

DOI 10.15517/revenf.v0i39.41405

Madres ausentes: La voz de los profesionales de salud ante las muertes maternas del departamento de Córdoba –Colombia**Absent mothers: The voice of health professionals in the face of maternal deaths in the department of Córdoba, Colombia****Mães ausentes: A voz dos profissionais de saúde face às mortes maternas no departamento de Córdoba, Colômbia**Javier Alonso Bula¹, Kelly del Carmen Urzola Vertel²

1. Docente del Programa de Enfermería- Universidad de Córdoba. Colombia. Correo electrónico: javierbula@correo.unicordoba.edu.co , ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0788-0472>
2. Magister en Salud Pública Universidad de Córdoba. Colombia. Correo electrónico: kelly_urzola@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5402-3054>

RESUMEN

La mayoría de las muertes maternas son evitables, aun si se cuentan con recursos limitados, ya que, cuando una madre muere, no solo deja a sus hijos huérfanos, sino que los obliga a enfrentar enormes riesgos, como: el desamparo, el abandono, el maltrato e, incluso, poner en peligro su propia supervivencia. El objetivo de estudio fue comprender los elementos que subyacen en las muertes maternas durante el trienio 2016-2018, desde la voz de los profesionales de salud que participan en las Unidades de Análisis de Mortalidad Materna del departamento de Córdoba (Colombia). La presente investigación se enmarca en el paradigma interpretativo y corresponde a un estudio descriptivo cualitativo, de diseño narrativo; desarrollado a partir de la técnica de análisis de contenido, propuesto por Bardin. La muestra de estudio estuvo compuesta por la saturación teórica de los datos y la recolección de la información, se realizó a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales del sector salud del sector público y del sector privado. Esta

investigación fue aprobada por el comité de ética de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba. Emergieron tres categorías de análisis, la primera corresponde a mujer y contexto, en ella destacan los siguientes factores: violencia de género, la cultura, la falta de autonomía de la mujer para buscar atención en salud y la desconfianza en los servicios sanitarios; la segunda categoría, hace referencia a las barreras geográficas y económicas de las mujeres para el acceso seguro y oportuno a los servicios de salud materno-infantil; y la tercera, enuncia algunas reflexiones en torno a la prevención de la mortalidad materna. Este estudio identificó tres factores subyacentes en la mortalidad materna en la región cordobesa: las características demográficas de la mujer; el contexto social y la atención que reciben las mujeres en los servicios de salud; los factores que ayudan a perpetuar el ciclo de madres ausentes.

Palabras claves: Mujer; Inequidad-social; Servicios-de-salud; Muerte-materna; Salud-pública.

ABSTRACT

Most maternal deaths are preventable, even with limited resources; when a mother dies, she not only leaves her children orphaned, but forces them to face enormous risks, including homelessness, abandonment, abuse, and even jeopardizing their own survival. Objective of study: to understand the elements underlying maternal deaths during the 2016-2018 triennium, from the voice of health professionals participating in the Maternal Mortality Analysis Units in the department of Córdoba (Colombia). The present research is framed within the interpretative paradigm and corresponds to a qualitative descriptive study, with a narrative design; developed from the technique of content analysis, proposed by Bardin; the study sample was due to the theoretical saturation of the data and the collection of information was done through semi-structured interviews with health sector professionals

Keywords: woman, Social Inequity, health services, maternal death, public health.

from the public and private sectors. This research was approved by the ethics committee of the Faculty of Health Sciences of the University of Córdoba. Three categories emerged from the analysis: women and context; which highlight the following factors: gender violence, culture, women's lack of autonomy in seeking health care, and distrust of health services; the second category, which refers to women's geographical and economic barriers to safe and timely access to maternal and child health services; and the third category, which sets forth some reflections on the prevention of maternal mortality. This study identified three underlying factors in maternal mortality in the Córdoba region: the demographic characteristics of women; the social context and care that women receive in health services; factors that help perpetuate the cycle of absent mothers.

RESUMO

A maioria das mortes maternas é evitável, mesmo com recursos limitados; quando uma mãe morre, ela não só deixa seus filhos órfãos, mas os força a enfrentar enormes riscos, como a falta de moradia, o abandono, o abuso e até mesmo a pôr em risco sua própria sobrevivência. Objetivo do estudo: compreender os elementos subjacentes às mortes maternas durante o triênio 2016-2018, a partir da voz dos profissionais de saúde participantes das Unidades de Análise da Mortalidade Materna do departamento de Córdoba (Colômbia). A presente pesquisa está enquadrada dentro do paradigma interpretativo e corresponde a um estudo descritivo qualitativo, com desenho narrativo; desenvolvido a partir da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin; a amostra do estudo se deveu à saturação teórica dos dados e a coleta de informações foi feita através de entrevistas semi-estruturadas com profissionais do setor de saúde dos setores público e

privado. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Córdoba. Da análise emergiram três categorias: mulheres e contexto; que destacam os seguintes fatores: violência de gênero, cultura, falta de autonomia das mulheres na busca de cuidados de saúde e desconfiança nos serviços de saúde; a segunda categoria, que se refere às barreiras geográficas e econômicas das mulheres a serviços de saúde materna e infantil seguros e oportunos; e a terceira categoria, que apresenta algumas reflexões sobre a prevenção da mortalidade materna. Este estudo identificou três fatores subjacentes à mortalidade materna na região de Córdoba: as características demográficas das mulheres; o contexto social e o cuidado que as mulheres recebem nos serviços de saúde; fatores que ajudam a perpetuar o ciclo de ausência das mães.

Palavras-chave: mulher, Iniquidade Social, serviços de saúde, morte materna, saúde pública.

INTRODUCCIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada día mueren 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio¹. Las estadísticas oficiales de la OMS indican que el 99% de las muertes maternas ocurridas en el mundo, se presentaron en países en desarrollo. De estas, más de la mitad, se presentaron en África subsahariana y, casi un tercio de ellas, en Asia Meridional².

En América Latina y el Caribe, la probabilidad que tiene una mujer de morir durante su etapa reproductiva, es de 1 en 79, y el riesgo de morir durante el embarazo o el parto llega a ser 100 veces mayor que en los desarrollados³.

La mortalidad materna es vista como una tragedia familiar y social en todas las regiones del mundo. Pues, cuando ocurre una muerte materna, no es solo una defunción más, sino es la vida de una mujer que se ausenta de su núcleo familiar⁴. Asimismo, cuando una muere, no solo deja a sus hijos huérfanos, sino que los obliga a enfrentar enormes riesgos, como: el desamparo, el abandono, el maltrato e, incluso, poner en peligro su propia supervivencia^{5, 6, 7}.

En este sentido, la ausencia repentina y permanente de la mujer en el hogar constituye un factor de desequilibrio en la estructura familiar⁸, a menudo los recién nacidos huérfanos son entregados a otros miembros de la familia⁹. Sin duda alguna, la orfandad es una de las consecuencias más implacables a la que se expone un recién nacido cuando su madre fallece; pues, estudios han evidenciado que la mortalidad materna e infantil, se encuentran altamente correlacionadas^{10, 11}. Una muerte materna aumenta el riesgo de muerte infantil los primeros 5 años de vida¹².

En Colombia, al igual que en muchos países de Latinoamérica, se han realizado estudios donde se han identificado factores de riesgo asociados a la probabilidad de presentar una muerte materna, entre los que se destacan: el nivel educativo y el régimen de afiliación en salud¹³. Además, estudios realizados en Bogotá¹⁴, Medellín¹⁵, Cartagena¹⁶ y otras ciudades de Colombia^{17, 18} han señalado que la mortalidad materna es más frecuente en mujeres con baja escolaridad y pertenecientes al régimen subsidiado o sin ningún tipo de afiliación al sistema de salud¹⁹. Adicionalmente, han encontrado diferencias importantes en la mortalidad materna de acuerdo con la edad de la mujer, la zona de procedencia (rural/urbana), el estrato socioeconómico y la etnia²⁰. Por lo tanto, podría concluirse que una muerte materna es el resultado final de una serie de factores y determinantes sociales que influyen en la vida de la mujer durante su etapa reproductiva, y estos pueden estar relacionados con el contexto sociocultural, las condiciones de salud de la mujer y el acceso a los servicios durante la atención materna²¹.

Ahora bien, durante los últimos 12 años, el departamento de Córdoba ha mantenido una razón de mortalidad materna superior a la media nacional. Ha presentado una variación entre 69,5 y 197 casos por 100.000 nacidos vivos^{22, 23}. A pesar de ser esta una problemática de salud pública, en el departamento de Córdoba no se cuenta con un suficiente número de estudios que muestren de manera integral el comportamiento de la mortalidad materna en la región; los datos revisados hasta el momento, corresponden a informes técnicos de los entes territoriales, e informes de monografías desarrolladas por la escuela de postgrados de la Universidad de Córdoba²⁴. Uno de los estudios encontrados en el contexto local, es el de Estanford en 2012²⁵, quien describió el comportamiento de la mortalidad materna del departamento de Córdoba en el periodo 2008–2011. Esta investigación señala los determinantes sociales presentes en las muertes maternas del departamento, entre los que se destacan: las barreras de acceso a los servicios de salud, la inaccesibilidad geográfica y las deficiencias identificadas en los programas de promoción y prevención en la región.

La presente investigación planteó como objetivo de estudio: comprender los elementos que subyacen en las muertes maternas durante el trienio 2016-2018, desde la voz de los profesionales de salud que participan en las Unidades de Análisis de Mortalidad Materna (UAMM)²⁶ del departamento de Córdoba.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio tuvo la participación de 5 Profesionales de la salud que participan en las unidades de análisis de mortalidad materna, los elementos que subyacen en las muertes maternas en el departamento de Córdoba durante el trienio 2016-2018. Además, para obtener máxima variación en los sujetos de estudio, se vincularon a esta investigación profesionales tanto del sector salud: activos en los procesos de gobernanza y rectoría, vigilancia, inspección y control; como de atención en salud: del sector público y del sector privado.

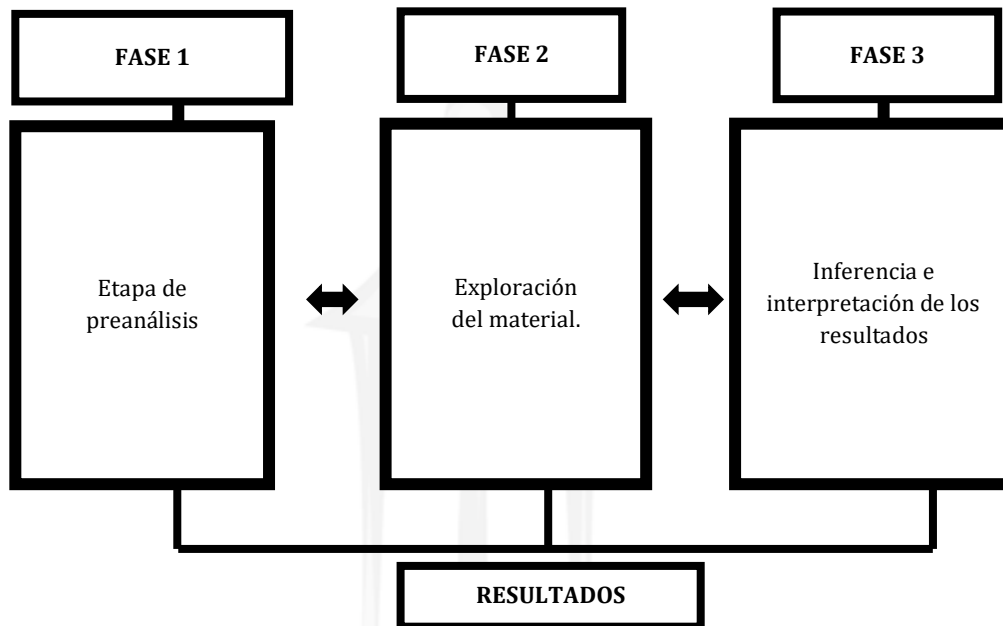
La presente investigación se enmarca en el paradigma interpretativo y corresponde a un estudio descriptivo cualitativo, de diseño narrativo; desarrollado a partir de la técnica de análisis de contenido propuesto por Bardin²⁷. En los diseños narrativos, el investigador recolecta información de las experiencias de un determinado grupo de personas, para describirlas y analizarlas²⁸. Esta investigación indagó, desde la experiencia de los profesionales de salud

Para el análisis de los datos cualitativos, se tuvo en cuenta los criterios de suficiencia y adecuación propuestos por Lincoln y Guba²⁹, que hacen referencia a la cantidad de información recolectada, antes que al número de sujetos entrevistados²⁹. La suficiencia de la información se consiguió cuando se llegó a la saturación teórica de los datos; es decir, cuando la nueva información obtenida por los informantes no aportó nada nuevo³⁰.

El análisis de la información se realizó de manera sistemática a través de la recolección-análisis-recolección y, nuevamente, análisis de los datos, hasta alcanzar la saturación teórica. Esta investigación se llevó a cabo a partir de la técnica de análisis de contenido, que consiste, precisamente, en ordenar la información, codificarla, categorizar los códigos y definir los temas o las unidades de análisis que derivan directamente del texto.

Para ello, la técnica de análisis de contenido se desarrolló en tres fases: la primera fue la etapa de pre-análisis; la segunda, corresponde a la exploración del material; la tercera, al tratamiento de los datos, inferencia e interpretación de los resultados. Para ilustrar este proceso, se muestran los pasos propuestos para el diseño de esta técnica de análisis de información. Ver Figura 1

Figura 1. Plan de análisis de los datos cualitativos.



Fuente: Plan de Análisis datos cualitativos, a partir de la Técnica de Análisis de Contenido, propuesto por Bardin de la investigación Madres ausentes: Análisis de la mortalidad Materna en el Departamento de Córdoba 2016-2018.

Fase I Etapa de pre-análisis. En esta etapa, se realizó la organización y preparación del material que iba a ser analizado. Bardín lo denomina establecimiento del corpus; el cual consiste en realizar una primera aproximación de las lecturas de las entrevistas, con el fin de impregnarse de las orientaciones de los contenidos manifiestos o latentes en el texto. No obstante, se debe seguir las cuatro reglas básicas para el establecimiento del corpus: exhaustividad representatividad, homogeneidad y pertinencia²⁷. Cada texto fue resultado fiel de las entrevistas realizadas, y estas fueron revisadas exhaustivamente, con el fin de buscar la alineación, el estilo y los elementos típicos y atípicos del discurso. Por lo cual, las expresiones verbales fueron el fundamento del análisis.

Fase II Etapa de exploración del material. En esta fase, se encuentran los elementos identificados en la etapa de pre-análisis o el establecimiento del corpus, e inicia en el momento en que los datos en bruto son transformados, organizados y categorizados. La organización de las categorías de análisis permitió la composición de unidades de registro o unidades semánticas (temas).

Fase III Tratamientos de los resultados, inferencia e interpretación. En esta fase, se realizó la evaluación del material seleccionado, para dar respuesta al objetivo propuesto en el estudio. Asimismo, en esta etapa, se consolidaron, sistematizaron y juzgaron las interpretaciones del contenido manifiesto en las narrativas de los participantes y las inferencias generadas por los investigadores del contenido latente.

Inicialmente, se realizó una lectura detallada de las entrevistas, es decir, línea por línea, frase por frase o grupos de frases. A partir de ello, fueron identificadas las primeras unidades temáticas. En este sentido, se resaltó en cada

línea o frase los aspectos considerados significativos de acuerdo con lo narrado por los participantes. Para llevar a cabo este procedimiento, se realizó una matriz de codificación en la que se ubicaban las frases o palabras significativas (descriptores), identificadas en el texto de las entrevistas. Luego, en columnas subsiguientes a la derecha, se identificaban las categorías y subcategorías que emergían del análisis del texto; cabe destacar que se tenía en cuenta las condiciones de exclusión mutua, homogeneidad, pertinencia y fidelidad. Aunado a ello, las subcategorías y categorías se nombraron con las mismas palabras del discurso de los participantes, con el ánimo de mantener la fidelidad al texto analizado y la rigurosidad de la metodología de análisis.

En la misma línea, una vez aceptada la invitación a participar en este estudio y firmado el consentimiento informado, se les explicó a los colaboradores claves el objetivo de la investigación, y se les asignó un seudónimo, con el fin de proteger la confidencialidad de la información.

Con respecto a lo anterior, este estudio define como colaboradores clave a los profesionales de salud que participan en las unidades de análisis de Mortalidad Materna activos en los procesos de gobernanza y rectoría, vigilancia, inspección y control, gestión y de atención en salud tanto del sector público como del sector privado. Además, estos profesionales de salud tenían un rango de edad entre los 30 y 64 años; la mayor proporción de ellos eran enfermeros y médicos epidemiólogos. Ver tabla 1.

Tabla 1. Descripción de los informantes de estudio.

Seudónimo	Edad	Ámbito de Acción	Rol en el proceso de Análisis de MM	Profesión
María	38	Vigilancia, Inspección y Control	Referente municipal del programa maternidad segura.	Enfermera Epidemióloga
Teresa	36	Asistencia en salud	Referente del programa materno-perinatal.	Enfermera Epidemióloga
Alfonso	64	Gobernanza y Rectoría	Referente Departamental de maternidad segura	Médico Epidemiólogo
Sofía	30	Vigilancia, Inspección y Control	Referente de mortalidad materna	Enfermera
Carlos	33	Asistencia en salud	Coordinador del programa maternidad segura de una EPS- C	Médico Epidemiólogo

Fuente: Entrevistas semiestructuradas realizadas a los informantes claves de la investigación.

Para la saturación teórica de los datos, se requirió hacer más de una entrevista, esta se alcanzó cuando las respuestas de las participantes tenían elementos comunes; es decir, repetían la misma información y no se ofrecían aportes nuevos al estudio. En total se realizaron 30 entrevistas (tres entrevistas por cada colaborador clave), el tiempo de duración de las entrevistas fue entre 45 a 60 minutos. Posteriormente, estas fueron transcritas, conservando la fidelidad del texto.

En cada transcripción, se analizaron las frases recurrentes, expresiones idiomáticas y los códigos in vivo que surgían del texto de las entrevistas. Al progresar en el análisis de las entrevistas, se identificaron, similitudes y diferencias en las narrativas de los colaboradores claves sobre el fenómeno.

El paso siguiente, consistió en la revisión de los temas que fueron emergiendo, con el propósito de buscar sus interconexiones. Para ello, se extrajo un listado de frases que sirvieron de apoyo a los temas relacionados. En esta etapa, se realizaron agrupaciones de algunos temas, con el fin de encontrar patrones temáticos. Los datos ingresados en las matrices correspondientes fueron analizados por el método de triangulación metodológica que consistió en el uso de más de una técnica de recolección de datos e implicó el uso de varios tipos de enfoques; lo cual contribuyó, de esta manera, a la validez de resultados para esta investigación.

Consideraciones éticas

La presente investigación se respaldó en los parámetros éticos para estudios con seres humanos contenidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia³¹, y los requerimientos básicos para evaluar aspectos éticos en investigación, propuestos por Ezekiel Emanuel³². Asimismo, este proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba-Colombia. Acta n° 15- CEFCS 2017-02

RESULTADOS

De este estudio, emergen tres categorías de análisis. La primera, se denominó: mujer y contexto, factores que subyacen en la mortalidad materna en el departamento de Córdoba. La segunda categoría: barreras geográficas y económicas para el acceso oportuno a los servicios de salud. Y la tercera categoría: reflexiones en torno a la prevención de la mortalidad materna en el departamento de Córdoba. **Ver tabla 2.**

Tabla 2. Categorías Emergentes

Categoría central		Madres ausentes	
Categorías emergentes	Descripción de la categoría		
<p>1 Categoría</p> <p><i>Mujer y Contexto:</i></p> <p><i>Factores que subyacen en la mortalidad materna en el Departamento de Córdoba</i></p>	<p><i>Describe, por una parte, factores que subyacen en la mortalidad materna a partir de las condiciones de género y el contexto situado de las mujeres como la desigualdad social que enfrentan muchas mujeres en el departamento de Córdoba que las han expuesto a situaciones de riesgo, que no solo atentan contra su salud, sino también, contra su bienestar y el de su hijo por nacer. Por otra parte, el acceso a los servicios materno-perinatales se ve limitado por elementos del contexto social, por factores de orden cultural, por la desconfianza en los servicios de salud y por la violencia de género.</i></p>	<p>SUBCATEGORIAS</p>	<i>La violencia de género.</i>
			<i>Factores culturales.</i>
			<i>¿Será que voy; o no voy?: Factores que influyen en la decisión de la mujer para buscar atención en salud.</i>
			<i>La desconfianza en los servicios de salud.</i>
<p>2 Categoría</p> <p><i>Barreras geográficas y económicas para el acceso oportuno a los servicios de salud.</i></p>	<p><i>Describe los factores exógenos relacionados con las desigualdades económicas y las condiciones geográficas que enfrentan muchas gestantes para acceder oportunamente a los servicios de salud. Esta categoría contiene las siguientes subcategorías de análisis: Barreras de acceso y Factores de orden social.</i></p>	<p>SUBCATEGORIAS</p>	<i>Barreras de acceso geográficas y económicas.</i>
			<i>Factores de orden social.</i>
<p>3 Categoría</p> <p><i>Reflexiones en torno a la prevención de la mortalidad materna en el departamento de Córdoba</i></p>	<p><i>Describe elementos significativos de la vigilancia, control y gestión del riesgo de la MM. En esta categoría, se encuentran las subcategorías: centinelas de la mortalidad materna, la cesárea y sus implicaciones en la mortalidad materna, y la comunidad académica y la prevención de la mortalidad materna.</i></p>	<p>SUBCATEGORIAS</p>	<i>Centinelas de la mortalidad materna.</i>
			<i>La operación cesárea y sus implicaciones en la mortalidad materna.</i>
			<i>La Importancia de la comunidad Académica en la prevención de la mortalidad materna</i>

Fuente: Entrevistas semiestructuradas realizadas a los informantes claves de la investigación.

Categoría 1. *Mujer y Contexto*

La primera categoría expresa los factores que subyacen en la mortalidad materna a partir de las condiciones de género y el contexto situado de las mujeres. La mujer cordobesa no está exenta del conflicto social que ha marcado históricamente la región. La desigualdad social que enfrentan muchas mujeres en el departamento las ha expuesto a situaciones de riesgo, que no solo atentan contra su salud, sino también, contra su bienestar y el de su hijo por nacer. Además, el acceso a los servicios materno-perinatales se ha visto limitado por elementos del contexto social, factores de orden cultural, por la desconfianza en los servicios de salud y la violencia de género.

En esta categoría, se encuentran inmersas las subcategorías: violencia de género; factores culturales; ¿será que voy; o no voy?, factores que influyen en la decisión de la mujer para buscar atención en salud; y la desconfianza en los servicios de salud.

La violencia de género es uno de los factores que más contribuyen a la mortalidad materna en el departamento de Córdoba. Los hallazgos de esta investigación permiten identificar como este factor afecta de manera considerable los indicadores de mortalidad materna de la región, como se evidencia en la siguiente expresión:

...Hay muchas mujeres que se encuentran vulneradas todavía por su pareja, si el esposo le dice: ¡No, tu no vas!, - la mujer no se mueve – hemos tenido casos, donde el esposo le dice a la mujer ¡que no! y no la deja ir a una consulta de control prenatal. Carlos (E: 2)

Por su parte, existen factores de orden cultural que de manera implícita o explícita pueden conllevar a situaciones potencialmente peligrosas para la mujer. Sin embargo y conscientes de este planteamiento, se reconoce que muchas mujeres prefieren disponer de los recursos que ofrece su comunidad para dar respuesta a sus necesidades de salud durante el embarazo, parto y posparto. En este sentido, un recurso que valoran las mujeres de las zonas rurales dispersas y comunidades indígenas es la partera, que es esta persona reconocida por sus conocimientos ancestrales y por ser quien, tradicionalmente, se ha encargado de vigilar los procesos reproductivos de la mujer. Especialmente, en las regiones de difícil acceso como se puede evidenciar en la siguiente expresión:

¡En la zona rural es más fácil que te vea la partera, qué es tu vecina!, ¡ella es una persona en la que tú confías!, ¡ella llega en cualquier momento, cuando tú la necesitas!; ¡incluso es muy allegada a la familia...! culturalmente muchas gestantes, no ven la necesidad de acudir a los controles porque otras mujeres tampoco lo han hecho... y ¡no les ha pasado nada! Sofía (E: 1 - E: 3)

Entonces, la mujer tiene la autonomía de tomar la decisión de acudir o no a los servicios de salud. Sin embargo, en muchas ocasiones, no reconoce el riesgo al que está expuesta y la toma de decisión para acudir a un servicio de salud, puede estar motivada por la voz de su conciencia, ya que sabe que, si no lo hace, existe el riesgo de que ella o su hijo muera. En tal sentido, la evidencia es clara en demostrar que, hasta que ella no vea y sienta las señales de su cuerpo de manera muy marcada, la tendencia es postergar su consulta al servicio médico, como se puede apreciar en la siguiente declaración:

En la zona rural es más difícil la continuidad en la atención, por ejemplo una mujer tiene que dejar a sus 4 hijos solos en la casa, porque no hay quién se los cuide, nosotros hemos percibido que ese tipo de factores sociales influyen en la decisión de la mujer para buscar atención, o hacerlo de forma oportuna, ¡lo hacen cuando ya ven

que “la cosa se está poniendo maluca”!, cuando ven qué hay signos de alarma bastante marcados. **María** (E: 2 - E: 3)

La desconfianza en los servicios de salud es una condición que interfiere y dificulta el acercamiento de la mujer gestación a los servicios médicos³³. Actualmente, los servicios de salud han perdido credibilidad, y esto se encuentra asociado con la calidad del servicio y con la manera en cómo las instituciones de salud brindan atención a la población materna³⁴. Al respecto, uno de los informantes claves indica:

... Cuando una mujer desconfía de su prestador o desconfía de su asegurador, se aleja de nuestro sistema de salud; estamos viviendo una época de mucha desconfianza en la institucionalidad, hay mucha indignación e incertidumbre; no sé ni cómo llamarlo... esto puede ser un factor que influye en la decisión de la mujer para acudir a los servicios de salud. **Teresa** (E: 1 - E: 3)

Categoría 2. Barreras geográficas y económicas para el acceso oportuno a los servicios de salud.

Existen factores exógenos de orden geográfico y económico que constituyen las principales barreras, para que muchas gestantes accedan oportunamente a los servicios de salud³⁵. Entre más alejadas se encuentren las mujeres de la cabecera municipal y menos ingresos económicos tengan ellas y sus familiares, menos oportunidades habrá para el acceso a atención materno-perinatal de calidad en cualquiera de sus niveles de atención³⁵. Esta categoría contiene las siguientes subcategorías análisis: Barreras de acceso y Factores de orden social.

En el departamento de Córdoba, las condiciones económicas de la población gestante influyen en gran medida en la accesibilidad a los servicios de salud. Especialmente, si provienen de la zona rural, porque carecen de recursos económicos suficientes para el traslado de gestante desde su hogar hasta los centros de salud. En las siguientes declaraciones, se evidencia lo anteriormente expuesto:

...sabemos que hay veredas que quedan demasiado lejos y no tenemos un servicio de salud cerca de donde vive esta paciente y la economía de esta mujer no da para acceder a estos servicios de manera oportuna. **Sofía** (E: 1 - E: 3)

Para muchas gestantes es muy difícil acceder al servicio de salud por barreras administrativas, ¡si les resulta difícil a las de Montería!, ¡imagínate tú a las de la zona rural de Ayapel, donde hay pasajes tan costosos!, ¡o las de Uré, Montelíbano o Puerto Libertador!, muchas de estas pacientes tienen que sacar de sus propios recursos para el traslado, por eso muchas no pueden venir. **Alfonso** (E: 2 - E: 3)

Históricamente, la población civil del departamento de Córdoba se ha visto expuesta a la violencia y el conflicto armado³⁶. En algunas subregiones del departamento, hay mayor presencia del conflicto armado que en otras, lo cual facilita la presencia de grupos al margen de la ley por la ausencia de control de la fuerza armada. Esta condición favorece este tipo de situaciones de orden civil, lo que incide de manera directa e indirecta en la mortalidad materna de la región. En la siguiente declaración, se expresa un claro ejemplo de ello:

Existen características sociodemográficas muy distintas entre las regiones del departamento, ¡características que las hacen muy particulares! No es lo mismo mirar una materna de un municipio como Tierralta o Valencia porque “hay muchas cosas” de orden civil y geográfico que pueden dificultar su acceso a los servicios de salud. **Alfonso** (E: 1 - E: 3)

Categoría 3 *Reflexiones en torno a la prevención de la mortalidad materna en el departamento de Córdoba.*

Existen aspectos significativos de la mortalidad materna en el departamento de Córdoba que ameritan la vigilancia, control y gestión del riesgo por parte de todos los actores del Sistema de salud ³⁷. En esta categoría se encuentran contenidas las subcategorías: centinelas de la mortalidad materna, la cesárea y sus implicaciones en la mortalidad materna y la comunidad académica y la prevención de la mortalidad materna.

La vigilancia de la mortalidad materna en el departamento de Córdoba sigue evidenciando dificultades en la gestión documental y el proceso de seguimiento a las acciones de mejora de las instituciones de salud que se han visto involucradas en las muertes maternas de la región. Si bien es cierto, el proceso de notificación de este evento es de obligatorio cumplimiento y las unidades de análisis de mortalidad materna deberían ser priorizadas por la dirección de vigilancia y control, la evidencia reportada en este estudio señala que aún existen falta de compromiso y gestión de los actores involucrados para mejorar este proceso; especialmente la articulación entre el asegurador, el prestador y los entes de control. Las siguientes declaraciones dan cuenta de lo anteriormente expuesto:

*Bueno, la vigilancia y control ha mejorado un poco, en el sentido que de pronto se dispone de más información a la hora de realizar las unidades de análisis de mortalidad materna, sin embargo, lo que nosotros hemos alcanzado a ver, es que no hay presencia de todos los involucrados, cuando se hace el análisis; no todos los involucrados están presentes, especialmente las instituciones de mediana y alta complejidad, que a veces hacen caso omiso a la convocatoria de estos análisis. **María.** (E: 3)*

*Hay que establecer alianzas colaborativas, las EPS tienen que ser nuestros amigos, y no nuestros enemigos, hay que hacer inspección, vigilancia, control, asistencia técnica, monitoreo y acompañamiento de manera permanente; mientras más nos acostumbremos a eso, mejor será el resultado. **Carlos** (E: 3)*

En Córdoba, al igual que en otros departamentos de Colombia, la tasa de nacimientos por cesárea es mayor a la recomendación propuesta por la OMS. Varios son los motivos atribuibles a esta problemática: los hay de tipo económico, sanitario y cultural. En este sentido, las primeras, obedecen a la creencia de que el parto por vía abdominal es una fuente más rentable de ingresos económicos para los servicios de salud; la segunda, se encuentra relacionada con las complicaciones del embarazo, el trabajo de parto, parto y puerperio; y la tercera, se encuentra relacionada con el imaginario cultural y la representación social de “las ventajas de la cesárea” como procedimiento, frente al parto natural. Las siguientes declaraciones muestran lo descrito:

*Me pude dar cuenta que, en Córdoba, entre el 80 y el 85% de los nacimientos son por cesárea, lo cual deja mucho que desear, sobre todo las repercusiones que tiene en los embarazos a futuro. **Carlos** (E: 2)*

*Aquí en Córdoba le prestamos mucha más atención a la ganadería que a la obstetricia, en primer lugar, la relación parto- cesárea ¡aquí está completamente invertida!, los modelos de contratación con los ginecólogos no garantizan su presencialidad en las instituciones de salud, sobre todo en el sector privado, esto va a repercutir muchas veces en la atención de las gestantes. **Alfonso** (E: 1- E: 2)*

*Una vez, en una de las visitas técnicas nos dijeron unas palabras que, a mí, siempre me han impactado: "aquí -hablando de Córdoba-, se le presta más atención al parto de una vaca, que al parto de una mujer", ¡esas palabras fueron muy duras!, obviamente no cayó muy bien dentro del gremio, pero se dejó entrever la percepción que tienen de la atención materna. **Alfonso** (E: 3)*

Uno de los objetivos de la academia es formar talento humano. Este capital social debe ser competente para desempeñarse en todos los ámbitos que le exija su contexto. Por ello, los programas de salud de las distintas universidades del país tienen una responsabilidad social frente a la formación del recurso humano que egresa de estas instituciones de educación superior. Especialmente, la certificación de competencias relacionadas con el cuidado de la población materno-infantil. Al respecto, los colaboradores claves expresaron:

Pienso que aquí hay dos escenarios importantes, dos universidades que tienen que ver con en el área de la salud, que si de pronto pudieran tener también participación en lo que tiene que ver con... con una asesoría técnico-científica al ente territorial, ¡sería maravilloso, maravilloso! **Carlos (E: 2)**

¡Para mí la academia va por un lado y la realidad va por otro! ¡Ahí estamos mal!, por ejemplo: ¿qué tanto están preparando a los médicos y las enfermeras para la atención de la población materna? **Carlos (E: 3)**

Autores como Cortés³⁸, indican que la academia cumple un papel fundamental en la reducción de la mortalidad materna y que las universidades deben aunar esfuerzos en la investigación clínica, epidemiológica y la investigación aplicada para ayudar a resolver las problemáticas de salud y la problemática social que enfrenta la población materno-perinatal. En este sentido, el Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Córdoba puede contribuir en el análisis de las problemáticas sociales del departamento. El conocimiento generado de la investigación formal debe servir de sustento para fortalecer o direccionar las políticas públicas locales, y para mejorar la salud y el bienestar de la población materno perinatal.

DISCUSIÓN

Al realizar un análisis crítico de la realidad social que enfrentan las mujeres del departamento de Córdoba, se pudo identificar un patrón común en las unidades de análisis de las muertes maternas relacionado con la falta de autonomía de la mujer para decidir sobre sus procesos reproductivos. En nuestro contexto, generalmente, los hombres quieren que “sus mujeres” estén la mayor parte del tiempo o embarazadas, o con sus hijos en brazos. Esta es la construcción social que representa a la mujer cordobesa de escasos recursos. Pues, aún si esta tiene la posibilidad de acceder a los programas de regulación de la fecundidad y control de la natalidad; en general, parece existir un consenso de este imaginario social en la región. No obstante, el trasfondo de este asunto va más allá de la mediación que existe en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, donde las mujeres ocupan un lugar subordinado.

Culturalmente, el departamento de Córdoba se ha caracterizado por ser una región patriarcal, lo que reduce las posibilidades del género femenino para decidir de manera autónoma. En este sentido, la toma de decisiones puede verse afectada por las relaciones de poder que ejercen los hombres sobre las mujeres. Al respecto, González et al.³⁹ afirman que la violencia contra las mujeres, tiene su origen en factores sociales y culturales que expresan primordialmente la desigualdad de género y condiciones como: la pobreza, la falta de información sobre los servicios de apoyo social y la violencia intrafamiliar⁴⁰.

Además, para muchas gestantes, tomar la decisión de consultar o no al servicio de salud, se encuentra anudado a la percepción materna que asumen muchas de ellas: no acudir a un centro asistencial, por considerar que es intransferible la responsabilidad de cuidar a su núcleo familiar. Al respecto, Sánchez⁴¹ señala que una de las principales causas por las cuales las mujeres deciden no atenderse en las unidades de salud está estrechamente ligada

con la creencia de que sus malestares no requieren atención. Varios son los motivos por los que las mujeres deciden no acercarse a los centros de salud. Uno de ellos es que muchas gestantes consideran que son mal atendidas y no tienen confianza en los proveedores de salud.

Por su parte, Freyermuth³³ sostiene que, en diversas ocasiones, las mujeres no recurren al médico o las instituciones de salud porque desconocen los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Incluso, cuando se deciden por la atención médica, lo hacen muy tarde, situación que dificulta que reciban una atención oportuna en los servicios de salud.

En muchas comunidades de la región, las condiciones económicas no alcanzan para cubrir las necesidades básicas de la población. Especialmente, aquellas enfocadas a la atención de las mujeres embarazadas, que generalmente pasan a un segundo término porque, en ocasiones, no se contemplan o no se les da importancia³⁴. En tal sentido, Florián³⁵ menciona que, entre los factores que influyen en la accesibilidad a los servicios de la salud, se encuentran: las largas distancias que muchas personas tienen que recorrer, el tiempo utilizado para poder llegar al centro de salud más cercano, limitaciones relacionadas con la movilidad y la presencia de zonas geográficas inaccesibles. Estos factores, se encuentran altamente correlacionados con las demoras que inciden en la mortalidad de la población materna y perinatal.

De igual modo, autores como Hernández⁴² sostienen que existen diferencias tangenciales entre las gestantes que residen en el área urbana y las que provienen del área rural dispersa⁴². Este autor destaca que, en muchos de los casos, las inequidades sociales influyen en el desarrollo de complicaciones durante la gestación, lo cual contribuye a la presencia de situaciones que, muchas veces, no se pueden intervenir de manera oportuna por las distancias extremas y por la inaccesibilidad que existe para acudir a los centros de atención médica.

Por su lado, Camacho et al.⁴³ resaltan el conflicto armado como una circunstancia que está directamente relacionada con la mortalidad materna; de la misma forma como lo están los determinantes sociales, la situación de desplazamiento, el residir en la zona rural y las particularidades de cada ciclo vital. Así mismo, estos autores resaltan que la disminución de las tasas de mortalidad materna requiere, entre otros, la intervención de las áreas geográficas catalogadas como zonas de riesgo por problemas de orden social.

Así también, muchas mujeres de las zonas rurales del departamento prefieren acudir a las parteras empíricas para atender sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Estas mujeres son reconocida por la comunidad por que, tradicionalmente, se han encargado de vigilar los procesos de gestación, parto y posparto. Y, además de la cercanía y la confianza que existe con ellas⁴⁴, estas mujeres han acompañado por generaciones a las comunidades rurales dispersas, lo cual ha generado lazos de confianza con las gestantes y los miembros de su familia⁴⁵.

En la comunidad indígena Zenú del departamento de Córdoba, las parteras reciben el nombre de comadronas⁴⁶ y son las encargadas del cuidado de las embarazadas⁴⁶. Las comadronas, generalmente, son mujeres mayores de la comunidad que han recibido el legado de sus madres y abuelas para cuidar de las embarazadas; por ello, cuentan con una gran aceptación y credibilidad. En tal sentido, para muchas mujeres es indispensable consultarlas durante el período gestacional, para poder estar seguras y tranquilas de la evolución de su embarazo y el bienestar de su hijo⁴⁷.

Por ejemplo, la supervisión del embarazo en la mujer Embera Katio la brinda, principalmente, la partera, quien acompaña y orienta a la mujer sobre los cuidados que debe tener durante esta etapa⁴⁸. La partera ocupa un lugar

privilegiado en la comunidad, por ser la figura que representa el conocimiento tradicional y el saber empírico de los procesos reproductivos de la mujer. Generalmente, una partera es solicitada para brindar consejos relacionados con el embarazo, parto y posparto, revisar la posición del bebé y, en caso de ser necesario, acomodarlo. También, puede asistir el parto de la mujer primeriza o los partos difíciles, como se evidencia en la investigación realizada por Muñoz en las comunidades del cauca⁴⁹.

En esta línea, Walker⁵⁰ afirma que el comportamiento de los seres humanos, el entorno cultural y las creencias se asocian con la preferencia de los nacimientos por cesárea⁵¹. Otras investigaciones, como la de Andrist, en 2008⁵²; Sufang et al. en 2007⁵³ y Kornelsen et al. en 2010⁵⁴, han sugerido que el incremento de la práctica de las cesáreas obedece, en gran parte, a la solicitud que muchas mujeres hacen para acceder a este tipo de procedimientos. En este sentido, estudios como el de Karlström et al., en 2011⁵⁵, muestran que la demanda de cesáreas a elección de la usuaria es resultado, en ocasiones, de antecedentes de experiencias obstétricas negativas durante la atención del parto.

Otro aspecto señalado en la literatura es el incremento de la práctica de las cesáreas en el sector de salud. Especialmente el sector privado, en el cual, generalmente, disponen que la atención de los partos sea realizada exclusivamente por ginecologistas, lo que incrementa de manera indirecta la realización de la cesárea. Práctica que se encuentra orientada a reducir el tiempo que se requiere en la atención de un parto, lo que genera, a su vez, más ingresos para el médico tratante y para la institución de salud.

CONCLUSIONES

Este estudio identificó tres factores que subyacen en la mortalidad materna de la región cordobesa. El primero de ellos está relacionado con las características demográficas de la mujer; el segundo, con el contexto social donde se circunscriben los acontecimientos de la mortalidad materna; y el último está vinculado con atención que reciben las mujeres en los servicios de salud. Tales condiciones muestran la existencia de relaciones sociales inequitativas y desiguales hacia las mujeres que hacen permisible la perpetuación del ciclo de madres ausentes.

Esta investigación, resalta el concepto de mujer pobre urbana; la cual es reconocida como aquella mujer que, aun viviendo en áreas urbanas, presenta serias limitaciones para acceder, de manera oportuna y segura, a los servicios de salud. Bien sea por asuntos económicos o aspectos relacionados con la falta de educación, la falta de autonomía, el desconocimiento que muchas de ellas tienen para acceder a los métodos de planificación familiar y la violencia intrafamiliar a la que se ven enfrentadas en su cotidianidad.

Sin duda alguna, la mortalidad materna en el departamento de Córdoba, más que un problema de salud pública, es un asunto de justicia social hacia las mujeres. Por ende, se requiere de políticas públicas claras y, además, de la participación activa de los entes territoriales, de la Academia y de los servicios de salud; a quienes se les invita a trabajar unidos para sumar esfuerzos y mejorar la salud materna y perinatal de la región. Sabemos que el camino a recorrer no es fácil, pero bien vale la pena.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Maternal Mortality in 2016: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: <https://unfpa.org/featured-publication/trends-maternal-mortality-2000-2017#>
2. Mora G, Yunes J. Mortalidad materna: una tragedia ignorada. En: Gómez E, editora. Género, mujer y salud en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1993. p. 68-86. Disponible en: <http://www.iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3312/Genero,%20mujer%20y%20salud%20en%20Las%20Am%20E9ricas.pdf?sequence=1>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018. Bogotá D.C: Imprenta Nacional de Colombia; 2019. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
4. Lozano-Avendaño L, Bohórquez-Ortiz AZ, Zambrano-Plata GE. Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. Rev Univ. Salud. 2016;18(2): 364-372. Disponible en: <http://scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf>
5. Montero J, Arias J, Rodríguez J. Mujeres que en proceso de dar vida la pierden: estudio cualitativo de la mortalidad materna en República Dominicana-Santo Domingo: Fundación Global Democracia y Desarrollo; Observatorio Político Dominicano, 2014. Disponible en: https://academia.edu/7973913/Mujeres_que_en_proceso_de_dar_vida_la_pierden_estudio_cualitativo_de_la_mortalidad_materna_en_Rep%C3%BAblica_Dominicana._Investigaci%C3%B3n_realizada_por_Juan_de_Jes%C3%BAs_Rodr%C3%ADguez_Juan_Montero_y_Manuel_Arias
6. García J, Landa V, Trigueros M, Calvo P, Gaminde I. El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. Atención primaria. 1996; 18(9): 475-9. Disponible en: <https://elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-duelo-por-perdida-del-14407>
7. Pérez C, Infante N. La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(3-4). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300011&lng=es
8. Soto B. Análisis cualitativos de las muertes maternas en buenaventura 2010 – 2012 con enfoque de determinantes sociales y equidad. Colombia: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Maestría en Salud Pública Bogotá; 2016; Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/56628/1/1090375884.2017.pdf>
9. Pérez C. Crisis familiares no transitorias. Rev Cubana. Med Gen Integr. 1992; 8(2):144-51. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000500006

10. Serrat-Rodríguez B, Von-Smith Y, Crespo-Mengana, E. El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia. Varios enfoques y un hecho: la muerte. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1995. Disponible en: <https://www.es.slideshare.net/carloserodriguez357/roca-tomo-1medicina-interna>
11. Ramírez F, Rivera M, Durón R, Aguilar OE, Fuentes M, Gómez C, et al. Impacto de la mortalidad materna en la familia, especialmente en la niñez, de occidente de Honduras. Rev Med Hond. 2003; 71:114-122. Disponible en: <http://bvs.hn/RMH/pdf/2003/pdf/Vol71-3-2003-2.pdf>
12. Reyes F, Bobadilla J, Karchmer S, Martínez L. Efecto de la muerte materna sobre la dinámica familiar y la sobrevivencia infantil. Ginecol Obstet Mex. 1998; 66(10): 428-32. Disponible en: http://omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Efecto_de_la_muerte_materna.pdf
13. Duarte T, De la Cruz M. La muerte materna: Sucesos y consecuencias para los huérfanos, las familias y las comunidades. Observatorio en Salud Reproductiva de Alta Verapaz. 2010. Disponible en: <https://alianmisar.org/sites/default/files/montaje1.pdf>
14. Vélez-Maya MA, Grillo-Ardila CF, Higuera-R IL, Molano D. Caracterización de la mortalidad materna temprana en Bogotá. Estudio de vigilancia epidemiológica de casos centinela. Ginecol Obstet Mex. 2019; 87(07): 425-435. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v87i7.2834>
15. Velásquez-Penagos JA, Vélez-Álvarez GA, Gómez-Dávila JG, Escobar-Osorio SM, Garay-Vásquez HK, Zuleta-Tobón JJ. Estudio de mortalidad materna por sepsis en Antioquia, Colombia, entre los años 2004-2014: una mirada al desafío de la identificación y el tratamiento oportunos. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2017; 68(3):228-3. Disponible en: <https://www.revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1043>
16. Bello-Muñoz CA. Caracterización de la mortalidad materna en Bolívar: un estudio de tres años. Bogotá, Cartagena: Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina departamento de posgrado, tesis de especialidad en Ginecología y Obstetricia; 2013. Disponible en: http://www.repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/2605/CAMILO%20ANDRES%20BELL_O.pdf?sequence=1
17. Hernández-Jaimes JJ, Gómez-Castillo VA. Análisis del comportamiento de la mortalidad materna y los factores relacionados en el departamento del Atlántico en el año 2017. Bogotá: Disponible en: <https://www.repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19398/HernandezJaimes-JessicaLojana-2019.pdf;jsessionid=DE6318C13AF148DD5E444013EEDEFBD3?sequence=1>
18. Moreno-Benavides L, Ramírez-Muñoz P, Velásquez-Mejía B, León-Giraldo H, Méndez-Guzmán D, Cubides-Munevar A, et al.. Caracterización y tendencia de la mortalidad materna en Cali en el quinquenio 2005-2010.

- Rcslibre . 2015; 10(2): 75-2. Disponible en:
<https://www.revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/1422>
19. Herrera M, Cruz J, Robledo G, Montoya G. La economía del grupo doméstico: determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México. Rev Panam Salud Pública. 2006; 19(2):69-78. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v19n2/69-78/es>
20. Palacio M. El estancamiento de la mortalidad materna: un problema evitable. Colombia, Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2004. Disponible en: <http://scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf>
21. Ministerio de Salud y Protección Social; República de Colombia. Análisis de Situación en Salud Córdoba 2016. Colombia. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
22. Ministerio de Salud y Protección Social; República de Colombia. Análisis de Situación en Salud Córdoba 2017. Colombia. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>
23. Ministerio de Salud y Protección Social; República de Colombia. Análisis de Situación en Salud Córdoba 2018. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>
24. Ramos N, Velez L. Principales causas de Mortalidad Materna en el departamento de Córdoba en el año 2015. Trabajo de Grado Programa de Enfermería. Facultad Ciencias de La Salud Universidad de Córdoba. Disponible en: <https://www.repositorio.unicordoba.edu.co/discover>
25. Stanford M. Relación entre los factores determinantes que inciden en la mortalidad materna del departamento de Córdoba en los años 2008 al 2011 . Lugar: Universidad Peruana Unión, tesis de Maestría en salud Pública; 2017. Disponible en:
http://www.repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/684/Maria_Tesis_Maestría_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Lozano-Falla N, et al. Manual para la realización de unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública. Instituto nacional de salud dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Disponible en: <https://ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Documentacin%20para%20hacer%20%20unidad%20de%20analis%20de%20caso/Manual%20unidad%20de%20an%C3%A1lisis.pdf>
27. Tinto-Arandes, J A. El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones

- realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. Provincia. 2013; (29):135-173. Disponible en: <https://redalyc.org/articulo.oa?id=55530465007>
28. Salgado-Levano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007; 13(13): 71-8. Disponible en: http://scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_abstract
29. Guba E, Lincoln Y. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills: Sage Publications; 1994 [Consultado: 22 de marzo de 2020]. Disponible en: https://researchgate.net/publication/215788544_Naturalistic_inquiry
30. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. Mc. Graw Hill. México. Sexta edición. 2014. [Internet]. Disponible en: <http://www.observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
31. Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993. Disponible en: https://urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/resolucion_008430_1993.pdf
32. Emanuel E, Wendler D. Grady Ch. What makes clinical research ethical? JAMA. 2000; 283(20). Disponible en: <http://dartmouth.edu/cphs/docs/jama-article.pdf>
33. Freyermuth G. Mortalidad materna: género, familia y etnia en Chenalhó. Revista Nueva Antropología [Internet]. 1997; XVI: 141-66. Disponible en: <https://redalyc.org/pdf/159/15905307.pdf>
34. López R., Anaya J. Mortalidad materna en México, Distrito Federal con base en el estudio de los certificados de defunción 1998-1999. Cir Ciruj. 2002; 70: 44-9. Disponible en: <https://medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc021i.pdf>
35. Florián E. Muerte materna y tipos de retraso en la atención en centros de salud de la Región La Libertad. Rev UNIANDES Cienc Salud. 2019; 2(1): 41-49. Disponible en: <file:///D:/Escritorio/Documentos/CORREO/1237-3767-1-PB.pdf>
36. Negrete, V. Problemática psicosocial y socioeconómica como consecuencia del conflicto armado en el departamento de Córdoba en Colombia. International Journal of Psychological Research. 2008; 1(1), 74-80. Disponible en: <https://redalyc.org/articulo.oa?id=299023503011>
37. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. [Internet] Bogotá D.C. 2018. Disponible en: <https://www.iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33712/9789275319338-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

38. Cortés D. Mortalidad materna y salud pública: décadas perdidas. *rev.fac.med* [Internet]. 2010; 58(3), p-p. Disponible en: http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112010000300001
39. González I, Romero I, Sámano R, Torres, Sánchez G, Chávez M. Muerte materna desde una perspectiva de violencia de género. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2010; 24(1). Disponible en: <http://medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=2481>
40. Rizzi R, Córdoba R, Maguna J. Maternal mortality due to violence. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 1998; 63(1):19-24. Disponible en: <https://medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24814>
41. Sánchez H, Ochoa H, Navarro A, Martín M. La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende? *Salud Pública Mex* [Internet]. 1998; 40: 494-502. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n6/494-502>
42. Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos. *Salud Pública Mex* [Internet]. 1994; 36: 521-8. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5789/6438>
43. Camacho Y, Villanueva M, Marrugo A, Yazo C. Mortalidad Materna: un reto que persiste para la Salud Pública en Colombia. *Revista CES Salud Pública* [Internet]. 2010; 1(1). Disponible en: <https://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36827/60875>
44. Pimenta DG, Azevedo M, de Andrade TL, de Oliveira CS, Mourão L. El parto realizado por matronas: una revisión integradora. *Enferm. Glob* [Internet]. 2013; 12(30). Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200023
45. Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M, *et al.* Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2005; 39(4): 375-382. Disponible en: <http://scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/01.pdf>
46. Ramos, C. Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba. *Ciencia y Cuidado*. 2019; 16(3): p-p. Disponible en: <https://www.revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1722/1770>
47. Vásquez CL, Cárdenas, CHR. El saber de la partera tradicional del valle del río Cimitarra: cuidando la vida. *Av enferm*. 2009; 27(2): 113-126. Disponible en: <https://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12973>
48. Bula, J, Maza L, Orozco M. Prácticas de cuidado cultural en el continuo reproductivo de la mujer Embera Katio del Alto Sinú. *Enfermería (Montevideo)*. 2018; 8(1). 2019. Disponible en: http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-660620190001000599

49. Muñoz SF, Castro E, Castro ZA, Chávez N, Ortega DM, *et al.* Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud. 2012; 44 (1): 39-44. Disponible en: <http://www.revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/2738>
50. Walker R. Increasing cesarean section rates: exploring the role of culture in an Australian community. Birth. 2004; 31: 154-9. Disponible en: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15153131>
51. Althabe F. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium and high-income countries: an ecological study. Birth. 2008; 33: 237-40. Disponible en: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17150064>
52. Andrist LC. The Implications of Objectification Theory for Women's Health: Menstrual Suppression and 'Maternal Request' Cesarean Delivery. Health Care Women Int. 2008; 29(5): 551-565. Disponible en: <https://tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399330801949616>
53. Kornelsen, J, Hutton E, Munro YS. Influences on Decision Making Among Primiparous Women Choosing Elective Caesarean Section in the Absence of Medical Indications: Findings From a Qualitative Investigation. J Obstet Gynaecol Can. 2010; 32(10): 962-969. Disponible en: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21176305>
54. Sufang G, Padmadas SS, Fengmin Z, Brown JJ, Stones RW. Delivery Settings and Caesarean Section Rates in China. Bull World Health Organ. 2017; 85 (10): 755-762. Disponible en: <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5716234/>
55. Karlström, A, Nystedt A, Johansson M, Hildingsson EI. Behind the Myth-Few Women Prefer Caesarean Section in the Absence of Medical or Obstetrical Factors. Midwifery. 2011; 27(5): 620-627. Disponible en: <https://www.doctiktak.com/desigualdades-en-la-procreacion-trayectorias-reproductivas-atencion-obstetrica-y.html>