, yo le hacía la sopa, me decía: ‘¡Mamá, yo quiero comer sopa de espagueti!’, la comía pero como a la media hora la vomitaba”.*
- *¿Y por qué no la llevaste al hospital?*
- *“Porque en ese tiempo ella no tenía carné”.*
(Autopsia verbal: Necoclí, Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, 2005)

Este problema se agrava por la falta de claridad en la información que brinda el personal de salud sobre la atención a la población, como lo evidencia el siguiente testimonio:

“Mi mamá me dijo un día: ‘[...]’, tú con esa barriga, ya el lunes vamos para donde [...] el control, verdad, el lunes la llevo allá [...]’. Le dijo [en el control prenatal] que necesitaba la carta del caso del SISBEN. Ella dijo que yo venía de Bogotá, y le dijeron que necesitaba entonces el traslado y la ficha del SISBEN de aquí y si no podía hacerle control”. (Autopsia verbal: Turbo, Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, 2006)

Para comprender la dimensión de estos testimonios se debe aclarar que en Colombia las mujeres en embarazo tienen derecho a acceder al Programa de Control Prenatal y la atención del parto institucional, independiente de su situación en el SGSSS. Además, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad estableció la accesibilidad como uno de los cinco atributos de la calidad. Ante el poco conocimiento que tienen las mujeres, sus familias y las comunidades sobre la normatividad vigente, la alternativa es recurrir a los sistemas tradicionales de atención a la salud-enfermedad y asistir a los centros asistenciales sólo en casos de emergencia.

Por último, el deficiente desarrollo vial en algunos municipios y zonas rurales de la región impide el acceso de las mujeres y sus familias a las instituciones de salud. En algunos corregimientos y veredas apartadas de los cascos urbanos las vías se encuentran en un estado deficiente, son aptas para transitarlas solamente durante las épocas de verano, y, en otros casos, estas vías son inexistentes.

“Yo vine aquí donde la suegra, le avise para que fuera, yo me fui a buscar una partera y ella dijo: ‘Pero no, no, esto hay que sacarlo’ [...] Entonces yo corrí, busque la gente pa’ sacarla en hamaca [...] Como el camino estaba demasiado malo llegamos a las seis y salimos de aquí como a las dos de la madrugada”. (Autopsia verbal: Turbo, Nacer, Salud Sexual y Reproductiva., 2005)

En otro testimonio se menciona:

“[...] yo no puedo decirle a una señora de La Unión que no atienda el parto, si para traerla hasta acá la tienen que sacar en hamaca y traerla río abajo cinco horas, mientras llega se le viene el bebé o se muere. Cualquiera cosa es mejor”. (Entrevista: Personal de Salud, Carepa, junio de 2006)

5.2 Representaciones sociales y culturales de la gestación, parto y puerperio

Las representaciones sociales y culturales acerca del proceso de salud y enfermedad están presentes en la mayoría de las sociedades. Comprender estas representaciones es fundamental, pues muchas veces son éstas las que influyen en la toma de decisiones de las personas para optar por un determinado sistema de salud. Por lo general, en las comunidades estudiadas las representaciones construidas hacen que se acuda a la partería y a los especialistas tradicionales para resolver cuestiones relacionadas con la gestación y el parto.

En ciertas comunidades de Turbo se piensa que los problemas relacionados con la gestación y el parto sólo pueden ser resueltos por parteras o médicos tradicionales, y no por las instituciones de salud. Este es el caso de las denominadas “tramas”¹²³ o complicaciones que, según testimonios, dificultan que la mujer pueda llevar a término su parto. Para solucionar dicho problema se recurre a las parteras tradicionales, quienes con ciertas bebidas y prácticas llevan a culminar el trabajo de parto.

Las creencias que tienen acerca de las complicaciones de la gestación y el parto conforman la representación social de la enfermedad, la cual puede llegar a convertirse en un elemento que dificulta el reconocimiento, por parte de la mujer y su familia, del riesgo que estas complicaciones conllevan y por tal motivo retrasan la consulta al personal calificado:

“Bueno, a mi me dio mucha tristeza y yo arranqué y me vine, porque ella me dijo: ‘No, eso no es de médico, lo que ella tiene no es de médico’. Yo le dije: ‘¿Bueno y si no es de médico, usted por qué no ha hecho la manera de llevarla a otra parte?’ Le dije yo: ‘No, porque es que hay un señor que la está tratando y hasta que ella no tenga ese muchacho no le hacen el trabajo a ella”. (Autopsia verbal: Turbo, Nacer, Salud Sexual y Reproductiva, 2006)

¹²³ Las “tramas” son maleficios que les hacen a las mujeres durante la gestación para generarles dificultad durante el trabajo de parto, en consecuencia, ellas se casan de pujar sin producirse el nacimiento del niño. Para contrarrestar las “tramas” las parteras suelen hacer rezos conocidos tan sólo por ellas, logrando de esta forma romper el maleficio y llevar a buen término el parto.



Las parteras también indican que usualmente atienden malestares como son los “fríos” provocados por la exposición a temperaturas bajas y que al momento del parto causan fuertes dolores o secreción de una mucosidad.

En algunas zonas de la región de Urabá la tradición del parto domiciliario ¹²⁴ atendido por partera se sustenta en la transmisión generacional de madres a hijas y nietas.

Dicha transmisión trasciende lo familiar para insertarse en las dinámicas sociales y culturales del entorno más cercano. Estas experiencias familiares y comunitarias han llevado a la valoración positiva de la partera, no sólo por la respuesta inmediata que ofrece, sino porque brinda a las madres la posibilidad de estar rodeadas de su círculo familiar, de seguir supervisando las labores domésticas y estar al cuidado de su familia.¹²⁵

De acuerdo con la información bibliográfica, la necesidad de acompañamiento y apoyo familiar durante el trabajo de parto y posparto es reconocida en el contexto internacional como un derecho por los beneficios que esta práctica tiene para la gestante y el recién nacido. Los estudios, revisados por Cochrane, que han evaluado el efecto del acompañamiento continuo han demostrado que las mujeres que reciben apoyo tienen menos probabilidades de requerir analgesia o anestesia regional, tener un parto vaginal instrumentado o una cesárea, y sus bebés tienen menor probabilidad de requerir reanimación. En general, las mujeres consideran como más favorable su experiencia del parto cuando son acompañadas por su familia.

Entre las razones por las cuales el parto domiciliario es aceptado entre las gestantes se mencionan:

- El buen trato que reciben de la partera;
- la enseñanza de los cuidados del recién nacido en sus primeras semanas de vida;
- la confianza hacia la persona que las atiende;
- la credibilidad en los conocimientos y experiencia de la partera;
- la poca incomodidad por su desnudez;
- la ausencia de procedimientos, como tactos, episiotomías y cesáreas.

En las comunidades indígenas de Urabá la atención tradicional del parto incluye otros elementos afectivos y simbólicos como la presencia del esposo, el entierro de la placenta, respetar el pudor de la mujer cubriendo su cuerpo durante el trabajo de parto y asegurar la confidencialidad evitando que las parturientas sean vistas por otro hombre diferente al esposo. ¹²⁶

¹²⁴ Es importante señalar que en el departamento de Antioquia la atención domiciliar del parto es por lo general sinónimo de atención por partera tradicional ya que no existe en nuestro medio la figura de la partera profesional (*midwife*) de otros países.

¹²⁵ HODNETT, ED, Gates S y Hofmeyr G J, Sakala C. 2006. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. (Revisión Cochrane traducida). En: The Cochrane Library, Número 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Fecha de modificación mas reciente: 09 de mayo de 2003.

¹²⁶ Para profundizar este tema véase el capítulo 3 de esta investigación.



Por ejemplo, en la comunidad indígena El Polvillo la presencia de los hombres en el parto es una tradición que se considera indispensable, ya que según los hombres y mujeres: “si ellos participaron para hacerlo, deben saber y participar también al momento de tenerlo”.

A pesar de la evidencia sobre la importancia del acompañamiento, en la región de Urabá estas prácticas no están todavía incorporadas en los servicios públicos de salud. Esto se observa en una evaluación de la atención en hospitales, cuyo resultado mostró que del total de historias clínicas de mujeres que tuvieron su parto, sólo un 30% estuvieron acompañadas por su pareja o un familiar significativo.¹²⁷

El miedo a los procedimientos quirúrgicos como la episiotomía o la cesárea es otro factor identificado para la no asistencia al parto institucional:

- *“En ese tiempo, como dice también la compañera, por falta de conocimiento, o sea, yo era por temor al hospital, yo me sentía más cómoda en mi casa, con mi mamá y mi abuelita que estaban ahí al lado mío, inclusive con la primera niña llevaron el carro para sacarme de ahí y yo no acepte que me sacaran de la casa al hospital [...]”*

- *¿Llamaron a la partera?*

- *“Sí, ya la partera estaba ahí con nosotros, y yo no dejé, porque yo le tenía temor, era un miedo que a mí me daba que me llevaran al hospital, porque a mí me parecía que me iban a dejar morir ahí, me iban a rajar, yo no sé, yo le tenía miedo a la cesárea, era a la que le tenía miedo”.* (Grupo focal: Madres comunitarias, San Juan de Urabá, junio de 2006)

El miedo a la episiotomía se refuerza con imaginarios como el riesgo de un desgarro en un parto posterior, la presencia de dolor durante el acto sexual y la reducción del placer sexual.

Contrario a las prácticas de las parteras, por mucho tiempo la medicina occidental recomendó la episiotomía. El argumento fundamental para su realización era facilitar el parto y así evitar los traumatismos perineales y las disfunciones del piso pélvico posparto. Sólo en aquellos casos en los que la mujer ya había tenido varios hijos por vía vaginal era posible no hacer este procedimiento. Sin embargo, después de varios estudios, la evidencia científica mostró que con la episiotomía son mayores los riesgos que los beneficios y por tanto su uso debería restringirse.¹²⁸

¹²⁷ Gobernación de Antioquia 2007. *Informe final de la auditoría de la calidad en el año 2007*. Programa Maternidad Segura: Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Nacer- U. de A. Medellín.

¹²⁸ CARROLI G, Belizán J. 2003. "Episiotomía en el parto vaginal" (Revisión Cochrane traducida). En: The Cochrane Library. 2006, N° 1. Modificación más reciente en 20 de octubre de 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.



A pesar de lo anterior, todavía en algunos lugares de Colombia esta recomendación no ha sido plenamente incorporada, como lo demuestra un estudio realizado en la ciudad de Medellín sobre el uso de prácticas obstétricas entre el 2004 y el 2005. En este estudio el porcentaje de mujeres primigestas a quienes se les realizó episiotomía fue de 71,4% cuando lo ideal, con una política de episiotomía restrictiva, sería un 30%.¹²⁹ Algunas mujeres y parteras entrevistadas consideran que el personal de salud sigue haciendo la episiotomía por falta de compromiso y para ahorrar tiempo y dinero a las instituciones de salud.

En cuanto al temor de las mujeres porque la episiotomía afecte su vida sexual posterior, la evidencia no muestra que esto sea así, si bien es un procedimiento que cuando se lo realiza conlleva cierto grado de dolor o incomodidad en el posparto inmediato, no se ha demostrado ninguna diferencia en cuanto a la dispareunia después de tres meses entre las mujeres a quienes se les ha practicado este procedimiento y aquellas que no.¹³⁰

5.3 Interacción entre proveedores de salud, usuarios, familias y comunidades

Durante la investigación en Urabá se observó que la calidad de la atención influye para el acceso a los mismos. Entre las características observadas se encuentran:

- Escaso conocimiento de las necesidades de los usuarios por parte de los servicios de salud.
- Baja satisfacción del personal de salud con su actividad profesional (contrataciones, salarios, jornadas laborales, incentivos)
- Relaciones interpersonales y de comunicación no adecuadas.

Estas dificultades, entre otras, han contribuido a generar la insatisfacción de los usuarios por la atención que reciben, como también el poco impacto de las actividades y programas que se implementan para el mejoramiento de la salud.

5.3.1 Necesidades de los usuarios

En las entrevistas y en los diferentes grupos focales se resaltó la deshumanización de la atención en los establecimientos de salud. Aspectos como el respeto, la confianza y el apoyo, que son indispensables para una buena resolución del parto o una atención adecuada, no estaban incorporados por el personal de salud. Algunos testimonios aluden a esta situación:

¹²⁹ GOMEZ JG, LONDOÑO, JG y MONTERROSA de E. 2006. "Frecuencia de uso de prácticas médicas basadas en la evidencia el cuidado del parto en hospitales de la ciudad de Medellín. Años 2004-2005". Medellín: IATREIA. Pág. 5-13.

¹³⁰ VISWANATHAN M., Hartmann K, PALMIERI RLUX, L. SWINSONT., LOHR K.N., GARTLEHNER G., THORP J. 2005. "The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review". En: Evidence Report/Technology Assessment. N° 112. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016) AHRQ Publication N° 05-E009-2. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality.



"[...] hay muchos médicos que sí son groseros, hay muchas enfermeras que también son atrevidas. O sea, no entienden el dolor, no entienden el dolor de la persona. A veces hay muchachas que gritan [...] y uno a veces se desespera y uno las regaña, las grita. Uno hay veces como que no está centrado [...] así como hay médicos buenos, interesados, así también hay médicos malos que solamente les interesa recibir ese bebido y no les importa si el niño cómo viene, si el niño cómo está, si es bonito y si de coser o algo, ¿no?, ellos no están pendientes sino del trabajo, lo que tienen que hacer y ya [...]". (Grupo Focal: Personal de salud, Necoclí, junio de 2006)

"[...] yo había tenido cinco hijo: tres fueron con partera y una vine a tenerla aquí [hospital]. A mí me empezaron los dolores a la una de la mañana y enseguida. Como durante el control prenatal era difícil el embarazo, entonces me decían: '¡La tienes de lado [al bebé], no puedes alumbrar en la casa!', y ésa era la cantaleta, que yo no podía alumbrar en la casa. Pero cuando yo llegué aquí al hospital [...] entonces me dijo un médico, el médico que me estaba atendiendo no estaba, 'Siéntate allá', y cuando al rato se acordó de mí fue y me miró y me dijo: 'No, no es tu hora de tener el bebé, te puedes ir para tu casa y por ahí a las doce y media del día vienes' y eran como las ocho. Yo me fui para mi casa, quedaba bastante lejitos. A las once y media me empecé a arreglar y ahí me vine, cuando llegué me dice el médico: '¡Otra vez!', y le dije yo: 'Pues claro, es que ya yo estoy mal, ya estaba pintando, y me dice: 'Siéntate ahí, métete ahí'. Se fue a hablar o hacer quién sabe qué, cuando vino, ya yo estaba rosadita, rosadita, la cara roja de estar ahí sentada, que a veces me paraba, lloraba, lloraba, porque en la casa nunca me había tocado así, así que yo me ponía a llorar que por qué me había venido para el hospital, que por qué tenía que haber hecho ese embarazo así [...]". (Grupo focal: Madres comunitarias, Turbo, junio de 2006)

Las experiencias negativas de las maternas al recibir maltrato (regañones e intimidaciones) por parte del personal de salud durante la gestación, trabajo de parto o posparto, las alejan de las instituciones de salud, y al narrar sus vivencias en la comunidad se deteriora la imagen del parto institucional.

"[...] Cuando tuve a John Edison me trataron muy mal en el hospital, que 'aguante hija, que cómo cuando estaba con su marido sí aguantaba, aguante, ese dolor es muy duro pero tiene que aguantar'. Había otra muchacha que estaba allá llorando y que 'véala, ahora es que llora tanto pero antes se reía". (Grupo focal: Madres comunitarias, Turbo, junio de 2006)

Los profesionales de la salud tienen poco claro las implicaciones de la diversidad socio-cultural en el proceso de atención a la salud-enfermedad. En los procesos curativos es indispensable el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural, así como del sistema de creencias del individuo, para generar confianza y credibilidad en el terapeuta y, de esta manera, lograr mejores resultados



en la salud de los usuarios. Los servicios de salud de la región están más centrados en un modelo médico hegemónico –científico-técnico–, dejando en un segundo plano el componente psico-social de la atención, elementos que deberían tener el mismo nivel de importancia dentro de la atención en salud.

Finalmente, es evidente la poca interacción entre las Secretarías de Salud de los municipios y las comunidades, que se refleja en el escaso conocimiento de los problemas de la salud materna, neonatal e infantil, y el insuficiente trabajo intersectorial para dar una solución concertada a tales complicaciones. En las secretarías de salud se realizan pocos diagnósticos con la participación de la comunidad, habitualmente éstos son construidos por los mismos proveedores, sin tener en cuenta las particularidades, las opiniones, las voces y las necesidades en salud de las comunidades. El argumento utilizado con mayor peso para prescindir de la comunidad es su poca organización y apatía por estos temas. Si bien es cierto que la organización comunitaria en esta región es bastante débil y pocas personas están comprometidas a liderar procesos de esta índole, es indudable que las instituciones de salud deben invertir esfuerzos en fortalecer a la población en temas de participación social.

En municipios tan extensos como Turbo, con alrededor de 240 veredas y 5 corregimientos, las parteras tradicionales asisten la mayoría de los partos. Según testimonios de parteras, en cada vereda de Turbo, sin contar el casco urbano, puede haber entre una o dos parteras. Sin embargo, desde las centralidades municipales esta situación se desconoce, creyendo que las parteras tradicionales ya no ejercen su actividad y las únicas que existen son las registradas en sus archivos –no más de 20– y que fueron capacitadas en la década de los 80 por el entonces Servicio Seccional de Salud de Antioquia, hoy DSSPSA. Además, funcionarios de algunos municipios desconocen totalmente esta situación, al punto de expresar “que en sus municipios habían sido erradicadas desde hacía mucho tiempo y que ellos ya no tenían parteras”.¹³¹ Este desconocimiento y negación de otros sistemas de salud no permite tener una mirada integral de la salud materna y neonatal ni tampoco planificar actividades tendientes a solucionar las problemáticas que esta situación genera.

5.3.2 Relaciones interpersonales y de comunicación no adecuadas

Otro aspecto importante que influye en la relación entre los proveedores de salud y las comunidades tiene que ver con uso de la lengua materna. Por lo general, la mayoría del personal de salud desconoce el idioma de los pueblos indígenas y es muy poco el personal bilingüe que ofrece una atención y comunicación adecuada.

¹³¹ Entrevista: Director local del municipio de la Región de Urabá



El conocimiento del idioma materno de las gestantes y sus familias resulta indispensable para establecer una relación de diálogo, además de garantizar los cuidados en el hogar y la asistencia al parto institucional.¹³²

También la alta rotación del personal de salud en esta región no permite que se establezca una buena interacción y comunicación con las comunidades. Los proveedores no tienen el tiempo suficiente para conocer y comprender el entorno social y cultural en el cual ejercen su profesión y aprender lenguas diferentes a las suyas. Esta falta de preparación del personal de salud para desempeñarse en contextos socioculturales diferentes al suyo se justifica arguyendo que es la “ignorancia” y el analfabetismo de la gente lo que explica las bajas coberturas en salud.

5.4 Pilares de la práctica de la partería tradicional: ¿Qué demuestra la evidencia?

La atención de las parteras tradicionales comprende el período de gestación, parto y puerperio, aunque en la actualidad su práctica tiene mayor incidencia en aspectos como la atención de partos y la realización de “sobadas” o masajes para acomodar al niño en el vientre materno.

5.4.1 Detección del embarazo

Los sentidos del tacto y la vista son los principales instrumentos de las parteras para determinar si una mujer se encuentra embarazada, estimar el tiempo aproximado de gestación o conocer el sexo del bebé. La partera realiza una revisión física, palpando y observando los cambios en la fisonomía y aspecto de la madre. Esta práctica es producto de una serie de saberes acumulados sobre los cambios que experimenta el cuerpo de una embarazada (ver cuadro 6). Por ejemplo, al palpar una bolita en el ombligo de la mujer o sentir su pulso acelerado se puede determinar si ella está o no embarazada. Estos saberes adquieren sentido por medio de la representación social y son validadas a través de los relatos de experiencias exitosas de gestantes y sus familias. Por el contrario, las experiencias desfavorables se justifican como una complicación inevitable, liberando a las parteras de cualquier problema enfrentado durante el parto.

¹³² Aunque se reconocen experiencias de acercamientos con comunidades indígenas –como del hospital de Turbo con la comunidad Tule–, éstas deben partir de un verdadero conocimiento y respeto por las creencias de esta población sobre la salud y los sistemas de atención. Además, no puede tratarse de acercamientos individuales y espontáneos, sino de políticas públicas dirigidas a este tipo de comunidades.



Cuadro 6: Detección del embarazo y reconocimiento del sexo del bebé por las parteras tradicionales

Síntomas del embarazo	Reconocimiento del sexo del bebé	
	Mujer	Hombre
<p>Cambios corporales:</p> <p>En la piel, útero o caderas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -“Una cuando está embarazada tiene el útero ocupado”. -“Se le va llenando la cadera”. - “Siente una bolita”. - “A veces se les viene una luna llena, le viene una mancha”. - “se ve pues muy diferente la piel de uno que no está en embarazo”. 	<p>Tiempo de gestación:</p> <p>A los seis meses la mujer siente el bebé: “Si somos flacas a los seis meses empieza a sentir”.</p>	<p>Tiempo de gestación:</p> <p>A los tres meses se siente al bebé: “A los tres meses está formado, se siente como una pelota”.</p>
<p>Tacto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Le coge el pulso y es rápido”. - “Le mete el dedo en el ombligo y lo siente”. 	<p>Posición en el útero:</p> <p>“La hembra se forma en el lado derecho”.</p>	<p>Posición en el útero:</p> <p>“El niño varón se forma en toda la mitad”.</p>
<p>Cambios alimenticios:</p> <p>“Se ponen golosas”.</p>	<p>Cambios corporales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El cuerpo de la mujer es “parejo y caderona”. - “La mujer tiene una arista ancha [la arista es la línea que hay entre el ombligo y la vagina]”. - “La hembra es como una bolita”. 	<p>Cambios corporales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El cuerpo de la mujer es “más tallada de cadera”; - “hay pulsaciones en el cuello”. - “la arista es delgadita”. - “el varoncito es larguito”. - “el niño huye si lo tocan”.

Fuente: Historias de vida y grupos focales con parteras de los municipios de Arboletes, San Juan de Urabá, Necoclí, San Pedro de Urabá, Necodí, Turbo, Apartadó, Carepa, Chigorodó, Mutatá. Urabá. 2006.

5.4.2 Seguimiento durante el embarazo

En Urabá algunas mujeres hacen su control prenatal alternando entre visitas a instituciones de salud y a parteras tradicionales. Las parteras consideran que ellas realizan un seguimiento más completo a las gestantes que el impartido en las instituciones de salud, puesto que no sólo se limitan a medir la “barriga como lo hacen en los hospitales”,¹³³ sino que tocan el vientre para determinar la posición, el sexo y el tiempo de gestación, igualmente, indagan sobre la cantidad de líquido amniótico que tiene la materna en su vientre.

Las recomendaciones que las parteras hacen para el cuidado del embarazo van desde orientaciones a la madre sobre las actividades que pueden o no hacer, así como sobre los alimentos que deben consumir, principalmente frutas y líquidos. Estas orientaciones varían en cada partera o dependen de las costumbres de la comunidad:

“[...] los últimos días tampoco se le recomienda a la señora embarazada que coma mucho huevo duro [...] porque cuando tiene el bebé entonces huelo mucho la sangre. Usted no ve que uno no debe comer ni leche, ni aguacate, ni café, ni chocolates ni huevos con la menstruación”. (Grupo focal: Parteras, Municipio de Chigorodó, junio de 2006)

“[...] cuando ya empieza su embarazo, culturalmente se hace prohibir las comidas, [...] él decía que cuando empieza el embarazo no se puede comer, por ejemplo, si uno tiene una hamaca, en la hamaca no se puede comer con [menstruación], ni en las ollas, usted no puede comer en las ollas, si está comiendo no pueden sentarse los dos en un banco, se puede complicar, en la puerta tampoco puede estar comiendo algo, parado en la puerta porque puede retener la placenta o la retención puede ser ahí, porque la puerta uno entra y sale, dicen ellos”. (Grupo focal: Mujeres indígenas Tule, Municipio de Necoclí, Caimán Nuevo, junio de 2006)

Las parteras realizan un reconocimiento físico a la materna para saber si existe algún tipo de riesgo o indicio de una enfermedad. Los síntomas más comunes que toman en cuenta son: fiebres, dolores de cabeza e hinchazón. Estos son asociados con la preclampsia y, aunque no todas las parteras reconozcan la enfermedad con este nombre, admiten el peligro que encierran tales síntomas y la necesidad de que la embarazada acuda al hospital.

Sin embargo, puede decirse que el conocimiento de las parteras sobre la preclampsia es muy exiguo por tratarse de un padecimiento que no es parte de sus saberes tradicionales, sino más bien de la biomedicina.

¹³³ Grupo focal: Parteras, Municipio de Chigorodó, junio de 2006.



De hecho, en varios testimonios se afirmó que en décadas pasadas muchos de los síntomas, que en la actualidad son considerados enfermedades asociadas al embarazo, eran vistos como parte del proceso de gestación y, por lo tanto, no representaban un riesgo mayor para la embarazada.

“En el tiempo que nació la mujer se hinchaba para poder parir, usted no puede parir sino se hincha allá, eso es normal. Si nosotros no estamos embarazadas no tenemos por qué hincharnos por allá [barriga]. Los animales se hinchan también para poder parir, sino se hincha no cede”. (Grupo focal: Parteras, Municipio de San Juan de Urabá, junio de 2006)

Así puede afirmarse que el conocimiento de las parteras sobre la preeclampsia no va más allá del saber popular, que la define como peligrosa porque puede ocasionar la muerte de la madre.

Un aspecto interesante en el conocimiento de las parteras se refiere al líquido amniótico llamado por ellas “agua”. Este líquido puede detectarse porque “al moverse la barriga se siente al niño flotando”,¹³⁴ en cambio si está “durita la materna no necesita desaguar”.¹³⁵ Una de las parteras refirió:

“Cuando la materna tiene mucha agua en su vientre eso se llama hidropesía. Las parteras se dan cuenta de eso porque examinan a la mujer [...] El agua muchas mujeres la tienen atrás, uno las menea y le queda todo blandito [...].para rebajar la cantidad de agua le doy azúcar de leche, esta bebida las pone a orinar y con eso botan mitad del líquido y la mitad les queda”. (Historia de Vida: Partera, Municipio de Necoclí, junio de 2006)

En el caso de que la gestante necesite eliminar el líquido amniótico que, según algunas parteras, está demás se recomienda a la madre tomar la infusión de una planta conocida como pitamorrial,¹³⁶ esto porque se piensa que el exceso de líquido provoca molestias a la materna debido el peso que soporta en su cuerpo. Por el contrario, otras parteras expusieron que el líquido amniótico es beneficioso para el bebé y al tomar esta infusión en forma constante se perjudica su normal desarrollo, asimismo se ocasiona un parto “seco” por la ausencia de líquido y más dolor a la gestante al momento del trabajo de parto.

La posición del bebé es otro de los cuidados que observan las parteras durante el seguimiento a las madres. En caso de que el bebé se encuentre en una posición incorrecta realizan masajes o “sobadas” en el vientre para colocarlo en la posición indicada.

¹³⁴ Historia de vida: partera, Municipio de Necoclí, junio de 2006.

¹³⁵ *Ibíd.*

¹³⁶ Se trata de la *Pedilanthus Tithymaloides*, una planta medicinal también conocida como Ditamorrial cuyas hojas son depurativas. Tomado de: Fundación Suiza para la Cooperación al Desarrollo 2007. Etnobotánica medicinal practicada por las comunidades Senú de Necoclí (Urabá Antioqueño). Medellín: Scam Gráficas.



No obstante, las parteras dejan en claro que se debe acomodar al feto en presentación cefálica para que el parto transcurra sin mayores dificultades.

Asimismo, se resalta que las parteras determinan la posición del bebé a través del sentido del tacto y de la palpación del abdomen de la gestante. De acuerdo a los testimonios, sino se siente nada en las partes alta y baja del vientre es porque el niño viene “atravesado” (en una presentación horizontal) y si el vientre se siente más abultado hacia su parte alta es porque el niño viene de pie.

Los masajes para corregir la presentación del feto se realizan, generalmente, durante el quinto y séptimo mes de gestación, tiempo en el que es posible corregir la posición del bebé ya que hay espacio suficiente en el vientre de la madre. Según las parteras, estos masajes se deben hacer periódicamente, pues el feto se reacomoda continuamente debido a que está flotando en el líquido amniótico. También se escucharon algunos testimonios que atribuyen al cambio de la Luna, especialmente al período de Luna Nueva, las distintas posiciones del feto.

Las maniobras que realizan las parteras para cambiar la presentación del feto de una podálica a cefálica se denomina en obstetricia “versión cefálica externa”. Si bien la OMS define a esta práctica como beneficiosa, se debe realizar cumpliendo ciertos requisitos para que no represente un riesgo a la madre o al feto.

En la medicina, la persona que realice esta maniobra debe estar entrenada y auscultar la frecuencia cardíaca fetal con la finalidad de detectar bradicardia, ello se practica en el momento indicado, es decir, cuando el embarazo está a término, de modo que si se presenta sufrimiento fetal se pueda proceder de inmediato a una cesárea¹³⁷. Tomando en cuenta lo anterior, los masajes realizados por las parteras para corregir la posición fetal pueden llegar a constituirse en una práctica peligrosa para la salud materna y perinatal.

¹³⁷ HUTTON, E.K. y HOFMEYER G.J. 2006. “Versión cefálica externa para la presentación podálica antes de término”. En: The Cochrane Library. Nº 1. Revisión traducida de Cochrane. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.



Cuadro 7: Maniobras utilizadas por las parteras para corregir la posición fetal

- “Cuando el bebé viene en otra posición uno coge a la materna, le mete las manos por debajo, y la sacude, el niño afloja [...] es más fácil para subir el bebé”.
 - “Los procedimientos para voltear al bebé se hacen desde el quinto mes de embarazo, hasta que está en sus días. Lo he hecho hasta faltando ocho días moviéndole la barriga durante tres días”.
 - “Acuesto a la materna y empiezo a buscar la cabeza que se siente como una rodilla [...] hago masajes con tiempo, teniendo en cuenta que la materna tenga capacidad”.
 - “El niño no se puede voltear cuando ya está grande, tiene que ser muy pequeño y el niño también va dando vueltas”.
 - “Se tiene que voltear un pedacito para no maltratarlo; al otro día le hace otro poquito”.
 - “Cada ocho días le sobo la barriga porque los niños se acostumbran, entonces los equilibrio [...] porque el niño está metido en una bolsa de agua”.
 - “Cuando el niño está de pie, cuando te vayas a bañar métete a un río o al mar y súbate a un solo punto (por debajo del vientre) y toma bastante agua al clima. Y se acuesta de un solo lado, al mes completito volteas la almohada para el otro lado y toma agua y él voltear”.
 - “Con la pérdida de la Luna se remueve la criatura y principia con los cambios de Luna a dar dolorcito, entonces se sabe que ahí no se hace nada porque está solamente más o menos como con el cambio de la luna”.
-

Fuente: Historias de vida y grupos focales con parteras de los municipios de Arboletes, San Juan de Urabá, Necoclí, San Pedro de Urabá, Necodí, Turbo, Apartadó, Carepa, Chigorodó, Mutatá. Urabá. 2006.

5.4.3 Trabajo de parto

Como ya fue mencionado, las parteras hacen un seguimiento a la gestante mediante la observación y el “tacto” de los cambios corporales. De modo general, de acuerdo con sus testimonios, para el seguimiento al trabajo de parto se toma en cuenta:

- El pulso, pues cuando está acelerado indica que hay una dilatación importante.
- El “tacto” o revisión del cuerpo solamente cuando aumentan los dolores para ver la dilatación, y no cada dos horas como lo hacen en los hospitales.
- La respiración para ayudar en el trabajo de parto.
- La medición del vientre para saber aproximadamente la hora del nacimiento.
- El suministro de infusiones para ayudar a dilatar.

El “tacto” vaginal es un procedimiento importante para vigilar un trabajo de parto seguro, pero las técnicas descritas por las parteras son insuficientes e inseguras y pueden llevar a que no se detecten a tiempo las alteraciones en la posición del bebé o en la dilatación, teniendo como



consecuencia un parto obstruido y un trabajo de parto prolongado con resultados nefastos para la madre y el feto.

De acuerdo con las parteras, el trabajo de parto es un evento que se puede atender en el domicilio, excepto en aquellos casos considerados de alto riesgo, por ejemplo, si el feto se encuentra en una presentación diferente a la cefálica, si se trata de gemelares o “mellos” o si a la gestante se le diagnostica preclampsia.

Otro riesgo que las parteras consideran es cuando la madre es primeriza o “primi”, argumentando que puede ocurrir problemas por su poca capacidad pélvica. Asimismo, piensan que las “primis” no saben parir, pujar o se acobardan, dificultando el normal desarrollo del trabajo de parto. Por ello, para las parteras atender a una primeriza es considerado “agotador”, de ahí que prefieran los partos de gestantes multíparas o “múltiples”.

Contrario a lo que piensan las parteras, actualmente, con el Programa de Maternidad Segura, se sabe que todas las gestantes, independiente de su número de embarazos, pueden presentar complicaciones o riesgo de muerte. También, se conoce que la hemorragia posparto es la principal causa de muerte materna en el mundo, y toda mujer tiene este riesgo. De acuerdo con la OMS, este riesgo se puede disminuir garantizando que todas las mujeres, sin excepción, sean atendidas por personal calificado¹³⁸ en forma oportuna y en ambientes adecuados.

5.4.4 Identificación de riesgos durante el trabajo de parto

Según las parteras tradicionales, uno de los riesgos al que puede estar expuesta la madre al momento del parto es que esté “cerrada” o “tramada”, es decir tenga un maleficio a través del cual se evita que el niño nazca vivo por más maniobras que realicen las parteras (ver cuadro 4). Desde el punto de vista clínico esta situación puede presentarse por varios motivos, por ejemplo, cuando las contracciones no son suficientes para provocar la dilatación necesaria y que el niño nazca, o las contracciones se dan de manera descoordinada generando poca fuerza de arriba hacia abajo y fuerzas dispersas que no permiten que el bebé descienda.

Para las parteras otro aspecto que también puede dificultar el trabajo de parto está relacionado con los “fríos”, que resultan de la exposición de la gestante a temperaturas muy bajas. En la actualidad esta creencia para algunos, como aquellos que participaron de los grupos focales, ha perdido vigencia, sin embargo, para las parteras es un tema de gran importancia porque le adjudican a los “fríos” algunas de las complicaciones en el trabajo de parto, como dolores muy fuertes y secreción de una mucosidad al momento del parto.

¹³⁸ El término “personal calificado” se refiere a las personas (médicos, enfermeras y obstetras) que han sido entrenadas con las habilidades necesarias para la atención obstétrica y para diagnosticar, manejar y/o referir las complicaciones. World Health Organization, 2002. Family and community health Department of reproductive health and research. Global action for skilled attendants for pregnant women. Ginebra.

Se considera que el cuerpo se “enfriá” cuando las madres no siguen algunas recomendaciones, entre ellas: bañarse sólo en las mañanas y no por la tarde, no comer hielo, no mojarse con agua de lluvia, no salir al sereno (noche o madrugada) y no quedarse con la ropa mojada en el cuerpo. La consecuencia de no obedecer estas prescripciones va ser un parto muy doloroso para la mujer.

Para tratar los “fríos” se recomiendan lavativas, conocidas como “baños de asiento”, durante las últimas semanas de embarazo. Estos baños, a base de plantas y otros, no sólo son utilizados para tratar los fríos sino además para aliviar otras molestias, como “el calor” que se reconoce por la dificultad de las maternas para dormir y la irritación vaginal que presentan. Los elementos recomendados para los “baños de asiento” son: Frutas y flores del paraíso que se hacen hervir con un poco de alcohol, las hojas de aguacate, o “hierba mora”.¹³⁹ Estos lavados se recomiendan por un período de 15 días y a una temperatura que la materna tolere (ver cuadro 8).

Mención aparte merecen dos tipos de complicaciones que pueden presentarse durante el parto: 1) cuando el bebé viene en posiciones diferentes a la cefálica, y 2) cuando la mujer es “bajita de hueso”.

Respecto a la primera situación, la mala posición del feto, de acuerdo a las parteras, se debe a la inasistencia de las maternas a los seguimientos que ellas brindan durante toda la gestación y a los controles prenatales realizados en las instituciones de salud, por ello al momento del parto no se conoce la situación de salud de la madre ni del bebé. También esta circunstancia puede presentarse cuando el parto se adelanta a la fecha prevista y no hay la posibilidad de trasladar a la gestante a una institución de salud. Cuando el feto viene “atravesado” se considera una complicación grave, puesto que la materna requiere de urgencia una cesárea para poder extraer al bebé.

En los casos en que el feto se encuentra en posición podálica, y aunque se reconoce como una situación grave, se considera que la complicación es manejable. El procedimiento a seguir en esta clase de partos fue relatado de la siguiente forma:

“Cuando los niños vienen de pie [...] una mete el brazo hasta el codo y va rebuscando, llega hasta cierto punto, la deja descansar, cuando ve la cumbambita le mete el dedo en la boca y saca la cabeza: los niños rasgan a la mamá con la cumbamba”. (Grupo focal: Parteras, Municipio de Necoclí, junio de 2006)

“Viene una pierna adelante y la partera va buscando la otra, cuando la encuentra la manda a hacer fuerza”. (Grupo focal: Parteras, Necoclí, junio de 2006)

¹³⁹ Grupo focal: parteras, Municipio de San Juan de Urabá, Necoclí, 2006.



Cuadro 8: Identificación de riesgos durante el trabajo de parto reconocidos por las parteras

La preclampsia	"Cerrar" o "tramar" a las mujeres	Otros peligros
<ul style="list-style-type: none"> • "Es una fiebre, infecciones, esa es la fiebre mala". 	<ul style="list-style-type: none"> • "Las matan, las cierra, les hacen porquerías, en vez de irse abriendo se va cerrando y queda con el niño adentro". 	<ul style="list-style-type: none"> • "Vómito, [para eso]: se le da una bebida de mata de té con concha de naranja y se cocina con una migajita de canela.
<ul style="list-style-type: none"> • "Le cae un dolor de cabeza a las mujeres, fiebre y se mueren". 	<ul style="list-style-type: none"> • "Los nudos en el cordón umbilical son una trampa". 	<ul style="list-style-type: none"> • "La mujer se complica por asfixia, por dolores bajitos, se complica porque le queda flojita la matriz [...] porque se le baja la matriz, porque a la mujer cuando alumbrá hay que subirle matriz para que quede en su lugar".
<ul style="list-style-type: none"> • "Si una mujer viene con fiebre la manda para el hospital". 	<ul style="list-style-type: none"> • "Cuando se cierra a una mujer se atrasan los partos [...] empiezan los dolores y nada de dilatamiento y no sale el bebé y el cuello se cierra como que era una señorita". 	<ul style="list-style-type: none"> • "La materna puede presentar dolor bajito. Si sigue con el dolor tiene una inflamación, el orín es muy colorado, [cuando sucede esto] le doy bebidas y azúcar de leche y cremas dos botellas que se pueden tomar en cuatro días".
<ul style="list-style-type: none"> • "Se identifica por la hinchazón, comienza a hincharse la mujer y es porque ya tiene la preclampsia en el cuerpo". 	<ul style="list-style-type: none"> • "Sí señora, eso se llama trama o bien sea que usted puja y usted mientras más puja más se aprieta abajo y a lo último usted está déle y déle". 	

Fuente: Historias de vida y grupos focales con parteras de los municipios de Arboletes, San Juan de Urabá, Necoclí, San Pedro de Urabá, Necoclí, Turbo, Apartadó, Carepa, Chigorodó, Mutatá. Urabá. 2006.

Estas situaciones son consideradas manejables, siempre y cuando se tenga experiencia y cuidado con las maniobras a utilizar. Por ejemplo, se hizo mucho énfasis, que cuando el bebé se encuentra en posición podálica, lo más importante es sacar los dos pies a tiempo y tener cuidado con el mentón del feto, introduciendo uno o dos dedos en la boca del niño para evitar que éste desgarre a la madre.

Más allá de la experiencia que tengan las parteras, la atención de partos en podálica se considera una situación bastante compleja, inclusive para el personal médico con entrenamiento.

La evidencia ha mostrado que el riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal es menor cuando en esta situación se realiza una cesárea programada.¹⁴⁰ Por lo tanto, la primera maniobra que se debe intentar es la versión cefálica externa en las condiciones descritas previamente y si esta no es exitosa se debe realizar una cesárea.

La segunda complicación referida a tener “hueso bajito” o ser de “una sola tapa”, está relacionada con un hueso que sobresale en la vagina de la mujer y obstruye la salida del bebé. Esta condición es considerada por las parteras algo muy común en las maternas, sobre todo en las primerizas. Dicha condición es desconocida por los médicos, por esta razón es habitual que recurran a la cesárea o a la episiotomía para resolver esta complicación. Esos procedimientos son evitables, en opinión de las parteras, porque con sólo levantar el hueso de la mujer durante las contracciones no hay necesidad de más intervenciones.

“Los médicos no saben que eso existe, por eso hacen cesárea [...] Es un hueso que tienen las mujeres en la vagina, debe levantarse para que pueda salir el hijo”. (Historia de vida: Partera, Municipio de Arboletes, junio de 2006.)

5.4.5 La placenta

Después del nacimiento del bebé las mujeres pueden presentar algunas complicaciones, entre las que se resaltan las hemorragias y la retención de la placenta. Sobre las hemorragias después del parto no se obtuvo mucha información debido a que las parteras manifestaron que es una problemática que muy poco se presenta. Los testimonios en torno a esta dificultad fueron asociados con la retención de placenta o con la preclampsia.

Sobre la retención de la placenta la información es mayor y variada. La placenta es llamada por las parteras “la señora” o “la compañera”, y, de acuerdo con las complicaciones que se presente, se la califica como “placenta cálida” o “placenta de uña”, si en el parto se presenta alguna de estas complicaciones se piensa que se trata de un evento que es ocasionado de forma misteriosa.¹⁴¹

¹⁴⁰ Hofmeyr G.J. y Hannah M.E. 2006. “Cesárea programada para parto en presentación podálica a término” (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva. Nº 9. Oxford: Update Software Ltd. <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida por The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) (Consultado: febrero de 2008.)

¹⁴¹ Así pueden calificarse los casos en que se presenta placenta previa, condición considerada por las parteras de gran peligro y de remisión inmediata a los centros hospitalarios.



Cuadro 9: La placenta

Saberes y denominativos para la placenta	Saberes y procedimientos para la expulsión de la placenta
<ul style="list-style-type: none"> • “Cuando la placenta no está normal se refiere al parto como que tiene misterio”. • “La placenta tiene uña sobre uña, está pegada, no la arranca sino un médico”. • “Se vino con la señora adelante, placenta previa”. • “Placenta de uña es como una telaraña en las paredes de la matriz”. • “Esa placenta es cálida, está pegada en el hueso de la cadera, eso no sale si no es operada por un médico”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “La matriz, como ya no tiene el hijo, queda rabiando eso [la placenta]. Para que salgan le echa aceite de comer y éste baja la inflamación”. • “Introduce la mano enguantada y la empieza a despertar [la placenta] lentamente. Si se viene una hemorragia para hasta que se detenga y vuelve y arranca”. • “Manda a la madre a que ponga las manos arriba del vientre. El lapso que se demora la placenta para salir le da tiempo de arreglar al niño. Mientras tanto deja a la mujer acostada sin hablar y la pone a comer azúcar, y agarra la placenta cordeliando, despacio porque si está pegada hay hemorragia, queda la mujer ensangrando”. • “El azúcar es buena para despegar la placenta [...] A veces le dan azúcar y si no pasa nada coge dos huevos criollos y se los da, le echa un chorrito de Coca-Cola o jugo”. • “Conseguir la bola de la vaca, la que masca la vaca y, bueno, se la damos en leche o en agua. Que se la tome y la manda para afuera: es que cuando a la mujer se le queda la placenta que no puede salir de ninguna manera hay mucha astucia”.

Fuente: Historias de vida y grupos focales con parteras de los municipios de Arboletes, San Juan de Urabá, Necoclí, San Pedro de Urabá, Necoclí, Turbo, Apartadó, Carepa, Chigorodó, Mutatá. Urabá. 2006.

Sin lugar a dudas, la retención de placenta se identifica como una de las principales complicaciones después del parto. Las parteras establecen un período de media hora como el tiempo normal que demora la mujer en expulsar la placenta. Durante este período, le dan a la materna bebidas como agua de canela, hierbabuena u otros, masajean su vientre, le hacen morder el pelo induciéndole al vómito, esto con el propósito de ayudarla a expulsar la placenta.

Sin embargo, varias parteras reconocen que existen casos en los cuales, después de utilizar estas estrategias, la placenta no sale porque se encuentra pegada al útero en determinados puntos, en cuyo caso prefieren remitir a la madre a una institución de salud para prevenir una hemorragia que pudiera presentarse y poner en riesgo la vida de la madre. Otras parteras expusieron que en esas situaciones procedían a introducir la mano en el útero para ir despegando lentamente, uno por uno, los puntos en los que la placenta se encontraba pegada, una vez extraída se la observaba detenidamente para comprobar que estaba completa y no habían quedado residuos en la madre que le pudieran generar complicaciones.

En la actualidad, desde el punto de vista médico, se recomienda hacer un “manejo activo del alumbramiento” para disminuir el riesgo de la hemorragia posparto. Este manejo comprende: La administración de un medicamento que estimula la contracción uterina, la tracción controlada del cordón para la extracción de la placenta y el masaje uterino para mantener la contracción del mismo. Tal procedimiento reduce hasta en un 60% la probabilidad de hemorragia posparto cuando es realizado por un proveedor calificado, y si bien no hay evidencia a favor o en contra de su aplicación por personal no calificado, la OMS (2007) hizo énfasis en los riesgos potenciales y por lo tanto no lo recomienda.¹⁴²

Igualmente, desde la perspectiva médica la retención de la placenta puede ser secundaria a la adherencia anormal de la misma. El procedimiento recomendado para resolver esta complicación es la extracción manual, pero debe realizarse bajo condiciones de asepsia, analgesia y sedación o anestesia, y en un sitio que cuente con recursos quirúrgicos o de transporte inmediato en caso de que se presente una complicación como un acretismo placentario o una hemorragia severa. Los procedimientos descritos por las parteras, como dar bebidas o comidas, no son benéficos, y el introducir la mano para despegar la placenta sin las condiciones descritas se considera una práctica riesgosa.

En el caso del corte del cordón, esta investigación no se indagó acerca de esta práctica. Sin embargo, se recomienda que en futuras investigaciones se incluyan preguntas específicas sobre este tema, lo que será de utilidad para identificar riesgos o prácticas adecuadas, si existiesen, en la partería tradicional.

5.4.6 Cuidados durante el puerperio

Después del parto la partera asepa a la materna con alcohol para evitar algún tipo de infección. Por otra parte, al recién nacido, después de cortarle el cordón umbilical, algunas parteras lo lavan y envuelven en mantas,¹⁴³ pero, la mayoría prefiere no bañar al niño pues se encuentra caliente debido al tiempo que ha permanecido en el útero de la madre, por lo que mojarlo puede traerle enfermedades durante toda su vida.

Además, cuentan las parteras que las madres deben permanecer los primeros dos días en reposo, bañarse con agua tibia y en lugares cerrados, no deben hacer ningún tipo de actividades hasta pasados los ocho días después del parto, después de ello pueden iniciar lentamente sus actividades diarias.

¹⁴² World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer 2006. *WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage*. Geneva: WHO. Pág. 40.

¹⁴³ Algunas parteras afirmaron que no bañar al bebé puede traerle problemas respiratorios, especialmente asma. Sin embargo, una de ellas comentó que por esta práctica, adoptada en los hospitales, se vienen presentando tantos niños con esta enfermedad.



Cuadro 10: Cuidados durante el puerperio

Madre	Bebé
<ul style="list-style-type: none">• “El día que tienen el bebé no se baña pero al otro día sí y se acuesta”.• “Para verse con el esposo son 40 días.”• “No puede comer huevo porque es amante al cólico y entanbora [le causa gases] al niño”.• “No pueden comer sardina porque lo pone a oler maluco por allá [en la vagina]”.• “O sea, no es para moldear figura sino que en el momento del parto las caderas se abren, entonces ellas lo fajan a uno es para que las caderas vuelvan a su anatomía y ajuste, entonces no quede uno de pronto sufriendo de dolor de cintura o con molestias, para eso es que ellas fajan”.• “Le bañan al bebé, van y las miran a ver cómo lleva el sangrado, recomendándoles qué deben comer, a veces se ofrecen y les hacen hasta la comida, pues más que toda en las de vereda les lavan los primeros días [...]”• “Tomas para no quedar barrigona”.	<ul style="list-style-type: none">• “Le baña al hijo y le echa alcohol al ombligo”.• A veces, cuando el niño no respira al momento de nacer se coge un gallo, se le limpia con alcohol el pico y se le mete al niño por el ano, así empieza a respirar.• En épocas pasadas se bañaba al recién nacido con agua fría, ahora no, por eso algunos piensan que hay tanta asfixia. Sin embargo, también se considera que bañar al bebé con agua fría es muy peligroso ya que viene caliente.• Si a los siete días después de haber nacido el niño se asusta, se dice que tiene “el mal”. Este sale de la barriga debido a que se bebe agua caliente en ayunas, sin hablar con nadie. El mal de los siete días ocasiona la muerte del bebé y se lo detecta porque éste se pone morado.

Fuente: Historias de vida y grupos focales realizados con parteras de los municipios de Arboletes, San Juan de Urabá, Necoclí, San Pedro de Urabá, Necoclí, Turbo, Apartadó, Carepa, Chigorodó, Mutata. Urabá. 2006.

Entorno a los cuidados que las parteras dan a las maternas y los recién nacidos después de parto, se debe dejar claro que el uso exclusivo de alcohol no implica una esterilización completa, puesto que este producto no logra las condiciones óptimas de asepsia y antisepsia de los objetos utilizados para la atención del parto.

Sin una correcta limpieza y esterilización de dichos objetos la madre y el recién nacido pueden llegar a padecer infecciones, especialmente cuando se utiliza en el ombligo de los bebés.

De igual forma, la recomendación de guardar reposo durante varios días después del parto, según la evidencia médica, es inapropiada, puesto que las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar fenómenos tromboembólicos.





Zona rural región de Urabá



6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Los resultados de la investigación confirman que las causas de la morbimortalidad materna no se pueden explicar sólo desde el punto de vista biológico, es necesario un enfoque integral que permita identificar otras determinantes que influyen en la salud materna y neonatal. En Urabá, la mortalidad materna está asociada a una serie de determinantes y factores que tienen que ver con la pobreza, la inequidad y dificultades con el acceso a servicios públicos de salud. Además, esta situación afecta en mayor porcentaje a las mujeres adolescentes, campesinas, indígenas y afrocolombianas. En este sentido, se revela que las condiciones sociales y los factores culturales son determinantes que deben tomarse en cuenta para enfrentar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

La investigación identificó que varias dimensiones, como las políticas públicas de salud, el proceso histórico, la diversidad cultural y los modelos de atención al parto, influyen en las causas de la morbimortalidad materna de Urabá.

En cuanto a las políticas públicas de salud, Colombia tiene una legislación y normativas relacionadas a la prestación de los servicios de salud y la seguridad social muy importantes que además responden a compromisos internacionales. Las políticas públicas en salud se basan en los fundamentos de equidad, participación social y calidad.

Sin embargo, en la región de Urabá se observó que estos fundamentos no se cumplen en su totalidad. Por ejemplo, hay evidencia que todavía muchas mujeres pobres no están aseguradas, presentando más riesgo en relación con la salud materna.



Los servicios de salud no tienen una buena calidad de atención, y no se incorpora un sistema continuo de supervisión y evaluación de los mismos. A esto se suma que el sistema de salud de la zona no cuenta con diagnósticos precisos sobre la situación de la salud materna y perinatal, desconoce las necesidades de la población, particularmente indígena y afro colombiana, así como las alternativas a las cuales acude la población para resolver sus problemas de salud.

En general, en Urabá el 92.7% vive en condiciones de pobreza y miseria, por lo tanto la población no cuenta con las mínimas condiciones de salud y depende únicamente de la asistencia del Estado Nacional, entes territoriales y/o de organizaciones no gubernamentales.

Por otra parte, la participación social es débil y los mecanismos legales y reconocidos (veedurías y comités de usuarios) no son operativos o son manejados por los proveedores de salud. Uno de los principales obstáculos para la participación en Urabá ha sido la violencia de los últimos 40 años que si bien ha debilitado los liderazgos, también ha conducido a que muchas comunidades se organicen y resistan las agresiones generadas por el conflicto.

En relación con el proceso histórico de la región, la colonización, poblamiento, desarrollo y violencia han impactado de distintas maneras en la población, generando un desarrollo desigual y la existencia de una importante diversidad cultural.

De modo que en la actualidad Urabá está conformada por comunidades afrocolombianas, comunidades indígenas Tule, Emberá, y Zenú. Algunas de estas comunidades permanecen allí desde la colonia y otras provienen de migraciones más recientes. La región también está habitada por campesinos y residentes urbanos que provienen del interior de Antioquia y de otros departamentos del país.

Como se observa, la diversidad cultural y poblacional hace a Urabá una zona compleja y exige que las políticas nacionales para este lugar no puedan implementarse de una manera homogénea.

La desigualdad social también es grande. Las diferencias sociales y económicas están muy marcadas entre una élite urbana que proviene del interior de Antioquia y controla gran parte de los recursos económicos y servicios, y una base social afro, indígena, mestiza y campesina que sustenta mayores grados de pobreza y exclusión.

La desigualdad afecta en gran medida a las mujeres, quienes son las que asumen las responsabilidades familiares y tienen pocas oportunidades de alfabetización, acceso a trabajo remunerado estable y a los servicios de salud. La agroindustria bananera es la fuente de empleo que encuentran las mujeres y es esta industria la que ha capitalizado las organizaciones de mujeres mediante el trabajo. Por los fenómenos de migración y violencia es común que en muchas familias recaiga únicamente sobre las mujeres la responsabilidad económica. En estos casos las redes parentales de las mujeres se convierten en un importante apoyo material y afectivo.



La diversidad cultural influye para que en la región se presenten distintos sistemas de atención durante el embarazo y el parto, así como también se asignen diversos significados al proceso reproductivo. En casi todos los grupos los roles de la maternidad, la reproducción y el sostenimiento de los hijos son los elementos centrales para la identidad de la mujer.

Dependiendo de la pertenencia cultural y étnica los hombres pueden o no cumplir un rol importante en los procesos del embarazo, parto y postparto. No obstante, la mayoría de ellos no se involucra y son las mujeres las que asumen, generalmente solas, el cuidado durante el embarazo. Sucediendo que la responsabilidad de ser madre se tiene desde edades tempranas hasta la vejez. Esta situación es similar en el caso de las decisiones respecto a la planificación familiar. Para muchos hombres ésta es una responsabilidad de las mujeres.

El tipo de familia que predomina en Urabá es la monoparental, es decir la madre y sus parientes, generalmente también mujeres, se encargan del sostenimiento de los hijos, mientras el padre está ausente. En los hogares extensos el papel de las abuelas es central porque asumen el sustento del grupo y la crianza de los niños, especialmente en el caso de madres solteras o adolescentes.

La unión libre predomina en las parejas de la región de Urabá. En contraste con el área urbana, en las zonas rurales se presentan familias un poco más cohesionadas, con una presencia paterna más fuerte en los hogares, especialmente en familias provenientes de Antioquia y de campesinos mestizos de las sabanas de Córdoba y Sucre.

En algunas de las comunidades las prescripciones culturales relativas al cuerpo, la desnudez, la familiaridad, la confianza en los especialistas tradicionales, así como la desconfianza en los servicios de salud y el trato a veces no adecuado de los proveedores de salud, influyen para que el parto domiciliario sea el preferido y no así el parto institucional.

Si bien hay semejanzas en los grupos étnicos, es importante mostrar algunas diferencias entre ellos. Así, los afrocolombianos son la mayoría de Urabá, se ubican en áreas rurales y urbanas y ocupan cargos administrativos y educativos. En estos grupos predomina la familia extensa con amplias redes consanguíneas. El rol fundamental de la familia está a cargo de las mujeres. Son usuales el “madresolterismo”, embarazos tempranos y las uniones libres. La partera juega un rol importante en la atención durante el parto.

Los Tule son la comunidad indígena más antigua de la región. Son agricultores y artesanos. Sus familias son extensas y predomina la línea materna. Conservan rituales relativos a la transición de la niñez a la adultez, lo cual incide para que las jóvenes no tengan relaciones sexuales o embarazos a edades tempranas, como sucede en otros grupos. Existen una serie de normativas en relación al parto, evento que es privado y no puede ser observado sino por la partera tradicional, no se aceptan extraños en este proceso.



La comunidad indígena Emberá es la más numerosa de la región. En esta comunidad predominan las uniones tempranas y el “madresolterismo”. El embarazo es visto como un proceso normal y por tanto no amerita de ningún cuidado especial o control. Las mujeres siguen realizando sus actividades independientemente de su embarazo. Algunas gestantes acuden a la partera, pero muchas atienden sus partos solas en el río, monte o en la casa, los hombres no intervienen. Son los Emberá chamí los que poseen más cercanía con los sistemas formales de salud, en tanto que no sucede lo mismo con los Emberá katíos.

Los indígenas Zenú son agricultores y artesanos, combinando con empleos en latifundios ganaderos. Los matrimonios se dan a edades tempranas, y el “madresolterismo” no es común. Respecto a la atención del parto, combinan la atención y los cuidados de las instituciones de salud con los brindados por las parteras tradicionales. Los hombres Zenú participan en el trabajo de parto y acompañan a sus parejas.

En cuanto a los modelos de atención del parto y postparto en Urabá, se puede decir que hay un sistema combinado de atención a la salud. Por una parte, sectores de la población, más que todo de origen urbano, ven a los proveedores de salud de sus municipios como los más idóneos para la atención de las gestantes y sus recién nacidos. Por otra parte, las poblaciones indígenas y afro colombianas, en su mayoría rurales, reconocen y recurren a un sistema tradicional de salud para la gestación, el parto, puerperio y otros procesos de salud-enfermedad.

Durante la investigación se ha evidenciado que la partería tradicional es el modelo de salud preferido por la población de estudio por una serie de razones, entre ellas:

- La insuficiente presencia de las instituciones de salud.
- La cultura que poseen los distintos grupos poblacionales.
- La baja satisfacción con el parto institucional.
- La presencia importante de las parteras.
- El buen trato que ofrece la partera a la mujer gestante.
- La enseñanza que brinda la partera sobre los cuidados del recién nacido en sus primeras semanas de vida.
- La credibilidad en los conocimientos y experiencia de la partera.
- La poca incomodidad de la parturienta por mostrar su desnudez a la partera, una mujer de su propia comunidad.
- La ausencia de procedimientos, como tactos, episiotomías y cesáreas.

Otro factor que contribuye a la persistencia de la partería tradicional está referido con la manera en que se ofertan los servicios públicos de salud. Por lo general, no hay una buena recepción por parte de la población de estos servicios. Entre las principales problemáticas de esta oferta se encuentran:



- Escaso conocimiento de las necesidades de las usuarias por parte de los servicios de salud en general y de los proveedores en particular.
- Baja satisfacción del personal de salud con su actividad profesional (sistemas de contrataciones, salarios, jornadas laborales, incentivos).
- Relaciones interpersonales y de comunicación no adecuadas.
- Poca interacción entre las Secretarías de Salud de los municipios y las comunidades, que se refleja en el escaso conocimiento de los problemas de la salud materna, neonatal e infantil, y el insuficiente trabajo intersectorial para dar una solución concertada a los mismos.
- La importancia del acompañamiento en el proceso del embarazo no se ha incorporando plenamente en los servicios públicos y ciertas prácticas reconocidas como innecesarias continúan realizándose como la episiotomía en la mayoría de los partos.
- La mayoría del personal de salud desconoce el idioma de los pueblos indígenas y es muy poco el personal bilingüe que es competente para ofrecer una atención y comunicación adecuadas.
- La alta rotación del personal de salud de esta región no permite que se establezca una buena interacción y comunicación permanente con las comunidades.

6.2 Recomendaciones

Los tomadores de decisiones de la salud pública departamental y los gerentes de servicios de salud deben sumar sus esfuerzos para asegurar el acceso de las mujeres a los servicios de salud de calidad y adecuados culturalmente. Para ello son fundamentales las siguientes acciones:

- Incorporar un modelo de atención diferenciado que asegure un proceso continuo de la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud tomando en cuenta las necesidades de la población, la organización y condiciones de los servicios de salud en el marco de las políticas públicas de salud vigentes.
- Implementar un sistema de supervisión y evaluación en los servicios con el objetivo de mejorar la oferta y observar el cumplimiento de normativas relativas a protocolos y procedimientos de atención basados en la mejor evidencia disponible.
- Establecer mecanismos de coordinación efectivos de las actividades y la oferta de servicios de salud provenientes del Estado, la seguridad pública y las Organizaciones No Gubernamentales.
- Incorporar los compromisos y recomendaciones de la OPS y OMS en relación con la promoción de la atención del parto humanizado que tome en cuenta el acompañamiento y evite procedimientos no necesarios, como la episiotomía cuando ésta no se considere necesaria.
- Evaluar y fortalecer el papel de las veedurías sociales y de los comités de usuarios, identificando sus barreras y potencialidades.



- Identificar otras estrategias efectivas de diálogo entre proveedores de salud, tomadores de decisión y líderes comunitarios e implementarlas como parte de los procedimientos de la toma de decisiones en la mejoría de la calidad de atención.
- Específicamente, en la región de Urabá las actividades de prevención, promoción y atención deben tener en cuenta su diversidad cultural para lograr garantizar el respeto y el trato adecuado a las personas considerando su pertenencia étnica y social. En este sentido, deben mejorar los mensajes y las adecuaciones en los procesos de atención en los servicios de salud.
- En los procesos de capacitación de los proveedores de salud se deben incluir aspectos sociales y culturales de la región para que se sensibilicen y adquieran un conocimiento profundo de la realidad en la que trabajan.
- Impulsar actividades que tiendan al empoderamiento de las mujeres mediante estrategias educativas, informativas y participativas. Asegurar este trabajo mediante la incorporación de indicadores de género y el involucramiento de los hombres en el acompañamiento y preparación para los cuidados durante el embarazo, el puerperio y la atención al recién nacido.
- Incluir en el sistema de seguridad social el plan de parto para todas las mujeres asignando en el paquete de prestaciones recursos relacionados al costo del transporte para las visitas prenatales, parto y post parto así como la información pertinente de las instituciones con capacidad resolutive de las emergencias obstétricas, incluyendo la presencia de proveedores
- Incorporar otras instituciones potenciales en la región, como la agroindustria, coordinando con ellos campañas de salud, educación en salud, apoyo logístico en relación a transporte y otros.
- Impulsar medidas relacionadas con incentivos para los proveedores de salud que trabajan en estas áreas.
- Buscar los mecanismos institucionales para asegurar la coordinación entre los especialistas tradicionales y las parteras, los líderes comunitarios, los servicios de salud y las usuarias en la búsqueda de las condiciones más óptimas para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto en los servicios de salud.

Los proveedores de salud son parte fundamental del proceso de atención de la salud materna. Una serie de actividades pueden ser impulsadas por ellos mismos para contribuir a las acciones determinadas por los tomadores de decisiones y a mejorar la integración e interacción de las mujeres, familias y comunidades con los servicios. Entre las actividades que los proveedores deben lograr están:

- Potenciar los espacios creados para la participación de la comunidad, como las veedurías sociales y los comités de usuarias. Ayudar a que estos espacios sean una oportunidad para conocer la satisfacción de las y los usuaria/os e identificar las dificultades de los propios servicios.



- Establecer contacto con los líderes de las comunidades, generar un diálogo abierto sobre las necesidades de salud y problemáticas de los servicios, buscar el apoyo de estos líderes y mantenerlos informados sobre la producción de los servicios de salud.
- Tomar en cuenta la diversidad cultural de la región y ofrecer un trato adecuado y respetuoso a las diferentes personas que se acercan a los servicios. En esa perspectiva, evitar procedimientos que van en contra del pudor, el maltrato físico o verbal de las personas.
- Establecer un rol de visitas a las comunidades, en especial a las más alejadas, garantizando la atención domiciliaria de forma integral.
- Implementar sistemas de señalización de los servicios de salud, horarios de atención e información sobre servicios integrales de salud.
- Incorporar una atención integral de la salud reproductiva, incluyendo atención en planificación familiar y de prevención de cáncer cérvico uterino y de mama.
- Promover y mejorar el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud.
- Incorporar un programa de atención especial y de calidad a la mujer adolescente embarazada.
- Reconocer que las parteras y otros especialistas tradicionales de salud son parte de las comunidades y ejercen un rol en la atención de la salud materna, por tanto, se deben buscar estrategias conjuntas para que estos actores sensibilicen a las mujeres y sus familias de la importancia de un parto seguro y adecuado asistiendo a los servicios de salud.
Ello implica que los proveedores puedan asegurar la confianza demandada por la población.
- Promover un intercambio de saberes entre los especialistas tradicionales y los proveedores de salud y lograr consensos sobre las prácticas beneficiosas y perjudiciales.
- Implementar actividades de empoderamiento tanto en los procesos de atención como en las familias y comunidades.
- Coordinar actividades de promoción, prevención y educación con las ONGs y otras instituciones prestadores de salud.
- Hablar del plan de parto en cada contacto con las usuarias y sus familias e identificar junto a ellas los sistemas de transporte y medios para obtenerlos, redes familiares de apoyo, conocimiento sobre señales de riesgo y peligro, aspectos centrales del cuidado durante el embarazo, parto y post parto, además de sistemas y mecanismos de comunicación y transporte en caso de emergencias, insumos esenciales que debe tener la gestante para el momento del parto, entre otros.
- En lo posible conocer el idioma del lugar o tratar de familiarizarse con éste mediante el aprendizaje de un lenguaje clave que permita una comunicación más adecuada.

Es necesario el involucramiento y participación activa de la comunidad, para ello la responsabilidad de sus líderes es fundamental. Por lo cual resulta imprescindible que los líderes asuman las siguientes acciones:

- Ser conscientes de la necesidad del cuidado de la salud materna y la incorporen en sus responsabilidades o agendas.
- Participar de manera más activa en la promoción y prevención de la salud y la mortalidad materna.
- Promover el ejercicio de los derechos en salud que tienen las mujeres y hombres, especialmente el hecho que deben ser atendidos en condiciones seguras, con empatía y calidad.
- Lograr que las veedurías sociales y los comités de usuarios cumplan sus funciones y exigir el reconocimiento de los mismos.
- Asegurar, junto a los demás miembros de la comunidad, que se desarrollen redes de apoyo y medios de comunicación para contactarse con los servicios de salud en caso de alguna necesidad.
- Promover la participación de las parteras y los especialistas tradicionales de salud en la identificación de problemas en la salud materna, como también para brindar atención oportuna y necesaria a las madres o referirlas a las instituciones de salud oportunamente.
- Concientizar a los hombres sobre su responsabilidad en la atención de la salud de las mujeres y sus familias.
- Incorporar otros actores como apoyo a las actividades de salud, entre ellos profesores, ONGs, empleadores y otros.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARCHIVO HISTÓRICO DE ANTIOQUIA (AHA). Fondo Secretarías de Gobierno. Serie municipios, Turbo 1919. Carta del inspector de policía de Necoclí al gobernador del departamento de Antioquia. Febrero 14 de 1919. Folio 446.

ARCHIVO HISTÓRICO DE ANTIOQUIA (AHA). Fondo Secretaría de Gobierno. Serie Municipios, Turbo 1925. Informe del médico oficial de la Provincia de Urabá correspondiente al mes de junio de 1925 (Micuro, VI/7/25). Folios 153-158.

ARCHIVO HISTÓRICO DE ANTIOQUIA (AHA). Fondo Secretaría de Gobierno. Serie Municipios, Turbo 1928. Carta de junio 9 de 1928. Folio 357-328.

ARCHIVO HISTÓRICO DE ANTIOQUIA (AHA). Fondo Secretaría de Gobierno. Serie Municipios, Turbo 1946. Folio 106.

ARIAS, María Mercedes 2001. "Comportamiento reproductivo en las etnias de Antioquia". En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10643405.pdf>. (Consultado: agosto de 2006).

BOURDIEU, Pierre 1997. *Razones prácticas*. Barcelona: Anagrama.

BOURDIEU, Pierre 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

BOTERO, Fernando 1990. *Urabá, colonización, violencia y crisis del Estado*. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia, Pág. 14-17.

CARROLI G. y BELIZÁN J. 2003. "Episiotomía en el parto vaginal" En: The Cochrane Library. 2006, Nº 1. Modificación más reciente en 20 de octubre de 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

CASTELLANOS, Gabriela 2003. *Sexo, género y feminismo: Tres categorías en pugna*. En: Patricia Tovar Rojas (Ed.) *Familia, Género y Antropología. Desafíos y Transformaciones*. Bogotá: ICANH.

CASTRO, Angélica y GACHÓN, Angélica. *Tejido social y construcción de sociedad*. En: www.sociedadcivil.cl/accion/portada/info.asp?Ob=3&Id=196. (Consultado: julio de 2007).

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE OPINIÓN PÚBLICA (Actualización: 16 de junio de 2006). "Definición". En: Desarrollo Social. www.diputados.gob.mx/cesop/. (Consultado: Julio 27 de 2006)

ESPINOZA, Mónica y DE FRIEDEMANN, Nina S. 1993. *Colombia: la mujer negra en la familia y en su conceptualización*. En: Contribución Africana a la Cultura de las Américas. Bogotá: Biopacífico/ICAN/Colcultura.

FERNÁNDEZ CABRERA, Germán 1996. *El nuevo sistema de salud en Colombia*. Bogotá: Castillo.

GARCÍA, Clara Inés 1996. *Urabá, región, actores y conflictos 1960–1990*. Bogotá: Universidad de Antioquia/CEREC/INER.

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA 2006a. *Indicadores básicos de Antioquia*. Medellín: Dirección Seccional de Salud.

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA 2006b. *Informe de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en Antioquia*. Medellín: Dirección Seccional de Salud.

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA 2006c. *Informe de auditoría: plan de mejoramiento derivado de la primera visita de auditoría y de la aplicación del referencial del convenio maternidad segura 2006*. Medellín: Dirección Seccional de Salud.

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA 2006d. *Anuario estadístico de Antioquia*. En: <http://planeacion.gobant.gov.co/anuario2006/indicadores/indice-14.htm> (Consultado: octubre de 2008)

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA 2007. *La salud de las madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso*. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA 2008. *Informe final de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el Departamento de Antioquia, 2004-2007*. Medellín: Dirección Seccional de Salud.

GÓMEZ J.G., LONDOÑO J.G. y MONTERROSA de E. 2006. "Frecuencia de uso de prácticas médicas basadas en la evidencia el cuidado del parto en hospitales de la ciudad de Medellín. Años 2004-2005". Medellín: IATREIA. 2006, Jul 19 (1)

GOOD, Marcia 1997. "Parteras en Mérida: una alternativa a la cesárea innecesaria". En: www.uady.mx/sitios/mayas/articulos/par2.html. (Consultado: marzo de 2006).

GUTIÉRREZ, Sandra Yudy y LÓPEZ, Alba Doris 1999. *Estatus femenino ¿atado al cordón umbilical? El comportamiento reproductivo entre los emberá y zenú de Antioquia*. En: VIVEROS, Mara y GARAY Gloria (Comps.) *Cuerpo: Diferencias y Desigualdades*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá/Centro de Estudios Sociales.



GUTIÉRREZ, Virginia 1996. *Familia y cultura en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia.

GUTIÉRREZ, Virginia 2003. "Familia ayer y hoy". En: Patricia Tovar Rojas (Ed.) *Familia, Género y Antropología. Desafíos y Transformaciones*. Bogotá: ICANH.

HENAO, Hernán y VILLEGAS, Lucelly 1996. *Estudios de localidades*. Bogotá: ICFES/INER.

HERITIER, Françoise 1990. "Mujeres ancianas, mujeres de corazón de hombre, mujeres de peso". En: Michel Feher (ed.) *Fragmentos para una Historia del Cuerpo Humano. Parte Segunda*. Madrid: Taurus.

HERITIER, Françoise 1996. Masculino/Femenino. *El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Ariel. Pág. 26-28.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. 2000. "La fractura originaria en la formación del sistema de salud en Colombia: 1910-1946". En: *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*. N° 27, enero-diciembre. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

HODNETT E. D. 2000. "Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth". En: *Cochrane Database of Systematic Reviews 2000*. Issue 1. Art. N° CD000062. Barcelona: Cochrane.

HODNETT E.D., GATES S., HOFMEYR G. J. y SAKALA C. 2006. "Apoyo continuo para las mujeres durante el parto". En: *The Cochrane Library*. Número 1, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.

HOFMEYR G.J. y HANNAH M.E. 2006. "Cesárea programada para parto en presentación podálica a término". En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*. N° 9. Oxford: Update Software Ltd. <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida por The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

HUTTON E.K. y HOFMEYR G.J. 2006. "Versión cefálica externa para la presentación podálica antes de término". En: *The Cochrane Library*. N° 1. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY 2002. Capítulo II "Formas de abordar el tema de parteras y curadores tradicionales: tres formas diferentes en que se ha abordado el tema de parteras". En: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0122103-164843//Cap2.pdf (Consultado: marzo de 2006).

LAZZARATO, Mauricio 2000 *Del biopoder a la biopolítica*. En: <http://www.sindominio.net/arkitzean/otrascosas/lazzarato.htm> (Consultado: marzo de 2006).

LÉVI-STRAUSS, Claude 1994. *La eficacia simbólica. antropología estructural*. Barcelona: Atlaya.

MATTHEWS M., GÜLMEZOGLU A. y HILL S. 2007. World Health Organization. Department of Making Pregnancy Safer. *Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage*. Geneva.

MINISTERIO DE SALUD 1985. *Evolución de las actividades de atención materno infantil en Colombia, 1969-1985*. Bogotá: División Materno Infantil y Dinámica de la Población

NAKAJIMA, Hiroshi. 1997. "Las parteras: salvaguardia del futuro". En: Salud Mundial. Nº 2, marzo-abril, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

NIGENDA, Gustavo y LANGER, Ana 1996. "Métodos cualitativos para la Investigación en Salud Pública". En: SZASZ, Ivonne y Susana Lerner (Comps.) Para Comprender la Subjetividad: Investigación cualitativa en salud sexual y reproductiva. México: El Colegio de México.

NOVICK, Susana 1999. La posición argentina en las tres Conferencias Mundiales de Población. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani/Facultad de Ciencias Sociales/Universidad de Buenos Aires.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) 2002. "Funciones esenciales de la salud pública". En: 42o Consejo Directivo. 52ª Sesión del Comité Regional. Washington: OMS/OPS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 2005. *Informe sobre la salud en el mundo ¡Cada madre y cada niño contarán!* En: <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>. (Consultado: enero de 2008).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) 1986. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa.: 21 de noviembre: OPS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) 2002. *Estrategia regional de reducción de la morbilidad y mortalidad maternas*. Documento aprobado en la 26va. Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington D.C: OPS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) 2005. *Renovación de la atención primaria en salud en las Américas*. Washington D.C: OPS.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) 2007. *Family and community health: an approach to expand care and improve health and well-being of individuals and social groups*. Noviembre. (Documento preliminar)

PEREA, Berta 1986. "La familia afro colombiana en el Pacífico". En: *La Participación del Negro en la Formación de las Sociedades Latinoamericanas*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura.

RAMÍREZ LÓPEZ, Zuhanny 2002. *Perfil región Urabá*. Dirección Planeación Estratégica Integral. Medellín: Gobernación de Antioquia/Departamento Administrativo de Planeación.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Constitución política de Colombia, anotada*. 2004. Bogotá: Editorial Leyer.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL 2003. *Política nacional de salud sexual y reproductiva*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 60 1993. Bogotá: Congreso de la República, Diario Oficial 40.987, de 12 de agosto de 1993.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 715 2001. Bogotá: Poder Público, Rama Legislativa, Diario Oficial 42.363, de 21 de diciembre de 2001.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Bogotá: Congreso de la República, Diario Oficial 39.437, de 23 de diciembre de 1993.

RUIZ, Mario Humberto 1996. "El cuerpo: miradas etnológicas". En: Ivonne Szasz y Susana Lerner (Comps.) *Para Comprender la Subjetividad, Investigación cualitativa en salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México.

STADEN, Heinrich Von 1996. "¿Don de Dioses o responsabilidad de hombres?" En: *Historia de la medicina*. N° 164. Barcelona: Mundo Científico.

STEINER, Claudia 2000. *Imaginación y poder: el encuentro del interior con la costa en Urabá, 1900–1960*. Medellín: Universidad de Antioquia.

SUÁREZ, Roberto M. (Comp.) 2001. *Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Fundación Suiza para la Cooperación al Desarrollo 2007. *Etnobotánica medicinal practicada por las comunidades Senú de Necoclí (Urabá Antioqueño)*. Medellín: Scam Gráficas



SZASZ Pianta, Ivonne 1998. *Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil*. En: www.ccp.ucr.ac.cr/~icamacho/problemas/szasz.doc. (Consultado: abril de 2006).

UNESCO. 2001. *Declaración universal sobre la diversidad cultural*. En: http://www.oidel.ch/Textes%20cl%E9/Pluralisme%20et%20diversit%E9/D%E9cl_diversity/D%E9claration%20diversit%E9%20UNESCO%20esp.doc. (Consultado: mayo de 2006).

VILÁSQUEZ C., Fabio y GONZÁLEZ R., Esperanza 2003. *¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?* Bogotá: Fundación Corona.

VISWANATHAN M., HARTMANN K., PALMIERI R., LUX L., SWINSON T., LOHR K.N., GARTLEHNER G., THORP J. 2005. "The use of episiotomy in obstetrical care: A Systematic Review". En: Evidence Report/Technology Assessment. N° 112 (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016). AHRQ Publication N° 05-E009-2. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

VIVEROS, Mara 2002. *De quebradores y cumplidores. sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional/ CES.

WADE, Peter 1998. *Gente Negra, Nación mestiza: dinámicas de las identidades raciales en Colombia*. Medellín: Uniandes/ICAN/ Siglo del Hombre.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2006. Family and Community Health Department of Reproductive Health and Research. *Global action for skilled attendants for pregnant women*. Ginebra: WHO.

YÚDICE, George 2002. *El recurso de la cultura usos de la cultura en la era global*. Barcelona: Gedisa.





DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Antioquia para todos.
Manos a la obra!



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1843



CULTURA Y SALUD EN URABÁ

...yo me sentía más cómoda en mi casa, con mi mamá y mi abuelita que estaban ahí al lado mío, inclusive con la primera niña llevaron el carro para sacarme de ahí y yo no acepté que me sacaran de la casa al hospital [...] porque yo le tenía temor, era un miedo que a mí me daba que me llevaran al hospital, porque a mí me parecía que me iban a dejar morir ahí..."