

**ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES EN MORTALIDAD MATERNA DE LA POBLACIÓN INDÍGENA
DE COLOMBIA, EN EL PERIODO ENTRE 2015 -2020**

PRESENTADO POR:

CAROLINE ESPITALETA ANAYA

DORIS MARCELA MENDEZ URREA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

BOGOTA DC.

2022

ÍNDICE

Glosario	1
Introducción	1
Justificación	3
Problema de Investigación	4
Planteamiento del Problema	4
Pregunta de Investigación	6
¿Cuáles fueron las diferencias de comportamiento en los indicadores de mortalidad materna de los pueblos Indígenas, en comparación con las gestantes de los demás grupos étnicos en Colombia, entre el periodo 2015 y 2020?	6
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Capítulo 1. Marco Teórico	7
1.1 Estado del Arte	7
1.1.1 Internacionales	7
1.1.2 Nacionales	11
1.2 Marco Conceptual	14
1.2.1 Mortalidad materna	14
1.2.1.1 Causas principales que causan la mortalidad materna	15
1.2.2 Determinantes y Determinación en salud	16
1.2.3 Justicia Social y equidad	19
1.2.4 Desigualdades Sociales y Salud	21
1.2.5 Situación Actual	26
Capítulo 2. Diseño Metodológico	28
2.1 Tipo de Estudio	28
2.2 Material y Método	28
2.3 Población	28
2.4 Selección de variables o categorías	28
2.5 Fuentes de información	29
2.5.1 Fuentes primarias	29

2.5.2 Fuentes secundarias	29
2.6 Instrumentos de recolección de información	29
2.7 Plan de análisis	29
Capítulo 3. Análisis de los resultados	30
3.1 Consideraciones éticas	30
3.2 Recolección de la Información	30
3.2.1 Estadísticas vitales	33
3.2.2 Variables descriptivas representadas con las siglas	34
Capítulo 4. Resultados	37
4.1 Muerte Materna vs Grupo étnico	37
4.2 Muerte Materna por grupo étnico vs Edad de fallecimiento	38
4.3 Muerte Materna vs clasificación para causas de mortalidad de la lista 6/67 OMS/OPS	39
4.4 Muerte Materna por grupo étnico vs Diagnóstico CIE10	40
4.5 Muerte Materna por grupo étnico vs Ubicación Geográfica	42
4.6 Muerte Materna por grupo étnico vs Escolaridad	43
4.7 Muerte Materna por grupo étnico vs Estado civil	44
4.8 Muerte Materna por grupo étnico vs Ocupación	45
4.8.1 Muerte Materna Indígena vs Ocupación	46
4.9 Muerte Materna vs Seguridad Social	47
4.10 Muerte Materna Vs Área Residencial	48
Capítulo 5. Análisis de Resultados	49
5.1 Consideraciones éticas	51
Conclusiones	51
Fuente: elaboración propia	54
Como conclusión final se puede evidenciar que la gran problemática en la mortalidad materna de los pueblos indígenas se ve reflejada en las inequidades sociales, demográficas y económicas; debiendo el Estado disminuir esta brecha entre las mujeres indígenas y las de otras etnias.	54
Recomendaciones	54
Referencias bibliográficas	55
ANEXOS	61
Anexo 1. Descripción y contenido de las variables	61
Anexo 2. Lista 6/67 – CIE-10 OMS/OPS	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estadísticas por Tema.....	30
Figura 2. Estadísticas por tema - Salud.....	31
Figura 3. Nacimientos - Defunciones.....	31
Figura 4. Defunciones No Fetales	32
Figura 5. Acceso directo a microdatos	32
Figura 6. Obtención de Microdatos.....	33
Figura 7. Muertes maternas por grupo étnico.....	37
Figura 8. Muertes maternas grupo étnico y por edades	38
Figura 9. Muerte materna - clasificación según las causas de mortalidad.....	39
Figura 10. Muerte materna por grupo étnico vs Diagnóstico	41
Figura 11. Muerte materna por grupo étnico vs ubicación geográfica	42
Figura 12. Muerte materna por grupo étnico vs escolaridad	43
Figura 13. Muerte materna por grupo étnico vs estado civil	44
Figura 14. Muerte materna por grupo étnico vs ocupación	45
Figura 15. Muerte materna indígena vs ocupación.....	46
Figura 16. Muertes maternas por régimen, seguridad social y grupo étnico.....	47
Figura 17. Muerte materna vs área residencial de grupos étnicos	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias de mortalidad materna en la población indígena vs otros grupos étnicos entre 20150 y 2020.....	53
---	----

Glosario

Interculturalidad: es la relación entre varias culturas diferentes, las cuales comparten un entorno, en el marco de relaciones de respeto y horizontalidad. Donde ninguna está por encima de la otra. Esto mediante la comprensión de las diferentes maneras de observar y entender la realidad y el mundo del otro (1).

Indígenas: personas que pertenecen a un pueblo procedente de una región o territorio donde su familia, cultura y vivencias son nativas del lugar donde nacieron y han sido transmitidas por varias generaciones (2).

Cuidados culturales: son todas las creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte (3).

Maternidad: es un fenómeno sociocultural complejo, que lleva inmersos aspectos biológicos, (gestación, parto y puerperio), psicológicos, sociales, culturales y afectivos, que enmarca el hecho de ser madre. Influenciado por interacciones intra y extra personales que se producen entre la madre, la familia y la sociedad, donde se viven universos simbólicos con significados propios (4).

Desigualdad: en el ámbito humano, se habla de desigualdad cuando hay una falta de equilibrio entre dos o más personas (5).

Desigualdad Social: se produce cuando una persona recibe un trato diferente como consecuencia de su posición social, su situación económica, la religión que profesa, su género, la cultura de la que proviene o sus preferencias sexuales, entre otros aspectos (5.1).

Mortalidad Materna: se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquiera relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (6).

Morbilidad Materna Extrema: estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo (7).

Introducción

La pandemia por SARS-COV-2 COVID19 ha dejado a la luz las grandes necesidades de países desarrollados y en vía de desarrollo, igual que la vulnerabilidad en las que viven las minorías étnicas y las poblaciones que residen en zonas dispersas de difícil acceso, lo cual ha llevado a comprender la relevancia del estudio de las desigualdades en salud en un mundo en el cual la riqueza se concentra en un porcentaje pequeño de la población.

Estudios revelan que se requiere más de veinte generaciones para superar la pobreza en un grupo familiar, mientras que la riqueza se concentra en el cinco por ciento de la población mundial (7) (8) (9) (10) datos que dejan en evidencia la desigualdad e injusticia en la cual se desarrollan individuos y colectivos, una sociedad en caos, en la perpetuación y el aumento de las brechas sociales, existentes entre países y dentro de estos mismos.

Colombia se ha caracterizado por ser un país con multiplicidad étnica y cultural siendo este uno de los principales atractivos para propios y visitantes; sin embargo, el gran número de grupos étnicos que se encuentran a lo largo del territorio colombiano es uno de los factores que inciden en el sin número de brechas sociales que se presentan en relación a los determinantes sociales de la salud, olvidando el oportuno tratamiento de vulnerabilidades y brechas de desigualdad que estos grupos poblacionales viven, sin tomar en cuenta el papel que éstos desempeñan en la cultura y la población colombiana tal como refiere la comisión de la verdad: “ Los pueblos indígenas de Colombia han sido defensores de la paz y el fin del conflicto armado. Han salvaguardado saberes y culturas milenarias que hoy aportan una visión sostenible de la vida y el territorio.” sin entender que, “Es necesario entender el contexto de los pueblos indígenas, sus apuestas por la defensa de sus derechos, reconocer las múltiples formas de violencia de las que históricamente han sido víctimas” (11)

El Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 reveló que hoy existen 115 pueblos nativos en el país, mientras que en 2005 se habían identificado 93, los 22 adicionales corresponden a nuevos reconocimientos étnicos o pueblos indígenas de zonas fronterizas (3) (2), esta cifra representa un crecimiento del 36,8% frente al Censo de 2005, cuyo resultado fue de 1'392.230 miembros de estas comunidades.

Así mismo, los datos consolidados del DANE muestran que, mientras en 2005 el Censo arrojó que la población indígena era equivalente a un 3,4% de la población nacional, la proporción actual asciende a 4,4%, lo que implica un aumento de 1 punto porcentual. Según el director del Departamento Administrativo de Estadísticas (DANE), este crecimiento se explica por tres factores: un aumento en la tasa de natalidad en las poblaciones indígenas; mayor cobertura en territorios con predominancia indígena y, finalmente, mayor inclusión y reconocimiento de indígenas por parte de sus comunidades.

La necesidad de identificación, conocimiento y análisis del contexto social, cultural, económico y de salud, genera enormes desafíos a los gobiernos, instituciones y organizaciones lo cual ha permitido que se originen esfuerzos para eliminar las brechas de inequidad y desigualdad en la atención integral o la salud individual y colectiva, por esta razón, es de vital importancia abordar las desigualdades en salud que frecuentemente se presentan en los grupos étnicos colombianos, en especial la población materna y los casos de mortalidad identificados.

Se evidencia la gran problemática existente en las minorías étnicas del país, debido a las desigualdades e inequidades sociales, demográficas y económicas. Los conceptos o prácticas en materia de sanidad indígenas rechazados, actitudes sociales discriminatorias, acceso reducido a los remedios tradicionales, desplazamiento, acceso limitado al agua no contaminada y al saneamiento, repercusiones del cambio climático, desnutrición/inseguridad alimentaria, pobreza, desempleo y acceso reducido a la tierra o los recursos (12).

Partiendo de esta idea, es pertinente recordar que para llegar a la mortalidad materna, se debe partir de la morbilidad materna extrema ya que por medio del tratamiento oportuno, inmediato y adecuado del mismo, se previene la mortalidad de las mujeres indígenas en estado de gestación en cualquiera de las etapas ya sea antes, durante o después de su parto, siendo esta una razón estadística que permite evidenciar el nivel de desarrollo de un país, ya que este dato se considera un indicador que denota y facilita el análisis de calidad de vida, determinantes sociales y desigualdad social (6) (13).

En la población indígena colombiana, según datos epidemiológicos nacionales descritos en estadísticas vitales entre los años 2019 y 2020, la razón de mortalidad materna (RMM) para esta población fue de 236,5 por cada 100.000 nacidos vivos (9), siendo este un reto para los profesionales de la salud, entes gubernamentales y el estado, teniendo como meta contribuir con la mitigación a dicha razón, eliminando las

brechas sociales que favorecen las desigualdades, inequidades y vulnerabilidades de los grupos étnicos y la población materna indígena en Colombia.

Por esta razón, el presente documento busca abordar las desigualdades étnicas y de la mortalidad materna en la población indígena colombiana identificando como sus principales causas, su perfil socioeconómico y los cambios demográficos de los pueblos indígenas en el país, esta investigación se realiza con información tomada a partir de los datos descritos en diferentes fuentes de información como las estadísticas que brinda el DANE sustentada por el ente gubernamental colombiano, al igual que artículos y revistas avaladas por profesionales en medicina, posteriormente se hace un análisis de la misma mediante el método cualitativo de tipo descriptivo, utilizando como herramientas los programas Excel y Power Bi para poder analizar los datos. Finalizando con la caracterización del análisis de las desigualdades en mortalidad materna de la población indígena de Colombia, en el periodo comprendido entre 2015 -2020.

El presente trabajo de investigación se limita a los datos estadísticos brindados por el DANE, y algunos artículos que, si bien son una fuente de información confiable, no reflejan en un 100% la realidad por la que pasan las madres indígenas en Colombia.

Justificación

Los individuos y colectivos viven, se desarrollan y reproducen en contextos complejos, influenciados por fuerzas de poder que de formas directas o indirectas repercuten positiva o negativamente en los modos y estilos de vida, por ende, en las condiciones de salud, lo cual hace necesario conocer y analizar el proceso de salud y enfermedad desde los diferentes marcos teóricos, metodológicos e ideológicos, que se han desarrollado desde diferentes disciplinas del saber.

En Colombia, de acuerdo con el boletín del Ministerio de Salud sobre monitoreo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el país habría alcanzado la meta de reducción del 55% en la mortalidad infantil al iniciar 2013, pero no pasaba lo mismo con la disminución de la mortalidad materna, puesto que, ya para 2012 mostraba el rezago con los promedios de decrecimiento de la razón de mortalidad materna de la última década (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b), por lo que existían grandes brechas poblacionales y territoriales, como indica el informe sobre ODM del PNUD de 2014: la mortalidad es más alta en la población no afiliada a la seguridad social o afiliada al régimen de subsidios estatales y en las zonas rurales;

12% de las muertes en menores de un año, y 18% de las muertes maternas, ocurrieron en poblaciones indígenas y afro-descendiente (PNUD, 2014).

Las disparidades no solo son socioeconómicas en la salud materna, sino que también se evidencia de que el desarrollo no beneficia por igual a las comunidades indígenas, al igual que brechas sistemáticas entre grupos étnicos por razones socio-culturales. Si bien las muertes maternas se han reducido globalmente, en regiones en desarrollo la tasa es 14 veces más alta a la de las regiones más desarrolladas, por motivos relacionados con la falta de acceso y la baja calidad de la asistencia en salud. (Naciones Unidas, 2015)

Estas diferencias en el logro de la disminución de la mortalidad materna son explicables por el rol que cumple la asistencia sanitaria y también por el reflejo de causas sociales que explican la situación de desventaja por razones de género, clase, etnia o generación. Por ello, se requiere de una investigación para develar cómo las condiciones de trabajo y vida, los roles y normas de género, y la diversidad étnico-cultural definen las posibilidades de supervivencia y buena salud.

De acuerdo con lo descrito anteriormente, podemos decir que el estudio y análisis de las desigualdades de la mortalidad materna, es de gran importancia para romper con las brechas de inequidad y desigualdad de estas minorías gravemente afectadas por los determinantes sociales, que no permiten que se reconozca su prácticas ancestrales y su visión de salud, limitando el acceso a servicios de salud oportunos, de calidad, coherentes y accesibles, además de la necesidad enorme de ser reconocida su cultura por parte del sistema de salud y los profesionales que hacen parte de este

Problema de Investigación

Planteamiento del Problema

En la atención integral materno-infantil sin duda se evidencia un concepto esencial siendo este el de maternidad segura, entendida desde el abordaje de los derechos fundamentales de la mujer, el menor, la familia y las comunidades, la garantía del derecho a la vida y al grado máximo de salud que se pueda lograr; ligado al acceso a servicios adecuados, seguros, eficientes, con calidad y humanizados, considerando las inequidades en la distribución de ingresos y las desigualdades relacionadas con el lugar de residencia, grupo étnico, género y otros factores (16) .

Un indicador importante y trascendental, en el análisis de la maternidad segura en un territorio, es la razón de mortalidad materna (número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos), un alto número de muertes maternas muestra las inequidades en el acceso a los servicios de salud, manifiesta las brechas sociales que se producen en entornos débiles y de crisis humanitaria.

Según datos de la OPS, en 2017 la razón de mortalidad materna en América Latina fue de 58,2. Los países con mayores reportes por cada 100.000 NV, fueron la República Bolivariana de Venezuela (82,1), Perú (69,8) y Paraguay (86,4). Mientras que Chile, Argentina, Colombia y Ecuador, registraron razones de mortalidad materna por debajo de la media de la región (17), convirtiéndose en un llamado a la inclusión en las políticas y los planes de acción, de un enfoque intercultural, para garantizar servicios sanitarios y personal de salud adecuados a las necesidades de interculturalidad, al mismo tiempo que visibilizar los factores que favorecen a la experiencia positiva o negativa de las mujeres indígenas, dada sus características de poblaciones nómadas, niveles de educación inferiores, transporte o infraestructura precarios, desconfianza entre las autoridades y los pueblos indígenas, poblaciones dispersas, regiones fronterizas remotas, conceptos o prácticas en materia de sanidad indígenas rechazados, actitudes sociales discriminatorias, acceso reducido a los remedios tradicionales, desplazamiento, acceso limitado al agua no contaminada y al saneamiento, repercusiones del cambio climático, desnutrición, inseguridad alimentaria, pobreza, desempleo y acceso reducido a la tierra o los recursos. (18)

En respuesta a esta necesidad y políticas internacionales Colombia establece la política de atención integral en salud, propuesta en la resolución 429 de 2016, en el cual establece como centro de la atención en salud no solo al individuo, sino también incluye a las familias y comunidades, de acuerdo a las características de los contextos o ámbitos territoriales, que incide en la situación de salud de las poblaciones, manifestadas en características poblacionales y territoriales propias, que pueden ser factores protectores o de riesgo, lo cuales deben ser identificados e intervenidos por los diferentes sectores y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) en el marco de sus responsabilidades y funciones normativas. (17)

Durante el 2016 y 2018 Colombia establece en su normatividad en salud, la elaboración, adaptación e implementación en cada uno de los territorios de las rutas de atención integral en salud (RIAS), estableciendo como una de las ruta prioritarias y de obligatorio cumplimiento, la ruta integral de atención en salud materno perinatal, instaurando las responsabilidades de cada uno de los integrantes del sector salud, las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la

generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, a su vez instaure las directrices para su operativización, basada en el reconocimiento a las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de derechos humanos, incluyendo la prestación de servicios de salud que no incurran en conductas que configuren riesgos para una gestación sana en cada una de sus etapas, esto implica erradicar la inequidad y desigualdad étnica, las conductas institucionales como el trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación, organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las gestantes y sus familias, conformar una red de prestación de servicios completa y suficiente, con criterios de proximidad, disponibilidad y accesibilidad, criterios que contribuyen con la prevención de la mortalidad materna en los pueblos indígenas Colombianos (17)

Es así que este trabajo busca, identificar las causas de mortalidad materna indígena para así realizar un análisis de desigualdades que se presentan día a día en relación a la mortalidad materna de los pueblos étnicos en Colombia; de igual manera, se espera que los resultados del trabajo investigativo sirvan como insumo para el desarrollo de política pública territorial, en la cual los gobiernos, instituciones y organizaciones, reconozcan la importancia del contexto cultural, social y de género, el cual comprenda las necesidades reales, sentidas y percibida por los indígenas, y de esta manera, impactar en la disminución de las brechas sociales que ocasionan eventos de mortalidad materna, que afectan el desarrollo de las familias y comunidades en el territorio colombiano (19).

Pregunta de Investigación

¿Cuáles fueron las diferencias de comportamiento en los indicadores de mortalidad materna de los pueblos Indígenas, en comparación con las gestantes de los demás grupos étnicos en Colombia, entre el periodo 2015 a 2020?

Objetivos

Objetivo General

Realizar un análisis de la diferencia de comportamiento en los indicadores de mortalidad materna de los pueblos indígenas, en comparación con diferentes grupos étnicos en Colombia para el periodo comprendido entre los años 2015 a 2020

Objetivos Específicos

1. Describir la mortalidad materna en las gestantes de los pueblos Indígenas en Colombia entre los años 2015 a 2020

2. Identificar la mortalidad materna en las gestantes de los demás grupos étnicos presentes en Colombia entre los años 2015 a 2020
3. Caracterizar las causas de mortalidad presentes en gestantes indígenas y gestantes de los demás grupos étnicos en Colombia
4. Analizar las diferencias en la mortalidad materna en la población indígena colombiana en el periodo entre el 2015 a 2020

Capítulo 1. Marco Teórico

1.1 Estado del Arte

Se han evidenciado previas investigaciones que permiten aportar al desarrollo del presente proyecto investigativo por medio de encuestas nacionales, reportes del consumo de drogas, documentos como el análisis de la situación en salud e informes de la organización mundial de la salud, cada una con su objetivo de estudio y aportes que soportan el objetivo del estudio en proceso.

1.1.1 Internacionales

Hamal M, Dieleman M, De Brouwere V, De Cook Buning T. En su artículo Determinantes sociales de la salud materna: una revisión de alcance de los factores que influyen en la mortalidad materna y el uso de los servicios de salud materna en la India, tuvo como objetivo general mapear y resumir la evidencia sobre los determinantes sociales que influyen en la salud materna en la India y comprender sus mecanismos de influencia mediante el uso de un marco de determinantes sociales específicos de la salud materna, la metodología fue un estudio cuantitativo y cualitativo. Los resultados obtenidos fueron que la situación económica, la casta/etnicidad, la educación, el género, la religión y la cultura fueron los factores estructurales más importantes del uso de los servicios de salud materna y la mortalidad materna en la India. El lugar de residencia, la edad materna al momento del parto, la paridad y la exposición de las mujeres a los medios de comunicación y los mensajes de salud materna fueron los principales intermediarios factores, los factores estructurales influyeron en los factores intermediarios (ya sea de forma independiente o en asociación con otros factores) que contribuyeron al uso del servicio de salud materna o causaron muertes maternas. Para concluir, el modelo integra la información existente de estudios cuantitativos y cualitativos y brinda una imagen más completa de los factores estructurales e intermediarios del uso de los servicios de salud materna y la mortalidad materna en la India y sus mecanismos de influencia. Dadas las limitaciones de este estudio, indicamos las áreas para futuras investigaciones relacionadas con el marco y la salud materna (31).

Kozhimannil K, Interrante J, Tofte A, Admon L. En su artículo Morbilidad y mortalidad materna severa entre mujeres indígenas en los Estados Unidos, tuvo como objetivo general describir la morbimortalidad materna severa relacionada con el parto entre mujeres indígenas en comparación con mujeres blancas no hispanas (blancas), distinguiendo residentes rurales y urbanas, la metodología de la investigación fue un análisis descriptivo. Los resultados obtenidos fueron que la incidencia de morbilidad y mortalidad materna grave fue mayor entre las mujeres indígenas en comparación con las mujeres blancas (2,0 % frente a 1,1 %, respectivamente; riesgo relativo [RR] 1,8, IC 95 % 1,6–2,0). Dentro de cada grupo, la incidencia fue mayor entre los residentes rurales en comparación con los residentes urbanos (2,3 % para mujeres indígenas rurales frente a 1,8 % para mujeres indígenas urbanas [RR 1,3, IC 95 % 1,0–1,6]; 1,3 % para mujeres blancas rurales frente a 1,2 % para mujeres urbanas). Para concluir, la morbilidad y mortalidad materna grave es elevada entre las mujeres indígenas en comparación con las mujeres blancas. La incidencia es más alta entre los residentes indígenas rurales. Los esfuerzos para mejorar la salud materna deben centrarse en las poblaciones de mayor riesgo, incluidas las poblaciones indígenas rurales (32).

Nair M, Kurinczuk J, Brocklehurst P, Sellers S, Lewis G, Knight M. En su artículo Factores asociados con la muerte materna por complicaciones directas del embarazo: un estudio nacional de casos y controles del Reino Unido, tuvo como objetivo general Investigar los factores asociados con la muerte materna por complicaciones directas del embarazo en el Reino Unido, la metodología de la investigación fue una regresión multivariable. Los resultados fueron que seis factores se asociaron de forma independiente con la muerte materna: uso inadecuado de la atención prenatal (odds ratio ajustado, ORa 15,87, IC del 95 % 6,73–37,41); abuso de sustancias (ORa 10,16, IC 95 % 1,81–57,04); comorbilidades médicas (ORa 4,82, IC 95% 3,14–7,40); problemas de embarazo previo (aOR 2,21, IC 95% 1,34–3,62); trastornos hipertensivos del embarazo (ORa 2,44, IC 95% 1,31–4,52); y etnia india (ORa 2,70, IC del 95 % 1,14–6,43). Del mayor riesgo asociado con la muerte materna, el 70 % (95 % IC 66–73 %) podría atribuirse a estos factores. Las probabilidades asociadas con la muerte materna aumentaron tres veces y media por unidad de aumento en la puntuación del "factor de riesgo" (ORa 3,59, IC del 95%: 2,83–4,56). Para concluir, este estudio mostró que las comorbilidades médicas se asocian de manera importante con las muertes directas (obstétricas). Se requieren más estudios para comprender si se podrían mejorar aspectos específicos de la atención para reducir las muertes maternas entre las mujeres con comorbilidades médicas en el Reino Unido (33).

Meh C, Thind A, Ryan B, Terry A. En su artículo Niveles y determinantes de la mortalidad materna en el norte y el sur de Nigeria, tuvo como objetivo general evaluar las diferencias en los niveles y determinantes

de la mortalidad materna en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) en el norte y el sur de Nigeria, la metodología de la investigación fue de tipo descriptiva. Los resultados obtenidos fue que hubo variaciones en los niveles de mortalidad materna entre las dos regiones. La mortalidad materna fue más pronunciada en el Norte y aumentó en 2013 en comparación con 2008. Para el Sur, los niveles disminuyeron levemente. La exposición a los medios y la educación se asociaron con la mortalidad materna en el Norte, mientras que el método anticonceptivo, el tipo de residencia y el índice de riqueza se asociaron con la muerte materna en el Sur. En ambas regiones, la edad y la riqueza de la comunidad se asociaron significativamente con la mortalidad materna. Para concluir, las diferencias en los niveles y determinantes de la mortalidad materna entre el norte y el sur de Nigeria enfatizan la necesidad de esfuerzos para reducir las muertes maternas a través de nuevas estrategias que sean relevantes para cada región. Estos deberían mejorar la educación de las niñas en el Norte y el acceso a la información y los servicios de salud en el Sur. En general, se deben adoptar nuevas políticas para mejorar el estatus socioeconómico de las mujeres (34).

Bartlett L, LeFevre A, Zimmerman L, Saeedzai S, Turkmani S, Zabi W. et al. En su artículo Progreso e inequidades en la mortalidad materna en Afganistán (RAMOS-II): un estudio observacional retrospectivo, tuvo como objetivo general estudiar el riesgo y las causas de la mortalidad materna, los patrones de búsqueda de atención y los costos dentro del país, la metodología de la investigación fue de tipo descriptivo. Los resultados se recopilaron entre el 2 de marzo de 2011 y el 16 de octubre de 2011 de 130 688 participantes: 63 329 en la ciudad de Kabul, Kabul, y 67 359 en Ragh, Badakshan. Se estima que 35 688 (27%) de la población del estudio eran mujeres en edad reproductiva y casi el 20% eran niños menores de 5 años. En Kabul, el número de niños menores de 5 años era menor que el número de niños de 5 a 9 años, lo que podría reflejar una disminución de la fecundidad o una declaración errónea de la edad. Como era de esperar, la acumulación de edad (donde la edad se redondea a los 5 o 10 años más cercanos y refleja una población mayoritariamente innumerable). Para concluir, apoyar el desarrollo del sistema de salud y los sectores relacionados debe ser el objetivo en todos los entornos. Sin embargo, la programación de salud pública para reducir las muertes maternas debe adaptarse a diferentes contextos. El marco de transición obstétrica puede guiar las estrategias prioritarias (35).

Pisanty. En su artículo Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal, tuvo como objetivo general estimar la razón de mortalidad materna (RMM) de las distintas regiones subestatales del país, para identificar aquellas con mayores índices, así como el grado de desigualdad interregional, la metodología de la investigación fue de tipo descriptivo. Los resultados

obtenidos fue que la RMM por región subestatal varía de 16 (en Nuevo León no metropolitano) a 160 (en Sola de Vega, Oaxaca); asimismo, se identificaron 13 regiones de muy alta o extremadamente alta mortalidad materna. El coeficiente Gini nacional es de 0.175; destacan Chihuahua, Nayarit, Oaxaca y Guerrero como estados con una distribución muy desigual de la mortalidad materna. Para concluir, los promedios estatales de mortalidad materna ocultan importantes desigualdades al interior de los estados, reflejo de múltiples inequidades subyacentes (36).

Merchán. En su tesis Gestión pública de la salud y su incidencia en los factores determinantes e influyentes de la mortalidad materna indígena en el Cantón Colta, Provincia de Chimborazo, periodo 2014-2017, tuvo como objetivo general determinar la incidencia de la gestión pública de salud mediante el análisis de los programas y protocolos de salud intercultural implementados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en relación a: protocolo de atención “Parto Culturalmente adecuado” (PCA) y al programa de salud “Visitas Domiciliarias” (VD) del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI), en el análisis de los factores determinantes de la mortalidad materna indígena, la metodología de la investigación fue de tipo descriptivo. Los resultados obtenidos se observaron que el período 2014-2017, el programa de VD a mujeres indígenas ha incrementado radicalmente en el 86%, de un total de 312 (año 2014) a 2284 (año 2017). Esto evidencia como el MSP ha fortalecido los programas de atención de salud familiar, comunitaria e intercultural. Para concluir, es necesario que el Estado continúe invirtiendo en la gestión pública de salud intercultural, debido a que para las comunidades indígenas interactuar en cualquier ámbito de la vida hacia el exterior como la atención médica materna en los centros de salud, requieren principalmente potenciar la construcción de lazos de confianza (37).

Enciso. En su artículo Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México, tuvo como objetivo general identificar, desde la perspectiva de los determinantes sociales, las desigualdades que prevalecen en la razón de mortalidad materna (MM) entre mexicanas, la metodología de la investigación fue de tipo descriptiva. Los resultados obtenidos arrojaron la persistencia de brechas importantes entre mexicanas y muestran que las poblaciones vulnerables son invisibilizadas por los promedios nacionales: en los municipios con mayor analfabetismo, con hablantes de lengua indígena (HLI), menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) y mayor grado de rezago social ocurren el menor número de nacimientos y de MM, aunque el riesgo de morir de las mujeres en estas situaciones es de cuatro hasta siete veces más que sus pares nacionales. Para concluir, disminuir esta brecha implica esfuerzos importantes en la política pública de cara a los objetivos de desarrollo sustentable (38).

1.1.2 Nacionales

Minotta. En su tesis Desigualdades en la mortalidad materna entre mujeres del régimen subsidiado explicadas desde las transferencias municipales: ¿Más recursos, mejores resultados?, tuvo como objetivo general identificar las desigualdades en la mortalidad materna en el Régimen Subsidiado relacionadas con las transferencias municipales. Colombia, 2010-2014, la metodología de la investigación fue de tipo descriptivo. Los resultados obtenidos del total de las defunciones el 53% (1.109) reportaron ser afiliadas al Régimen Subsidiado, una tercera parte (32%) de las muertes corresponden al Régimen Contributivo, el 2,6% al Régimen de Excepción y Especial y un 12.4% entre no aplica y no definido. Para concluir, las transferencias municipales desde el Sistema General de Participaciones, constituye un determinante estructural que sin duda puede influenciar la salud materna. Sin embargo, la cuestión no es sólo aumentar el financiamiento de la salud en los municipios con más limitaciones, sino en la forma como éstos son asignados por los entes territoriales y los mismos municipios (39).

Anaya A, Jaramillo E. En su tesis Propuesta para intervenir la mortalidad materna en nuestro entorno, tuvo como objetivo general diseñar y desarrollar una propuesta conjunta para intervenir la mortalidad materna en nuestro entorno, la metodología de la investigación fue de tipo descriptivo. Los resultados obtenidos la mayor razón de mortalidad materna se registró en el área rural con 78,8 muertes maternas tempranas por 100000 nacidos vivos; el 63,7 % se registró en el régimen subsidiado y la mayor razón se presentó en la población de mujeres no afiliadas, con 62 muertes maternas tempranas por 100000 nacidos vivos. Para concluir, el tema sugerido por la tutora mortalidad materna en población indígena identificamos que los departamentos más afectados por la mortalidad materna son: vichada, la guajira, choco, amazonas y Guainía (40).

López A, Zuñiga B, Socorro G, Ocampo S. en su tesis Determinantes sociales en salud en mortalidad materna, tuvo como objetivo general describir la influencia de los determinantes sociales en salud en la mortalidad materna, a través de las unidades de análisis de los casos presentados hasta la semana 40 de 2014 en el Departamento del Cauca, la metodología de la investigación fue un estudio cuantitativo-descriptivo. En los resultados se obtuvieron que una cuarta parte de la población de investigación se encuentra en un rango de edad de 25 a 29 años, edad que según la literatura es la propicia para la gestación, con menos riesgo para la madre y el feto. A pesar de la problemática que se evidencia en el departamento del Cauca en cuanto a los embarazos en adolescente se evidencia que menor porcentaje de eventos se encuentra en ese rango de edad. Para concluir, los sistemas de información en el Departamento del Cauca en el tema de Mortalidad Materna han sido muy efectivos, al realizar el cruce de la información entre la base

de datos de Sivigila y RUAF se puede evidenciar que las entidades de salud realizaron el reporte en las dos bases de datos (41).

Machuca J. en su tesis Análisis de la determinación social de la mortalidad materna en los municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo en la subregión de Urabá, entre los años 2010-2017, tuvo como objetivo general analizar los procesos de determinación social de la mortalidad materna, en los Municipios de Apartadó, Necoclí y Turbo de la subregión de Urabá del Departamento de Antioquia, entre los años 2010-2017, la metodología de la investigación fue de tipo cualitativa. Los resultados Se identificaron cinco categorías que explican el proceso de determinación social de la mortalidad materna en Urabá: la ruralidad, las condiciones socioeconómicas, la inseguridad alimentaria, el cuidado durante el embarazo y la calidad de la prestación de los servicios de salud. Procesos críticos como la distribución desigual de la oferta de bienes y servicios, asociados a la concentración de riquezas en torno a la industria bananera, han creado desigualdades para acceder a atención en salud entre las mujeres embarazadas de sectores rurales y dedicados a la economía campesina artesanal, y las concentradas en el denominado eje bananero. Para concluir, la muerte materna en Urabá, está asociada a procesos críticos desde los órdenes generales que afectan las condiciones de vida para la materna y su familia; y definen aspectos como baja cobertura de servicios públicos, poca oferta de empleo, elevado costo del transporte interveredal y deficiente infraestructura vial, en especial en las zonas rurales, los cuales limitan el acceso a los servicios de salud materna continuos e integrales, y no permitan identificar oportunamente los riesgos asociados al embarazo y mejorar así las posibilidades de supervivencia del binomio madre-hijo (42).

Bello L. en su tesis Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, tuvo como objetivo general conocer el comportamiento de la mortalidad materna ocurrida en poblaciones indígenas durante el trienio 2011 – 2013, la metodología de la investigación fue de tipo descriptiva. Los resultados observaron que el 40% de las mujeres indígenas que fallecieron en el trienio eran residentes del departamento de La Guajira, sin embargo hubo 12% de mujeres que fallecieron en otros departamentos estando esto relacionado probablemente con los sitios de remisión de las gestantes, siendo César, Atlántico y Magdalena los departamentos a donde son remitidas estas mujeres para su atención. El 15,4% de las fallecidas residían en el departamento del Cauca, de estas 3 (15%) fallecieron en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, siendo este el principal lugar de remisión. Para concluir, las mujeres indígenas adolescentes menores de 15 años y las mujeres de entre 35 – 45 años son las que tuvieron mayores razones de mortalidad materna durante el trienio estudiado (43).

Hilarion L, Diaz D, Cotes K, Castañeda C. en su artículo Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015, tuvo como objetivo general evaluar las desigualdades sociales en salud en Colombia, utilizando el tipo de afiliación al sistema de salud como un parámetro representativo (proxy) de la condición socioeconómica, la metodología tuvo un análisis descriptivo. Los resultados se evidenciaron desigualdades sociales en la ocurrencia de eventos de notificación obligatoria, las cuales desfavorecen a la población afiliada al régimen subsidiado. En esta población, se reportaron 82,31 casos más de malaria *Plasmodium falciparum* por 100.000 afiliados, que los notificados en el régimen contributivo. Respecto a la brecha relativa, el pertenecer al régimen subsidiado se asocia con un aumento de 31,74 veces el riesgo de morir por desnutrición en menores de cinco años. Otros eventos también presentaron profundas desigualdades, como los relacionados con la salud sexual y reproductiva (mortalidad materna, sífilis gestacional y sífilis congénita), las enfermedades infecciosas y las enfermedades transmisibles relacionadas con la pobreza (lepra y tuberculosis). Para concluir, el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia es un buen indicador del nivel socioeconómico, y es un factor predictor de mayor morbilidad y mortalidad prematura asociada con los factores determinantes sociales de la salud (44).

Rojas D, Zarama I, Borrero Y, Arrivillaga M. En su artículo Revisión de la producción académica latinoamericana sobre desigualdades en mortalidad 2007-2014, tuvo como objetivo general analizar la producción académica sobre el tema de inequidades/desigualdades en mortalidad en la región, identificando: perspectivas teóricas, categorías de análisis, metodologías de investigación, así como centros de producción académica y redes de colaboración de instituciones de la región, la metodología de la investigación fue de tipo descriptiva. En los resultados se encontró que el país con mayor producción académica sobre el tema fue Brasil, con un 47 % del total para el período, seguido de Colombia con 20 %, México 12 %, Cuba 7 %, Argentina 5 %, Chile 4 %, Perú 2 % y, con una muy baja representación, Venezuela, Puerto Rico y Costa Rica con 1 %. Para concluir, se encontró que la producción académica en la región es muy desigual, Brasil es el país que genera la mayor proporción de dicha producción, lo que se constituye en una tendencia que se mantiene en el tiempo y que se ha verificado en revisiones anteriores (45).

Leal L. en su tesis Desigualdades socioeconómicas y morbilidad materna extrema en los municipios del departamento del Valle del Cauca 2015, tuvo como objetivo general identificar la posible correlación entre desigualdades socioeconómicas y morbilidad materna extrema en municipios de Valle del Cauca 2015, la metodología de la investigación fue de tipo exploratoria. Los resultados obtenidos en el Valle en 2015 hubo

980 casos de MME, con RMME de 18.9 casos por 1000 NV. El grupo de edad de 20-34 años concentró 63% de los casos, seguido por el grupo de edad de mujeres de 35 años y más (18%). Según la afiliación al Sistema de Seguridad Social (SSS), 53.5% de las gestantes con MME estaban afiliadas al régimen contributivo, seguidas por el régimen subsidiado, en menor porcentaje eran de régimen especial y/o de régimen de excepción. La tasa promedio de deserción estudiantil intra- anual fue de 3,35 (sd=2,02). Para concluir, se evidenció que la tasa de deserción estudiantil presentó una correlación leve con la RMME en los municipios del Valle, sin embargo, esta no es significativa. También se encontró correlación débil entre la cobertura de seguridad social en salud, aunque esta fue significativa ($p>0.05$). No hubo ningún tipo de correlación con las demás variables independientes expuestas en la presente investigación (46).

Existe una múltiple determinación que explica las desigualdades en mortalidad materna y neonatal al comparar las poblaciones indígenas de zonas rurales dispersas y las poblaciones no indígenas de zonas urbanas, la cual requiere ser comprendida en el marco de las particularidades culturales, las reivindicaciones colectivas, la relación con el territorio y la paradoja entre la gran riqueza natural y la precariedad de las condiciones de vida. Las condiciones estructurales e históricas de desventaja de los indígenas en la sociedad, que los ubican entre los más pobres y vulnerables por razones culturales, sociales, económicas y políticas, son causas del deterioro en sus condiciones de vida y de acceso a servicios, que impactan la salud de la población y explican algunas de las desigualdades entre la población indígena estudiada y la no indígena. Adicionalmente, existe una clara intersección entre las categorías 'etnia' y 'ruralidad' que, aunque son independientes, se construyen y potencian mutuamente, porque ser indígena y vivir en zonas rurales apartadas y de gran dispersión poblacional hace de la geografía y de las particularidades culturales barreras que limitan el acceso a los servicios de salud y contribuyen al aumento de la mortalidad".

1.2 Marco Conceptual

1.2.1 Mortalidad materna

Según Freyermuth (58) la mortalidad materna es la muerte de la mujer mientras se encuentra embarazada o dentro de los 42 días de que se le termine el embarazo, independientemente de la duración o localización del embarazo, por cualquier causa que esté vinculada por el embarazo o su manejo, pero no por causas incidentales o accidentales.

Para Assef et al. (59) la mortalidad materna se puede subdividir en dos grupos que son:

- Muertes obstétricas directas: Son las muertes que resultan de las complicaciones obstétricas del estado gravídico que son el embarazo, trabajo de parto y el puerperio, de las intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos.
- Muertes obstétricas indirectas: Son aquellas que se derivan de una enfermedad previamente existente o de una enfermedad que surgió durante el embarazo y que no fue debida a las causas obstétricas directas, pero se complicó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

Por otra parte, González et al. (60), la mortalidad materna se puede clasificar en:

- Mortalidad materna directa: Son aquellas que ocurren debido a las complicaciones obstétricas y son complicaciones del embarazo por sí mismo, como el embolismo del líquido amniótico, eclampsia y la ruptura del útero.
- Mortalidad materna indirecta: Son las que resultan de una enfermedad pre-existente o una enfermedad que se desarrolla durante el embarazo, la cual se puede agravar por los efectos fisiológicos del embarazo y no fue debido por las causas obstétricas directas como las enfermedades cardíacas, diabetes, entre otras.
- Mortalidad incidental: Son aquellos fallecimientos que ocurren durante el embarazo en las cuales es poco probable que el embarazo en sí pueda contribuir con la muerte, aunque a veces es posible postular una asociación distante tales como los accidentes de tránsito, suicidio entre otras.

1.2.1.1 Causas principales que causan la mortalidad materna

Para Monroy et al. (61) las causas principales de la mortalidad materna son:

- Hemorragia post parto: Es la que causa una mayor cantidad de números de muertos y afecta en mayor cantidad a las mujeres que dan a luz, en otras palabras, la hemorragia es la pérdida sanguínea mayor a 500 cc a través del tracto genital, la prevalencia de la hemorragia post parto sea subestimada debido a que la estimación visual de la pérdida sanguínea es altamente inexacta y representa un problema para el diagnóstico y estudio de la misma.
- Preclampsia/ eclampsia: Esta afecta a más del 10% de todos los embarazos y contribuye de forma significativa a la mortalidad materna mundial, la mayoría de las muertes maternas debido a la preclampsia ocurren en los países en vías de desarrollo, la muerte puede resultar de una variedad de complicaciones que incluyen sangrado intracraneal, edema cerebral, edema pulmonar, convulsiones, entre otras complicaciones.

- Sepsis: Es una enfermedad puerperal y la sepsis del tracto reproductor son los factores que contribuyen de forma significativa a la mortalidad materna, dentro de las medidas claves para prevenir los fallecimientos por sepsis, son el diagnóstico temprano, la resucitación y la administración de los antimicrobianos a tiempo.
- Aborto inseguro: Más del 90% de las muertes que ocurren como el resultado de un aborto provienen de los abortos inseguros, que son realizados por personas que no están capacitadas y en condiciones no estériles, las principales causas de muerte de un aborto inseguro son las hemorragias y la infección.

1.2.2 Determinantes y Determinación en salud

Desde la década de los setenta y los ochenta, las desigualdades en salud fueron reconocidas como un problema de gran interés y relevancia en la salud pública, esto visto desde el enfoque de los derechos fundamentales, la garantía del pleno desarrollo, el aumento de capacidades, potencialidades y progreso de los individuos y comunidades, hecho que deja en evidencia la necesidad del desarrollo de estudios y análisis de los principales factores determinantes de las desigualdades en salud, partiendo de la exposición a diversas amenazas y factores de riesgo a las cuales se ven enfrentadas las comunidades indígenas; por tanto, el desarrollo y ejecución de este tipo de estudios, permite contribuir al diseño y ejecución de políticas públicas favorecedoras del desarrollo social, el mejoramiento del estado de bienestar, igual que el mantenimiento, oportunidad de acceso a los servicios de salud y un óptimo estado de salud de las poblaciones (15).

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a disparidades en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad” (20)

Desde la década de los setenta y los ochenta, las desigualdades en salud fueron reconocidas como un problema de gran interés y relevancia en la salud pública, esto visto desde el enfoque de los derechos fundamentales, la garantía del pleno desarrollo, el aumento de capacidades, potencialidades y progreso de los individuos y comunidades, hecho que deja en evidencia la necesidad del desarrollo de estudios y análisis de los principales factores determinantes de las desigualdades en salud, partiendo de la exposición a diversas amenazas y factores de riesgo a las cuales se ven enfrentadas las comunidades indígenas, por tanto, el desarrollo y ejecución de este tipo de estudios, permite contribuir al diseño y ejecución de políticas públicas favorecedoras del desarrollo social, el mejoramiento del estado de bienestar igual que el mantenimiento y seguimiento a la oportunidad de acceso a los servicios de salud y un óptimo estado de salud de las poblaciones (20).

Una base teórica y conceptual del estudio de las desigualdades en salud, se da con el informe Black presentado en 1980, mediante el cual se presentan tres diferentes tipos de explicaciones sobre la relación de las desigualdades sociales y el estado de salud de las personas, las cuales en su primera explicación hace referencia a las condiciones materiales que caracterizan el entorno de los distintos grupos sociales. El segundo grupo de explicaciones, pertenecen a las diferencias culturales y conductuales entre los distintos grupos sociales y finalmente las explicaciones referidas al denominado “proceso de selección social”, es decir a las condiciones del entorno en que nacen y se desenvuelven las personas, las cuales determinantes la posición socioeconómica a lo largo de la vida, lo cual, limitará o facilitará el uso de los servicios de salud y la práctica de conductas favorables a la buena salud (21).

Otra propuesta de explicación del proceso de salud enfermedad, es la determinación social planteada por la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, la cual en sus postulados plantea que este implica la integralidad del sujeto en relación a su realidad, sus contextos significativos, su cultura, su salud-enfermedad, su ubicación en el proceso productivo y en las relaciones de producción capitalista y su condición de dominador o subordinado, superando el enfoque hegemónico de la salud pública y de la epidemiología tradicional, concentrado en la construcción de modelos causales, con el fin de transformar las condiciones de vida de la población especialmente de los sectores oprimidos.

Mientras tanto, “La idea de determinación social de la salud presupone, por tanto, la discusión acerca de las relaciones entre individuo y sociedad (y de la naturaleza misma de la sociedad) pero de cierta manera la

trasciende al ubicar como central el asunto de la historicidad de los procesos y el modo de devenir de los fenómenos” (21).

Es así como los efectos contextuales y composicionales del objetivo del presente documento, presenta gran inferencia como fuente de desigualdades en salud entre territorios y al interior de estos, los cuales se refieren a la influencia que una unidad de nivel organizacional más alto tiene sobre la población, los cuales incluyen políticas, recursos infraestructurales y programas, convirtiéndose en objetivos potenciales de intervención para reducir las desigualdades en salud. Adicionalmente los efectos composicionales son aquellas características de los individuos que conforman los entornos, estos correspondientes a diferencias atribuibles al estado de salud de los individuos miembros de un contexto dado, por esta razón se deben diferenciar efectos composicionales de efectos contextuales dando primordial importancia para hacer inferencias causales acerca de cómo los entornos impactan la salud de la población (22).

Para el abordaje del presente estudio es necesario adicionalmente traer consigo la teoría de la interculturalidad, la cual en su esencia se derivada de las ciencias sociales, en particular de la antropología que se ha ido permeando a diversas disciplinas, la cual es entendida como la relación entre culturas diferentes, quienes comparten un mismo entorno direccionado por el respeto y hospitalidad, es decir, que ninguna cultura es más o menos importante que la otra, partiendo del reconocimiento de la diferencia, el desapego del yo y la exterioridad de los sujetos, la cual posibilita la transformación mediante el entendimiento de que todos son extranjeros, todos son singulares y todos son otro. Es así como la interculturalidad permite entender a las personas de diversas culturas, entender que todos son iguales y diferentes al mismo tiempo ya que para que se dé la igualdad deben existir dos entidades diferentes, y la igualdad es una de las formas de la diferencia. Entendiendo que no se debe categorizar a los individuos o grupos culturales, en su lugar se debe reconocer la diferencia y generar transformaciones en las diferentes relaciones que se dan en el contexto en el cual se desarrollan individuos y grupos poblacionales, generando un entendimiento mutuo, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de los otros, de esta manera se facilita la apertura para ser escuchado y enriquecerse con las ideas de los (23).

De esta manera tomando como base teórica los aspectos relacionados a las desigualdades en salud y la interculturalidad, se evidencia la importancia de enfocar acciones que permitan fortalecer las acciones de protección y seguridad social en la garantía del derecho a la salud y la superación de desigualdades en salud, siendo esta una prioridad para todos los países y un camino para avanzar en el desarrollo, de ahí que

las comunidades indígenas se encuentren expuestas a un mayor gradiente de vulnerabilidad ante las diversas amenazas y riesgos; un claro ejemplo está representado en los altos índices de mortalidad materna, las cuales son cinco veces mayor a la de la población no indígena del país. La multiplicidad de factores intervinientes en la mortalidad materna y su condición específica dependiente de cada etnia se convierten en el incentivo para llevar a cabo estudios que permitan un mayor conocimiento de cada población a fin de dar un enfoque diferencial que ayude a la disminución de la mortalidad materna en estas minorías; de esta manera se presenta la necesidad de generar intervenciones multisectoriales que den relevancia a los procesos culturales de estos pueblos para reducir las desigualdades que los afecta (24).

1.2.3 Justicia Social y equidad

La justicia social es un valor sobreagregado, por su incidencia en la promoción del respeto igualitario de los derechos y las obligaciones de cada ser humano en la sociedad, la cual se enfoca en la repartición equitativa de los bienes y servicios básicos necesarios para el desarrollo de una persona en la sociedad, como son el bienestar socioafectivo, la educación, la salud y los derechos humanos; por lo cual, cada día cobra más relevancia, con el agravamiento de las inequidades y desigualdades, las cuales constituyen una amenaza para el desarrollo y potencialización de capacidades de los individuos y sociedades frente a una globalización que ha traído consigo un acelerado mercantilismo, cambios abruptos del clima, nuevas transiciones demográficas, el desarrollo tecnológico e industrial sin compensación medio ambiental, y la transformación del mundo del trabajo (10) .

De esta manera se ven intervenidos los determinantes sociales de la salud, siendo impactados en la justicia y la equidad en salud, ya que determinan las condiciones de vida, entornos saludables, prácticas justas y dignas de desarrollo y producción, protección social, distribución equitativa del poder, el dinero y los recursos, por medio de equidad sanitaria en las políticas, sistemas, programas y financiación equitativa, responsabilidad del mercado, equidad de género y autonomía política (25) . Por lo cual es indiscutiblemente necesario el análisis y el abordaje de las desigualdades en salud.

En este contexto la equidad en salud implica que idealmente todos deben tener una oportunidad justa de lograr su pleno potencial de salud y, prácticamente, que nadie debe ser desfavorecido de la consecución de ese potencial. No se trata de eliminar todas las diferencias en salud sino de reducir o eliminar aquellas evitables e injustas. La equidad implica la generación de oportunidades para la salud y la disminución de diferencias evitables; esto es, igualdad de acceso a la atención de acuerdo a la necesidad, igualdad en la calidad de la atención para todos e igualdad en el servicio para la misma necesidad (25).

Los pueblos indígenas se han enfrentado desde sus inicios, a la lucha incesable por la visibilización de su cosmogonía, de su forma única y particular de ver y vivir en este mundo, su relación estrecha con la naturaleza y el medio ambiente, su organización social y la manera en la cual comprenden y abordan el proceso de salud enfermedad. Lucha que los ha llevado por un largo camino de búsqueda de rompimiento de cadenas de esclavitud, desplazamiento, muerte y pérdida cultural que aun después de tantos años sigue presente en el territorio colombiano.

Esta lucha incesante por el entendimiento de la interculturalidad y el reconocimiento de los grupos étnicos en particular de los pueblos indígenas como sujetos colectivos de derechos, un camino para la protección de los valores culturales y sociales de las comunidades indígenas y su derecho a la existencia como pueblos con identidades, costumbres, valores, tradiciones y preceptos propios (22) donde se deje de lado la visión de un estado monocultural arraigado a la creencia de la existencia de un solo pueblo, una sola cultura, un solo Dios, una sola lengua, una sola forma de familia, de salud y pasar a la existencia de un estado multicultural y multiétnico que reconoce y respeta la diversidad.

Con base en estos aspectos de vulnerabilidad de los pueblos indígena, se evidencia la necesidad de analizar, contextualizar y abordar las desigualdades en que viven y se desarrollan estas minorías étnicas y que indudablemente ponen en riesgo su perpetuidad en la historia.

Los efectos negativos en la salud derivados de la inequidad social y de la injusticia, así como coincide en reconocer la articulación múltiple y compleja entre procesos sociales y procesos biopsíquicos de individuos y colectividades. Los determinantes estructurales de las inequidades en salud se fundamentan en la distribución desigual del poder y de los ingresos según categorías como el género y la etnia, considerando que los efectos en la salud se derivan de la posición social que ocupan las personas de acuerdo a características demográficas como los ingresos, la escolaridad y la ocupación y que se usan para hacer estratificación social. Esta estratificación conlleva a exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales para la salud.

La medicina social europea del siglo XIX postula que la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que la condición social y económica tiene relación con los procesos de salud-enfermedad y que esta relación debe ser motivo de investigación científica. Para la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, la estratificación social deviene de las relaciones de clase producidas por las relaciones de producción y la distribución de los recursos, es decir, que bajo este enfoque, la enfermedad es la expresión de las relaciones

entre las formas de propiedad el poder y la división del trabajo, así como de las relaciones entre las formas a través de las cuales la producción y la reproducción propias del capitalismo producen diferencias en la calidad de la vida de las distintas clases sociales, los géneros y las etnias.

Mientras que para la Comisión los contextos social y político hacen referencia a las políticas públicas macroeconómicas y a aquellas que afectan el trabajo, la tierra, la vivienda, la educación, el bienestar social, la atención médica, el agua y el saneamiento, y la posibilidad de transformación está en la creación o reforma de tales políticas de Estado y en la promoción de culturas y valores sociales, para la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericanas lo que debería hacerse es cambiar la sociedad en su forma actual, el cambio radica en la inversión de la correlación de fuerzas entre el poder hegemónico de las clases dominantes y el contrahegemónico de las clases subalternas en la lucha por la salud (23).

En cuanto a la justicia, a pesar de considerar que las inequidades en salud en su esfera más general se deben a un orden social y político injusto, es producto del modelo de desarrollo neoliberal sustentado en los valores del mercado, no hay una posición clara hacia las fuentes de la desigualdad y la inequidad, situación por la que las alternativas propuestas son reduccionistas

Se propone, entonces, una concepción de la salud centrada en la vida; dicha concepción parte del reconocimiento del sujeto individual y colectivo como sujeto activo en la construcción de su salud, se rescata así el sujeto y la subjetividad. La valoración de la dimensión subjetiva de las prácticas de salud, de las vivencias de usuarios y trabajadores del sector, ha proporcionado espacios de comunicación y diálogo con otros saberes y prácticas, abriendo nuevas perspectivas de reflexión y acción.

1.2.4 Desigualdades Sociales y Salud

Las desigualdades sociales en salud muestran un gradiente histórico y estructural, que incluye la desigualdad económica o de medios, la desigualdad en el goce de los derechos, en el desarrollo de capacidades en el acceso a oportunidades, a la autonomía y al reconocimiento, siendo multidimensional y multicausal, lo cual requiere de múltiples y simultáneas formas de abordaje de las desigualdades, en ámbitos de desarrollo y retroalimentación social. Por lo tanto, vale la pena mencionar que las desigualdades de acceso y resultado reflejan la vulneración del derecho a la salud, lo cual repercute de forma directa e indirecta en el goce de otros derechos como eje central en la reproducción de la pobreza y la reducción de las capacidades y oportunidades, obstaculizando la innovación y los aumentos de productividad. Garantizar el

derecho a la salud y reducir las brechas observadas en este ámbito, es un elemento fundamental en la eliminación de las desigualdades y las inequidades en salud (23).

Con base en los planteamientos y teorías que enmarcan el estudio de las desigualdades en salud, se logra identificar los diversos tipos de indicadores necesarios para monitorear desigualdades, con el objeto de establecer cómo se relacionan, qué se debe priorizar, qué dejar afuera (20), lo cual permite rastrear las diferencias en salud entre grupos sociales, con el fin de monitorear el estado de la equidad en una sociedad. La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, recomienda que los indicadores de salud se reporten por grupos sociales, o ‘estratificadores de equidad’, para propósitos de monitoreo de las desigualdades en salud. Además, el énfasis en grupos sociales permite comprender las desigualdades en salud actuales en un contexto histórico y cultural, lo que facilita una mejor apreciación sobre la forma en que las diferencias en salud pueden haber surgido (22).

De acuerdo a esta contextualización del análisis del proceso salud enfermedad, desde la comprensión del modelo de los determinantes sociales en salud, la justicia social, la equidad y las desigualdades, y su importancia en la práctica de la salud pública, surge la necesidad imperiosa de analizar la mortalidad materna en la población indígena colombiana, pero ¿por qué es importante este análisis? pues bien, los pueblos indígenas han vivido y viven aún en contextos de vulnerabilidad, esto debido a procesos históricos, que han rezagado su desarrollo y sus derechos, productos del desequilibrio de poderes que desde la época de la colonización les ha robado la dignidad y los ha despojado de sus procesos culturales, los cuales fueron satanizados y sus territorios sagrados invadidos obligándolos a vivir en un mundo de discriminación.

El trabajo realizado por la CDSS (Comisión de determinantes sociales en salud) es valioso para la salud pública en la medida en que ha promovido la visibilización de las desigualdades en salud y ha centrado la acción en su reducción, desde una perspectiva de justicia social.

Igualmente, es importante el reconocimiento que hace de la dimensión social de las enfermedades y la atención de salud, que lleva al cuestionamiento del modelo de desarrollo que privilegia los valores del mercado, por lo cual plantea la necesidad de realizar cambios estructurales en la sociedad.

El modelo sobre los determinantes centrado en una perspectiva relacional, en el cual la salud es el producto de grados diferentes de exposición y vulnerabilidad, a su vez, producto de determinantes intermedios y

estructurales, deja entrever una perspectiva de salud centrada en la enfermedad, y no como vida que se despliega.

Para entrar en contexto en el cual surge la mortalidad materna en la indígena, se debe entender el concepto de atención integral materno-infantil siendo necesario abordar fundamentalmente la maternidad segura, entendida desde el abordaje de la promoción y los derechos fundamentales de la mujer, el menor, la familia y las comunidades, la garantía del derecho a la vida y el grado máximo de salud que se pueda lograr, esto ligado directamente al acceso a servicios de salud adecuados, seguros eficientes con calidad y humanizados, considerando las inequidades en la distribución de ingresos y las desigualdades relacionadas con los determinantes sociales de la salud (7).

Un indicador importante y trascendental en el análisis de la maternidad segura en un territorio, es la razón de mortalidad materna (número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos), un alto número de muertes maternas muestra las inequidades en el acceso a los servicios de salud, este permite evidenciar las brechas sociales que se producen en entornos débiles tanto en áreas rurales como urbanas y zonas de crisis humanitaria. “La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo en 2015, según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es de 239 por 100. 000 nacidos vivos (NV), mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100. 000 NV. Es decir que mueren 330.000 mujeres cada año, alrededor de 800 cada día por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, siendo la mayoría de estos casos evitables, reflejando las grandes diferencias existentes entre los países, y en un mismo país o territorio, entre mujeres de alto y bajo nivel socioeconómico, entre la población rural y la urbana y entre grupos étnicos” (7).

Al realizar la revisión como país, según datos del ASIS Colombia 2018, entre 2005 y 2017 la razón de mortalidad materna en Colombia pasó de 70,1 a 51,01 muertes maternas por cada 100.000 NV. Donde según el análisis por regiones y departamentos, un factor determinante de la mortalidad materna es la dispersión geográfica poblacional ya que para 2017 se produjeron 24,97 muertes más por cada 100.000 NV en el área rural dispersa que, en las cabeceras municipales, y la brecha de desigualdad relativa osciló entre 1,5 y 2,7, lo cual muestra que la razón de mortalidad materna en el área rural fue de un 50% más alta que en las cabeceras municipales (15).

Según la pertenencia étnica, para el 2017 las razones de mortalidad materna más altas se presentaron en las poblaciones indígenas y afrodescendiente, alcanzando valores de 222,2 y 110,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente, indicando que la razón de mortalidad materna es cuatro veces mayor en mujeres indígenas y dos veces mayor en mujeres afrocolombianas con respecto al promedio nacional (15).

Por consiguiente, este indicador es un reflejo de la gran problemática existente en las minorías étnicas del país, debido a las desigualdades e inequidades sociales, demográficas y económicas que se presentan en el diario vivir de los grupos indígenas colombianos, convirtiéndose en un llamado a la inclusión en políticas y planes de acción de un enfoque intercultural para garantizar servicios sanitarios adecuados enfocados en las necesidades de interculturalidad, al mismo tiempo que la visibilización de los factores que favorecen a la experiencia positiva o negativa de los grupos indígenas dadas sus características de poblaciones nómadas, niveles de educación deficientes, transporte o infraestructura precarios, desconfianza entre las autoridades y pueblos indígenas, poblaciones dispersas, regiones fronterizas remotas, conceptos o prácticas en materia de sanidad indígenas rechazados, actitudes sociales discriminatorias, acceso reducido a los remedios tradicionales, desplazamiento forzado, acceso limitado al agua no contaminada y al saneamiento, repercusiones del cambio climático, desnutrición, inseguridad alimentaria, pobreza, desempleo y acceso reducido a la tierra o los recursos (11).

Un ejemplo claro de esto se dio en la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, celebrada en Nueva York, donde el secretario general de las Naciones Unidas, Ban Ki-Moon presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, la cual tiene por objeto acabar con las muertes evitables en estos grupos, mediante la transformación de los entornos, los cuales permitan su desarrollo, mejorar y potencializar su salud y su bienestar. Esto en el marco de cinco puntos estratégicos;” resolver las desigualdades en la calidad y el acceso a los servicios de atención en salud reproductiva, materna y neonatal, lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal; abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y de discapacidades relacionadas; reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres, niños y adolescentes, y por ultimo garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad” (7).

Entre los años 2016 y 2018 Colombia establece en su normatividad en salud, la elaboración, adaptación e implementación en cada uno de los territorios de las rutas de atención integral en salud (RIAS), estableciéndose como una de las ruta prioritarias y de obligatorio cumplimiento, la ruta integral de atención en salud materno perinatal, esta a su vez insta las directrices para su operativización basada en el reconocimiento a las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de derechos humanos, incluyendo la prestación de servicios de salud que no incurran en conductas que configuren riesgos para una gestación sana en cada una de sus etapas, esto implica erradicar la inequidad y desigualdad étnica, erradicar las deficientes conductas como el trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención en salud, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia o discapacidad (10); dadas las condiciones, conviene mencionar que el estudio y análisis de las desigualdades de la mortalidad materna, es de gran importancia para romper con las brechas de inequidad y desigualdad de estas minorías gravemente afectadas en sus los determinantes sociales.

En el marco de las desigualdades sociales, vale la pena mencionar que “El concepto de desigualdad en salud alude al impacto que tienen, sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población, los determinantes sociales como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones de habitabilidad o equipamientos del lugar en el que se vive o trabaja” (24) ; igualmente, “ La desigualdad étnica forma parte de la fragmentación que caracteriza a América Latina como la región más inequitativa del mundo y que se expresa en las brechas entre géneros, entre el campo y la ciudad, entre el capital y el trabajo, las que afectan a la población con capacidades diferentes o con distintas orientaciones sexuales y las que se producen entre regiones” (26).

Es así que las desigualdades sociales en salud muestran un gradiente histórico y estructural, que incluye la desigualdad económica o de medios, la desigualdad en el goce de los derechos, en el desarrollo de capacidades, en el acceso a oportunidades, la autonomía y el reconocimiento, siendo multidimensional y multicausal, lo cual requiere de múltiples y simultáneas formas de abordaje de las desigualdades, en ámbitos de desarrollo y retroalimentación social. Por lo tanto, podemos decir que las desigualdades, reflejan la vulneración del derecho a la salud, lo cual repercute de forma directa e indirecta en el goce de otros derechos como eje central en la reproducción de la pobreza y la reducción de las capacidades y oportunidades, obstaculizando la innovación y los aumentos de productividad. Garantizar el derecho a la salud y reducir las

brechas observadas en este ámbito, es un elemento fundamental, en la eliminación de las desigualdades y las inequidades (23).

1.2.5 Situación Actual

Los derechos colectivos de los indígenas incluyen su derecho a existir como pueblos, con usos, costumbres, tradiciones y preceptos propios, la oficialidad de sus idiomas en sus territorios, el respeto por su institucionalidad, la propiedad sobre los territorios ancestrales, gobernarse y administrar justicia en ejercicio del derecho propio, una educación que posibilite la consolidación y el desarrollo de su identidad cultural.

Así mismo, tienen derecho al desarrollo de programas de salud propia que interpreten los elementos de la interculturalidad y valoren la medicina tradicional, a participar de los ingresos de la Nación, mantener y desarrollar sus sistemas de organización política y social, reivindicando el papel de sus autoridades tradicionales para desarrollar sus modelos de economía propia, al pleno disfrute de los recursos naturales en sus territorios, a que se realicen consultas previas sobre todos aquellos asuntos relacionados con su integridad y existencia como pueblos asentados en sus territorios y al respeto y protección de sus derechos humanos, como pueblos que merecen vivir en paz y en convivencia con el resto de la sociedad, de acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –PIDESC-, el cual señala “el derecho a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y depende de estos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud”.

Estas diferencias se plantean como consecuencia de la estratificación social, la cual, a su vez, se produce por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, en este orden de ideas, se reconoce la existencia de un orden social y político injusto que requiere transformaciones estructurales. Se plantea así, la necesidad de una nueva moralidad para la globalización, ya no bajo la imposición de los valores referidos al mercado, correspondientes a un modelo de desarrollo neoliberal, sino en valores universalmente compartidos y en la garantía de los derechos humanos. Es necesario, reconocer la salud como un derecho humano y, por lo tanto, como un asunto de justicia social. Injusto que requiere transformaciones estructurales. Se plantea así, la necesidad de una nueva moralidad para la globalización,

ya no bajo la imposición de los valores referidos al mercado, correspondientes a un modelo de desarrollo neoliberal, sino en valores universalmente compartidos y en la garantía de los derechos humanos. Es necesario, reconocer la salud como un derecho humano y, por lo tanto, como un asunto de justicia social, que las formas sociales en las cuales viven y trabajan las personas, por medio de la identificación de factores de riesgo individual, para lo cual se realiza un análisis de la salud desde una perspectiva de equidad, dirigida a promover la reducción de las diferencias injustas de salud entre los diferentes grupos humanos (23).

Para lograr contextualizar y dimensionar la vulnerabilidad y desigualdades en la cual vive y se desarrollan los pueblos indígenas en Colombia, encontramos que, para el censo de 2018 el 79% residen en centros poblados y área rural dispersa, frente a un 21% que viven en cabeceras municipales. Según el número de personas por familias se observa que en la mayoría de los hogares viven entre tres y cuatro personas con un porcentaje de 40.1%, seguido de cinco o más personas con un 26.9%. De acuerdo al tipo de vivienda, el 60.8% viven en casas, seguido de vivienda tradicional indígena en un 30.0%, un 4.4% en apartamentos y el 3.8% en vivienda tipo cuarto. Respecto a la cobertura de servicios públicos, evidenciamos que, la cobertura de energía eléctrica para los pueblos indígenas se encuentra en 66 %, mientras que el promedio nacional está en 96.3%, al verificar esta misma cobertura para el área de centros poblados y áreas rurales dispersa, la población indígena cuenta con una cobertura del 56,9%, mientras el total nacional es de 85.8%; situación que no es diferente a la presentada para la cobertura de acueducto y alcantarillado, las cuales para los pueblos indígena se encuentran en 41.4% y 23 % respectivamente, frente a un promedio nacional de 86.4% de cobertura de acueducto y 76.6% para alcantarillado.

Para el caso de la población materna indígena en Colombia, para los años 2015 y 2020 según datos tomados de las estadísticas vitales del DANE en relación a la mortalidad materna se evidencia un total de 93 muertes maternas, con un total de 91 mujeres indígenas en estado de gestación entre 15 y 44 años , y entre 45 y 64 años, un total de 2 gestantes; gran cantidad de estas defunciones se presentan en departamentos como La Guajira, Magdalena, Cesar, Atlántico, Córdoba, Santander, Norte de Santander, Arauca, Vichada, Guainía, Vaupés, Amazonas, Caquetá, Cauca, Putumayo, Nariño, Chocó, Antioquia, Risaralda, Tolima, Bogotá, Meta, y Boyacá.

Estos datos estadísticos, no son solamente números o porcentajes, son una pequeña muestra del contexto en el cual viven y buscan desarrollarse ese 4.4% de la población Colombia, la cual desde sus inicios se ha visto enfrentada a la discriminación, el desarraigo, la violencia, el no reconocimiento de sus procesos culturales, “ que es del ser humano sin una identidad cultural, sin un territorio , sin organización social, sin un origen”; una población indígena que en su mayor número vive en áreas rurales, en territorios marcados

por la violencia, en un mundo marcado por la globalización y las macroeconomías capitalista y mercantilistas; que nada tienen que ver con sus formas de organización social, política y económicas; donde cómo podemos observar las coberturas de servicios públicos son bajas, y más cuando la salud concebida como un servicio, y menos como un derecho. Esta es la vulnerabilidad y las desigualdades que han vivido y que siguen viviendo los pueblos indígenas, lo cual genera riesgos para la salud y el desarrollo de estos grupos, dando como resultado la vulneración de sus derechos fundamentales.

Capítulo 2. Diseño Metodológico

2.1 Tipo de Estudio

Es un estudio de tipo descriptivo y carácter observacional de corte transversal, donde se hace una revisión de microdatos de las estadísticas vitales determinadas por el Departamento Administrativo nacional de estadísticas (DANE) establecidas entre los años 2015 a 2020; información que permitió de manera concreta obtener respuestas para la pregunta de investigación.

2.2 Material y Método

La investigación es de tipo cualitativo, se utilizaron los datos recabados del DANE clasificándolos por categorías, tomando en cuenta los registros de mortalidad materna con base en el formulario de la Clasificación Internacional de Enfermedades No 10 (CIE-10) tomados de los certificados de defunción realizados a lo largo del territorio nacional anualmente.

2.3 Población

La población objetivo del presente estudio, correspondió a las maternas de los diversos grupos étnicos/indígenas del país, fallecidas antes, durante y luego de su proceso de gestación.

2.4 Selección de variables o categorías

La selección de las variables para el análisis de la información, fue tomada de las encuestas de estadísticas vitales del DANE (Departamento administrativo nacional de estadística) tomadas entre los años 2015 y 2020.

- Grupo Étnico: Indígena, Negro (a) -Mulato (a) – Afrocolombiano (a) o Afrodescendiente, ROM (Gitano), Palenquero de San Basilio, Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia.
- Gestante: Falleció cuando estaba embarazada
- Año de defunción
- Edad
- Departamento

- Causa 666
- Causa 667
- Diagnóstico CIE10

2.5 Fuentes de información

Se utilizó para el presente trabajo fuentes de información primarias y secundarias por medio de las cuales se efectuó la recolección y análisis de información para su realización.

2.5.1 Fuentes primarias

Las fuentes primarias de información son las Estadísticas que se obtuvieron en el DANE (31), sobre mortalidad materna en pueblos indígenas y otro tipo de etnias; también el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2018 (32).

2.5.2 Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias se obtuvieron de los diferentes informes, artículos, estudios, reseñas, teorías y revistas, realizados por personal altamente capacitado y que han sido aprobadas por autoridades en salud a nivel nacional e internacional.

2.6 Instrumentos de recolección de información

Para recolectar la información se utilizó como uno de los instrumentos el análisis de documentos, de donde se recolecta la información que posteriormente fue plasmada en una plantilla de Excel y en la plataforma para análisis de datos Power BI, también se realizó la clasificación por categorías en el programa estadístico STATA, y finalmente se hizo el análisis de los datos y se determinó la Caracterización propia del estudio planteado.

2.7 Plan de análisis

Se realizó una revisión estricta de cada uno de los documentos obtenidos del DANE, haciendo reconocimiento de los mismos para identificar las variables objeto de estudio del presente trabajo investigativo, siendo estas las causas de mortalidad materna en general, se admite la información descrita en diversos artículos publicados, en revistas indexadas, informes y estudios previamente realizados a nivel mundial con una vigencia de 10 años atrás; posteriormente, se toma cada una de las encuestas de estadísticas vitales publicadas entre los años 2015 y 2020(p), para poder identificar estadísticamente las causas de la mortalidad materna en los pueblos indígenas.

Para realizar la clasificación y categorización de la información obtenida de estadísticas vitales, se utiliza la plataforma Power BI para así posteriormente llevar a cabo el análisis de los datos.

Finalmente, se identifican las causas principales de mortalidad materna tanto en población general como en grupos étnicos colombianos para realizar el análisis de desigualdades en salud.

Capítulo 3. Análisis de los resultados

3.1 Consideraciones éticas

Los aspectos éticos bajo los cuales se registrará la investigación se encuentran consignados en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (55), y la resolución 2384 de 1997 ya que con base en esta se puede considerar “investigación sin riesgo”, ya que no se efectúa ninguna intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan del estudio, ya que esta investigación se centra en la revisión y análisis de fuentes secundarias.

3.2 Recolección de la Información

Se realiza la descarga de la información del DANE ingresando a su página de internet <https://www.dane.gov.co/> (56) a continuación se dirige a la sección **Estadísticas por tema**, luego se da click en el botón **Sociedad** para que se despliegan una serie de subtemas relacionados con el título inmediatamente anterior.

Figura 1. Estadísticas por Tema



Fuente: DANE

Presionando el botón **Salud**, se extienden subcategorías como nacimientos y defunciones, discapacidad, cuenta intermedia de la salud (CIS), cuenta satélite de salud (CSS), encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas (ENCSP), encuesta nacional de calidad de vida (ECV), encuesta longitudinal de protección social (ELPS), informalidad y seguridad social.

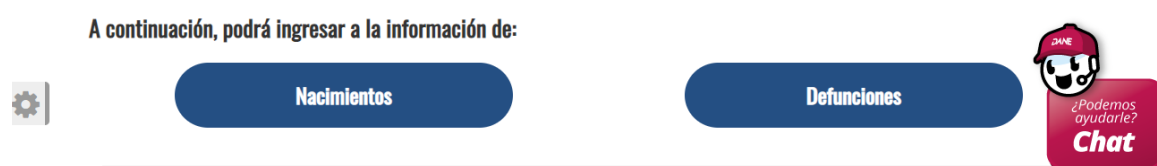
Figura 2. Estadísticas por tema - Salud



Fuente: DANE

Posteriormente, se da clic en el Toogle: nacimientos y defunciones, donde se visualiza una página que contiene información propia sobre estadísticas vitales tales como su definición, información histórica, información metodológica e informes. En el extremo inferior derecho, se encuentran dos botones, uno de donde se despliega información de Nacimientos y el siguiente de Defunciones.

Figura 3. Nacimientos - Defunciones



Fuente: DANE

Ingresando al toogle Defunciones, se abre una página tercera donde se evidencian títulos con información sobre defunciones fetales y no fetales, permitiendo identificar el comportamiento de la mortalidad en Colombia.

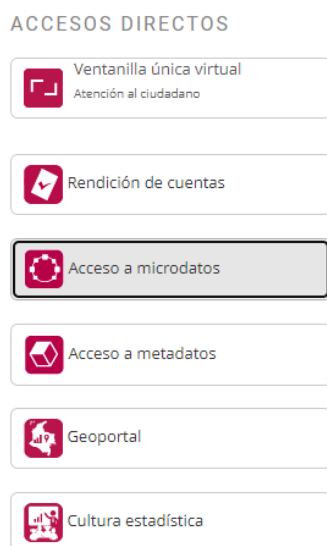
Figura 4. Defunciones No Fetales



Fuente: DANE

Una vez seleccionado el ítem de defunciones no fetales, se procede a la descarga de la información según el año de interés, para el caso, años 2015 a 2020 respectivamente, para esto, luego de seleccionar el año de utilidad se visualiza una casilla en el extremo superior izquierdo donde se mencionan 5 ventanas de acceso directo a la información a estudiar.

Figura 5. Acceso directo a microdatos



Ingresando a Acceso a microdatos, se abre la página del Archivo nacional de datos (en adelante ANDA) donde Se representan 43 registros sobre encuestas y censos Desarrollados en la población colombiana durante Ciertos años atrás, a la que se seleccionan los datos de

Fuente: DANE

3.2.1 Estadísticas vitales

Para obtener microdatos ofrecidos por el DANE, es necesario acceder a la ventana ofrecer microdatos e ingresar al archivo de datos en la sección defunciones para en su extremo superior derecho se descargue la información solicitada mediante una carpeta ZIP.

Figura 6. Obtención de Microdatos

COLOMBIA - Estadísticas Vitales - EEVV - 2015



Microdatos >

ID de Referencia

Año

País

Productor(es)

Colección(es)

metadata

COLOMBIA

Microdatos - DANE

[Documentación en PDF](#)

Creado el
Jul 24, 2017

Última modificación
Sep 25, 2017

Visitas a la página
63867

Descripción de la operación estadística

Diccionario de Datos

Materiales Relacionados

Obtener Microdatos

Archivos de datos

Defunciones

Autor(es)	Dane
Fecha	07-24-2017
País	Colombia
Idioma	Spanish
Descargar	Defun_2015.zip

23.48 MB

Defun_2015.zip

Fuente: DANE

Al descargar la información objeto de estudio, se evidencia una tabla con los datos relacionados con las muertes en Colombia durante el año seleccionado; tabla que contiene variables descriptivas como:

Departamento donde ocurrió la defunción, Municipio donde ocurrió la defunción, Área donde ocurrió la defunción, Sitio donde ocurrió la defunción, Otro sitio, ¿cuál?, Código de la institución prestadora de salud donde ocurrió la defunción, Nombre de la institución de salud donde ocurrió la defunción, Tipo de defunción, Año en que ocurrió la defunción, Mes en que ocurrió la defunción, Hora en que ocurrió la defunción, Minutos en que ocurrió la defunción, Sexo del fallecido, Estado conyugal del fallecido, Agrupación de edades, según la edad del fallecido, Agrupación de edades, según la edad del fallecido, Último año de estudios que aprobó el fallecido, Último año o grado aprobado por el fallecido, La ocupación pudo ser causa o estar asociada con la defunción, Accidente de trabajo o enfermedad profesional, ¿Cuál fue la última ocupación habitual del fallecido?, De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía como, País de residencia habitual del fallecido, cuando residía en un país diferente a Colombia (para muerte fetal o de menor de un año el de la madre), Departamento de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de

menor de un año el de la madre), Municipio de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año el de la madre), Área de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año la el de la madre), Régimen de seguridad social del fallecido (para muerte fetal, o de menor de un año el de la madre), Entidad Administradora en Salud, a la que pertenecía el fallecido (para muerte fetal, o de menor de un año la entidad administradora a la que pertenecía la madre), Nombre de la administradora, Probable manera de muerte, Certificado de defunción expedido por, La muerte fetal o del menor de un año ocurrió con relación al parto, Tipo de parto - el feto o el menor de un año fallecido nació por parto, Multiplicidad - el feto o el menor de un año fallecido nació de un embarazo, Número de semanas tiempo de gestación, Peso al nacer del feto o del menor de un año, Edad de la madre del feto o del menor de un año fallecido, Número de hijos nacidos vivos de la madre (incluyendo el presente), Número de hijos nacidos muertos de la madre (incluyendo el presente), Estado conyugal de la madre, Último año de estudios que aprobó de la madre, Último año o grado aprobado de la madre, ¿Estaba embarazada cuando falleció?, ¿Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas?, Estuvo embarazada en los últimos 12 meses?, Probable manera de muerte (violenta), Departamento de ocurrencia del hecho cuando es muerte violencia, Municipio de ocurrencia del hecho cuando es muerte violencia, Como determino la causa de muerte - A, Como determino la causa de muerte - B, Como determino la causa de muerte - C, Como determino la causa de muerte - D, Como determino la causa de muerte - E, Recibió asistencia médica durante el proceso que lo llevo a la muerte?, Causa Directa: Código de la causa de defunción informada en el renglón a), Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón a), Causas Antecedentes1: Código de la causa de defunción informada en el renglón b), Código de la segunda causa de defunción informa en el renglón b), Causas Antecedentes2:Código de la causa de defunción informada en el renglón c), Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón c), Causas Antecedentes 3: Código de la causa de defunción informada en el renglón d), Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón d), Otros estados patológicos importantes código de la causa de defunción informada en II, Código de la causa de defunción informada en otro estados patológicos importantes, Código de la causa básica de la defunción Código de la causa de defunción informada en Muerte Sin Certificación médica, Profesión de quien certifica la defunción, Causa Agrupada con base en la lista 6/67 de la OPS (CIE-10), Causa Básica agrupada con base en la lista 105 Colombia” (57) .

3.2.2 Variables descriptivas representadas con las siglas

Las cuales están escritas en su respectivo orden se detallan a continuación:

“COD_DPTO, COD_MUNIC, A_DEFUN, SIT_DEFUN, OTRSITIODE, COD_INST, NOM_INST, TIPO_DEFUN, ANO, MES, HORA, MINUTOS, SEXO, EST_CIVIL, GRU_ED1, GRU_ED2, NIVEL_EDU, ULTCURFAL, MUERTEPORO, SIMUERTEPO, OCUPACION, IDPERTET, CODPRES, CODPTORE, CODMUNRE, AREA_RES, SEG_SOCIAL, IDADMISALU, IDCLASADMI, PMAN_MUER, CONS_EXP, MU_PARTO, T_PARTO, TIPO_EMB, T_GES, PESO_NAC, EDAD_MADRE, N_HIJOSV, N_HIJOSM, EST_CIVM, NIV_EDUM, ULTCURMAD, EMB_FAL, EMB_SEM, EMB_MES, MAN_MUER, CODOCUR, CODMUNOC, C_MUERTE, C_MUERTEB, C_MUERTEC, C_MUERTEE, ASIS_MED, C_DIR1, C_DIR12, C_ANT1, C_ANT12, C_ANT2, C_ANT22, C_ANT3, C_ANT32, C_PAT1, C_PAT2, C_BAS1, C_MCM1, IDPROFCER, CAUSA_666, CAU_HOMOL” (57) .

La tabla completa con la descripción de variables se puede apreciar en el anexo 1.

Una vez obtenida la información se realiza una tabla general donde se evidencia la información relacionada con las defunciones en Colombia obtenida de las encuestas de estadísticas vitales realizadas por el DANE para los años 2015,2016,2017,2018,2019 y 2020; posteriormente se selecciona una serie subtemas de los cuales se permite obtener una aproximación a la situación en salud de las gestantes en Colombia y las causas de su mortalidad según su grupo étnico, debido a esto, se seleccionó las siguientes variables:

“COD_DPTO: Departamento donde ocurrió la defunción”

“COD_MUNIC: Municipio donde ocurrió la defunción”

“A_DEFUN: Municipio donde ocurrió la defunción”

“SIT_DEFUN: Sitio donde ocurrió la defunción”

“OTRSITIODE: Otro sitio, ¿cual?”

“SEXO: Sexo del fallecido”

“EST_CIVIL: Estado conyugal del fallecido”

“GRU_ED1: Agrupación de edades, según la edad del fallecido”

“GRU_ED2: Agrupación de edades, según la edad del fallecido”

“NIVEL_EDU: Último año de estudios que aprobó el fallecido”

“MUERTEPORO: La ocupación pudo ser causa o estar asociada con la defunción”

“OCUPACION: ¿Cual fue la última ocupación habitual del fallecido?”

“IDPERTET: De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía como”

“CODPTORE: Departamento de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año el de la madre)”

“AREA_RES: Área de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año la el de la madre)”

“SEG_SOCIAL: Régimen de seguridad social del fallecido (para muerte fetal, o de menor de un año el de la madre)”

“IDADMISALU: Entidad Administradora en Salud, a la que pertenecía el fallecido (para muerte fetal, o de menor de un año la entidad administradora a la que pertenecía la madre)”

“PMAN_MUER: Probable manera de muerte”

“T_PARTO: Tipo de parto - el feto o el menor de un año fallecido nació por parto”

“TIPO_EMB: Multiplicidad - el feto o el menor de un año fallecido nació de un embarazo”

“T_GES: Número de semanas tiempo de gestación”

“EST_CIVM: Estado conyugal de la madre”

“EMB_FAL: ¿Estaba embarazada cuando falleció?”

“CODOCUR: Departamento de ocurrencia del hecho cuando es muerte violencia”

“ASIS_MED: ¿Recibió asistencia médica durante el proceso que lo llevo a la muerte?”

“C_DIR1: Causa Directa: Código de la causa de defunción informada en el renglón a)”

“C_DIR12: Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón a)”

“CAUSA_666: Causa agrupada con base en la Lista 6/67 de la OPS (CIE-10)”

“CAU_HOMOL: Causa básica agrupada con base en la Lista 105 Colombia” (48).

Se aplican los filtros generales en cada una de las tablas de defunciones por año, siendo estas: “**EMB_FAL:** Estaba embarazada cuando falleció?”

“**IDPERTET:** De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía como:

1=Indígena

2 = Rom (Gitano)

3 = Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia

4 = Palenquero de San Basilio

5 = Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente

6 = Ninguno de las anteriores

9 = Sin información”

La tabla con la descripción del contenido de variables se puede evidenciar en el anexo 1.

Posterior al filtro de la información basada en las variables anteriormente descritas, estos datos fueron trasladados a Power BI, programa que permite analizar y visualizar datos de manera ágil e interactiva (49), con el fin de facilitar el análisis de la información y así cumplir con el objetivo del estudio en curso.

Capítulo 4. Resultados

Para el proceso de observación de la información y posterior análisis de desigualdades en relación a la mortalidad materna en grupos étnicos, se crearon los siguientes indicadores para los cuales se realizan las siguientes gráficas según datos obtenidos siendo estos:

4.1 Muerte Materna vs Grupo étnico

Figura 7. Muertes maternas por grupo étnico



Fuente: DANE/elaboración propia

Según datos de estadísticas vitales entre las vigencias 2015 a 2020, se presentaron 803 muertes maternas, de las cuales 93 ocurrieron en población indígena; es decir el 11.58% de las muertes maternas ocurridas. Sin embargo, es necesario analizar que, los pueblos indígenas son una minoría étnica, donde tan solo el 4.4% de la población total del país se auto reconocen como tal, es decir 1.905.617 de personas, de las

cuales el 50.1% son mujeres (954.714), grupo dentro del cual en promedio entre 2015 a 2020, ocurrieron 15.5 casos de mortalidad materna.

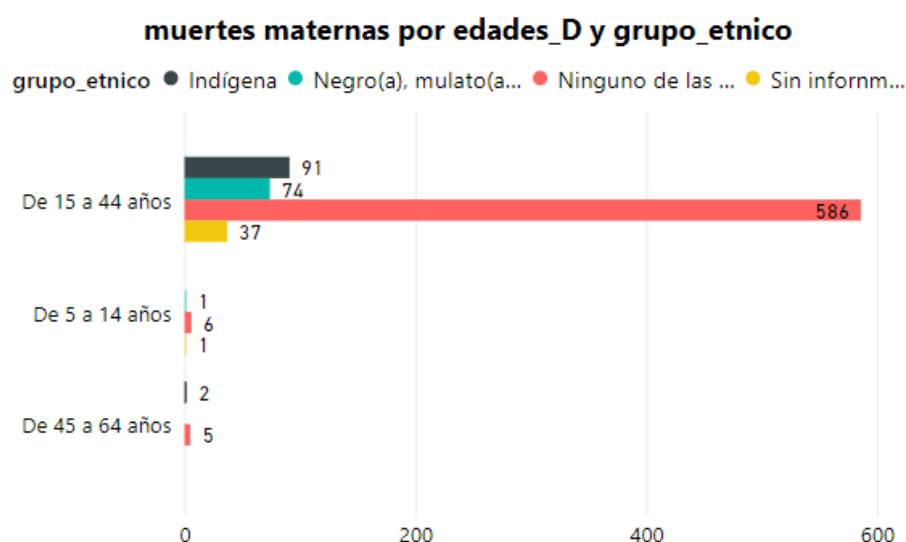
En relación a los demás grupos étnicos encontramos que, el mayor número de casos se presentaron en las mujeres sin pertenencia étnica (blancas y mestizas) con 597 muertes, que representa el 74.34% de los casos reportados; teniendo presente que, este grupo representa el 87.58% de la población total del país, con un promedio de 99.5 casos al año, entre 2015 a 2020.

En Colombia el 9.34% de las personas pertenecen o se reconocen como afrocolombianos (negros, mulatos, palenqueros y raizales) y un 0.006% de Rom (gitanos), los cuales en el periodo analizado reportaron 75 casos, es decir un 9.33%, con un promedio de 12,5 casos por año.

Sin embargo, es importante resaltar que, 38 casos de muerte materna no cuentan con la identificación de grupo étnico, lo cual representa un 4.73%; porcentaje significativo para el análisis de información; lo cual muestra la necesidad de contar con datos confiables, seguros y de calidad, los cuales permitan un análisis de la información más confiable y aterrizado a la realidad, que aporte a la toma de decisiones.

4.2 Muerte Materna por grupo étnico vs Edad de fallecimiento

Figura 8. Muertes maternas grupo étnico y por edades



Fuente: DANE/elaboración propia

Respecto a las edades en las cuales ocurrieron las muertes maternas en los diferentes grupos étnicos, encontramos que, para todos los grupos étnicos el mayor número de casos se presentó en el grupo de 15 a 44 años, con 788 de los 803 reportados, es decir un 98.13%, seguido del grupo de menores de 14 años con 8 casos (0.99%) y las mayores de 45 años con 7 casos (0.87%). Lo cual es posible relacionar con dos factores relevantes, el primero de ellos es que, de acuerdo a datos del DANE el 68.72% de las mujeres en Colombia se encuentra en el rango de edades entre los 15 a 64%, seguido del rango de 0 a 14 años con el 21,89%, y el de mayores de 64 años representa en 9.39%; a lo anterior podemos sumar que, en este rango de edad (14-64 años) se encuentran las mujeres en edad fértil; razones por las cuales es normal encontrar que sea el rango que aparta el mayor número de casos, sin embargo es de resaltar que, pese a que el reporte en menores de 14 años es de 8 casos, no es irrelevante, dado que de acuerdo al código penal Colombiano, los embarazos en menor de 14 años son considerados hechos de violencia sexual, además de estos es de relatar los altos riesgos que trae consigo un embarazo, parto y puerperio en la infancia y adolescencia, por sus implicaciones en aspectos sociales y de salud.

4.3 Muerte Materna vs clasificación para causas de mortalidad de la lista 6/67 OMS/OPS

Figura 9. Muerte materna - clasificación según las causas de mortalidad

grupo_etnico	ACCIDENTES CAUSADOS POR DISPARO DE ARMAS DE FUEGO	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	COMPLICACIONES DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA, INCLUSIVE SECUELAS	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A SUSTANCIAS NOXIVAS	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCLUSIVE SECUELAS	EXPOSICION AL HUMO, FUEGO Y LLAMAS	INTERVENCION LEGAL Y OPERACIONES DE GUERRA, INCLUSIVE SECUELAS	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	OTROS ACCIDENTES DE TRANSPORTE Y LOS NO ESPECIFICADOS, INCLUSIVE SECUELAS	OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	
Ninguno de las anteriores	3	43	85	2	1	216	185			4	1	8	41	1	7
Indígena	1	1	2			32	40			1			13	1	2
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente		1	6			41	23			1			2		1
Sin información		5	11			14			1	1			4		2

Fuente: DANE/elaboración propia

Dentro de las cinco principales causas de muerte materna según la lista 6/67 de la OMS/OPS (ver anexo 2), para todos los grupos étnicos son en primera instancia las relacionadas directamente con el embarazo, parto y puerperio con 303 muertes (37.73%), en segundo lugar los causados por enfermedades del sistema urinario con 248 casos (30.88%), tercer lugar las agresiones (homicidios) con 104 casos (12.95%), cuarto

lugar las lesiones auto infringidas intencionalmente (suicidios) con 60 casos (7.47%), y en quinto lugar los accidentes de transporte terrestre con 50 casos (6.22%). Los cuales hacen 765 casos, es decir el 95.26% del total de las muertes.

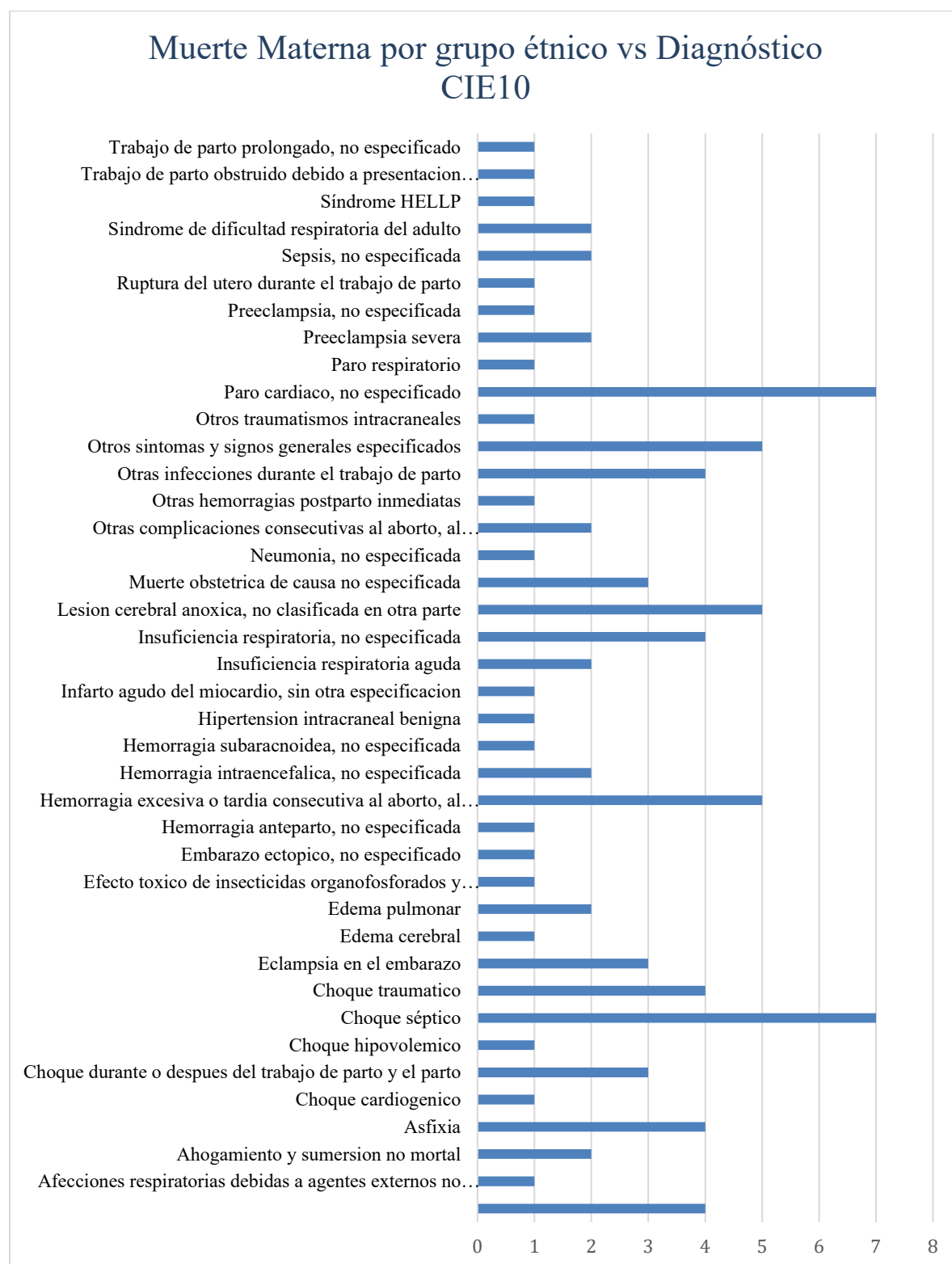
Al revisar estas mismas causas de muertes en mujeres indígenas no tiene variación relevante el orden de las mismas, la cual en primer posición se encuentra la enfermedad del sistema urinario con el 43.01% (40 casos), seguido de las muertes causadas por el embarazo, parto y puerperio con el 34.40% (32 casos), en tercer lugar las selecciones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con el 13.97% (13 casos), en cuarta posición podemos ubicar los homicidios y otros accidentes, cada una con el 2.15%, por último los accidentes causados por disparos de arma de fuego, los accidentes de transporte terrestre, los eventos de intención no determinada y otros accidentes de transporte, y los no especificados, cada uno con el 1.07%.

Sin embargo, si agrupamos las causas de muerte no relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, al igual que las de otras causas biológicas, encontramos que, 21 casos son muertes indirectas (accidentes, homicidios, suicidios etc.) los cuales representan el 22.58%. Lo cual muestra que una gran proporción de las muertes maternas se están generando por causas no relacionadas complicaciones en el embarazo, parto y puerperio; lo cual es necesario analizar para el desarrollo de estrategias para la prevención de la muerte materna.

4.4 Muerte Materna por grupo étnico vs Diagnóstico CIE10

Como se puede observar en la ilustración 10, los principales motivos de muerte materna por grupo étnico según el diagnóstico son: en primer lugar por paro cardíaco y choque séptico; en segundo lugar por hemorragias excesivas consecuencias de un aborto, lesiones cerebrales anóxicas, otros síntomas y signos generales, posteriormente son por infecciones durante el trabajo de parto, insuficiencia respiratoria, choque traumático, asfixia; en cuanto lugar por muerte obstétrica, eclampsia durante el embarazo, choque durante o después del trabajo de parto, en quinto lugar por síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, preeclampsia severa, otras complicaciones consecutivas al aborto, insuficiencia respiratoria aguda, hemorragia intracefálica, edema pulmonar, ahogamiento y finalmente por trabajo de parto prolongado, trabajo de parto obstruido, síndrome de Hellp, ruptura de útero durante el trabajo de parto, paro respiratorio, neumonía, infarto agudo de miocardio, hemorragia ante parto, embarazo ectópico, efecto tóxico de insecticidas orto fosforados, choque hipovolémico y otras que ocupan un menor porcentaje, pero que de igual manera no dejan de ser importantes y relevantes para el presente trabajo.

Figura 10. Muerte materna por grupo étnico vs Diagnóstico



Fuente: DANE/elaboración propia

4.5 Muerte Materna por grupo étnico vs Ubicación Geográfica

Figura 11. Muerte materna por grupo étnico vs ubicación geográfica



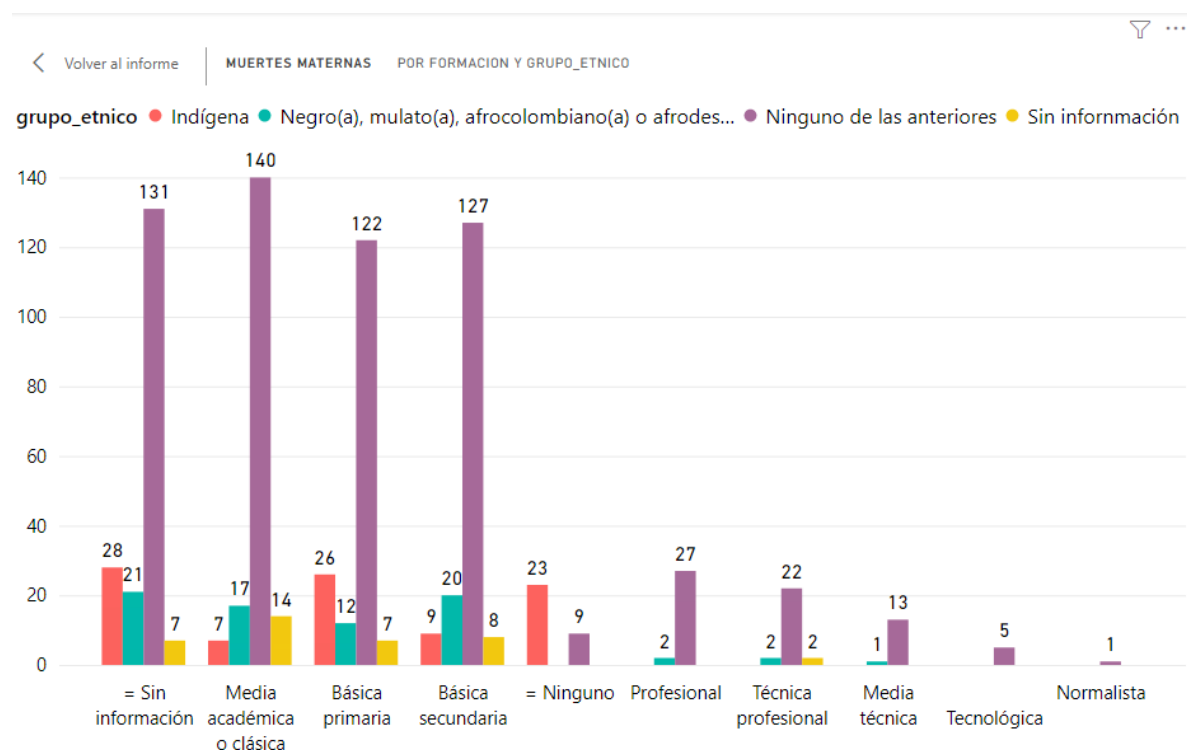
Fuente: DANE/elaboración propia

Según los resultados obtenidos, se relaciona a continuación el total de muertes maternas presentadas durante el periodo 2015-2020 por departamento, siendo estos La Guajira: 26 muertes, Magdalena: 2 muertes, Atlántico: 1 muerte, Cesar: 2 muertes, Córdoba: 1 muerte, Norte de Santander: 1 muerte, Santander: 1 muerte, Arauca: 4 muertes, Vichada: 6 muertes, Guainía: 3 muertes, Vaupés: 4 muertes, Amazonas: 2 muertes, Caquetá: 1 muerte, Putumayo: 2 muertes, Nariño: 5 muertes, Cauca: 9 muertes, Valle del Cauca: 2 muertes, Chocó: 10 muertes, Risaralda: 1 muerte, Tolima: 1 muerte, Meta: 4 muertes, Bogotá: 1 muerte, Antioquia: 3 muertes, Boyacá: 1 muerte.

Con relación a la ubicación geográfica en el departamento donde más casos de mortalidad materna en población indígena se presentan son los siguientes, la guajira con el 28%, Chocó con el 11%, Cauca con el 10% y Vichada con el 6,5% del total de muertes maternas indígenas, evidenciándose que las principales causas de muerte en dichos departamentos se relacionan con Choque durante o después del trabajo de parto y parto, eclampsia, choque séptico, choque traumático, hemorragias y demás complicaciones del embarazo.

4.6 Muerte Materna por grupo étnico vs Escolaridad

Figura 12. Muerte materna por grupo étnico vs escolaridad



Fuente: DANE/elaboración propia

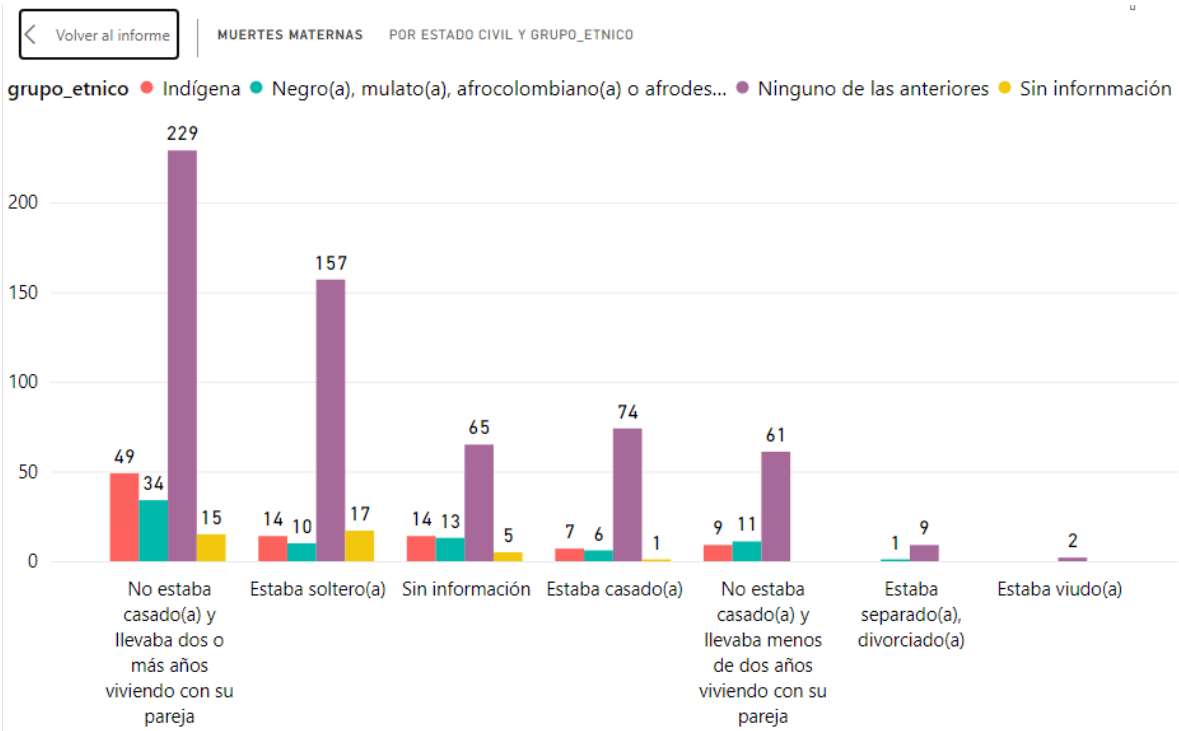
Respecto al nivel educativo de las mujeres que terminaron en desenlaces de muerte materna, encontramos que, el 23.28% (187 casos) de los casos reportados no cuentan con registro del nivel educativo de la mujer, lo cual afecta directamente el análisis de los aspectos sociales que rodean los casos de mortalidad materna, por lo cual es necesario desarrollar acciones que permitan mejorar la calidad y veracidad de la información a analizar, y que apoya el desarrollo de estrategias, la toma de decisiones y el desarrollo de la política pública. Sin embargo, de los casos que si se reporta nivel educativo se encuentra que, la mayor parte de las mujeres habían cursado la Media académica con el 22.16% (178 casos), segundo de la Básica Primaria con el 20.79% (167casos), en tercer lugar la Básica secundaria con el 20.42% (164 casos), en cuarto lugar se encuentran las mujeres que no habían cursado ningún tipo de escolaridad con el 3.8% (31 casos) y el quinto están las mujeres con un nivel escolar de profesional con el 3.61% (29 casos)

Respecto al nivel de escolaridad de las mujeres indígenas con casos de muerte materna, persiste el hecho de que, el mayor número de casos no establece el nivel educativo, de los 93 casos 28 (30.10%) no cuentan con información sobre el nivel escolaridad, hecho que no permite un análisis real sobre la situación social que rodea los casos de muertes materna en los pueblos indígenas; sin embargo, en relación a los casos

que si aportan información se evidencia que, el 27.95% (26 casos) presentan una escolaridad de nivel primaria, seguido de ningún nivel de escolaridad con el 24.73% (23 casos), en tercer lugar con el 9.67% (9 casos) se encuentra el nivel de Básica secundaria, y el restante 7.52% (7) en Media académica. Datos que al ser contrastados con los nacionales podemos observar que, mientras a nivel nacional la mayor parte de la mujeres tenían algún nivel de escolaridad con el 72,72% (584 casos), en los pueblos indígenas el 30.10% no posee información y un 24.73% no tienen estudios; lo cual corresponde al 54.83%, y tan solo el 45.17% se ven beneficiadas con algún nivel de escolaridad, lo cual deja en evidencia el rezago social en el cual viven los pueblos indígenas que, de acuerdo a datos del DANE el porcentaje de alfabetismo en población indígena es del 82,8%, mientras que en el total de la población es del 93.9%, es decir un 11.1% por debajo del promedio nacional.

4.7 Muerte Materna por grupo étnico vs Estado civil

Figura 13. Muerte materna por grupo étnico vs estado civil



Fuente: DANE/elaboración propia

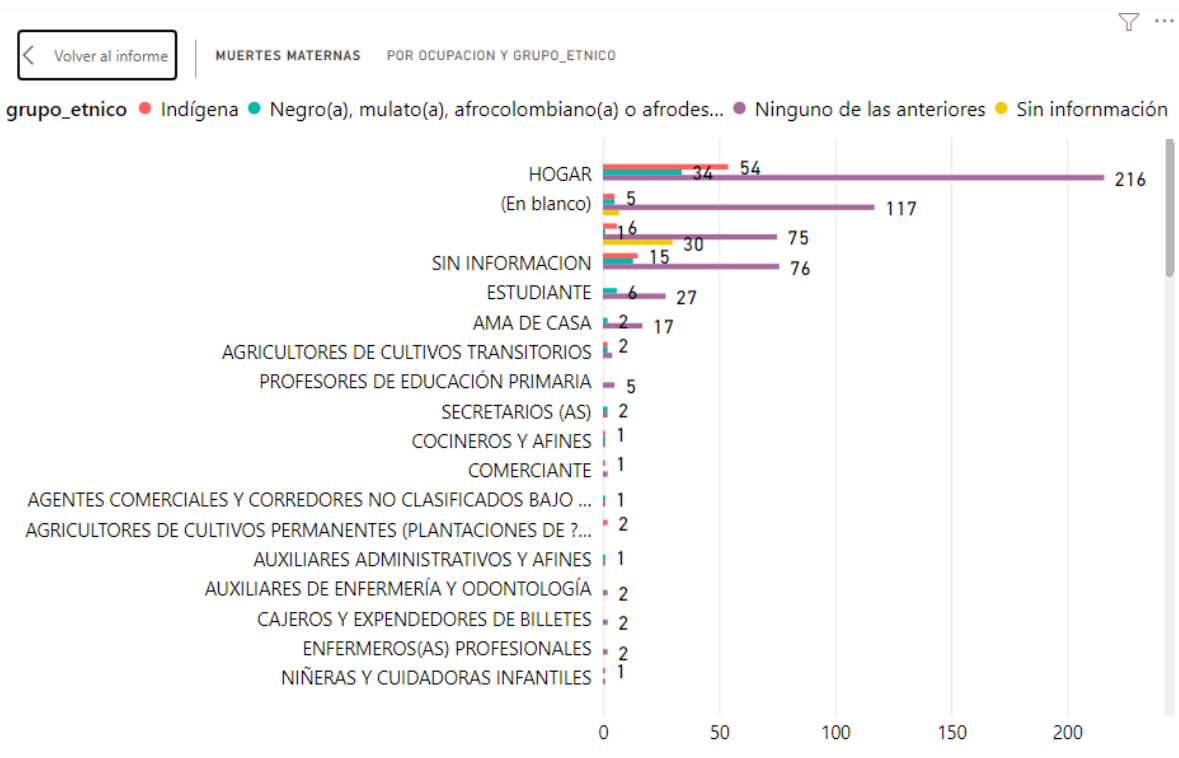
Respecto al esto civil de los casos de mortalidad materna podemos evidenciar que, de los 803 casos, 496 se encontraban viviendo en pareja, es decir el 61.76%; solteras el 24.65%, separadas o divorciadas el 1.24%, viudas el 0.24%; lo cual nos indica que 210, no contaban con una pareja como red de apoyo. Sin

embargo. Es de resaltar que el 12.07% de los casos reportados no contaban con información respecto a su estado civil; lo cual sigue evidenciando la alta necesidad de mejorar la calidad de la información.

Para los pueblos indígenas la situación no es muy distinta, el 62.36% se encontraban viviendo con su pareja, un 7% se encontraba casada, el 15.05% estaban solteras, y para un 15.05% no se evidencia información del estado civil. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, la falta de calidad en la información de los casos no permite un análisis real de la información, ya que el porcentaje de casos sin información es significativo, siendo superiores al 5%.

4.8 Muerte Materna por grupo étnico vs Ocupación

Figura 14. Muerte materna por grupo étnico vs ocupación



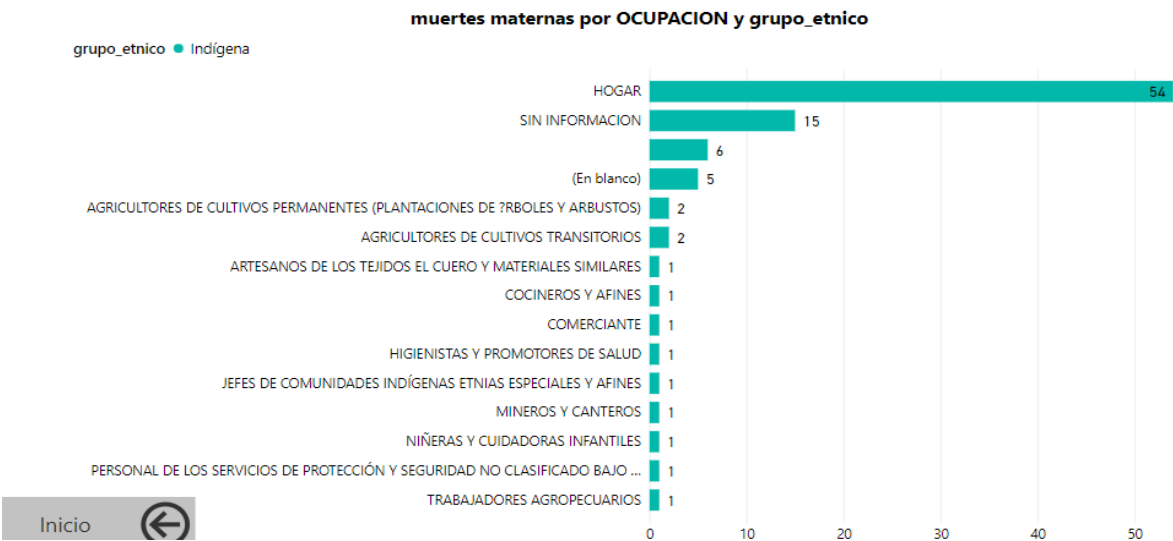
Fuente: DANE/elaboración propia

Se evidencia con relación a las muertes maternas clasificadas por ocupación vs grupo étnico, estas se concentran o se relacionan de manera principal con ocupaciones afines al Hogar con un 41.46% (hogar 304 casos, amas de casa 29 casos), seguida de los datos sin información o en blanco con un 30.38% (en blanco :122 casos, sin información: 112) lo cual sigue dejando en evidencian las dificultades que aún persisten en los sistemas de información del país al momento de la recopilación de datos, generando sesgos para el análisis de la información, siendo al mismo tiempo una oportunidad de mejora que puede contribuir con una

mejor cultura de la buena información a nivel nacional, para así tomar mejores decisiones basadas en las necesidades de la población

4.8.1 Muerte Materna Indígena vs Ocupación

Figura 15. Muerte materna indígena vs ocupación

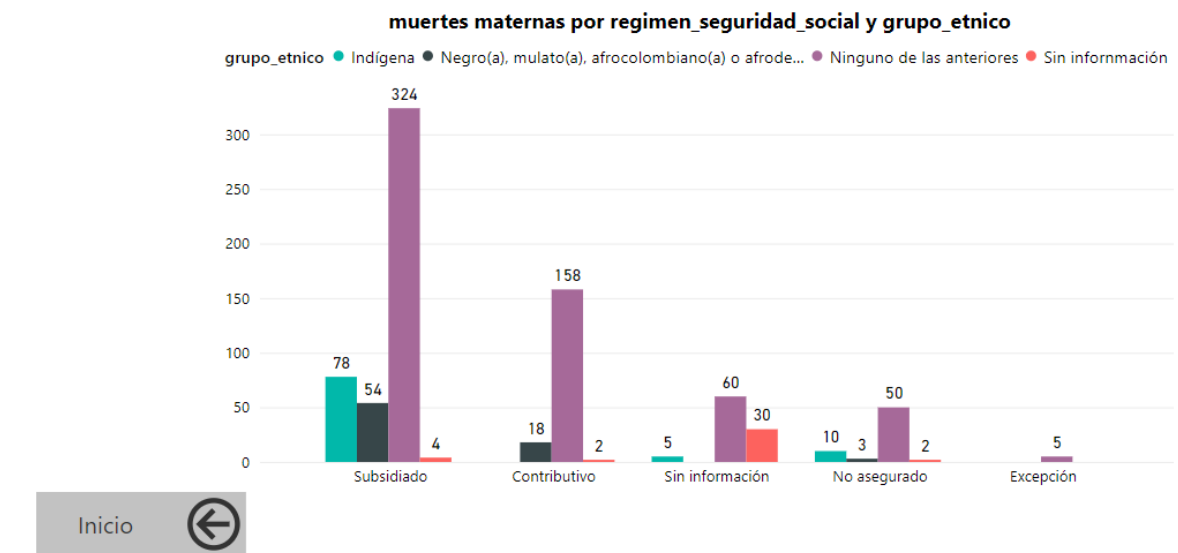


Fuente: DANE/ elaboración propia

Para los grupos Indígenas se evidencia que las cinco primeras ocupaciones con mayor incidencia de mortalidad materna son el Hogar con el 58% del total de muertes maternas, seguido por la ocupación de Estudiantes con el 16%, en tercer y cuarto lugar se encuentran los datos en blanco y sin información con el 5,4%, y el 6,5% 2%, en quinto lugar, se encuentra la ocupación de higienistas y promotores de la salud con el 11,07%.

4.9 Muerte Materna vs Seguridad Social

Figura 16. Muertes maternas por régimen, seguridad social y grupo étnico



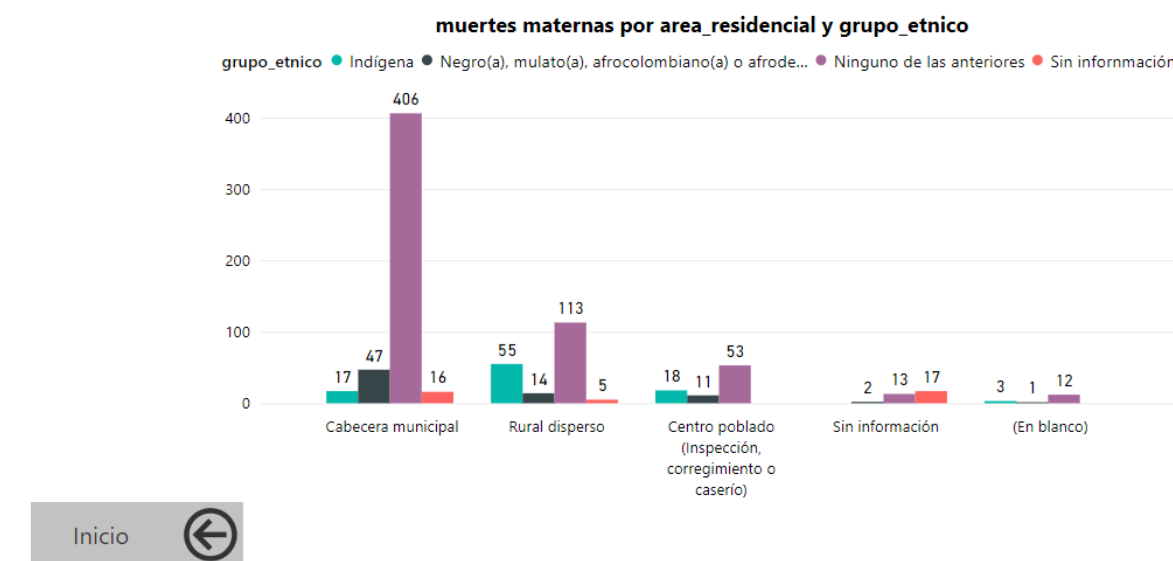
Fuente: DANE/elaboración propia

En relación a los casos de mortalidad materna y la seguridad social, encontramos que el 57.28% se encontraban afiliadas al régimen subsidiado (460 casos), el 22.16% al régimen contributivo (178 casos), sin afiliación al sistema de seguridad social se encontraba el 8.09% (65 casos), al régimen de Excepción el 0.62% (5 casos); Sin información el 11.83% (95 casos).

Respecto a la seguridad social de los casos de mortalidad materna en indígenas se puede evidenciando que 78 maternas indígenas contaban con afiliación a seguridad social en régimen subsidiado, 10 no contaban con seguridad social y 5 casos no reportaban información sobre seguridad social, vale la pena mencionar que **no se encontraron maternas indígenas fallecidas que contaran con afiliación al régimen contributivo siendo este un indicador de desigualdad.**

4.10 Muerte Materna Vs Área Residencial

Figura 17. Muerte materna vs área residencial de grupos étnicos



Fuente: DANE/elaboración propia

Con relación al área de ocurrencia de los casos, se evidencia que el 60.52% de casos ocurrieron en cabeceras municipales (486 casos), seguido del área rural disperso con el 23.28% (187 casos), Centro poblado con el 10.21% (82 casos), Sin información y en blanco el 5.97% (48 casos).

Para la población indígena encontramos que el mayor número de casos reportados se presentaron en el área Rural Disperso con el 59.13%, seguido de los centros poblados con el 19.35%, en tercer lugar, la cabecera municipal con el 18.27%, y por último los datos sin información y en blanco con el 5.3%. De acuerdo al censo nacional de población y vivienda 2018 la proporción de población indígena por área de residencia, se evidencio que el 79% viven en el centro poblado y área rural dispersa, en relación al promedio nacional del 21%; teniendo en cuenta que esta área presenta un menor porcentaje de cobertura de servicios públicos, limitaciones de acceso geográfico y comunicación; adicional a esto un limitado desarrollo de infraestructura pública y rezagos en la prestación de los servicios de salud y educación.

Capítulo 5. Análisis de Resultados

De acuerdo al censo nacional de población y vivienda 2018, la población colombiana se compone etnográficamente por un 87.58% de blancos y mestizos, un 9.34% de afrocolombianos (negros, mulatos, palenqueros y raizales), un 4.4% de indígenas y un 0.006% de Rom (gitanos). Respecto a hombres y mujeres, el 51,2% son mujeres y el 48,8% son hombres. La población indígena hace presencia en la totalidad del territorio colombiano, los cuales se localizan principalmente en las regiones amazónica, andina, la Orinoquia y el caribe; sin embargo 13 departamentos concentran el 84.50% (1.610.285) del total de la población indígena del país así: La Guajira con 20.71%, Cauca con 16.18%, Nariño con 10.83%, Córdoba con 10.63% y Sucre con 5.50%, Chocó con 3,59%, Caldas con 2,92%, Cesar 2.58%, Putumayo 2.66%, Tolima 2.37%, Vichada 2.33%, Atlántico 2.04% y Amazonas 2.0%.

Cuando se revisa la totalidad de la población indígena con respecto a la población en el departamento, se evidencia que existen: Vaupés con 66,65%, Guainía con 64,69%, La Guajira con 44,94 %, Vichada con 44,35% y Amazonas con 43,43% que son los departamentos que presentan mayor concentración de población indígena, es decir, por encima del 40%.

En relación a la proporción de población indígena por área de residencia, según datos censales para el año 2005 el 21,4% se encontraban viviendo en cabeceras municipales y el 78.6% en centros poblados y área rural dispersa, lo cual no sufrió gran variación en el censo 2018, el cual reportó un 21% en cabeceras municipalizadas y un 79% en centro poblado y área rural dispersa; que al ser comparado con los promedios nacionales evidenciamos que su diferencia se enmarca en los momentos históricos que han sido parte del desarrollo de los pueblos indígenas desde la misma época de la conquista hasta nuestra actualidad, los cuales han llevado a los pueblos indígenas de Colombia a habitar los territorios rurales bajo la modalidad de tenencia de tierra de resguardo, figura institucionalizada en el Nuevo Reino de Granada y que cobra una gran importancia desde el año de 1967 hasta la época actual (50). De acuerdo con las cifras reportadas por el INCODER, a 2015 existen 733 resguardos indígenas legalmente constituidos los cuales suman una extensión de 32.228.775 hectáreas de las 114.174.800 hectáreas que componen el país (51). Los resguardos, son “una institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, que con un título de propiedad colectiva goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio”, Artículo 21 del Decreto 2164 de 1995 (52).

De acuerdo a lo anterior podemos evidenciar las primeras desigualdades de las mujeres indígenas frente a las no indígenas; primero que hacen parte de una minoría étnica en nuestro país, la cual representa un 4.4% de población total, la segunda se relaciona a que su mayor concentración poblacional hace presencia en departamentos con altos índices de pobreza y necesidades básicas insatisfechas, sumado a estos, su residencia se centra en la zona rural, la cual se caracteriza por una baja densidad poblacional, una limitada disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, educación y sanitario, barreras geográficas y la carencia de vías de acceso y medios de comunicación.

Si analizamos la forma en que viven los grupos indígenas en Colombia encontramos que, la cobertura en servicios públicos es muy baja respecto al promedio nacional, donde la energía eléctrica para este grupo poblacional se encuentra en un 66%, acueducto en un 41.4%, alcantarillado 23%, gas natural 15.3%, recolección de basuras 25.5%, y el servicio de internet en un 6.4%. Esto deja en evidencia la gran vulnerabilidad en la cual vive, se desarrolla, reproduce y muere esta minoría étnica. Sin acceso a servicios públicos, que, de acuerdo a la Constitución Política Colombia de 1991, en su Artículo 49, establece que la atención en la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, el cual garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control (Constitución Política Colombiana de 1991).

Sumado a esto encontramos que de los 34 millones de hectáreas tituladas a las comunidades indígena y afrodescendientes apenas 3 millones son aptas para la agricultura. El resto es selva y bosque protegido, donde cada año se desforestan 290.000 hectáreas; a esto debemos sumar que el 60% del empleo en la ruralidad es informal (53).

La cobertura de aseguramiento para la población rural y para pueblos indígenas está en 70,6% (54), además de un porcentaje de alfabetización de 82.2%, del cual el 41.8% corresponde a un nivel educativo de primaria, y tan solo el 6,7% de la población indígena alfabetizada tiene un nivel de educación superior, mientras que el 13.3% no tienen ningún nivel educativo, frente al 4.5% del promedio nacional. Estas cifras dejan en evidencia las desigualdades prevenibles e injustificadas a las cuales se enfrentan los pueblos indígenas en el país, las cuales generan vulnerabilidad y un aumento de los riesgos en salud y para la vida de cada uno de los individuos y colectivos que conforman esta minoría étnica.

Las desigualdades en las cuales viven los pueblos indígenas, son razones por las cuales las mujeres indígenas en Colombia se encuentran en vulnerabilidad para eventos como la mortalidad materna, donde según datos de estadísticas vitales entre las vigencias 2015 a 2020, se presentaron 803 muertes maternas, de las cuales 93 ocurrieron en población indígena; es decir el 11.58% de las muertes maternas ocurridas. Sin embargo, es necesario analizar que, los pueblos indígenas son una minoría étnica, donde tan solo el 4.4% de la población total de nuestro país se auto reconocen como indígenas, es decir 1.905.617 de personas, de las cuales el 50.1% son mujeres (954.714), grupo donde en promedio anualmente entre 2015 a 2020 ocurrieron 15.5 casos de mortalidad materna, en tal sentido se evidencian casos de desigualdad marcadas a razón de edad de fallecimiento, ocupación, acceso a seguridad social, nivel de escolaridad, área geográfica, presentándose causas de mortalidad directamente relacionadas con diagnósticos prevenibles de ser tratados oportunamente y en óptimas condiciones, causas como shock séptico, traumático, hemorragias postparto, complicaciones tras partos prolongados, eclampsia entre las más frecuentes, razones por las cuales hay mortalidad innecesaria; estas mujeres que en precarias condiciones de su diario vivir se exponen a la realización de labores peligrosas, jornadas prolongadas de trabajo, largas distancias recorridas, sin acceso a entidades prestadoras de salud ni instituciones que presten el servicio necesario, condiciones que ponen en riesgo su vida y la vida del feto; siendo estos índices de desigualdad en la población materna a lo largo del territorio nacional como bien se compara con el resto de grupos étnicos y maternas en el País.

5.1 Consideraciones éticas

Los aspectos éticos bajo los cuales se ha regido la investigación se encuentran consignados en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (55), y la resolución 2384 de 1997 ya que con base en esta se puede considerar “investigación sin riesgo”, ya que no se efectuará ninguna intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaran del estudio, ya que esta investigación se centra en la revisión y análisis de fuentes secundarias.

Conclusiones

Habiendo culminado con el presente trabajo de investigación, cuyo objetivo fundamental era el de realizar un análisis de la diferencia de comportamiento en los indicadores de mortalidad materna de los pueblos indígenas, en comparación con diferentes grupos étnicos en Colombia, para el periodo comprendido entre los años 2015 y 2020, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En Colombia existen varios grupos étnicos, los más conocidos son: indígenas, negros o mulatos, afrocolombianos o afrodescendientes y ROM (gitano). Existen muchas desigualdades con las cuales viven los pueblos indígenas que particularmente afectan a las mujeres, provocando una elevada razón de mortalidad materna en todas las etapas del embarazo, la cual comparada con otros grupos étnicos es bastante significativa. En el año 2016 existieron 152 muertes maternas, de las cuales 11 pertenecen a la población indígena, lo cual nos lleva a evidenciar las brechas sociales existentes en el país.

2. De acuerdo al análisis realizado las principales causas de mortalidad materna en gestantes en los pueblos indígenas entre los años 2015 y 2020 son:

- Los altos índices de pobreza y necesidades básicas insatisfechas
- Viven en la zona rural
- Baja densidad poblacional
- Limitada disponibilidad y accesibilidad los servicios de salud, educación y sanitario
- Carencia de vías de acceso
- Carencia de medios de comunicación
- El 60% del empleo ruralista es informal
- De los 34 millones de hectáreas titiladas a las comunidades indígenas y afrodescendientes solo 3 millones de hectáreas son aptas para la agricultura, el resto son bosque protegidos y selva.

3. De acuerdo a los resultados de la investigación realizada se obtuvo las siguientes razones de mortalidad presentes en gestantes indígenas y gestantes de los demás grupos étnicos en Colombia durante los años 2015 y 2020:

- El 11.58% de las muertes maternas de Colombia ocurrieron en poblaciones indígenas.
- El 4.73% no cuenta con la identificación de un grupo étnico
- Entre los 15 y 44 años el porcentaje de mortalidad materna fue del 98.13% en Colombia
- Entre los 15 y 44 años el porcentaje de mortalidad materna en los pueblos indígenas fue de 20,94%
- Los casos donde hay mayores muertes maternas en relación a su ubicación geográfica son: la guajira con el 28%, Chocó con el 11%, Cauca con el 10% y Vichada con el 6,5% del total de muertes maternas indígenas, evidenciándose que las principales causas de muerte en dichos departamentos se relacionan con Choque durante o después del trabajo de parto y parto, eclampsia, choque séptico, choque traumático, hemorragias y demás complicaciones del embarazo.

- El alfabetismo a nivel nacional es del 93.9%, mientras que en la población indígena es del 82.8%, lo cual significa que está por debajo del promedio nacional en un 11.1%.
4. Las diferencias en la mortalidad materna en la población indígena colombiana vs otros grupos étnicos, en el periodo entre el 2015 y 2020 fueron:

Tabla 1. Diferencias de mortalidad materna en la población indígena vs otros grupos étnicos entre 2015 y 2020

	Población indígena %	Otros grupos étnicos %
Muertes maternas	11.58%	88.42%
Por edades (entre 14 y 44 años)	20,94%	74.36%
Causas de muerte	Total de la población	Total de la población
Parto y puerperio	34.40%	37.73%
Enfermedades del sistema urinario	43.01%	30.88%
Agresiones (homicidios)	2.15%	12.95%
Lesiones autoinflingidas (suicidios)	13.97%	7.47%
Accidentes p/transporte terrestre	1.07%	6.22%
Nivel de escolaridad		
No cuentan con registro	30.10%	23.28%
Cursaron la media académica	7.52%	22.16%
Segundo de básica primaria	27.92%	20.79%
Básica secundaria	9.67%	20.42%
No cursaron	24.73%	3.8%
Profesionales	0%	3.61%
Alfabetismo	82.8%	93.9%
Estado civil		
En pareja	69.36%	61.76%
Solteras	15.05%	24.65%
Separadas/divorciadas	0%	1.24%
Viudas	0%	0.24%
Sin información	15.05%	12.07%
Ocupación		
En el hogar	58%	41.46%
En blanco	11.9%	30.38%
Estudiantes	16%	0%
Higienistas y promotores de salud	11.07%	0%
Seguridad social		
Afiliados a régimen subsidiado	17.11%	57.28%
Afiliados al régimen contributivo	0%	22.16%
Afiliados al régimen de excepción	0%	0.62%
Sin información	1.1%	11.83%
Sin seguridad	2.19%	
Área residencial		
Cabeceras municipales	18.27%	60.52%
Área rural dispersa	59.13%	23.28%
Centro poblado	19.35%	10.21%

Sin información

5.3%

5.97%

Fuente: elaboración propia

Como conclusión final se puede evidenciar que la gran problemática en la mortalidad materna de los pueblos indígenas se ve reflejada en las inequidades sociales, demográficas y económicas; debiendo el Estado disminuir esta brecha entre las mujeres indígenas y las de otras etnias.

Recomendaciones

En Colombia, la “Estrategia de Reducción de la Mortalidad Materna en Zonas Rurales”, desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección para la Ejecución y Áreas Estratégicas de la Presidencia de la República de Colombia, tiene como objetivo reducir a 80 por cada cien mil NV las muertes maternas en el área rural dispersa, mediante la priorización de 237 municipios. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

De acuerdo a lo mencionado en el párrafo anterior se debería dar uso a esta estrategia y priorizar las siguientes acciones para evitar que siga creciendo la mortalidad materna en los pueblos indígenas:

- Fortalecimiento a mujeres, individuos, familia y comunidad
- Realizar campañas estratégicas de salud y nutrición con enfoque comunitario
- Verificar la dotación de kits de emergencia obstétrica
- Dar capacitaciones y entrenamiento de uso de kits de emergencia bajo escenarios de simulación
- Fortalecer las capacidades de parteras de los pueblos indígenas y agentes comunitarios en salud materna
- Remitir de forma efectiva a las pacientes críticas en zona rural dispersa
- Mejorar el acceso a servicios de salud y disminuir la barrera geográfica
- Nutrición de gestantes, mediante apoyos alimentarios, proyectos productivos autosustentables

Adicional a estas líneas, se debería incluir una dimensión política referida a las mediaciones y relaciones interinstitucionales necesarias para promover la articulación con el sistema de salud y los distintos sectores sociales y económicos, demandar el reconocimiento de los saberes propios y el respeto por sus tradiciones, gestionar recursos y apoyo para el desarrollo, y abogar por la necesaria interculturalidad y el reconocimiento de la diversidad.

Referencias bibliográficas

- 1 Salaverry O. Interculturalidad en salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2010; 27(1): p. 80-93.
- 2 7Graus. Significados.com. [Online].; 2021 [cited 2021 Noviembre 18. Available from:
· <https://www.significados.com/indigena/>.
- 3 Castillo Mayedo J. El CUIDADO CULTURAL DE ENFERMERIA. NECESIDAD Y RELEVANCIA.
· Revista Habanera de Ciencias Medicas. 2008 Julio; 7(3).
- 4 ACNUR Comité Español. ¿Qué es desigualdad, qué tipos existen y qué consecuencias tiene?
· Periodístico. ACNUR; 2018.
- 5 Organización Panamericana de la Salud. Definición de defunción materna. Foro.
· Organización Panamericana de la Salud; 2018.
- 6 Insitituto Nacional de Salud. Morbilidad Materna Extrema. Protocolo. Bogotá D.C: INS, Bogotá
· D.C; 2020.
- 7 Abramo , Cecchini , Morales. Programas sociales,superación de la pobreza e inclusión laboral
· Aprendizajes desde América Latina y el Caribe. 155th ed. Santiago: Libros de la CEPAL; 2019.
- 8 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados-ACNUR. acnur.org. [Online].
· [cited 2021 Septiembre. Available from:
https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/Situacion_Colombia_-_Pueblos_indigenas_2011.pdf.
- 9 Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y
· teorías. Revista Panamericana de Salud Pública. 2015 Boston; 38(4).
- 1 Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual de la salud. In
0 Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia; 2008; Mexico.
·
- 1 Comisión de la Verdad. Comisión de la Verdad. [Online].; 2020 [cited 2021 Septiembre.
1 Available from: <https://comisiondelaverdad.co/actualidad/noticias/aporte-pueblos-indigenas-en-la-construccion-de-pais>.
· <https://comisiondelaverdad.co/actualidad/noticias/aporte-pueblos-indigenas-en-la-construccion-de-pais>.
- 1 Banco Mundial. bancomundial.org. [Online].; 2020 [cited 2021 Octubre 19. Available from:
2 <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples#1>.
·
- 1 Secretaria de Salud de Bogota. Salud data observatorio de Bogotá. [Online].; 2021 [cited
3 2021 noviembre 18. Available from:
· <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-sexual-y-reproductiva/mortalidad-materna/>.

- 1 WHITEHEAD M. The concepts and principles of equity and health. Health Promotion
4 International. 1991; 6(3).
- .
- 1 Passerino M, Palermo C, Luxardo N, Heredia C, Brage E. Las teorías por detrás de los
5 enfoques sobre desigualdades e inequidades en Salud. In XIII Jornadas de Sociología Las
. cuestiones de la Sociología y la Sociología en cuestión; 2019; Buenos Aires. p. 2-16.
- 1 Organización Mundial de La Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2019 [cited
6 2021 Noviembre 18. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality)
. [sheets/detail/maternal-mortality](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality).
- 1 Gaviria Uribe A, Correa Serna LF, Davila Guerrero E, Burgos Bernal G, Osorio Saldarriaga DJ.
7 Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral De Atencion en Salud Materno Perinatal.
. Lineamiento. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C; 2017.
- 1 Wallet M. Salud Materna de las mujeres Indigenas: Los Hechos. Hoja de Informe. UNICEF;
8 2019.
- .
- 1 Rivera Zart A, Velasco Patiño MB, Rojas Bárcenas A, Mendoza Galvis E, Novoa Chequemarca
9 N. Análisis de Situación en Salud Vaupés. Informe. Mitú: Secretaria de Salud Departamental,
. Vaupés.
- 2 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Paho.org. [Online].; 2022 [cited 2022 Julio 20.
0 Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
- .
- 2 Eslava Castañeda JC. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad.
1 Revista de Salud Publica. 2017 Mayo-Junio; 19(3).
- .
- 2 Ministerio de Protección Social. INSUMOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN Y DISCUSIÓN DE
2 UNA POLÍTICA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA LOS GRUPOS ÉTNICOS DE COLOMBIA
. OPS , editor. BOGOTA; 2004.
- 2 Aguilar M, Roa I, Kaffure L, Ruiz L, Sanchez G. Determinantes Sociles de la salud: postura
3 oficial y perspectivas críticas. Revista Facultad Nacional alud publica. 2013; 31(1).
- .
- 2 Palomino Moral P, Grande Gascon ML, Linares Abad M. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES
4 SOCIALES Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de
. Sociología. 2014 Junio; 72(1).
- 2 Franco A. Tendencias y teorías en salud pública. Revista Faculta nacional de Slud publica.
5 2006 Julio- Diciembre; 24(2).
- .

- 2 Puyana Mutis A. Desigualdad horizontal y discriminación étnica en cuatro países
6 latinoamericanos. Revista de la Cepal. 2018 Agosto; 125.
.
- 2 Santos Padron H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como
7 temas de investigación. Revista Cubana de Salud Publica. 2011 Junio; 37(2).
.
- 2 Abramo L, Cecchini S, Ulmann H. Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el
8 rol de la protección social. Scielo Brazil. 2020 Mayo; 25(5).
.
- 2 Secretaria de Salud Gobierno de Mexico. Gobierno de Mexico. [Online].; 2021 [cited 2021
9 Noviembre 18. Available from: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional-y-desarrollo-intercultural>.
.
- 3 Bello Alvarez M, Parada Baños J. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades
0 indígenas Colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de
casos centinela. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017 Diciembre; 68(4).
.
- 3 Hamal M, Dieleman M, De Brouwere V, De Cook Buning T. Social determinants of maternal
1 health: a scoping review of factors influencing maternal mortality and maternal health service
use in India. Public Health Reviews (2020); 41(1), 1-24.
<https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-020-00125-6>
- 3 Kozhimannil K, Interrante J, Tofte A, Admon L. Severe maternal morbidity and mortality
2 among indigenous women in the United States. Obstetrics and gynecology. (2020); 135(2),
294 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012336/>
- 3 Nair M, Kurinczuk J, Brocklehurst P, Sellers S, Lewis G, Knight M. Factors associated with
3 maternal death from direct pregnancy complications: a UK national case-control study. BJOG:
An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. (2015); 122(5), 652-662.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.13279>
- 3 Meh C, Thind A, Ryan B, Terry A. Levels and determinants of maternal mortality in northern
4 and southern Nigeria. BMC Pregnancy and Childbirth. (2019); 19(1), 1-13.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-019-2471-8>
- 3 Bartlett L, LeFevre A, Zimmerman L, Saeedzai S, Turkmani S, Zabih W. et al. Progress and
5 inequities in maternal mortality in Afghanistan (RAMOS-II): a retrospective observational
study. The Lancet Global Health. (2017); 5(5), 545-555.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17301390>
- 3 Pisanty J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a
6 escala subestatal. Salud pública de México. (2017); 59, 639-649.
<https://www.scielo.org/article/spm/2017.v59n6/639-649/>
- 3 Merchán M. Gestión pública de la salud y su incidencia en los factores determinantes e
7 influyentes de la mortalidad materna indígena en el Cantón Colta, Provincia de Chimborazo,

- periodo 2014-2017. (Tesis de Maestría). Quito (Ecuador): IAEN: 2018.
<https://repositorio.iaen.edu.ec/handle/24000/4859>
- 3 Enciso G. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. Revista Conamed.
 8 (2016); 21(1), 25-32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7293558>
- 3 Minotta I. Desigualdades en la mortalidad materna entre mujeres del régimen subsidiado
 9 explicadas desde las transferencias municipales: ¿Más recursos, mejores resultados? (Tesis de
 Maestría). Colombia. (Santiago de Cali): 2017.
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/12446>
- 4 Anaya A, Jaramillo E. Propuesta para intervenir la mortalidad materna en nuestro entorno.
 0 (Tesis de Maestría). Colombia (Sucre): UNAD: 2018.
<https://repository.unad.edu.co/handle/10596/23131>
- 4 López A, Zuñiga B, Socorro G, Ocampo S. Determinantes sociales en salud en mortalidad
 1 materna. (Tesis de Especialización). Colombia (Cali-Valle): Universidad Católica de Manizales:
 2015. <https://repositorio.ucm.edu.co/handle/10839/1161>
- 4 Machuca J. Análisis de la determinación social de la mortalidad materna en los municipios de
 2 Apartadó, Necoclí y Turbo en la subregión de Urabá, entre los años 2010-2017. (Tesis de
 Maestría). Colombia (Antioquia): Universidad de Antioquia: 2020.
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/32357>
- 4 Bello L. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas.
 3 (Tesis de Pregrado). Colombia (Bogotá): Universidad Nacional de Colombia: 2016.
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/58771>
- 4 Hilarión L, Díaz D, Cotes K, Castañeda C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y
 4 eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. Biomedica (2019);
 39(4), 737-747. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572019000400737
- 4 Rojas D, Zarama I, Borrero Y, Arrivillaga M. Revisión de la producción académica
 5 latinoamericana sobre desigualdades en mortalidad 2007-2014. Revista Gerencia y Políticas
 de Salud; (2017); 16(32), 10-32.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272017000100010
- 4 Leal L. Desigualdades socioeconómicas y morbilidad materna extrema en los municipios del
 6 departamento del Valle del Cauca 2015. (Tesis de Maestría). Colombia (Cali): Universidad del
 Valle: 2018. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/20458>
- 4 DANE. DANE Información para todos. [Online].; 2020 [cited 2022 Mayo]. Available from:
 7 <https://www.dane.gov.co/>.
- 4 DANE. Archivo Nacional de Datos ANDA. [Online].; 2015 [cited 2021 Septiembre 18]. Available
 8 from: <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/475/datafile/F3>.

- 4 Microsoft. Microsoft. BI de Energia. [Online].; 2022 [cited 2022 Junio 01. Available from:
9 <https://docs.microsoft.com/en-us/power-bi/fundamentals/power-bi-overview>.
.
- 5 Montero Ferreira. Los pueblos de Colombia y su inmersión en el proceso censal. Revista de la
0 información Basica. 2006; 1(1).
.
- 5 Muñoz Arango N, Rubio Moreno, JA, Castelblanco C. Situación de la partería tradicional en
1 comunidades indígenas en Colombia. Corporación Horizontes proyectos con la comunidad;
. 2017.
- 5 SAMPER PIZANO E, SERPA URIBE , CASTRO GUERRERO. , GUHL NANNETTI. E. Decreto 2164
2 de 1995. 1995..
.
- 5 Revista Semana. Semana.com. [Online].; 2012 [cited 2022 Noviembre 02. Available from:
3 <https://especiales.semana.com/especiales/pilares-tierra/asi-es-la-colombia-rural.html>.
.
- 5 Ayala Garcia J. Banco de la república - La salud en Colombia más cobertura pero menos
4 acceso. [Online].; 2014 [cited 2022 Noviembre 15. Available from:
. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf.
- 5 Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. 1993 Octubre 4..
5
.
- 5 República Pdl, DANE. Presidencia de la Republica. [Online].; 2019 [cited 2021 Noviembre 16.
6 Available from: <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2019/La-poblacion-indigena-en-Colombia-es-de-1905617-personas-segun-Censo-del-Dane-190916.aspx>.
.
- 5 DANE. dane.gov.co. [Online].; 2021 [cited 2021 Octubre 19. Available from:
7 <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>.
.
- 5 Freyermuth G. Determinantes sociales en la mortalidad materna en México. Revista Conamed,
8 (2016); 21(1), 25-32. <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-conamed/articulo/determinantes-sociales-en-la-mortalidad-materna-en-mexico>
- 5 Assef A, Suárez O. Importancia de los cuidados intensivos obstétricos en la disminución de la
9 mortalidad materna. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias, (2018); 17(2).
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79211>
- 6 González M, Soto J. Mortalidad Materna: Análisis médico forense. Medicina Legal de Costa
0 Rica, (2017); 34(1), 112-119.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100112

- 6 Monroy F, Murillo L. Mortalidad Materna. Estadística en la Salud, (2019). 1-3.
- 1 <https://www.medicinaclinica.org/index.php/rmc/article/download/137/122>

ANEXOS

Anexo 1. Descripción y contenido de las variables

<u>COD_DPTO</u>	Departamento donde ocurrió la defunción	Departamento donde ocurrió la defunción
		05= Antioquia
		08= Atlántico
		11= Bogotá
		13= Bolívar
		15= Boyacá
		17=Caldas
		18= Caquetá
		19=Cauca
		20= Cesar
		23= Córdoba
		25=Cundinamarca
		27= Choco
		41= Huila
		44= La guajira
		47= Magdalena
		50= Meta
		52= Nariño
		54= Norte de Santander
		63= Quindío
		66= Risaralda
		68= Santander
		70= Sucre
		73= Tolima
		76= Valle del Cauca
		81= Arauca
		85= Casanare
		86= Putumayo
		88= Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
		91= Amazonas
		94= Guainía
		95= Guaviare
		97= Vaupés
		99= Vichada
<u>COD_MUNIC</u>	Municipio donde ocurrió la defunción	Municipio donde ocurrió la defunción

		Municipio, según la División Político- Administrativa del DANE.
<u>A_DEFUN</u>	Área donde ocurrió la defunción	Área donde ocurrió la defunción 1 = Cabecera municipal 2 = Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío) 3 = Rural disperso 9 = Sin información
<u>SIT_DEFUN</u>	Sitio donde ocurrió la defunción	Sitio donde ocurrió la defunción 1 Hospital/clínica 2 Centro /puesto de salud 3 Casa /domicilio 4 Lugar de trabajo 5 Vía pública 6 Otro 9 Sin información
<u>OTRSITIODE</u>	Otro sitio, ¿cuál?	Otro sitio, ¿cuál?
<u>COD_INST</u>	Código de la institución prestadora de salud donde ocurrió la defunción	Código de la institución prestadora de salud donde ocurrió la defunción
<u>NOM_INST</u>	Nombre de la institución de salud donde ocurrió la defunción	Nombre de la institución de salud donde ocurrió la defunción
<u>TIPO_DEFUN</u>	Tipo de defunción	Tipo de defunción 2= Defunción no fetal
<u>ANO</u>	Año en que ocurrió la defunción	Año en que ocurrió la defunción
<u>MES</u>	Mes en que ocurrió la defunción	Mes en que ocurrió la defunción 01= Enero 02= Febrero 03= Marzo 04= Abril 05= Mayo 06= Junio 07= Julio 08= Agosto 09= Septiembre 10= Octubre 11= Noviembre 12= Diciembre
<u>HORA</u>	Hora en que ocurrió la defunción	Hora en que ocurrió la defunción 00 A 23 = Hora 98 = Sin establecer 99 = Sin información

<u>MINUTOS</u>	Minutos en que ocurrió la defunción	Minutos en que ocurrió la defunción 00 A 59 = Minutos 98 = Sin establecer 99 = Sin información
<u>SEXO</u>	Sexo del fallecido	Sexo del fallecido 1 = Masculino 2 = Femenino 3 = Indeterminado
<u>EST CIVIL</u>	Estado conyugal del fallecido	Estado conyugal del fallecido 1= No estaba casado(a) y llevaba dos o más años viviendo con su pareja 2= No estaba casado(a) y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja 3= Estaba separado(a), divorciado(a) 40 Estaba viudo(a) 5= Estaba soltero(a) 6= Estaba casado(a) 9= Sin información
<u>GRU ED1</u>	Agrupación de edades, según la edad del fallecido	Agrupación de edades, según la edad del fallecido 00 = Menor de una hora 01 = Menor de un día 02 = De 1 a 6 días 03 = De 7 a 27 días 04 = De 28 a 29 días 05 = De 1 a 5 meses 06 = De 6 a 11 meses 07 = De 1 año 08 = De 2 a 4 años 09 = De 5 a 9 años 10 = De 10 a 14 años 11 = De 15 a 19 años 12 = De 20 a 24 años 13 = De 25 a 29 años 14 = De 30 a 34 años 15 = De 35 a 39 años 16 = De 40 a 44 años 17 = De 45 a 49 años 18 = De 50 a 54 años 19 = De 55 a 59 años 20 = De 60 a 64 años 21 = De 65 a 69 años

		22 = De 70 a 74 años 23 = De 75 a 79 años 24 = De 80 a 84 años 25 = De 85 a 89 años 26 = De 90 a 94 años 27 = De 95 a 99 años 28 = De 100 años y más 29 = Edad desconocida
<u>GRU_ED2</u>	Agrupación de edades, según la edad del fallecido	Agrupación de edades, según la edad del fallecido 01 = Menor de 1 año 02 = De 1 a 4 años 03 = De 5 a 14 años 04 = De 15 a 44 años 05 = De 45 a 64 años 06 = De 65 y más años 07 = Edad desconocida
<u>NIVEL_EDU</u>	Último año de estudios que aprobó el fallecido	Último año de estudios que aprobó el fallecido 1 = Preescolar 2 = Básica primaria 3 = Básica secundaria 4 = Media académica o clásica 5 = Media técnica 6 = Normalista 7 = Técnica profesional 8 = Tecnológica 9 = Profesional 10 = Especialización 11 = Maestría 12 = Doctorado 13 = Ninguno 99 = Sin información
<u>ULTCURFAL</u>	Ultimo año o grado aprobado por el fallecido	Ultimo año o grado aprobado por el fallecido.
<u>MUERTEPORO</u>	La ocupación pudo ser causa o estar asociada con la defunción	La ocupación pudo ser causa o estar asociada con la defunción 1= Si 2= No 9= Sin información
<u>SIMUERTEPO</u>	Accidente de trabajo o enfermedad profesional	Accidente de trabajo o enfermedad profesional 1 = Accidente de transito 2 = Enfermedad profesional

9 = Sin información

<u>OCUPACION</u>	¿Cuál fue la última ocupación habitual del fallecido?	¿Cuál fue la última ocupación habitual del fallecido?
<u>IDPERTET</u>	De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía como	De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía como: 1 = Indígena 2 = ROM (Gitano) 3 = Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia 4 = Palenquero de San Basilio 5 = Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente 6 = Ninguno de las anteriores 9 = Sin información
<u>CODPRES</u>	País de residencia habitual del fallecido, cuando residía en un país diferente a Colombia (para muerte fetal o de menor de un año el de la madre)	País de residencia habitual del fallecido, cuando residía en un país diferente a Colombia (para muerte fetal o de menor de un año el de la madre) Código, según listado de países ISO 3166/2 999 = Sin información
<u>CODPTORE</u>	Departamento de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año el de la madre)	Departamento de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año el de la madre) 01 = Sin información de departamento, 75 = Con residencia en el extranjero. 05= Antioquia 08= Atlántico 11= Bogotá 13= Bolívar 15= Boyacá 17=Caldas 18= Caquetá 19=Cauca 20= Cesar 23= Córdoba 25=Cundinamarca 27= Choco 41= Huila 44= La guajira 47= Magdalena 50= Meta

52= Nariño
 54= Norte de Santander
 63= Quindío
 66= Risaralda
 68= Santander
 70= Sucre
 73= Tolima
 76= Valle del Cauca
 81= Arauca
 85= Casanare
 86= Putumayo
 88= Archipiélago de San Andrés,
 Providencia y Santa Catalina
 91= Amazonas
 94= Guainía
 95= Guaviare
 97= Vaupés
 99= Vichada

<u>CODMUNRE</u>	Municipio de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año el de la madre)	Municipio de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año el de la madre)
<u>AREA_RES</u>	Área de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año la el de la madre)	Área de residencia habitual del fallecido (para muerte fetal o de menor de un año la el de la madre) 1 = Cabecera municipal 2 = Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío) 3 = Rural disperso 9 = Sin información
<u>SEG_SOCIAL</u>	Régimen de seguridad social del fallecido (para muerte fetal, o de menor de un año el de la madre)	Régimen de seguridad social del fallecido (para muerte fetal, o de menor de un año el de la madre) 1= Contributivo 2= Subsidiado 3= Excepción 4= Especial 5= No asegurado 9= Sin información
<u>IDADMISALU</u>	Entidad Administradora en Salud, a la que pertenecía el fallecido (para muerte fetal, o de menor de un año la entidad administradora a	Entidad Administradora en Salud, a la que pertenecía el fallecido (para muerte fetal, o de menor de un año la entidad administradora a la que pertenecía la madre) 1= Entidad promotora de salud

	la que pertenecía la madre)	2= Entidad promotora de salud - Subsidiado 3= Entidad adaptada de salud 4 = Entidad especial de salud 5= Entidad exceptuada de salud 9= Sin información
<u>IDCLASADMI</u>	Nombre de la administradora	Nombre de la administradora
<u>PMAN_MUER</u>	Probable manera de muerte	Probable manera de muerte 1= Natural 2= Violenta 3= En estudio
<u>CONS_EXP</u>	Certificado de defunción expedido por	Certificado de defunción expedido por 1 = Médico tratante 2 = Médico no tratante 3 = Médico legista 4 = Personal de salud autorizado 5 = Funcionario del registro civil 6 = Otro 9 = Sin información
<u>MU_PARTO</u>	La muerte fetal o del menor de un año ocurrió con relación al parto	La muerte fetal o del menor de un año ocurrió con relación al parto 1 = Antes 2 = Durante 3 = Después 4 = Ignorado 9 = Sin información
<u>T_PARTO</u>	Tipo de parto - el feto o el menor de un año fallecido nació por parto	Tipo de parto - el feto o el menor de un año fallecido nació por parto 1 = Espontáneo 2 = Cesárea 3 = Instrumentado 4 = Ignorado 9 = Sin información.
<u>TIPO_EMB</u>	Multiplicidad - el feto o el menor de un año fallecido nació de un embarazo	Multiplicidad - el feto o el menor de un año fallecido nació de un embarazo 1 = Simple 2 = Doble 3 = Triple 4 = Cuádruple o más 5 = Ignorado 9 = Sin información

<u>T_GES</u>	Número de semanas tiempo de gestación	Número de semanas tiempo de gestación 0 = N/A (Esta variable solo aplica para menores de un año) 1 = Menos de 22 2 = De 22 a 27 3 = De 28 a 37 4 = De 38 a 41 5 = De 42 y más 6 = Ignorado 9 = Sin información
<u>PESO_NAC</u>	Peso al nacer del feto o del menor de un año	Peso al nacer del feto o del menor de un año 0 = N/A (Esta variable solo aplica para menores de un año) 1 = Menos de 1.000 2 = 1.000 - 1.499 3 = 1.500 - 1.999 4 = 2.000 - 2.499 5 = 2.500 - 2.999 6 = 3.000 - 3.499 7 = 3.500 - 3.999 8 = 4.000 y más 9 = Sin información
<u>EDAD_MADRE</u>	Edad de la madre del feto o del menor de un año fallecido	Edad de la madre del feto o del menor de un año fallecido 1= De 10 a 14 años 2= De 15 a 19 años 3= De 20 a 24 años 4= De 25 a 29 años 5= De 30 a 34 años 6= De 35 a 39 años 7= De 40 a 44 años 8= De 45 a 49 años 9= De 50 a 54 años 99=Sin información
<u>N_HIJOSV</u>	Número de hijos nacidos vivos de la madre (incluyendo el presente)	Número de hijos nacidos vivos de la madre (incluyendo el presente) 0 a 20 = Número de hijos nacidos vivos 99 = Sin información.
<u>N_HIJOSM</u>	Número de hijos nacidos muertos de la madre (incluyendo el presente)	Número de hijos nacidos muertos de la madre (incluyendo el presente) 1 A 15 = Número de hijos nacidos muertos 99 = Sin información

<u>EST_CIVM</u>	Estado conyugal de la madre	Estado conyugal de la madre 1 = No estaba casado(a) y llevaba dos o más años viviendo con su pareja 2 = No estaba casado(a) y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja 3 = Estaba separado(a), divorciado(a) 4 = Estaba viudo(a) 5 = Estaba soltero(a) 6 = Estaba casado(a) 9 = Sin información
<u>NIV_EDUM</u>	Último año de estudios que aprobó de la madre	Último año de estudios que aprobó de la madre 1 = Preescolar 2 = Primaria completa 3 = Primaria incompleta 4 = Secundaria completa 5 = Secundaria incompleta 6 = Universitaria completa 7 = Universitaria incompleta 8 = Ninguno 9 = Sin información
<u>ULTCURMAD</u>	Ultimo año o grado aprobado de la madre	Ultimo año o grado aprobado de la madre 99 = Sin información
<u>EMB_FAL</u>	¿Estaba embarazada cuando falleció?	¿Estaba embarazada cuando falleció? 1 = Si 2 = No 9 = sin información
<u>EMB_SEM</u>	¿Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas?	¿Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas? 1 = Si 2 = No 9 = sin información
<u>EMB_MES</u>	¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses?	¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? 1 = Si 2 = No 9 = sin información
<u>MAN_MUER</u>	Probable manera de muerte (violenta)	Probable manera de muerte (violenta) 1 = Suicidio 2 = Homicidio 3 = Accidente de tránsito 4 = Otro accidente

5 = En estudio
9 = Sin información

CODOCUR	Departamento de ocurrencia del hecho cuando es muerte violencia	Departamento de ocurrencia del hecho cuando es muerte violencia 01 = Sin información de departamento 05= Antioquia 08= Atlántico 11= Bogotá 13= Bolívar 15= Boyacá 17=Caldas 18= Caquetá 19=Cauca 20= Cesar 23= Córdoba 25=Cundinamarca 27= Choco 41= Huila 44= La guajira 47= Magdalena 50= Meta 52= Nariño 54= Norte de Santander 63= Quindío 66= Risaralda 68= Santander 70= Sucre 73= Tolima 76= Valle del Cauca 81= Arauca 85= Casanare 86= Putumayo 88= Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 91= Amazonas 94= Guainía 95= Guaviare 97= Vaupés 99= Vichada
CODMUNOC	Municipio de ocurrencia del hecho cuando es muerte violencia	Municipio de ocurrencia del hecho cuando es muerte violencia 999 = Sin información de municipio

C_MUERTE	Como determino la causa de muerte - A	Como determino la causa de muerte - A 1 = Necropsia
C_MUERTEB	Como determino la causa de muerte - B	Como determino la causa de muerte - B 1 Historia clínica
C_MUERTEC	Como determino la causa de muerte - C	Como determino la causa de muerte - C 1 Pruebas de laboratorio
C_MUERTEDE	Como determino la causa de muerte -D	Como determino la causa de muerte -D 1 Interrogatorio a familiares o testigos
C_MUERTEE	Como determino la causa de muerte -E	Como determino la causa de muerte -E 1 Sin información
ASIS_MED	¿Recibió asistencia médica durante el proceso que lo llevo a la muerte?	¿Recibió asistencia médica durante el proceso que lo llevo a la muerte? 1 = Sí 2 = No 3 = Ignorado 9 = Sin información
C_DIR1	Causa Directa: Código de la causa de defunción informada en el renglón a)	Causa Directa: Código de la causa de defunción informada en el renglón a)
C_DIR12	Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón a)	Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón a)
C_ANT1	Causas Antecedentes1: Código de la causa de defunción informada en el renglón b)	Causas Antecedentes1: Código de la causa de defunción informada en el renglón b)
C_ANT12	Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón b)	Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón b)
C_ANT2	Causas Antecedentes2: Código de la causa de defunción informada en el renglón c)	Causas Antecedentes2: Código de la causa de defunción informada en el renglón c)
C_ANT22	Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón c)	Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón c)
C_ANT3	Causas Antecedentes3: Código de la causa de defunción informada en el renglón d)	Causas Antecedentes3: Código de la causa de defunción informada en el renglón d)

C_ANT32	Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón d)	Código de la segunda causa de defunción informada en el renglón d)
C_PAT1	Otros estados patológicos importantes Código de la causa de defunción informada en II.	Otros estados patológicos importantes Código de la causa de defunción informada en II.
C_PAT2	Código de la causa de defunción informada en otros estados Patológico importantes.	Código de la causa de defunción informada en otros estados Patológico importantes.
C_BAS1	Código de la causa Básica de la defunción	Código de la causa Básica de la defunción
C_MCM1	Código de la causa de defunción informada en Muerte Sin Certificación medica	Código de la causa de defunción informada en Muerte Sin Certificación medica
IDPROFCER	Profesión de quien certifica la defunción	Profesión de quien certifica la defunción 1 = Médico 2 = Enfermero(a) 3 = Auxiliar de enfermería 4 = Promotor(a) de salud 5 = Funcionario de registro civil 6= Médico Legista 9 = Sin información
CAUSA_666	Causa agrupada con base en la Lista 6/67 de la OPS (CIE-10)	Causa agrupada con base en la Lista 6/67 de la OPS (CIE-10)
CAU_HOMOL	Causa básica agrupada con base en la Lista 105 Colombia	Causa básica agrupada con base en la Lista 105 Colombia

Anexo 2. Lista 6/67 – CIE-10 OMS/OPS

1.00	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES		(A00-B99, G00-G03, J00-J22, P35.0)
1.01	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES		A00 - A09
1.02	TUBERCULOSIS, INCLUSIVE SECUELAS		A15 - A19, B90
1.03	CIERTAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y RABIA		A20, A44, A68, A75 - A79, A82 - A84, A85.2, A90 - A91, A95, B50 - B57

1.04	CIERTAS ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNA	A33 - A37, A80, B05, B06, B16, B17.0,B18.0, B26, B91, P35.0	
1.05	MENINGITIS	A32.1, A39, A87, B00.3, B01.0, B02.1,B37.5, B38.4, G00 - G03	
1.06	SEPTICEMIA	A40 - A41	
1.07	INFECCIONES CON MODO DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL	A50 - A64	
1.08	ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA	B20-B24	
1.09	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	J00-J22	
1.10	OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	RESTO DE (A00-B99): A21 - A31, A32.0,A32.7 - A32.9, A38, A42 - A43, A46 - A49, A65 - A67, A69 - A74, A81, A85.0 - A85.1, A85.8, A86, A88-A89, A92 - A94, A96 - A99, B00.0 - B00.2, B00.4 - B00.9, B01.1 - B01.9, B02.0, B02.2 - B02.9, B04, B07 - B15, B17.1 - B17.8, B18.1 - B19.9, B25,B27-B36, B37.0 - B37.4, B37.6 - B37.9, B38.0 - B38.3, B38.7 - B38.9, B39 - B49, B58 - B89, B92 - B99	
2.00	NEOPLASIAS (TUMORES)		(C00-D48)
	2.01	T. MALIGNO DEL ESTOMAGO	C16
	2.02	T. MALIGNO DEL COLON	C18
	2.03	T. MALIGNO DE LOS ORGANOS DIGESTIVOS Y DELPERITONEO, EXCLUYENDO ESTOMAGO Y COLON	C15, C17, C19 - C21, C26, C48
	2.04	T. MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES	C22-C24
	2.05	T. MALIGNO DEL PANCREAS	C25
	2.06	T. MALIGNO DE LA TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	C33 - C34
	2.07	T. MALIGNO DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS EINTRATORACICOS,	C30 - C32, C37 - C39

	EXCEPTO TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	
2.08	T. MALIGNO DE LA MAMA	C50
2.09	T. MALIGNO DEL UTERO	C53 - C55
2.10	T. MALIGNO DE LA PROSTATA	C61
2.11	T. MALIGNO DE OTROS ORGANOS GENITOURINARIOS	C51 - C52, C56 - C57, C60, C62 - C68
2.12	T. MALIGNO DEL TEJIDO LINFATICO, DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y DE TEJIDOS AFINES	C81 - C96
2.13	OTROS TUMORES MALIGNOS	RESTO DE (C00-C97): C00 - C14, C40 - C47, C49, C58, C69 - C80, C97
2.14	CARCINOMA-IN-SITU, T. BENIGNOS Y DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO	D00 - D48
3.00	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	(I00-I99)
3.01	FIEBRE REUMATICA AGUDA Y ENFERMEDADES CARDIACAS REUMATICAS CRONICAS	I00 - I09
3.02	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	I10 - I15
3.03	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	I20 - I25
3.04	ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRCULACION PULMONAR Y OTRAS FORMAS DE ENF. DELCORAZON	I26 - I45, I47 - I49, I51
3.05	PARO CARDIACO	I46
3.06	INSUFICIENCIA CARDIACA	I50
3.07	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	I60 - I69
3.08	ATEROSCLEROSIS	I70
3.09	OTRAS DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	I71 - I99
4.00	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	(P00 - P29, P35.1 - P96)

4.01	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFECCIONES MATERNAS	P00, P04
4.02	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y TRAUMATISMOS DEL NACIMIENTO	P01 - P03, P10 - P15
4.03	RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, DESNUTRICION FETAL, BAJO PESO AL NACER Y GESTACION CORTA	P05, P07
4.04	TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	P20 - P28
4.05	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	P36
4.06	ENFERMEDAD HEMOLITICA DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO Y KERNICTERUS	P55 - P57
4.07	OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	P08, P29, P35.1 - P35.9, P37 - P54, P58 - P96
5.00	CAUSAS EXTERNAS	(V01 - Y89)
5.01	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	V01 - V89, Y85.0
5.02	OTROS ACCIDENTES DE TRANSPORTE Y LOS NO ESPECIFICADOS, INCLUSIVE SECUELAS	V90 - V99, Y85.9
5.03	CAIDAS	W00 - W19
5.04	ACCIDENTES CAUSADOS POR MAQUINAS Y POR INSTRUMENTOS CORTANTES O PUNZANTES	W24 - W31
5.05	ACCIDENTES CAUSADOS POR DISPARO DE ARMAS DE FUEGO	W32 - W34
5.06	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	W65 - W74
5.07	EXPOSICION AL HUMO,	X00 - X09

	FUEGO Y LLAMAS	
5.08	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A SUSTANCIAS NOCIVAS	X40 - X49
5.09	COMPLICACIONES DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA, INCLUSIVE SECUELAS	Y40 - Y84, Y88
5.10	OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	W20 - W23, W35 - W64, W75 - W99, X10 - X39, X50 - X59, Y86, Y89.9
5.11	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	X60 - X84, Y87.0
5.12	AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	X85 - Y09, Y87.1
5.13	INTERVENCION LEGAL Y OPERACIONES DE GUERRA, INCLUSIVE SECUELAS	Y35 - Y36, Y89.0 - Y89.1
5.14	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCLUSIVE SECUELAS	Y10 - Y34, Y87.2
6.00	TODAS LAS DEMAS CAUSAS	(D50-D89, E00-E90, F00-F99, G04-G98, H00-H95, J30-J98, K00-K92, L00-L98, M00-M98, N00-N99, O00-O99, Q00-Q99)
6.01	DIABETIS MELLITUS	E10 - E14
6.02	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMINAS NUTRICIONALES	E40 - E64, D50 - D53
6.03	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	F00 - F99
6.04	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	G04 - G98
6.05	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	J40 - J47
6.06	OTRAS ENF. DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	J30 - J39

6.07	ENFERMEDADES PULMON DEBIDAS A GENTES EXTERNOS	J60 - J70
6.08	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	J80 - J98
6.09	APENDICITIS, HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL Y OBSTRUCCION INTESTINAL	K35 - K46, K56
6.10	CIERTAS ENFERMEDADES CRONICAS DEL HIGADO Y CIRROSIS	K70, K73, K74, K76
6.11	RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	RESTO DE (K00 - K93) : K00 - K31, K50 -K55, K57 - K66, K71, K72, K75, K80 - K92
6.12	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	N00 - N39
6.13	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	N40
6.14	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	O00 - O99
6.15	MALFORMACIONES GONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	Q00 - Q99
6.16	RESIDUO	RESTO DE (A00 - Q99): D55 - D89, E00 - E07, E15 - E34, E65 - E89, H00 -H95, L00 - L98, M00 - M99, N41 - N99
7.00	SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	(R00 - R99)