



# DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS ARHUACA Y WAYUU

EVIDENCIAS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN







**DETERMINANTES SOCIALES DE LAS  
DESIGUALDADES EN MORTALIDAD MATERNA Y  
NEONATAL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS  
ARHUACA Y WAYUU:**

EVIDENCIAS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

PRINCIPALES HALLAZGOS

---

**DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN MORTALIDAD  
MATERNA Y NEONATAL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS ARHUACA Y  
WAYUU: EVIDENCIAS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN**

**Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA**

Dr. Jorge Parra Vergara  
*Representante en Colombia*  
Dra. Martha Lucía Rubio Mendoza  
*Asesora en salud sexual y reproductiva*  
Nazly Viviana Montoya Garzón  
*Consultora proyecto interagencial de mortalidad materna  
y neonatal en comunidades indígenas*  
Grace Montserrat Torrente  
*Asesora de comunicaciones*

**Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS**

Dra. Gina Watson  
*Representante*  
Dra. Ivy Lorena Talavera Romero  
*Asesora internacional en familia, género y curso de vida*  
Dra. Sandra Patricia Rodríguez Latorre  
*Consultora nacional en salud de la mujer, género, materna y  
neonatal*

**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,  
UNICEF**

Dr. Roberto De Bernardi  
*Representante*  
Dra. Viviana Limpías  
*Representante adjunta*  
Dra. Luz Ángela Artunduaga  
*Especialista de supervivencia y desarrollo infantil*

**Programa Mundial de Alimentos, PMA**

Dra. Deborah Hines  
*Representante*  
Dra. Ana Mercedes Cepeda Arenas  
*Oficial de programas y políticas*

**Pontificia Universidad Javeriana**

Jorge Humberto Peláez Piedrahita, S.J.  
*Rector*  
Luis Miguel Renjifo Martínez  
*Vicerrector de Investigación*  
Rolando Enrique Peñalosa Quintero  
*Director Instituto de Salud Pública*  
Amparo Hernández Bello  
*Coordinadora del proyecto*

**Autores(as):**

Amparo Hernández Bello  
*Profesora investigadora, Instituto de Salud Pública*  
Jorge Martín Rodríguez Hernández  
*Profesor investigador, Instituto de Salud Pública*  
Andrés Felipe Cubillos Novella  
*Profesor investigador, Instituto de Salud Pública*  
María Alicia Santacruz Caicedo  
*Consultora externa experta en asuntos étnicos e investigación  
cualitativa*  
Laura Van der Werf Cuadros  
*Investigadora junior externa*  
Román Vega Romero  
*Profesor investigador, Instituto de Salud Pública*  
*Asesor en sistemas de salud y atención primaria en salud*  
Andrea García Becerra  
*Profesora investigadora, Facultad de Ciencias Sociales.*  
*Asesora en género y derechos sexuales y reproductivos*

**Profesionales de apoyo, Instituto de Salud Pública:**

Ángela Patricia Vega Landaeta  
*Apoyo temático y en procesamiento estadístico*  
Liany Katherine Ariza  
*Apoyo en procesamiento de información cualitativa*  
Fredy Camelo Tovar  
*Apoyo en procesamiento estadístico*  
Daira Nayive Escobar Leguizamó  
*Asistente de investigación trabajo de campo*  
Yesika Natali Fernández Ortiz  
*Asistente de investigación trabajo de campo*

---

ISBN: 978-958-5437-03-6

Diseño y diagramación  
*Bibiana Moreno Acuña*  
Corrección de estilo  
*Astrid Verónica Bermúdez Díaz*

Mes y año de la publicación  
**Noviembre de 2017**  
Bogotá, Colombia



*Este documento sintetiza los principales hallazgos del documento técnico “Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arhuaca y wayuu: evidencias y propuestas de intervención” elaborado por investigadores de la Pontificia Universidad Javeriana en el marco del convenio de cooperación entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas —UNFPA—, la Organización Panamericana de la Salud —OPS/OMS—, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia —UNICEF— y el Programa Mundial de Alimentos —PMA—.*

*Documento digital de distribución gratuita, con fines informativos. Su reproducción total o parcial debe realizarse únicamente con autorización de sus autores.*





## AGRADECIMIENTOS

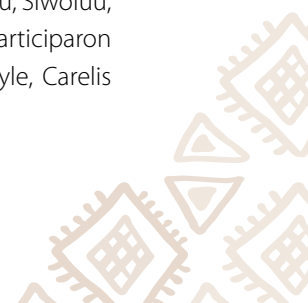
Esta investigación se realizó con la participación y contribuciones de muchas personas. Nuestros sinceros agradecimientos a todas ellas, con la expectativa de que la evidencia aquí aportada oriente las acciones de las instituciones del sector salud y sirva a los intereses de los pueblos arhuaco y wayuu.

A las colegas de la alianza interagencial que acompañaron el proceso de la investigación: Luz Ángela Artunduaga, especialista de supervivencia y desarrollo infantil del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia —UNICEF—, Martha Lucía Rubio, asesora en salud sexual y reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas —UNFPA—, Sandra Patricia Rodríguez, consultora nacional en salud de la mujer de la Organización Panamericana de la Salud —OPS/OMS—, y Ana Mercedes Cepeda, oficial de programas y políticas del Programa Mundial de Alimentos —PMA—, quienes asertivamente identificaron la necesidad de documentar las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas y, mediante una iniciativa conjunta, buscaron aportar soluciones para reducirlas. Este proyecto es un paso en esa dirección. Al doctor José Milton Guzmán, consultor nacional de servicios de salud de la OPS, por propiciar los contactos y ampliar nuestra comprensión sobre el pueblo arhuaco.

Nuestra mayor gratitud con las comunidades que participaron de los talleres y aportaron su perspectiva y propuestas.

A las autoridades, Mamos, médicos tradicionales, parteras, personal de salud de la IPS indígena y comunidad arhuaca participantes de los encuentros en Valledupar y Pueblo Bello: José Arroyo, Cabildo Gobernador de la Confederación Indígena Tayrona —CIT—, Reynaldo Izquierdo, Faustino Torres, Edison Izquierdo Pérez, Kasokaku Busintana Mestre Izquierdo, Saúl Tobías Mindiola Romo, Aldemar Izquierdo, Ana Marleny Vallejo Izquierdo, Carlos Alberto Pérez, Diomar Hernández, Edgar Pérez Chaparro, Jorge Everst, Juan Carlos Chaparro Izquierdo, Juan Carlos Cotes, Julián Torres Zuleta, Lenin Izquierdo Márquez, Riel Márquez, Wilmer Izquierdo, Danit Blacina Izquierdo Torres, Leonor Torres, Ana Fidelia Izquierdo, Nelvis Hernández Almanza, Luis Felipe Villafaña, Jorge Triana, Eugenio Villafaña, Javier Villafaña, Julián Izquierdo, Florentina Villafaña, Euloña Izquierdo Rodríguez, Martha María Villafaña Malo, Bladys Esther Novoa Izquierdo, Yesid Seykundivey Zapata Ramos, Gladys Almanza Izquierdo, Ana Graciela Arias, Mercedes Arias y Balbina Villafaña Villafaña.

A las autoridades tradicionales, líderes, lideresas, parteras, agentes educativos, trabajadoras de salud y comunidad wayuu de la Alta Guajira, delegados y delegadas de las rancherías Aipir, Utta, Shilaipa, Shotshimana, Paliserru, Jaratehon, Komuchejain, Mekechiruu, Siwoluu, Walerrapu, Wasajerao, Youre, Marañamana, Jepirol, Dividivi y Jipumana, que participaron de los talleres en el municipio de Uribia y la Ranchería Wasajerao: Alida Freyle, Carelis





M.O., Isabel Pana, Ketty Hernández, Amelida Epiayú, Luz Mila L, Ana Uroniyú, Naily Barros, Cawocta Epiayú, Bertha Ipuana, Nina Jusayú, Rosarito Gafuan, Matilde Epiayú, Matilde Epiayú, María Epiayú, Miriam Epieyú, Alberto Epiayú, Cecilia Ipuana, Sierra Ipuana, María Juana, Martina Epieyú, Auxilia Uriana, Cecilia Uriana, Emelina Epiayú, María Juana Epiayú, José Amílcar Ipuana, Gloria Sierra, Otilia Sierra, Nivia Ajusayú, Auxilia Epiayú, Marina Epiayú, Sonia P., Anaisa Uriana, Érica Epiayú, María Ipuana, Gabriela Pushaina, Mariana Pushaina, Zoreida Barros, Luzmila Lumba, Análida Epiayú y Maely Barrios.

Especial gratitud para las compañeras de Wintukwa IPS: Benerexa Márquez, gerenta; Ana Paola Mindiola, coordinadora de Promoción y Prevención; Rosmira Izquierdo, coordinadora zonal; Rosa Leonor Martínez Osorio, auditora; y al doctor Yamit Villaruel Ramírez, por acoger el proyecto como propio, convocar ampliamente a la comunidad para construir un panorama comprensivo de la situación de las gestantes y recién nacidos arhuacos, y aportar permanentemente a la construcción de iniciativas de solución con propuestas concretas. Igualmente, al doctor Yamasáin Romero, coordinador médico de la IPSI Anashiwaya, por sus apreciaciones sobre los problemas, sus causas y salidas, a partir de su amplia experiencia en el territorio.

A las/los representantes del sector salud en el Cesar, responsables de la política sanitaria territorial y local, la salud pública, el aseguramiento y la atención en la red de servicios para pueblos indígenas del departamento, por la información, sus percepciones y los aportes en la construcción de un panorama de los problemas, sus causas y las posibles intervenciones. A Carmen Sofía Daza Orozco, Secretaria departamental de salud, y a Antonia Elena Carretero, Yulibeth Almarales y Melba Cadavid Arango del área de salud pública de la Secretaría de Salud Departamental. A funcionarias/os de la Secretaría Local de Salud de Valledupar, Claudia Margarita Zuleta, Secretaria de Salud Municipal; Nancy Tamayo, Jaide Medina, Oscar Ríos, Melvis Fuentes González, Yelis Brito Redondo, Nasly Daza Cujía, María Dolores Ramos y Rossanna Sabatino. Al doctor Alexander Araujo, epidemiólogo, y a Damaris Torres, coordinadora de Promoción y Prevención, EPSI Dusakawi. A los doctores Angélica María Díaz-Granados, coordinadora médica materno infantil del Hospital Rosario Pumarejo de López, ESE, y a José Luis Acuña, coordinador médico materno infantil de la Clínica Laura Daniela. A Sadán Suárez, Secretario de Salud de Pueblo Bello, y a Rafael Rivera, funcionario de Desarrollo Agropecuario.

A las/los funcionarios de los entes territoriales, EPS e IPS públicas y privadas de La Guajira: Carlos Acosta Medina, referente de Maternidad Segura; Shirley Nájera Arregocés, de la Secretaría Departamental de Salud de La Guajira; y Aristides Ortiz, coordinador de salud sexual y reproductiva del municipio de Uribia; Yoryane Magdaniel Moscote, coordinadora de salud sexual y reproductiva de la Secretaría Departamental de Salud en Riohacha. A las funcionarias del hospital departamental de Riohacha Nuestra Señora de los Remedios, Luz Darys Granadillo, Alba Díaz Pushaina y Rocío Rodríguez Castro. A Melba Luz Cortés y Darling Johanna Gámez, del Hospital Municipal de Uribia Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. A los exfuncionarios del Hospital de Nazareth Yamasáin Romero —coordinador técnico científico de la IPSI Anashiwaya— y Amith Aldana. A Arledys Vides, Edward Hernández







—coordinador de urgencias—, Jorge Borrego —ginecólogo— y Maricela Iguarán —directora médica—, de la Clínica Cedes de Riohacha. A Beda Margarita Suárez y Nilda González de la EPSI Anaas Wayuu. A Deisy Camargo, Soe María Curvelo, Brenda Gutiérrez, Alejandra Torres Miranda, Luis Buendía y Amparo Acosta, de la EPS Comfaguajira.

A Rosa Valdeblanquez de la Secretaría de Asuntos Indígenas de la Gobernación de la Guajira, y Yocely Cáceres, Secretaría de Asuntos Indígenas de Uribia. A Débora Barros y Guadalupe Larrada, directivas de la organización Wayuumunsurat, con sede en Portete.

A las/los participantes de la sesión de diálogos deliberativos en Bogotá: Benerexa Márquez —gerente—, Ana Paola Mindiola —coordinadora de promoción y prevención— y Rosmira Izquierdo —coordinadora zonal y traductora—, de la IPSI Wintukwa, Pueblo Bello; Ramiro Herrera, de la Secretaría Departamental de Salud del Cesar; Ilanis Dayanis Cotes —coordinadora de servicios—, de la Secretaría de Salud Municipal de Uribia; Melba Luz Cortés —gerente— y Darling Johanna Gamez —coordinadora P y P—, del Hospital Nuestra Señora de los Remedios, ESE; Laura Barros, indígena wayuu; Ana María Peñuela, Ana María León, Diva Moreno y Germán Gallego, del Ministerio de Salud y Protección Social; Rubén Robayo, Comisión Intersectorial de Primera Infancia CIPI; y William González —Coordinador de Salud Materna—, de la Organización Internacional de Migraciones. A las colegas de las agencias de Naciones Unidas María del Pilar Rodríguez, Luz Ángela Artunduaga, Marta Lucía Rubio, Sandra Rodríguez y Ana Mercedes Cepeda.

Finalmente, especial reconocimiento para Ana Rosa Roperó y Gundiwa Izquierdo, enlaces del proyecto en Valledupar y Pueblo Bello en el departamento del Cesar, y Laura Barros, enlace y traductora en Uribia y Riohacha en el departamento de La Guajira, por la búsqueda de información local y la diligente gestión en la convocatoria, planeación y apoyo para la realización de entrevistas, reuniones y talleres con instituciones y comunidades, que hicieron posible el proceso participativo.







## CONTENIDO

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>16</b>
<b>1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>19</b>
1.1 Problema de la investigación	20
1.2 Objetivos	24
1.2.1 Objetivo general	24
1.2.2 Objetivos específicos	24
1.3 Marco de referencia	24
1.3.1 El enfoque de los determinantes sociales de la salud de la OMS	25
1.3.2 Salud e interculturalidad	28
1.3.3 Enfoque diferencial y equidad: centralidad de las categorías género y etnia para el análisis de la salud y sus determinantes	31
1.3.4 Enfoque de derechos y salud sexual y reproductiva	34
1.4 Aspectos metodológicos	37
<b>2. CONTEXTO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN COLOMBIA. CARACTERÍSTICAS DE LOS PUEBLOS ARHUACO Y WAYUU</b>	<b>43</b>
2.1 Generalidades sobre pueblos indígenas en Colombia	43
2.2. Pueblos indígenas de la subregión Cesar, La Guajira y Magdalena: el caso de los pueblos arhuaco y wayuu	45
2.2.1 Los iku de la Sierra Nevada de Santa Marta	46
2.2.2 El pueblo binacional wayuu	52





<b>3.</b>	<b>DESIGUALDADES EN MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN POBLACIONES INDÍGENAS EN COLOMBIA. ANÁLISIS A PARTIR DE REGISTROS SECUNDARIOS</b>	<b>57</b>
3.1.	Comportamiento, tendencias y desigualdades de la mortalidad materna en la población indígena en Colombia, 2008-2013	58
3.2.	Comportamiento, tendencias y desigualdades de la mortalidad materna en la población indígena de la subregión Cesar, La Guajira y Magdalena, 2008-2013	68
3.3.	Comportamiento, tendencias y desigualdades de la mortalidad neonatal en la población indígena en Colombia, 2008-2013	71
3.4.	Comportamiento, tendencias y desigualdades de la mortalidad neonatal en la población indígena de la subregión Cesar, La Guajira y Magdalena, 2008-2013	79
3.5.	Desigualdades de la mortalidad materna y neonatal en población indígena y no indígena en Colombia, 2008-2013	81
<b>4.</b>	<b>DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN MORTALIDAD MATERNA Y MORTALIDAD NEONATAL EN LOS PUEBLOS ARHUACO Y WAYUU</b>	<b>91</b>
4.1.	Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y mortalidad neonatal en el pueblo arhuaco	92
4.1.1	Percepciones sobre las desigualdades en mortalidad materna y mortalidad neonatal	92
4.1.2	Explicaciones causales sobre las desigualdades en mortalidad materna y neonatal: contexto, posición social y condiciones de vida	93
4.1.3	El sistema de salud formal y el sistema propio de salud como determinantes	100
4.2.	Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y mortalidad neonatal en el pueblo wayuu	109
4.2.1	Percepciones sobre las desigualdades en mortalidad materna y mortalidad neonatal	109
4.2.2	Explicaciones causales sobre las desigualdades en mortalidad materna y neonatal: contexto, posición social y condiciones de vida	113
4.2.3	El sistema de salud formal y el sistema propio de salud como determinantes	117





<b>4.3.</b>	Casos emblemáticos	<b>134</b>
	4.3.1 Una guati muy querida	<b>135</b>
	4.3.2 La joven de Jipumana	<b>137</b>
<b>4.4.</b>	Síntesis	<b>145</b>
<b>5.</b>	<b>ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS</b>	<b>147</b>
<b>5.1.</b>	Evidencias sobre buenas prácticas para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en poblaciones indígenas, rurales y vulnerbles	<b>147</b>
<b>5.2.</b>	Experiencias en la reducción de la mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas y rurales en Colombia y América Latina	<b>151</b>
<b>5.3.</b>	Síntesis y discusión	<b>157</b>
<b>6.</b>	<b>PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS ARHUACA Y WAYUU</b>	<b>161</b>
<b>6.1.</b>	Iniciativas comunitarias e institucionales	<b>161</b>
	6.1.1 Iniciativas de la comunidad arhuaca y los representantes del sector salud en el Cesar para promover la salud de gestantes y recién nacidos	<b>162</b>
	6.1.2 Iniciativas de la comunidad y representantes de las instituciones del sector salud de La Guajira sobre formas de solución de los problemas de la mortalidad materna y neonatal en el pueblo wayuu	<b>165</b>
<b>6.2.</b>	Propuestas de intervención para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en las comunida des indígenas arhuaca y wayuu	<b>170</b>
	<b>REFERENCIAS</b>	<b>175</b>



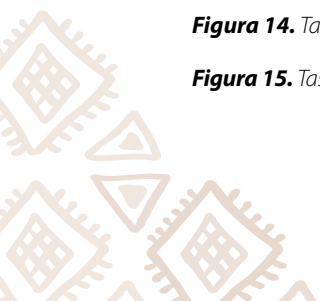


## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Razón de tasas de mortalidad materna entre mujeres indígenas y no indígenas en Colombia, 2008-2013	60
<b>Tabla 2.</b> Razón de tasas de mortalidad materna entre indígenas y no indígenas (por cien mil NV) por departamentos en Colombia, 2008-2013	61
<b>Tabla 3.</b> Muertes maternas de mujeres indígenas y no indígenas según variables demográficas y socio-económicas en Colombia, 2008-2013	62
<b>Tabla 4.</b> Riesgo de mortalidad materna entre población indígena y no indígena ajustado por variables sociales y demográficas en Colombia, 2008-2013	67
<b>Tabla 5.</b> Razones de mortalidad materna y razón de tasa indígena y no indígena por cien mil NV en Colombia, Cesar, La Guajira y Magdalena, 2008-2013	68
<b>Tabla 6.</b> Muertes neonatales de población indígena y no indígena según variables demográficas y socio-económicas en Colombia, 2008-2013	74
<b>Tabla 7.</b> Riesgo de mortalidad neonatal entre población indígena y no indígena ajustado por variables sociales y demográficas en Colombia, 2008-2013	78
<b>Tabla 8.</b> Correlaciones entre la mortalidad materna y algunas variables del contexto departamental. Colombia, 2008 y 2013	82
<b>Tabla 9.</b> Líneas, estrategias y acciones propuestas por la comunidad arhuaca	164
<b>Tabla 10.</b> Objetivos y acciones para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arhuaca y wayuu	172

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Mortalidad materna en Colombia 1998-2011	21
<b>Figura 2.</b> Tasa de mortalidad neonatal por cada mil NV en Colombia, 2005-2012	23
<b>Figura 3.</b> Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud	26
<b>Figura 4.</b> Modelos interculturales: igualdad y diversidad	28
<b>Figura 5.</b> Mapa de la Línea Negra que delimita los resguardos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta	47
<b>Figura 6.</b> Razón de mortalidad materna indígena y no indígena (por cien mil NV) en Colombia, 2008-2013	59
<b>Figura 7.</b> Muertes maternas indígenas y no indígenas por causa según CIE-10 en Colombia, 2008-2013	64
<b>Figura 8.</b> Muertes maternas indígenas y no indígenas por régimen de aseguramiento en Colombia, 2008-2013	69
<b>Figura 9.</b> Tasa de mortalidad neonatal en Colombia, 1985-2010	72
<b>Figura 10.</b> Tasa de mortalidad neonatal en población indígena y no indígena en Colombia, 2008-2013	72
<b>Figura 11.</b> Razón de tasas de mortalidad neonatal en población indígena y no indígena en Colombia, 2008-2013	73
<b>Figura 12.</b> Muertes neonatales por régimen de afiliación de la madre en población indígena y no indígena en Colombia, 2008-2013	77
<b>Figura 13.</b> Mortalidad neonatal en indígenas de La Guajira, Cesar, Magdalena y el resto del país, 2008-2013	79
<b>Figura 14.</b> Tasa de mortalidad materna vs. PIB per cápita en Colombia, 2008 y 2013	81
<b>Figura 15.</b> Tasa de mortalidad materna vs cobertura de educación secundaria en Colombia, 2008 y 2013	82





<b>Figura 16.</b> Desigualdades en la razón de mortalidad materna por departamentos según PIB per cápita, 2008 y 2013	<b>83</b>
<b>Figura 17.</b> Desigualdades en la razón de mortalidad materna por departamentos según coeficiente Gini, 2008 y 2013	<b>83</b>
<b>Figura 18.</b> Desigualdades en la razón de mortalidad materna por departamentos según cobertura en educación secundaria, 2008-2013	<b>84</b>
<b>Figura 19.</b> Desigualdades en la razón de mortalidad por departamentos según proporción de viviendas en estrato 1, 2008-2013	<b>84</b>
<b>Figura 20.</b> Desigualdades en la razón de mortalidad materna por departamentos según proporción de viviendas en estrato 6, 2008-2013	<b>85</b>
<b>Figura 21.</b> Desigualdades en la razón de mortalidad por departamentos según cobertura de alcantarillado, 2008-2013	<b>85</b>
<b>Figura 22.</b> Desigualdades en la razón de mortalidad materna según Índice de Desarrollo Humano (IDH) departamental en Colombia, 2010	<b>86</b>
<b>Figura 23.</b> Tasa de mortalidad neonatal vs PIB per cápita en Colombia, 2008 y 2013	<b>87</b>
<b>Figura 24.</b> Tasa de mortalidad neonatal vs cobertura de educación secundaria en Colombia, 2008 y 2013	<b>87</b>
<b>Figura 25.</b> Desigualdades en la tasa de mortalidad neonatal por departamentos según PIB per cápita en Colombia, 2008-2013	<b>88</b>
<b>Figura 26.</b> Desigualdades en la tasa de mortalidad neonatal por departamentos según cobertura de educación secundaria en Colombia, 2008-2013	<b>88</b>
<b>Figura 27.</b> Desigualdades en la tasa de mortalidad neonatal por departamentos según cobertura de alcantarillado en Colombia, 2008-2013	<b>89</b>
<b>Figura 28.</b> Desigualdades en la tasa de mortalidad neonatal según Índice de Desarrollo Humano —IDH— departamental en Colombia, 2010	<b>89</b>
<b>Figura 29.</b> Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en el pueblo arhuaco	<b>110</b>
<b>Figura 30.</b> Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en el pueblo wayuu	<b>133</b>









## PRESENTACIÓN



Este documento corresponde al informe definitivo del proyecto *Mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas del norte de Colombia: evidencias y propuestas de intervención*, que se realizó en el marco del convenio de cooperación COL/2015/026, celebrado entre la Unicef —en representación de una alianza interagencial de cooperación técnica para la reducción de mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas entre varios organismos de las Naciones Unidas: UNICEF, UNFPA, OPS y PMA— y la Pontificia Universidad Javeriana.

Es el producto de la investigación orientada hacia el análisis de los determinantes sociales de las desigualdades en la mortalidad materna y neonatal en las comunidades arhuaca y wayuu, así como hacia la propuesta de estrategias de intervención. A su vez, responde al problema de la mayor mortalidad en comunidades indígenas identificado por la iniciativa inter agencial, y a su propósito de aportar evidencias para la toma de decisiones tendientes a su efectiva reducción en el marco de la interculturalidad, el enfoque diferencial y los derechos sexuales y reproductivos.

El documento se compone de seis capítulos. En el primero se describen el problema y los objetivos de la investigación, se fundamenta el marco de referencia y se detalla el enfoque metodológico de este estudio participativo e interpretativo con diseño multimodal. En los capítulos posteriores se presentan los hallazgos siguiendo los objetivos y componentes metodológicos.

Así, el capítulo dos contiene la caracterización de los pueblos indígenas de Colombia y atiende a las características particulares y situación actual de los pueblos en estudio. El tercero incluye el análisis de las tendencias y desigualdades de la mortalidad materna y neonatal en los pueblos indígenas a partir de registros secundarios, con énfasis en el comportamiento de la población indígena en los departamentos de la subregión Cesar, La Guajira y Magdalena. En el capítulo cuatro se presentan los hallazgos de fuentes primarias a partir de las cuales se construyó el análisis de los determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal.

Los resultados de la revisión narrativa y sistemática de la literatura sobre buenas prácticas para la reducción de la mortalidad materna —MM— y la mortalidad neonatal —MN— en poblaciones indígenas, rurales y vulnerables se muestra en el capítulo cinco, en diálogo con otras evidencias mundiales, latinoamericanas y nacionales. Se finaliza con las propuestas de intervención resultado de la triangulación entre las iniciativas surgidas en el trabajo de campo con las dos comunidades y las instituciones del sector salud de los departamentos del Cesar y La Guajira, la evidencia en la literatura provista por la revisión sistemática y el diálogo deliberativo entre actores sectoriales y comunitarios, que se presentan en el último capítulo.





## 1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La salud materna y la salud neonatal son parte integral de los Objetivos de Desarrollo del Milenio —ODM—. No obstante, a pesar de que se tenía como metas para 2015 reducir la mortalidad de menores de cinco años por causas evitables (objetivo 4), reducir en dos terceras partes la mortalidad materna y garantizar el acceso universal a la atención sanitaria durante el embarazo, parto y posparto (objetivo 5), la evidencia muestra que, pese al mejoramiento global de los indicadores, el progreso en la supervivencia infantil y materna es desigual entre regiones y países, y que persisten grandes brechas entre personas según su riqueza, así como entre zonas rurales y urbanas (ONU, 2015b).

En Colombia, de acuerdo con el último boletín del Ministerio de Salud sobre monitoreo a los ODM, el país había alcanzado la meta de reducción del 55% en la mortalidad infantil al iniciar 2013, pero no ocurría lo mismo con la disminución de la mortalidad materna que, ya para 2012 mostraba el rezago con los promedios de decrecimiento de la tasa de la última década (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b), por lo que existían grandes brechas territoriales y poblacionales, como lo señala el informe sobre ODM del PNUD de 2014: la mortalidad es más alta en las zonas rurales, en población no afiliada a la seguridad social o afiliada al régimen de subsidios estatales, y 12% de las muertes en menores de un año, y 18% de las muertes maternas, ocurrieron en población indígena y afro-descendiente (PNUD, 2014).

*Si bien las muertes maternas se han reducido globalmente, en regiones en desarrollo la tasa es 14 veces superior a la de las regiones más desarrolladas, por causas relacionadas con la falta de acceso y la baja calidad de la asistencia en salud. (Naciones Unidas, 2015)*

De hecho, en todas las regiones del mundo se registra un aumento de las muertes en el primer mes de vida, al punto que la mortalidad neonatal representa una proporción cada vez mayor de la mortalidad infantil (Naciones Unidas, 2015). Si bien las muertes maternas se han reducido globalmente, en regiones en desarrollo la tasa es 14 veces superior a la de las regiones más desarrolladas, por causas relacionadas con la falta de acceso y la baja calidad de la asistencia en salud (p. 39). Es por ello que en los objetivos y metas de la nueva agenda 2030 para el desarrollo —los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)—, la reducción de la mortalidad materna, de las muertes evitables de recién nacidos y de menores de cinco años, y el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, siguen siendo una prioridad de la acción mundial en procura del bienestar —específicamente en lo que respecta al objetivo 3, orientado a garantizar una vida sana— (ONU, 2015a).

No solo existen disparidades socioeconómicas en la salud materna e infantil, sino también evidencias de que los progresos no benefician por igual a las comunidades indígenas, a la vez que brechas sistemáticas entre grupos étnicos por razones socio-culturales





—entre otras, la no adecuación de los servicios y programas a las características territoriales, económicas, sociales y culturales de los pueblos indígenas— (Cordero, Luna y Vattuone, 2010; Oyarce, Ribotta y Pedrero, 2010; ONU, 2015a; 2015b).

Estas desigualdades en el logro de la reducción de la mortalidad materna y neonatal son explicables no sólo por el papel de la asistencia sanitaria, sino también por el reflejo de causas sociales que explican la situación de desventaja por razones de género, clase, etnia o generación. Por ello, un abordaje comprensivo requiere de un marco para develar cómo las condiciones de vida y trabajo, los roles y normas de género, y la diversidad étnico-cultural definen las posibilidades de supervivencia y buena salud.

En respuesta a la iniciativa interagencial emprendida por UNFPA, UNICEF, OPS y PMA, este estudio busca ampliar la comprensión sobre mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas del país —sus desigualdades y determinantes sociales— y aportar evidencias para el diseño de intervenciones que permitan su reducción, en el marco de la interculturalidad, el enfoque diferencial y los derechos sexuales y reproductivos.

## 1.1 El problema de investigación

La muerte de una madre es una tragedia evitable (Berg, 1996), al igual que la de un neonato. La mortalidad materna y la mortalidad infantil en el primer mes de vida no sólo son indicadores que reflejan la pertinencia del sistema de salud, sino también las desigualdades y las inequidades sociales y sanitarias de las mujeres embarazadas y los niños recién nacidos de un país, así como el estado de las políticas sanitarias que deben preocuparse por la salud. Ambas constituyen un problema grave de salud pública que pone de manifiesto profundas inequidades de género y de etnia, y se vincula directamente al disfrute de los derechos por parte de las mujeres y sus hijos.

Según la OMS (2014), cerca de 800 mujeres mueren diariamente en el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el posparto, de las cuales el 99% ocurren en países en desarrollo. Esta es una cifra inaceptable, toda vez que la mayoría pudo haberse evitado si se hubiera garantizado el acceso efectivo a la atención prenatal, del parto y de las primeras semanas de posparto.

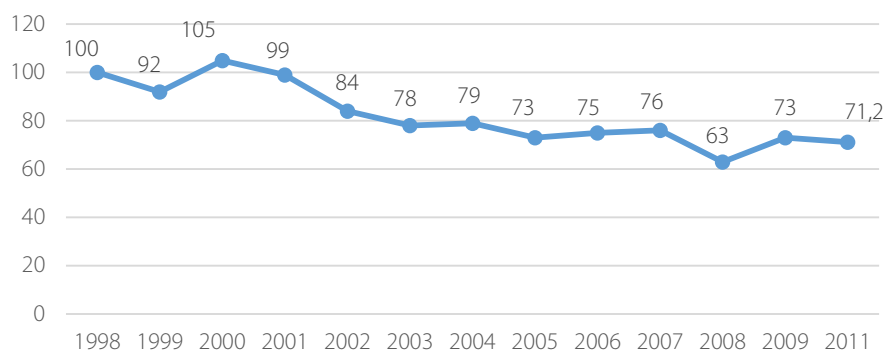
Con base en datos de la Organización Panamericana de la Salud (2012b), la razón de mortalidad materna —RMM— para las Américas fue de 67,1 por cien mil nacidos vivos —NV—, con significativas diferencias entre Norteamérica (9,0) y Latinoamérica (69,4), y en esta última, grandes disparidades con razones arriba de 100: 350 en Haití (estimada), 158,2 en Guatemala, 130 en Bahamas, 106 en República Dominicana, y 100,8 en Paraguay. Costa Rica, Uruguay y Chile tienen RMM menores a 20 por cien mil NV. Colombia, al igual que México, Brasil, Perú, Ecuador y Venezuela, han presentado RMM entre 50 y 93 por cien mil NV.





La RMM presenta un patrón muy desigual en el mundo, y en algunos lugares es alarmante, por lo que se configura como una de las formas de violencia de género que enfrentan niñas, adolescentes y mujeres en el mundo. En Colombia, y con registros de 2011, esto se refleja de la siguiente forma: departamentos como Boyacá, Quindío, Santander, Tolima y el Distrito Capital lograron razones por debajo de 45 muertes por cien mil NV, mientras que los demás departamentos presentaron RMM por encima de la meta del milenio. Se resaltan Chocó —con una RMM superior a 300 muertes por cada cien mil NV—, San Andrés y Providencia —230 muertes— y Vichada —228— (DANE, 2011a).

**Figura 1.** Mortalidad materna en Colombia 1998-2011

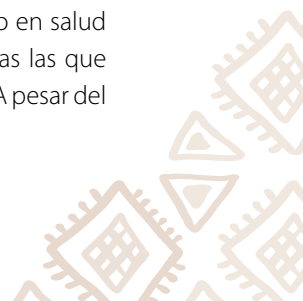


*Fuente: MSPS-DANE, estadísticas básicas en salud pública (DANE, 2011a).*

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud —INS— con datos preliminares de 2013, muestra que los departamentos más afectados son aquellos con población indígena y afrocolombiana. Para ese año, la RMM fue 69,3 por cien mil NV, con 15 departamentos arriba del promedio nacional. Los cinco entes territoriales con RMM más altas fueron aquellos con alta proporción de población indígena: Vichada (412), La Guajira (255), Chocó (199), Amazonas (174) y Guainía (173), todos con valores por cada cien mil NV (INS, 2014). El informe realizado por el PNUD con registros de 2009 precisa que los municipios con población indígena presentan más altas incidencias de RMM —entre 6 y 10 veces por encima del promedio nacional—, como por ejemplo Ricaurte en Nariño (810), Pueblo Bello en Cesar (562), Silvia en Cauca (471) y Villa Garzón en Putumayo (336) (PNUD, 2013).

En el marco de los ODM, la meta propuesta para Colombia corresponde a 45 muertes maternas por cien mil NV (DANE, 2011b). Aunque se ha constatado un descenso de la razón a partir de 1998 (ver Figura 1), no ha sido suficiente para alcanzarla.

Se observa que el factor que tiene mayor efecto sobre la mortalidad materna en el país es la insuficiente accesibilidad a los servicios de salud, seguido por deficiencias en la calidad, oportunidad, organización y operación de los mismos (Bulatao y Ross, 2003; Beltroy, Solís y Alarcón, 2007), y que ello tiene relación directa con el tipo de aseguramiento en salud porque, de hecho, son las mujeres del régimen subsidiado y las no aseguradas las que tienen mayores barreras y quienes presentan las tasas más altas (UNFPA, 2014a). A pesar del





aumento general en la cobertura de la afiliación en salud, el acceso a los servicios de salud no se garantiza. Los gastos relacionados con el transporte, el hospedaje, la alimentación y los gastos de bolsillo, entre otros, hacen que en la práctica muchas mujeres se encuentren excluidas de la atención, lo que se refleja en la mayor proporción de muertes maternas en las regiones más pobres y apartadas del país (Beltroy, Solís y Alarcón, 2007).

En los departamentos de Guainía, Chocó y La Guajira se identificaron relaciones diferenciales que conllevan a que las mujeres tengan menor participación, reconocimiento y libertad que los hombres, además de alta dependencia económica y social de ellos. Lo anterior interfería en la autonomía y poder de decisión de ellas sobre sus cuerpos, la conformación de pareja, la regulación de la fecundidad y la maternidad, así como la búsqueda de servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, lo que genera restricciones en la vivencia plena de sus derechos sexuales y reproductivos (OIM, Ministerio de Salud y Cendex, 2014). Todas estas limitantes se convierten en determinantes de la mortalidad materna y neonatal en los territorios rurales, dispersos y en poblaciones indígenas del territorio nacional.

En cuanto a la MN, de acuerdo con cifras reportadas en el mundo, por cada mil NV, 21 mueren antes de cumplir el día 28 —en otras palabras, estas muertes aportan entre el 60% y el 80% de las muertes infantiles—, situación desigual a la observada en los países de ingresos medios altos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a). Con registros de OPS (2012b), la mortalidad infantil para las Américas fue de 12,4 por mil NV, con ciertas diferencias entre Norteamérica (6,3 por mil NV) y Latinoamérica (15,6 por mil NV). En América Latina se observaron registros altos como aquellos ocurridos en República Dominicana (26,9), Honduras (24,3) y Belice (21). Países como Cuba, Martinica, Puerto Rico y Costa Rica, presentan tasas inferiores a 10 por mil NV, mientras que Colombia se encuentra en el grupo de países como México, Perú, Paraguay y Brasil, con tasas entre 14 y 20 por mil NV.

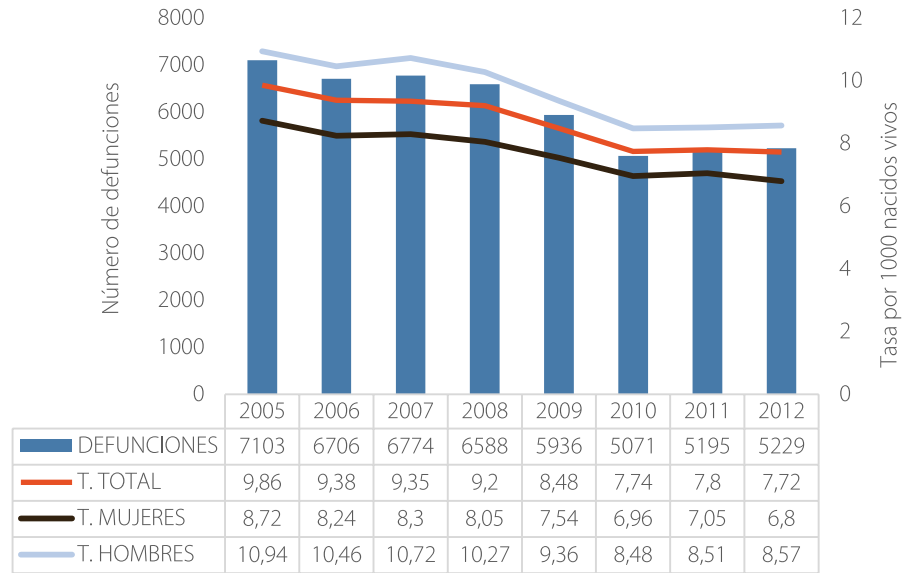
La tasa de mortalidad en menores de un año también presentó una disminución en el período 2005-2011, al bajar de 20,4 a 17,8 muertes por mil NV. Hubo grandes diferencias por departamentos. Así, Chocó es uno de los que tenía las tasas de mortalidad infantil —TMI— más altas, con 42,69 muertes por mil NV. Se suman a este grupo departamentos con áreas rurales dispersas y con alta población de indígenas como Amazonas, Guainía, Vaupés, Guaviare y La Guajira, con tasas superiores a 30 por mil NV (DNP, 2013).

Según el Análisis de Situación de Salud de Colombia de 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a), la tasa de mortalidad neonatal entre 2005 y 2012 descendió de 10,9 a 8,6 por mil NV, siendo mayor el descenso en mujeres que en hombres. Para este período de estudio se estima que la MN fue entre una y tres muertes más frecuente por cada mil NV en el área rural dispersa con respecto a las cabeceras municipales, lo cual concuerda con lo observado en La Guajira, Chocó, Vaupés y Amazonas, que mostraron tasas superiores a 10 por mil NV.





**Figura 2.** Tasa de mortalidad neonatal por cada mil NV en Colombia, 2005-2012



Fuente: Análisis de situación de Salud en Colombia, 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a).

La mayor parte de la mortalidad neonatal ocurre durante los primeros siete días de vida. La tendencia de la mortalidad neonatal temprana ha sido decreciente, pues ha pasado de 7,52 a 5,57 muertes por cada mil NV durante 2005-2011, mientras la mortalidad neonatal tardía se mantuvo estable durante este periodo, con tasas oscilantes entre 2,07 y 2,52 muertes por cada mil NV (DNP, 2013).

La problemática aquí descrita muestra que para avanzar en la reducción de la mortalidad materno-infantil es necesario develar las condiciones estructurales y coyunturales que explican su persistencia y la carga desproporcional en los territorios donde habita mayor proporción de población indígena, pobre y vulnerable, a partir de un marco que permita analizar las causas de las inequidades y comprender los retos y necesidades de la interculturalidad, a fin de orientar los procesos de decisión política desde los territorios y con las personas que los habitan, desde sus realidades sociales, económicas y culturales.





## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 **Objetivo general**

Analizar, desde una perspectiva de determinantes sociales, enfoque diferencial de etnia y género, derechos sexuales y reproductivos e interculturalidad, las desigualdades en la mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arhuaca y wayuu, y proponer estrategias de intervención tendientes a su efectiva reducción.

### 1.2.2 **Objetivos específicos**

- Describir, a partir de fuentes secundarias, las desigualdades en el comportamiento de la mortalidad materna y neonatal en Colombia y sus principales determinantes sociales, con particular atención al comportamiento en comunidades indígenas en general, y en las comunidades arhuaca y wayuu en particular.
- Recopilar evidencia sobre estrategias, modelos de atención, programas e intervenciones de comprobada efectividad para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas.
- Explorar, desde la perspectiva de las comunidades, casos emblemáticos de mortalidad de gestantes y menores, sus problemas y sus causas.
- Construir participativamente con las comunidades indígenas, sus autoridades, autoridades locales, departamentales y nacionales de salud, los lineamientos para la intervención sobre los principales determinantes de las desigualdades de la mortalidad materna y neonatal en las comunidades arhuaca y wayuu, en concordancia con los planes de vida de las comunidades, la Constitución, la jurisprudencia y las normas sectoriales sobre el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural —SISPI—.

## 1.3 Marco de referencia

Las muertes maternas y neonatales son el resultado del efecto conjugado de un conjunto de condiciones sociales, económicas, biológicas, geográficas, culturales y del sistema de atención que definen las condiciones de vida y el lugar que las personas ocupan en la sociedad. Estas condiciones que determinan la salud y las desigualdades en los resultados en salud entre grupos poblacionales son los determinantes sociales.

El contexto social y la posición social no se refieren solamente a las condiciones socio-económicas, sino al lugar que ocupan las personas en virtud de sus características identitarias, etnicidad, roles y relación con los medios de producción, así como las intersecciones entre ellas, que definen la estratificación social y las ventajas o desventajas asociadas en el acceso a recursos y el poder para desarrollar la salud.







En el análisis de la situación de la salud materna y neonatal en pueblos indígenas estas claridades son de la mayor importancia, dado que la evidencia muestra que las brechas en los resultados en salud que distancian a la población indígena del resto de la población no pueden ser explicadas solo por la pobreza, sino también por la exclusión debida a la discriminación por razones de género y etnia.

Con estas consideraciones, esta investigación se apoya en cuatro enfoques principales de referencia para el análisis: un enfoque de determinantes sociales de las desigualdades en salud promovido por la OMS, un enfoque de interculturalidad basado en la diversidad étnica y cultural, un enfoque diferencial basado en una noción de derechos que acoge las categorías género y etnia, y un enfoque de derechos sexuales y reproductivos.

### 1.3.1 ***El enfoque de los determinantes sociales de la salud de la OMS***

En la Asamblea Mundial de la Salud realizada en 2009 se instó a los Estados miembros de las Naciones Unidas a combatir las inequidades sanitarias al interior y entre los países por medio de un decidido compromiso político para “subsana las desigualdades en una generación” (OMS, 2008b; 2011). De esta forma, se indicó que era necesario coordinar y gestionar acciones y estrategias intersectoriales para promover la salud de las poblaciones mediante la inclusión de la equidad sanitaria en todas las políticas orientadas a intervenir e incidir sobre los determinantes sociales de la salud, que son todas aquellas circunstancias que afectan la salud individual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

De acuerdo con la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud —CDSS— de la Organización Mundial de la Salud, las condiciones en las que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece influyen en la salud de las personas y determinan el estado de salud de la población, pero son los aspectos relacionados con el contexto, las condiciones de vida donde se desarrolla la salud y los mecanismos estructurales que definen la posición social de individuos y grupos, los que explican las disparidades en los resultados de salud de las poblaciones, a lo que se denomina “determinantes sociales de las inequidades en salud” (WHO, 2010).

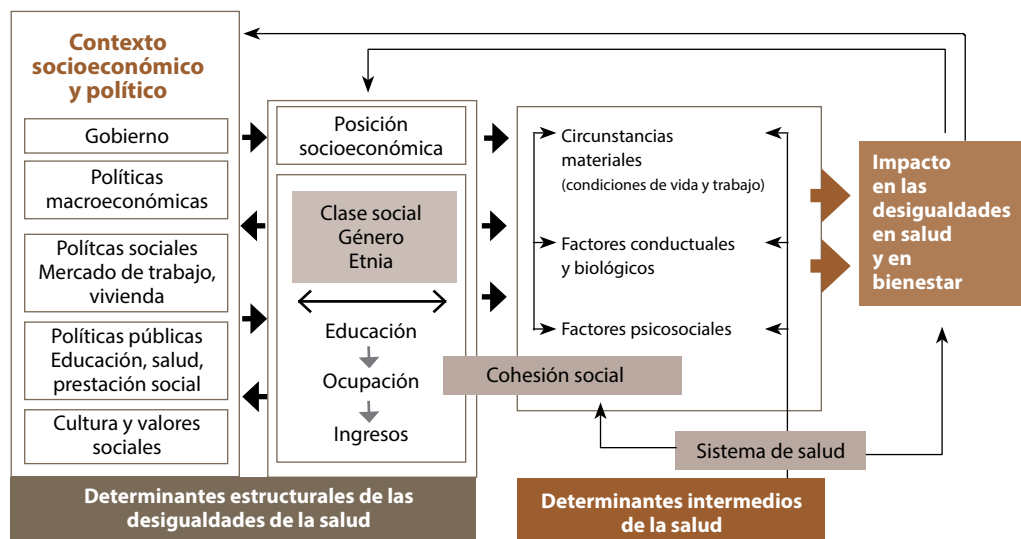
El marco conceptual de la CDSS enfatiza que el contexto social produce una estratificación social que asigna a los individuos diferentes posiciones según clase, género, raza, etnia, ocupación o nivel educativo, las cuales generan condiciones materiales y de bienestar diferenciales —en vivienda, acceso a servicios públicos y sociales, seguridad alimentaria y condiciones de trabajo—, que a su vez desencadenan procesos de inequidad en salud (Solar e Irwin, 2007).





**Figura 3.** Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud



Fuente: Solar e Irwin (2007).

Como se muestra en la Figura 3, dentro del contexto socioeconómico y político están los factores del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social, entre los que se encuentran el tipo de gobierno y la orientación de las políticas (Borrell y Artazcoz, 2008). Por su parte, la posición socioeconómica se relaciona con aquellos determinantes estructurales de desigualdades en salud, como la estructura social, la clase social, la posición socioeconómica, el género, la etnia o la raza, y otras categorías relevantes como la orientación sexual, la migración y el desplazamiento forzado (UNFPA, 2012).

Los factores del contexto y la posición social corresponden a los determinantes estructurales. Por su parte, los determinantes intermedios comprenden circunstancias materiales —como la vivienda, el ingreso, las condiciones de trabajo o barrio de residencia—, circunstancias psicosociales —como la falta de apoyo social y el estrés—, factores conductuales —como los estilos de vida—, factores biológicos y factores relacionados con el sistema de salud, la accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios.

Para el estudio de los determinantes es imprescindible tener en cuenta las situaciones de contexto y territorio, debido a que existen características geográficas como el medio ambiente, la dispersión del territorio, aspectos urbano/rurales, sectores productivos, recreación, disponibilidad de servicios y aspectos culturales y antropológicos, entre otros, que inciden en la salud con independencia de las circunstancias individuales (Pickett, 2001; Díez-Roux, 2001; Borrell y Passarin, 2004).





*Entre los determinantes de la mortalidad materna y neonatal identificados que mayor efecto tienen sobre la utilización de los servicios, se señala el nivel educativo de las gestantes, su conocimiento específico sobre la importancia de la atención del embarazo y parto, y el conocimiento de dónde recibir servicios.*

De acuerdo con lo anterior, es clave que los DSS logren ser modificados a lo largo del espectro, para lo cual puede requerirse del desarrollo e implementación de iniciativas intersectoriales. Al respecto, varios autores afirman que dentro de la pirámide de intervenciones en salud, aquellas que apuntan a transformar los factores socioeconómicos —como las medidas para la reducción de la pobreza, el mejoramiento de la educación y el acceso a servicios básicos— son algunas de las de mayor impacto positivo en la salud de las poblaciones (Winkleby et al., 1992; Marmot, 2005; Mackenbach et al., 2008).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la mortalidad materna es una buena medida de la relación entre los determinantes sociales de la salud y las inequidades entre y al interior de los países, de tal forma que la clara comprensión de los determinantes en los distintos niveles y su intervención son indispensables para el avance de la salud materno-infantil (UNDP, 2011). Por ello, acogiendo el marco y las recomendaciones de la CDSS, propone una aproximación específica que mantiene la relación entre los factores estructurales que determinan la distribución de la riqueza, el poder y el prestigio entre los grupos sociales, y los factores intermediarios que establecen el grado en que esos grupos pueden tener acceso a los servicios sociales y de salud para la prevención, el tratamiento y la adopción de estilos de vida saludables. En ambos niveles —estructural e intermedio—, el informe señala una separación mayor entre los determinantes de las instituciones sociales formales y los que dependen de las prácticas sociales y culturales como tradiciones, jerarquías, normas, valores culturales y creencias y prácticas a nivel comunitario.

Entre los determinantes de la mortalidad materna y neonatal identificados que mayor efecto tienen sobre la utilización de los servicios, se señala el nivel educativo de las gestantes, su conocimiento específico sobre la importancia de la atención del embarazo y parto, y el conocimiento de dónde recibir servicios. Otro hace referencia al territorio —en particular, al lugar de residencia—, porque se ha comprobado que los hogares urbanos suelen utilizar más los servicios de salud materna que las comunidades rurales (Rodríguez y Rodríguez, 2012). Por su parte, el sistema de salud es un determinante clave para comprender las barreras y obstáculos que enfrentan las mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos a la hora de recibir atención, dado su papel en la transformación de las condiciones sociales que afectan el nivel de salud a través del acceso equitativo a los servicios de atención (Hirmas Aday et al., 2013), a tal punto que se dice que puede establecer grandes diferencias en la reducción o el ahondamiento de las inequidades en el nivel asistencial.

Muchas muertes ocurren por el no reconocimiento de los signos de alarma, la decisión tardía de asistir a los servicios de salud, los retrasos ante barreras administrativas de acceso, la no disponibilidad de transporte, la remisión tardía a niveles de mayor complejidad o la deficiencia en las tecnologías disponibles para el manejo del embarazo, emergencia obstétrica, parto o puerperio (Karam et al., 2007).





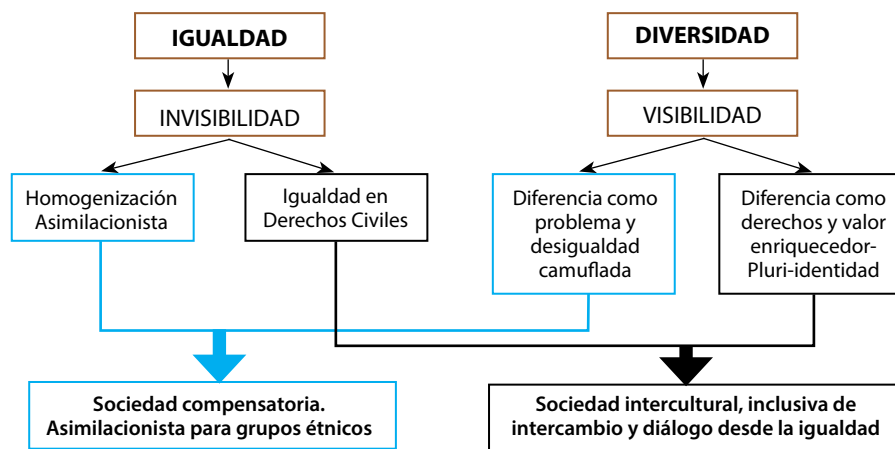
Por último, están la cultura y los valores sociales, que dan forma a la interacción humana y definen la posición dentro de las jerarquías sociales basadas en los ingresos, el origen étnico, el género y otras estratificaciones sociales —por ocupación, clase, religión, orientación sexual o discapacidad— que los determinan. Estos son valores que prevalecen en países o regiones enteras, y se extienden más allá de una comunidad determinada. Incluso en algunos casos, las normas sociales o creencias religiosas puede estar en contra de las tradiciones culturales de los grupos minoritarios en el país, lo que también puede causar tensión y exclusión social.

### 1.3.2 **Salud e interculturalidad**

La cultura tiene incidencia directa en la relación salud-enfermedad. Desde un punto de vista antropológico, la salud está vinculada a factores políticos, económicos, ambientales y culturales que pautan las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva.

El modelo intercultural enmarca la atención en la diversidad étnico-cultural a partir del reconocimiento jurídico, político y social de las necesidades de los individuos, con el propósito de promover relaciones positivas entre distintos grupos culturales que confronten la discriminación, el racismo y la exclusión (Walsh, 2009). Para Teresa Aguado (2000; 2011), es precisamente el reconocimiento de la diversidad lo que permite hablar de modelos interculturales, en donde la igualdad de derechos de los individuos es fundamental para lograr una diversidad inclusiva e incluyente. En su modelo comprende marcos de igualdad —no asimilación— en derechos necesarios para aportar, desde las políticas públicas, condiciones fundamentales para lograr un contexto social incluyente, desde el reconocimiento de la diversidad (Figura 4).

**Figura 4. Modelos interculturales: igualdad y diversidad**



**IGUALDAD Y DIVERSIDAD: ENTRE LO VISIBLE Y LO INVISIBLE**

Fuente: Elaboración propia con base en Aguado (2000).





Según Aguado (2000), es necesario un proceso de sensibilización como un primer paso para el logro de la construcción de la *interculturalidad inclusiva*. En este proceso es necesaria la información y sensibilidad frente a los problemas particulares, de forma que se busque con ello la educación y reflexión sobre las realidades de la sociedad y el Estado —lo que denomina como inclusión—. Para ello es indispensable la priorización y planificación de las propuestas de transformación en un marco intercultural para la formulación de propuestas y políticas, con el fin de lograr cambios en la forma de entender los problemas a partir de las realidades sociales propias de las comunidades, a través del seguimiento de un proceso de reflexión constante desde las necesidades de inclusión intercultural.

En este marco, y de acuerdo con Catherine Walsh (2009), los modelos interculturales presentan cuatro principios básicos para el logro del bienestar y el buen vivir: convivencia integral entre las variables afectivas, ecológicas, éticas, espirituales e intelectuales; correspondencia armoniosa entre lo orgánico y lo inorgánico, la vida y la muerte, lo bueno y lo malo; complementariedad, que significa que ningún ente vive en un contexto aislado, sino que coexiste en un contexto específico; y reciprocidad, que no solo compromete las interrelaciones humanas sino también la interacción del ser humano con la naturaleza.

Aplicados estos enfoques a la salud de los pueblos indígenas, en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) se establece que

(...) los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales, y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud (Art. 24)

En la misma línea, la Atención Primaria en Salud —APS—, entendida como la asistencia en salud esencial y accesible para todos los individuos, las familias y las comunidades a través de medios aceptables para ellas (OPS, 2009a), entiende las condiciones de salud de los individuos a partir de las características socioculturales de las poblaciones. En este sentido, la APS reconoce que la cultura tradicional de la salud es un valor y un recurso de los pueblos (Vega, Acosta, Mosquera y Restrepo, 2009), y es importante comprender sus realidades socio-culturales para establecer políticas y estrategias de acción incluyentes, en el marco de la equidad en salud.

Para los pueblos indígenas, sus problemas de salud están relacionados con el debilitamiento de lo cultural, el deterioro del medio ambiente, las relaciones de dependencia de los servicios de salud que brinda el Estado y el olvido por parte de los organismos de salud de las representaciones culturales del proceso de salud-enfermedad. En este sentido, desde la Constitución Política de 1991, el Estado Colombiano ha promovido un enfoque más incluyente; sin embargo, aún hacen falta cambios para mejorar las condiciones de salud, y materializar una perspectiva intercultural.





Recientemente, y en desarrollo de los contenidos constitucionales sobre pluralidad étnica y cultural, el Decreto 1953 de 2014<sup>1</sup> define la ruta mediante la cual la formulación de planes, programas, proyectos y políticas debe comprender la interculturalidad como un aspecto transversal en el marco de derechos de los pueblos indígenas. Para ello establece nueve principios fundamentales que deberán tenerse en cuenta para lograr propuestas de políticas que funcionen en el marco de los sistemas propios de los pueblos indígenas. Tales principios son: 1) *Autonomía y libre-autodeterminación*; 2) *identidad cultural*, entendida como el reconocimiento de la cosmovisión de cada uno de los pueblos indígenas; 3) *reconocimiento de la diversidad étnica y cultural*, con lo cual se busca aceptar, respetar y fortalecer la existencia de diversas formas de vida teniendo en cuenta las creencias, aptitudes y conocimientos; 4) *territorialidad*, a través de la cual se explica y comprende la integridad de la vida y se enmarcan las tradiciones culturales propias de cada pueblo; 5) *unidad*, que comprende el encuentro de pensamientos, la palabra, la acción y saberes ancestrales para construir la legitimidad de las decisiones colectivas; 6) *integralidad*, referida a la relación y la armonía constante entre los seres y la naturaleza; 7) *universalidad*, como el acceso de todos los indígenas al ejercicio de los derechos mediante los sistemas y demás funciones públicas; 8) *coordinación*; y 9) *interpretación cultural*, entendido como el derecho a la interpretación en el marco del lenguaje propio.

El Decreto establece además los componentes del Sistema Indígenas de Salud Propio e Intercultural —SISPI— que definen el marco jurídico, político, social y de salud de las poblaciones indígenas a partir de cinco componentes centrales: 1) *sabiduría ancestral*, conformada por aquellos saberes propios de los pueblos indígenas que se han transmitido de manera ancestral durante generaciones, lo que ha permitido su existencia física y cultural; 2) *político-administrativo*, que reconoce la estructura orgánica y política de los pueblos con el fin de promover la gobernabilidad y la autonomía en salud, a través de diferentes espacios de participación y acción en torno al SISPI; 3) *formación, capacitación, generación y uso de conocimiento en salud*, que busca promover la investigación, producción y uso de conocimiento, así como la planificación, gestión y diseño de programas de formación propia; 4) *salud propia e intercultural*, que reconoce las acciones en salud propias y complementarias que se realizan con personas, familias, comunidad y territorio, tendientes a promover la salud, prevenir y tratar la enfermedad; y 5) *administración y gestión*, entendidos como un espacio de orientación y administración de información, recursos físicos, territoriales, financieros, tecnológicos y de talento humano para el buen funcionamiento del SISPI, en articulación y complementariedad con el Sistema de Seguridad Social en Salud.

---

1 Ministerio del Interior (octubre 7 de 2014). Decreto 1953 “Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de qué trata el artículo 329 de la Constitución Política”.





En el contexto del SISPI, del Acuerdo 326 de 2005 del CNSSS<sup>2</sup>, de la normativa reciente de la ley estatutaria<sup>3</sup>, y del Plan de Desarrollo<sup>4</sup>, se promulga un marco para la garantía del derecho a la salud en Colombia que se presenta como una alternativa para los pueblos indígenas, que es la Política de Atención Integral en Salud —PAIS—<sup>5</sup>, su marco estratégico basado en la atención primaria de salud y su modelo de operación “Modelo Integral de Atención en Salud —MIAS—”. Del MIAS se precisa que deberá adaptarse a los diferentes ámbitos territoriales y grupos poblacionales, ya que se reconoce que no es lo mismo operar en ámbitos urbanos que en contextos rurales y dispersos, y que los distintos integrantes del sistema deben adaptarse en cada caso (Art. 5, numeral 5.4).

Para terminar, es importante señalar que el individuo, sus particularidades, realidades y los contextos en donde vive forman parte esencial de ese ser que es afectado por lo político, lo económico, lo social, lo cultural y lo medioambiental que determina su salud. Establecer un marco incluyente para la formulación de políticas de salud demanda la comprensión de las realidades de la diversidad étnica y cultural, condición indispensable en el propósito de establecer modelos integrales y equitativos de salud.

### 1.3.3 **Enfoque diferencial y equidad: centralidad de las categorías género y etnia para el análisis de la salud y sus determinantes**

Existen sectores o grupos de la población con especial protección en virtud de sus características culturales, sociales, físicas o históricas, como los grupos étnicos, mujeres, niños-as y adolescentes, personas en situación de discapacidad, trabajadores-as, desplazados-as, personas mayores o personas viviendo con VIH-Sida, los cuales tienen necesidades distintas que requieren ser reconocidas (ONU, 2001).

---

2 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (2005, diciembre 5). Acuerdo 326 “Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas”. Diario Oficial No. 46183, febrero 15 de 2006. En este acuerdo, aún vigente, se definen el procedimiento para la afiliación prioritaria (individual o colectiva) en el régimen subsidiado de la población indígena y la adecuación del plan obligatorio de salud en un marco intercultural que incluye acciones de medicina tradicional, adecuación sociocultural de los servicios, subsidios y casas de paso.

3 Congreso de Colombia (2015, febrero 16). Ley estatutaria 1751 “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Varios apartes del articulado se refieren al cumplimiento del derecho a la salud en la población indígena. El Art. 6 señala el respeto de las diversas culturas de minorías étnicas y comunidades, sus particularidades socioculturales y cosmovisión (numeral b); la accesibilidad en condiciones de igualdad respetando las particularidades de los grupos y la pluralidad cultural (numeral c); la interculturalidad a partir del reconocimiento de saberes y prácticas tradicionales (numeral i), y la protección específica de los pueblos indígenas que se desarrolla en el SISPI (numeral m).

4 Congreso de la República (2015, junio 9). Ley 1753 “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 Todos por un nuevo país”. En esta se señalan entre los enfoques orientadores de la política integral de salud la atención primaria, salud familiar y comunitaria, enfoque poblacional y enfoque diferencial, a la vez que se dan pautas para la atención de población en zonas dispersas y rurales (Art. 65).

5 Ministerio de Salud y Protección Social (2016, febrero 17). Resolución 0429 “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”.





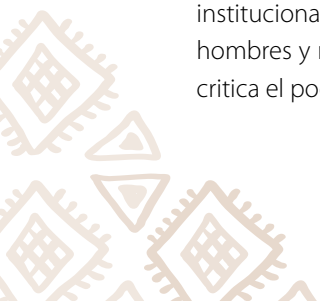
Por sus características identitarias o de posición social, estos grupos suelen situarse en desventaja en el terreno de las oportunidades y la distribución del poder, y como consecuencia son excluidos y están discriminados en el ejercicio del derecho y en la participación en el desarrollo de su salud (Gómez, 2011). Tales desventajas violan las características de universalidad e interdependencia, así como los principios de igualdad y equidad del derecho a la salud, tanto a nivel individual como colectivo.

Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2012), el enfoque diferencial tiene una doble connotación: como método de análisis y como guía para la acción. No solo busca analizar la realidad y hacer visibles los mecanismos de discriminación y exclusión a grupos considerados diferentes, sino que utiliza este análisis para la atención y el restablecimiento de los derechos fundamentales, sociales, culturales, económicos, colectivos y del ambiente de tales poblaciones, para alcanzar la igualdad efectiva. Para Baquero (2008), la potencia de este enfoque radica en su capacidad para cuestionar los efectos de la distribución asimétrica del poder, y se constituye en un imperativo para dar respuesta a los reclamos por igualdad y mayor inclusión de grupos históricamente excluidos por etnia, raza, género, ciclo vital, discapacidad o modo de vida.

Ahora bien, junto con la orientación por los derechos y los determinantes sociales, este tema tiene su propia lectura en la política sanitaria colombiana. Como señala el Plan Decenal de Salud Pública, el enfoque diferencial —de género, etnia y ciclo vital— hace parte del marco conceptual, con fundamento en el reconocimiento de la existencia de dinámicas económicas, sociales, culturales y políticas que definen la posición de los sujetos en la sociedad y explican las desigualdades históricas entre hombres y mujeres, así como entre grupos de la población, que amenazan el goce del derecho a la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

Lo interesante de la perspectiva asumida por el Plan es la distinción entre diversidad y desigualdad, en tanto reconoce que existen diferencias y características propias de individuos y colectivos que es preciso proteger y defender, que son diferentes de las brechas y desigualdades injustas que requieren ser combatidas mediante acciones de política pública, y en las que se constatan relaciones entre distintos mecanismos de discriminación y estratificación social, como la clase, la etnia y el género.

El *género* es una categoría alternativa al determinismo biológico. Su “objeto” no son la mujer o el hombre en sí mismos, sino las relaciones de desigualdad estructural entre hombres y mujeres que impactan el bienestar de las personas (Gómez, 2002a). Según Scott (1996), se trata de una categoría con doble sentido: relacional y político. Relacional en tanto elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos en sus aspectos simbólico —representaciones de la diferencia sexual—, normativo —doctrinas que definen qué se espera de ser un varón o una mujer—, institucional —roles y trabajos asociados a las diferencias— y subjetivo —identidades de hombres y mujeres—. Político porque se refiere al campo en el que se ejerce, legitima y critica el poder.








En el ámbito de la salud el enfoque de género emerge a la par de la lucha feminista por los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en la segunda mitad del siglo XX, que señaló que la salud de las mujeres obedecía a problemas sociales y culturales generados en su mayor parte por la discriminación y la violencia (Valls- Llobet, 2010). A partir de tal enfoque ha sido posible visibilizar que en el proceso de socialización de las mujeres, la definición de su identidad en torno a la maternidad y el cuidado de los otros, su situación desventajosa en el ámbito social y en los mercados de trabajo, desencadena en ellas mayor vulnerabilidad e incide sobre su salud (Monroy Muñoz, 2012).

El género permite distinguir, más allá de la diferencia biológica, las causas sociales de las diferencias entre hombres y mujeres, jóvenes, niños y niñas en los resultados, experiencias y riesgos sanitarios; es decir, no desconoce los factores biológicos, más bien explora las interacciones entre estos y los factores sociales, así como la forma en que la desigualdad influye en el proceso salud-enfermedad (Sen, George y Ostlin, 2005). Lo que resulta más importante es que pone de manifiesto el carácter jerarquizado de las relaciones construidas entre los sexos (Estrada, 2009), y devela que son las relaciones de poder determinadas por el género las que subyacen a las desigualdades y se constituyen en uno de los principales factores determinantes de las inequidades en salud entre hombres y mujeres, y al interior de cada sexo (Sen, Ostlin y George, 2007).



*En el ámbito de la salud el enfoque de género emerge a la par de la lucha feminista por los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en la segunda mitad del siglo XX, que señaló que la salud de las mujeres obedecía a problemas sociales y culturales generados en su mayor parte por la discriminación y la violencia (Valls-Llobet, 2010).*

La Red de Mujer y Equidad de Género de la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS señala cuatro mecanismos interrelacionados —determinantes intermediarios— a través de los cuales los determinantes estructurales asociados con la estratificación social por género actúan para producir resultados inequitativos en salud: 1) Los comportamientos, valores, prácticas y normas discriminatorios en relación con la salud en hogares y comunidades, tales como la mayor importancia a la salud y nutrición de niños y varones, los estereotipos sobre comportamientos típicamente femeninos y masculinos, la mayor carga doméstica femenina o la tolerancia de la violencia contra las mujeres. 2) La exposición y vulnerabilidad diferenciales a la enfermedad, discapacidad y lesiones, y las interacciones entre los factores biológicos —sexo— y la construcción social del género. Por ejemplo, si bien existe una mayor vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH por su sexo, la desventaja es mayor debido a la asimetría de poder en las relaciones sexuales. 3) Los sesgos de los sistemas de salud cuando limitan el acceso a los servicios al condicionar el uso a la capacidad de pago —se sabe que las mujeres necesitan y utilizan más servicios por su función reproductiva, y además tienen menos recursos— o excluyen el rol de las mujeres como proveedoras de atención en los hogares. 4) Sesgos en la investigación en salud sobre problemas particulares de las mujeres más allá de la esfera reproductiva, falta de desagregación de información por sexo y falta de reconocimiento de la interacción del género con otras categorías sociales (Sen, Ostlin y George, 2007; Sen y Ostlin, 2008).

El otro componente del enfoque diferencial atañe a la etnia. La etnicidad permite reconocer que existen grupos con identidades propias y diferenciadas que comparten características culturales y sociales a partir del territorio, rasgos físicos, lenguaje, orígenes





comunes, ancestros o creencias, entre los que se establecen lazos de solidaridad, visiones compartidas del mundo y mecanismos organizados de producción y reproducción de la vida cotidiana (OPS, 2001).

Según Ariza y Hernández (2008), la pertenencia a un grupo étnico es un determinante principal de las inequidades en la situación de salud y la atención, asociadas a la fuerte carga de violencia, la discriminación y las diferencias en estatus social, económico y político. De hecho, una mirada a la situación de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina revela que no sólo están desvalorizados culturalmente y subrepresentados políticamente, sino que además se encuentran en los estratos socioeconómicos más desfavorecidos, ocupan las más bajas posiciones en la escala social y, como consecuencia, presentan peores perfiles epidemiológicos (Artiles, 2007).

Existen numerosas evidencias de la falta de equidad en materia sanitaria, pero tal vez uno de los más claros ejemplos es la elevada mortalidad materna en buena parte del mundo. No solo las tasas son más altas en países en desarrollo que en las naciones desarrolladas, sino que además afecta desproporcionadamente a las mujeres de los estratos más bajos, particularmente las de zonas rurales y mujeres indígenas, a pesar de que la mayor parte de esas muertes pueden ser evitables (Ostlin, George y Sen, 2002, p. 194).

Finalmente, desde una perspectiva de determinantes sociales, el género, la clase y la etnia estructuran tanto la exposición y vulnerabilidad como el acceso a los servicios y las consecuencias últimas en términos de enfermedad o discapacidad. Los tres mecanismos de estratificación y poder están relacionados; se intersecan para generar experiencias distintas del entrecruzamiento que se potencian e influyen recíprocamente, con lo que dan origen a situaciones particulares de inequidad en salud y atención sanitaria. Por ejemplo, la forma en que se concibe la etapa del embarazo puede variar culturalmente y puede limitar el acceso a los servicios pero, a su vez, y dado que las mujeres suelen estar en una posición subordinada, los retrasos para acudir a los servicios aumentan y la vulnerabilidad y riesgo de muerte puede ser mayor (OMS, 2008b; Oyarce, Ribotta y Pedrero, 2010).

#### 1.3.4 Enfoque de derechos y salud sexual y reproductiva

De acuerdo con las Naciones Unidas, el enfoque basado en los derechos humanos tiene un marco cuyo propósito es el examen y la intervención de las desigualdades, prácticas discriminatorias e injusto reparto del poder que limitan la efectiva realización de los derechos fundamentales y atentan contra el bienestar, la libertad y la igualdad de las personas y colectivos (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006). Un aspecto fundamental del bienestar y el desarrollo humano es la salud, dentro de la que se encuentra la salud sexual y reproductiva.

La noción de la salud como un derecho fundamental se expresa en el Pacto Sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales —PIDESC— de 1996 —que declara el “derecho al más



... la pert  
un grupo  
un dete  
princi  
inequ  
la sit  
salud y la  
asoc  
fue  
de vi  
discr  
y las o  
en esta  
eco  
polític  
Hernánde





alto disfrute de salud física y mental” (Art. 12)—, se ratifica en Alma Ata de 1978 y tiene su máximo desarrollo con la Observación General n.º 14 (ONU, 2000). En esta última se establece que la salud, además de derecho fundamental, complejo e indispensable para el ejercicio de los demás derechos, es un derecho inclusivo, que no se reduce a la atención de la enfermedad sino que incluye la acción sobre determinantes sociales, la participación y la información.

Los elementos esenciales incluyen la disponibilidad —de servicios, procedimientos, condiciones sanitarias, medicamentos y recursos—, la accesibilidad —física, económica, de información—, la aceptabilidad —que los servicios sean culturalmente apropiados y respetuosos de la ética médica— y la calidad. En virtud del principio de equidad, se reconoce que existen necesidades diferenciadas de distintos grupos que deben ser reconocidas y que no pueden ser consideradas con criterios neutros de igualdad, y se dictan medidas especiales sobre salud materna, infantil y reproductiva, higiene en el trabajo y el ambiente, prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas, profesionales y de toda índole, perspectiva de género, y derechos de salud de la mujer, niños-as y adolescentes, mayores, discapacitados y pueblos indígenas.

En materia de salud indígena, la Observación General n.º 14 considera la dimensión colectiva de la salud y la necesidad de apropiación cultural de los servicios de salud; en relación con la perspectiva de género, reconoce que la biología y los factores socioculturales influyen de manera diferencial en la salud de hombres y mujeres, en especial los mayores riesgos que para las mujeres representan la reproducción, la violencia doméstica y las barreras de acceso a servicios de salud, educación e información<sup>6</sup>.

Los temas de la esfera de la salud sexual y reproductiva han sido objeto de estímulo y protección, son un componente fundamental de los Derechos Humanos, y su garantía es un aspecto fundamental del ejercicio de la ciudadanía (Defensoría del Pueblo, Profamilia, OIM y USAID, 2007; IIDH, UNFPA y ASDI, 2008), tal como se resaltó desde 1979 en el Art. 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer —CEDAW— (ONU, 1981) y en el PIDESC (Arts. 10 y 12) sobre maternidad sin riesgos, control sobre la sexualidad y protección contra la violencia (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y OMS, 2008).

El reconocimiento de derechos específicos se da a partir de la década de los años 90 con la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 (ONU, 1995), en la que se declaran los derechos reproductivos como la capacidad de disfrutar una vida sexual plena y sin riesgos y la libertad de procrear y definir el número de hijos, el espaciamiento, la información y acceso a métodos para regular la fecundidad, y el acceso a atención en salud adecuada (numerales 7.2 y 7.3), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, que agrega:

<sup>6</sup> Complementariamente, en la Observación General n.º 16 de 2005 se subraya la igualdad de derechos entre ambos sexos y la necesidad de medidas para eliminar la discriminación contra las mujeres.

encia a  
étnico es  
erminante  
pal de las  
idades en  
uación de  
atención,  
iadas a la  
erte carga  
olencia, la  
iminación  
diferencias  
tus social,  
nómico y  
o (Ariza y  
ez, 2008).





(...) los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia (Naciones Unidas, 1996, párrafo 96).

Pese a la importancia de las muchas declaraciones, persisten barreras legales, sociales y de procedimientos para el acceso a bienes, servicios y programas de salud sexual y salud reproductiva, como lo constata el Comentario General nº 22 sobre derecho a la salud sexual y reproductiva del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, emitido en marzo de 2016<sup>7</sup>.

En este marco de pactos, conferencias, convenios y convenciones, Colombia ha desarrollado una importante normativa en respuesta a sus compromisos internacionales. Un avance destacable es el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que hace de la “sexualidad, derechos sexuales y reproductivos” una dimensión prioritaria a partir de dos componentes: uno de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, y otro de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a). De ellos se dice que recuperan el abordaje social de la salud sexual, y que superan la tradicional óptica biomédica centrada en el riesgo y la atención de patologías.

Bajo este marco se formula la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021, con la cual se actualiza la política de 2003 (Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, OIM y UNFPA, 2014) y se busca superar inequidades persistentes como la muerte materna, el embarazo a temprana edad, la mortalidad por cánceres, las violencias basadas en género y la discriminación asociada con la orientación sexual, la discapacidad o la edad.

La política plantea la autonomía individual como fundamento para el goce de los derechos sexuales y reproductivos, pero en algunos contextos indígenas la definición de autonomía es colectiva, vinculada a las luchas de la comunidad, y no individual (Rey, 2009). Por ello, descentrar los derechos sexuales y reproductivos de la noción de autonomía individual y de sujeto racional e individual propia de las construcciones del derecho occidental es fundamental en los debates y las acciones alrededor de la salud de las mujeres, la reproducción, el cuidado de la reproducción, la mortalidad materna y la mortalidad neonatal en pueblos indígenas (Rey, 2009; Gargallo, 2012; ONIC, OPIAC y Fuerza de Mujeres Wayuu, 2013).

---

7 Ver: Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment nº 22 (2016) on the Right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). 4 March 2016. Recuperado de: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/GC/22&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/GC/22&Lang=en). Consultado el 30 de marzo de 2016.





*La política plantea la autonomía individual como fundamento para el goce de los derechos sexuales y reproductivos, pero en algunos contextos indígenas la definición de autonomía es colectiva, vinculada a las luchas de la comunidad, y no individual.*

Para la CEPAL (2014), promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en contextos pluriétnicos demanda la generación de condiciones para que las personas puedan ejercerlos de acuerdo con sus prácticas y modelos de bienestar. Estas recomendaciones, así como las formuladas por el escenario de las Naciones Unidas para asuntos indígenas —en el sentido de promover un enfoque holístico e intercultural que garantice a los pueblos la libre determinación y su plena participación en la toma de decisiones que los afecten en materia de salud— (Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, Naciones Unidas, 2014), son válidas para las realidades de muchas poblaciones en Colombia, dentro de las que se encuentran las comunidades en estudio.

## 1.4 Aspectos metodológicos

Con un enfoque general participativo e interpretativo, la investigación tuvo un diseño multimodal que combinó métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas en dos fases: una primera diagnóstica sobre los problemas de la mortalidad materna y neonatal, las desigualdades existentes y sus determinantes, y otra de construcción participativa de propuestas de intervención con actores comunitarios y otros actores obligados e interesados.

La fase diagnóstica incluyó: 1) el análisis de fuentes secundarias a partir del cual se construyó el panorama del comportamiento de la mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas, las desigualdades existentes y sus factores explicativos, tanto a nivel nacional como a nivel de la subregión de los departamentos donde se asientan principalmente las comunidades arhuaca y wayuu —Cesar, La Guajira y Magdalena—; 2) un estudio de caso cualitativo basado en fuentes primarias —comunidades e instituciones— sobre la situación de la mortalidad materna y neonatal en los contextos particulares, sus desigualdades y principales determinantes, y la ilustración sobre problemas y causas a partir de casos emblemáticos; y 3) la revisión sistemática y narrativa de la literatura mundial sobre estrategias y prácticas para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en poblaciones indígenas, rurales y dispersas, en diálogo con las experiencias y propuestas de intervención de las comunidades e instituciones consultadas.

Por su parte, la fase de construcción de propuestas partió de las iniciativas de la comunidad y las instituciones del sector en diálogo con las evidencias de la revisión sistemática y narrativa, y las iniciativas desarrolladas en la discusión final con distintos actores convocados para definir lineamientos de intervención.





### Estudio en fuentes secundarias

Comprendió dos componentes. Uno transversal, analítico, y retrospectivo de la mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas del norte de Colombia entre 2008 y 2013, para el que se emplearon diversas fuentes y registros provenientes de bases de datos del DANE, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud. Se hizo para este período teniendo en cuenta que el registro de la variable 'etnia' inició de forma sistemática y rutinaria sólo desde 2008. Las bases para cada año fueron organizadas y depuradas. Se seleccionaron los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE X) relacionados con muertes maternas, listados en normas y recomendaciones para su codificación de la OMS y adoptadas por el DANE y el Ministerio de Salud. Los registros de mortalidad neonatal se seleccionaron filtrando la edad del recién nacido fallecido.

Para caracterizar la MM se organizó una base de datos según los campos disponibles en el registro de estadísticas vitales del DANE<sup>8</sup>: departamento, área de residencia, área de defunción, sitio de defunción, año, estado civil, grupo de edad, nivel educativo, ocupación, régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—, asistencia médica y causa. En una segunda base se organizó la información de la MN con variables de la madre y del niño: departamento, área y sitio de defunción, año, asistencia médica, causa de muerte, tipo de parto, tiempo de gestación y peso al nacer del niño, y estado civil, edad, educación y régimen de afiliación de la madre. El proceso de ajuste por calidad, clasificación y subregistro de las MM se hizo a partir del estudio de carga de enfermedad realizado en 2015 por la Universidad Javeriana.

Se realizó un análisis bivariado comparativo entre población indígena y no indígena tanto a nivel nacional como en los departamentos de la subregión Cesar, La Guajira y Magdalena, donde se asientan mayoritariamente los pueblos arhuaco y wayuu<sup>9</sup>. Para evaluar la posibilidad de morir, se realizó un modelo de análisis multivariado de regresión logística, el cual emplea como variable dependiente la etnia (1=Indígena, 0=No Indígena) y como independientes: edad de la madre, situación conyugal, educación, área de residencia, sitio de defunción, tipo de afiliación y atención médica. Todas las variables fueron estadísticamente significativas en el análisis bivariado ( $P < 0,05$ ), excepto la situación conyugal y la escolaridad. Se obtuvieron medidas de asociación tipo *Odds Ratio* con IC 95% o pruebas de significancia estadística con  $P < 0,05$ .

El segundo componente fue el ecológico, que tomó datos secundarios del Banco de la República, el DNP, el Ministerio de Educación Nacional, el Sistema Único de Información de Servicios Públicos, el Ministerio de Salud y Protección Social y el PNUD. Los datos sobre ingreso departamental se manejaron como PIB per cápita para cada año. La información de desigualdad en el ingreso se tomó de informes de pobreza del DANE. Se exploró la búsqueda de desigualdades en RMM o TMN a partir de la generación de curvas de

8 Repositorio de datos ANDA y plataforma de procesamiento de información REDATAM.

9 Todos los datos fueron ajustados por la variable 'área de residencia de la madre', para el cálculo de las tasas correspondientes.





concentración. Para caracterizar las desigualdades se seleccionaron las cinco variables con mayor consistencia, agrupadas de acuerdo con su connotación: positivas —PIB per cápita, cobertura de educación secundaria, proporción de viviendas en estrato 6, índice de desarrollo humano y cobertura de alcantarillado— o negativas —Gini departamental y proporción de viviendas en estrato 1—.

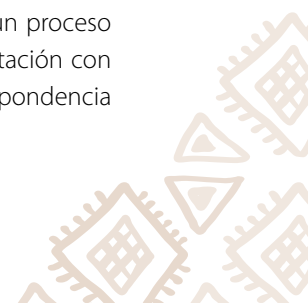
### **Estudio de caso**

Se realizó un estudio de caso colectivo y cualitativo sobre la mortalidad materna y neonatal en los pueblos indígenas arhuaco y wayuu, basado principalmente en fuentes primarias. Se trabajó desde varias perspectivas: la de cada pueblo indígena y la de funcionarios del sector salud del nivel local y departamental de Cesar y La Guajira, mediante el uso de herramientas propias para la investigación cualitativa. El trabajo con comunidad privilegió técnicas participativas en atención a las formas dialógicas de construcción y socialización del conocimiento de los pueblos indígenas, a través del uso de la evidencia cuantitativa para propiciar la reflexión. Para la obtención de información se elaboraron formatos de entrevista semi-estructurada y guías de talleres y grupos focales. Tanto para la recolección como para el análisis de la información se conservaron los principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos.

Se construyó una matriz preliminar de categorías, subcategorías y variables/aspectos de indagación, la cual fue ampliada y completada en el transcurso de la investigación, que incluyó: 1) percepción de comunidades e instituciones sobre magnitud, tendencias y desigualdades de la mortalidad materna y neonatal; 2) percepción de comunidades e instituciones sobre determinantes intermedios y estructurales de las desigualdades; 3) interpretaciones sobre SSR desde la cosmovisión de las comunidades; 4) formas de respuesta comunitaria e institucional en SSR; y 5) iniciativas comunitarias e institucionales para la intervención.

El trabajo de campo se desarrolló entre diciembre de 2015 y marzo de 2016. Previa aceptación de las autoridades indígenas, se inició el trabajo con las comunidades. Se realizaron tres encuentros con el pueblo arhuaco en Cesar, y dos con el pueblo wayuu en La Guajira. En cada salida se trabajó además con representantes del sector salud: entes territoriales —departamental y municipal—, representantes de EPS indígenas y no indígenas, y funcionarios de la red de prestación de servicios de los distintos niveles de atención, públicos y privados. Cuando fue posible, se grabaron en audio entrevistas, grupos focales y talleres, se realizaron diarios de campo y se elaboraron relatorías. Las grabaciones fueron transcritas con mínima edición, para conservar la fidelidad de los testimonios.

Se analizaron los diálogos, entrevistas y diarios mediante la técnica de *análisis de contenido*. Para el procesamiento y la reducción de la información se siguió un proceso de lectura, identificación de categorías y palabras clave, ajuste y complementación con categorías emergentes, y codificación de segmentos/unidades según correspondencia





con palabras clave, que se registraron en tablas de Excel por categorías para cada texto y fuente. Luego se procedió a la *triangulación* de datos y fuentes, para lo que se pusieron en juego las perspectivas comunitarias entre sí y la de las comunidades y las instituciones. La interpretación se hizo a partir de los enfoques de referencia.

La propuesta incluyó además la metodología y guías para la reconstrucción de casos representativos de muertes maternas y neonatos que por su resonancia y repercusiones familiares, comunitarias y sanitarias fueran ilustrativos de los problemas, desigualdades y determinantes. Para ello se combinó la metodología de casos emblemáticos y los procesos de vigilancia epidemiológica comunitaria. A través de la percepción de actores —familias, líderes comunitarios y/o funcionarios de los servicios— y la revisión de documentos, se buscó comprender el porqué de las muertes, su relación con las instituciones de salud y las circunstancias inherentes a las personas y condiciones sociales que condicionaron la aparición de los eventos, y las percepciones sobre las posibles soluciones.

### **Revisiones de la literatura**

Con el propósito de identificar buenas prácticas relacionadas con el descenso y reducción de la mortalidad materna y neonatal en poblaciones vulnerables, rurales y de características indígenas, se realizó una búsqueda sistemática en la literatura entre noviembre y diciembre de 2015. Para ello se definió un protocolo en el que se especificaban los criterios de inclusión y exclusión, la estrategia de búsqueda y la herramienta para evaluar su calidad. Simultáneamente, se precisó una estrategia para la recopilación de estudios cualitativos y se revisó la literatura regional y nacional sobre experiencias. En total fueron 46 artículos cuantitativos, 12 cualitativos y una revisión sistemática sobre América Latina.

Los estudios fueron evaluados por medio de la herramienta *Quality Assesment Tool for Quantitative Studies*. Solo se incluyeron los estudios que tuvieron calificación global como moderado o fuerte, que fueron 32 artículos entre ensayos clínicos, estudios de cohorte prospectivos analíticos y transversales, clasificados en tres categorías: 1) entrenamiento y herramientas para atención materno-infantil a parteras y otros trabajadores comunitarios de la salud; 2) servicios de salud; y 3) nutrición durante el embarazo.

Se incluyeron además 12 estudios de tipo cualitativo que contenían elementos relacionados con interculturalidad y salud, específicamente con referencia a prácticas propias llevadas a cabo en poblaciones vulnerables y minoritarias en Estados Unidos, República de Nigeria, Guatemala, Inglaterra, México, República de Senegal, Honduras, Bangladesh y Perú.







### **Construcción participativa de propuestas de intervención**

La construcción de las propuestas de intervención tendientes a la efectiva reducción de la mortalidad materna y neonatal en los pueblos arhuaco y wayuu que se asientan en los departamentos de Cesar y La Guajira tuvo tres grandes momentos:

1. El trabajo de campo en los territorios, en el que representantes de las comunidades y funcionarios de las instituciones públicas y privadas del sector salud del nivel departamental y municipal de Cesar y La Guajira formularon propuestas para la intervención de los principales determinantes de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal por ellos identificados.
2. Con base en los hallazgos de la etapa diagnóstica, el segundo momento fue la consulta con distintos actores para discutir y validar las iniciativas, y para acordar propuestas para la intervención futura. La estrategia elegida fueron los *diálogos deliberativos*, una metodología ampliamente utilizada en espacios de intercambio y concertación con tomadores de decisiones, a través de la cual distintos actores tienen la oportunidad de participar para compartir su visión sobre los problemas y/o soluciones, y de buscar acuerdos y fortalezas frente a un tema particular. Estos se llevaron a cabo en una jornada de trabajo el 31 de mayo de 2016 en Bogotá, y tuvieron como objetivos: i) analizar los resultados del proyecto y aportar a las evidencias, análisis e interpretaciones; ii) reflexionar sobre las mejores prácticas para promover la salud materna y la salud neonatal encontradas en la literatura y aportadas por las comunidades e instituciones territoriales, y iii) proponer líneas de intervención para promover la salud materna y neonatal en comunidades indígenas.
3. La última etapa del proceso fue la lectura comprensiva y análisis de las propuestas de intervención aportadas por las distintas fuentes —comunidades, instituciones, evidencias de la literatura, diálogos— para la identificación de convergencias, divergencias, complementaciones, precisiones y particularidades. Para ello se siguió un proceso ordenado por pasos y productos:
  - Lectura, ordenamiento y construcción de matriz conjunta de los resultados de los diálogos deliberativos, así como identificación de áreas estratégicas de acuerdo con el patrón de regularidad en el discurso y con base en el marco de determinantes.
  - Triangulación de evidencias provenientes de distintas fuentes a partir de las categorías y áreas identificadas en el paso anterior —propuestas de comunidades e instituciones, revisiones de la literatura y diálogos deliberativos—, seguida por identificación de temas emergentes y transversales, y construcción de matriz resumen.





- Lectura e identificación de temas transversales, complementarios y particulares a partir del producto de la triangulación de evidencias, así como construcción de un nuevo cuadro síntesis. El proceso siguiente de lectura comprensiva orientada por los enfoques de referencia, reordenamiento, identificación de componentes estratégicos y definición de líneas para la acción, se conjugó con la identificación de condiciones normativas y estratégicas para su viabilidad.





## 2. CONTEXTO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN COLOMBIA. CARACTERÍSTICAS DE LOS PUEBLOS ARHUACO Y WAYUU

Según la CEPAL, los procesos de globalización han afectado desproporcionadamente a los pueblos indígenas en el mundo entero, lo que ha propiciado la búsqueda de mejores condiciones de vida a través de la lucha por el reconocimiento y la dignidad humana en el marco de la interculturalidad y la perspectiva de derechos.

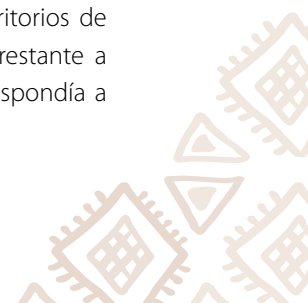
En América Latina, los pueblos indígenas han sido históricamente excluidos y discriminados, y son expresión de las desigualdades existentes en la región, porque a pesar de la disminución global de los indicadores de pobreza, siguen presentando bajos niveles de calidad de vida y altos índices de vulnerabilidad (CEPAL, 2014).

### 2.1. Generalidades sobre pueblos indígenas en Colombia

Según el censo de población de 2005, la población indígena en Colombia correspondía al 3,4% de la población total del país, con presencia en todos los departamentos, en resguardos legalmente constituidos el 70,4%, o en parcialidades indígenas o territorios no delimitados (DANE, 2006). La misma fuente señala que, además de tratarse de poblaciones jóvenes (40% era menor de 15 años), los indígenas presentan la más alta fecundidad (3,85 hijos) en comparación con el promedio nacional (2,44) y el de las demás etnias (2,8).

Los indígenas se encuentran ubicados en cinco macro regiones: Amazonía, Centro Oriente, Occidente, Orinoquía y Costa Atlántica. Del total de pueblos, el 85% vive en tierras de resguardos legalmente constituidas, pero aproximadamente 200.000 indígenas no tienen tierra y se encuentran por fuera de sus territorios ancestrales. Si bien es cierto que poseen el 29,8% del territorio nacional, sus posibilidades de producción, calidad, ubicación y comercialización no son favorables ni suficientes para obtener los recursos necesarios que les permitan su subsistencia ni una calidad de vida acorde con su identidad cultural (UNICEF, 2003). Algunos datos de fuentes oficiales ilustran esta situación.

Los pueblos indígenas del país son principalmente rurales, de tradición agrícola y vocación ambientalista, características que definen su subsistencia. Según información del quinto boletín del 3<sup>er</sup> Censo Nacional Agropecuario (DANE, 2015a), del total de territorios de grupos étnicos censados, el 85% pertenecía a grupos indígenas y el 15% restante a comunidades negras y raizales. Casi el 90% de los territorios indígenas correspondía a





bosques naturales, y solo el 8,2% se dedicaba a la producción agropecuaria (pastos y cultivos). 43% de los cultivos tenían como destino el autoconsumo, 7,2% el trueque, 10,7% la venta directa en plaza de mercado y el casi 40% restante para la venta a cooperativas, supermercados, comercializadoras, centrales de abastos o mercados internacionales. En más del 80% del territorio indígena censado se realizaban prácticas de conservación del agua y el suelo.

Según un estudio del Ministerio de Salud y Protección Social y OPS (2010) en relación con la distribución de la riqueza, la mayor proporción de indígenas se encuentra en el quintil más bajo, correspondiente al 11,5% del total de población a nivel nacional, y solo el 1% pertenece al nivel más alto de riqueza.

Cifras del Censo Agropecuario de 2014 (DANE, 2015a), revelan que en los territorios indígenas censados el 79,2% de la población carece de acueducto y el 95% de alcantarillado. Esos indicadores, junto con el bajo logro educativo (86,9%), el rezago escolar (37,9%) y el material inadecuado de pisos de la vivienda (48,5%), son los que mejor explican la caracterización de los hogares como pobres y la auto-percepción de pobreza del 69,3% de la población indígena. Las evidencias muestran que la situación de pobreza de la población indígena no sólo es mayor que el promedio nacional, sino que es también superior a la de las comunidades negras y raizales.

Un aspecto importante es la situación nutricional. Información de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de 2010 revela que, comparada con la situación de la población sin pertenencia étnica, todos los indicadores de desnutrición y de anemia tienen prevalencias más altas en la población indígena, aunque similares a los de la población afrodescendiente. El retraso de talla y la desnutrición global en menores de 4 años es 2,2 veces mayor en indígenas, y el retraso de talla en indígenas menores entre 5 y 17 años es casi tres veces el porcentaje nacional. La situación podría ser más crítica de no contar con el factor protector de la lactancia materna, que en las indígenas tiene la más larga duración de todos los grupos: 20,1 meses en promedio (Profamilia, INS, ICBF y Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

En relación con la situación de salud, en el estudio sobre perfil epidemiológico del Ministerio de Salud y Protección Social y OPS (2010) se señala que las enfermedades transmisibles en las poblaciones indígenas ocupan el 41% de los diagnósticos de notificación obligatoria y el 23% en las enfermedades inmuno-prevenibles, por encima de lo reportado para las poblaciones no indígenas. En el grupo de enfermedades no transmisibles, el 9% de los diagnósticos en los indígenas corresponde a mala nutrición, seguido de mortalidad perinatal (1,5%). Las causas por las cuales las poblaciones consultan a los servicios están en su mayoría relacionadas con alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años (25,7%) y atención en planificación familiar (7%). Las alteraciones del embarazo se encuentran en el cuarto lugar (3,8%), pero las causas referidas a la atención del parto y recién nacido ocupan los últimos lugares de motivo de consulta (1,1%)<sup>10</sup>. El parto único

<sup>10</sup> Datos poco confiables debido al alto subregistro, ya que en el 81% de los casos se encontraba registrada la expresión 'no aplica'.





espontáneo (9%), las complicaciones del embarazo y del parto (6,4%) y la neumonía (6,3%), son los principales diagnósticos de hospitalización (Ministerio de Salud y Protección Social y OPS, 2010).

Completa este panorama de condiciones de vida el comportamiento de la protección en salud a través del aseguramiento. En 2014, el referido Censo Agropecuario (DANE, 2015a) encontró que el 94,7% de la población indígena reportó estar afiliada al sistema general de seguridad social en salud, 89% al régimen subsidiado y solo 5,7 al régimen contributivo; la mayoría a alguna de las 23 EPS indígenas.

No obstante el caudal de sus territorios y prácticas, la situación de las comunidades indígenas es frágil e insegura, como lo reveló la Corte Constitucional en el Auto 004 de 2009<sup>11</sup>, con el cual se declara el peligro de exterminio cultural o físico de los pueblos indígenas y se ordenan planes de salvaguarda étnica. Según la Corte, existen 36 pueblos en peligro de extinción cuyas causas conexas son el conflicto armado —que ha penetrado los territorios ancestrales, los proyectos económicos de intervención territorial—, la fumigación de cultivos ilícitos y el despojo de tierras, que agravan las ya precarias condiciones y amenazan el goce de derechos individuales y colectivos, la consolidación étnica y cultural y la supervivencia misma, sin haber recibido la debida visibilidad y atención por parte de la sociedad y el Estado. La inseguridad alimentaria, condiciones de salud deterioradas, pérdida de las tierras para el sustento, aculturación e invisibilidad política y jurídica, son algunas de las consecuencias señaladas.

## 2.2. Pueblos indígenas de la subregión Cesar, La Guajira y Magdalena: el caso de los pueblos arhuaco y wayuu

En los departamentos de La Guajira, Cesar y Magdalena, pertenecientes a la Región Caribe, existen numerosos resguardos indígenas. Según el DANE, 42 de los 796 resguardos legalmente constituidos para el año 2010 estaban en estos departamentos —11 en Cesar, 26 en La Guajira y 5 en Magdalena— y, pese a este escaso número —comparado con el total—, para 2011 residía en ellos el 28% de la población indígena proyectada del país —42.801 en Cesar, 241.516 en La Guajira y 8.421 en Magdalena— (DANE, 2006). Entre los diez resguardos con más de diez mil habitantes están el wayuu de la Alta y Media Guajira, y los resguardos Kogui-Malayo-Arhuaco y el Arhuaco de la Sierra (Fidel, 2012).

En el año 2005, 22.134 personas se reconocían como pertenecientes al pueblo arhuaco<sup>12</sup>, de las cuales el 78,4% se encontraba en el departamento del Cesar, el 18,3% en Magdalena

<sup>11</sup> Corte Constitucional (2009, enero 26). Auto 004/09. Protección de derechos fundamentales de personas e indígenas desplazados por el conflicto armado en el marco de superación del estado de cosas inconstitucional declarado en sentencia T-025/04.

<sup>12</sup> El pueblo iku representa el 1,5% de la población indígena en Colombia (Ministerio de Cultura, 2010).





y solo el 1,9% en La Guajira; además, el 9,3% habitaba en zonas urbanas (Ministerio de Cultura, 2010a). El Cesar es el departamento con jurisdicción en la Sierra Nevada en donde más se concentra la población indígena del macizo. Según la Gobernación, el 5,67% del total de la población departamental es indígena, el 50% de ella pertenece a la etnia arhuaca —y se concentra en los municipios de Valledupar y Pueblo Bello—, 23% son kankuamos y 14% yukpas (Gobernación del Cesar, 2011).

Por su parte, en La Guajira se encuentra el 30% de la población indígena total del país —que a su vez corresponde a cerca del 50% de la del departamento—, de la cual los wayuu son el grupo étnico más grande (Gobernación de La Guajira y PNUD, 2011). El territorio wayuu se encuentra compartido entre Colombia y Venezuela y, según el Censo Binacional realizado por el DANE en 1992, sus miembros llegaban a 297.454, de los cuales el 43,3% habitaba en Colombia y el 56,7% en Venezuela (UNICEF, 2007). Sin embargo, los wayuu no son los únicos indígenas del territorio de La Guajira, pues a pesar de no ser grupos ampliamente representados, existen también asentamientos Kogui (3%), Wiwa (1%) y Arhuaco (1%) (Ministerio de Cultura, 2010b; PNUD, 2012b).

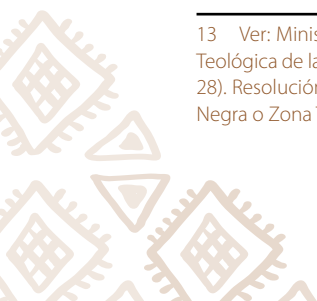
Pese a habitar en la misma subregión y compartir territorio geográfico, los pueblos arhuaco y wayuu son cultural y socialmente distintos. De allí la pertinencia de su caracterización para una mejor comprensión de los determinantes que en cada pueblo explican las desigualdades en la mortalidad materna y neonatal indígena.

### 2.2.1. **Los iku de la Sierra Nevada de Santa Marta**

El pueblo arhuaco se designa a sí mismo iku, que significa “gente”. Otras denominaciones empleadas son Bintukua o Wintukwa —la más antigua—, Busintana, Ijka e Ijku. Para los wayuu, los iku son los antiguos pobladores de La Guajira (Friede, 1963). Habitan la vertiente meridional del sistema montañoso de la Sierra Nevada de Santa Marta —en las cuencas altas de los ríos Aracataca, Fundación y Ariguaní de los departamentos de Cesar, La Guajira y Magdalena—, la vertiente norte y suroriental de los ríos Palomino y Don Diego, y las cuencas altas de los ríos Azúcarbuena y Guatapurí (Arango y Sánchez, 2004, p. 319). El territorio arhuaco lo configuran 53 asentamientos, con una población actual aproximada de 45.000 personas, de acuerdo con el censo comunitario de Wintukwa IPSI (Wintukwa IPSI, s.f.), tres veces la estimada por el DANE en el censo de 2005. Se considera que aproximadamente el 90% de la población es hablante de la lengua iku, ikun o ika, de filiación lingüística chibcha.

Su territorio ancestral lo delimita la Línea Negra imaginaria que encierra y une sus sitios sagrados, en los que se realizan las ofrendas para los pagos (Figura 5). Es una demarcación simbólica reconocida en 1974 por Resolución del Ministerio del Interior<sup>13</sup>, de

<sup>13</sup> Ver: Ministerio del Interior (1973, enero 4). Resolución 0002 “Por la cual se demarca la Línea Negra o Zona Teológica de las comunidades indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta”. Ministerio del Interior (1995, agosto 28). Resolución 0837 “Por la cual se reforma el artículo 1 de la Resolución 0002 del 4 de enero de 1973” la Línea Negra o Zona Teológica de las comunidades indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta”.

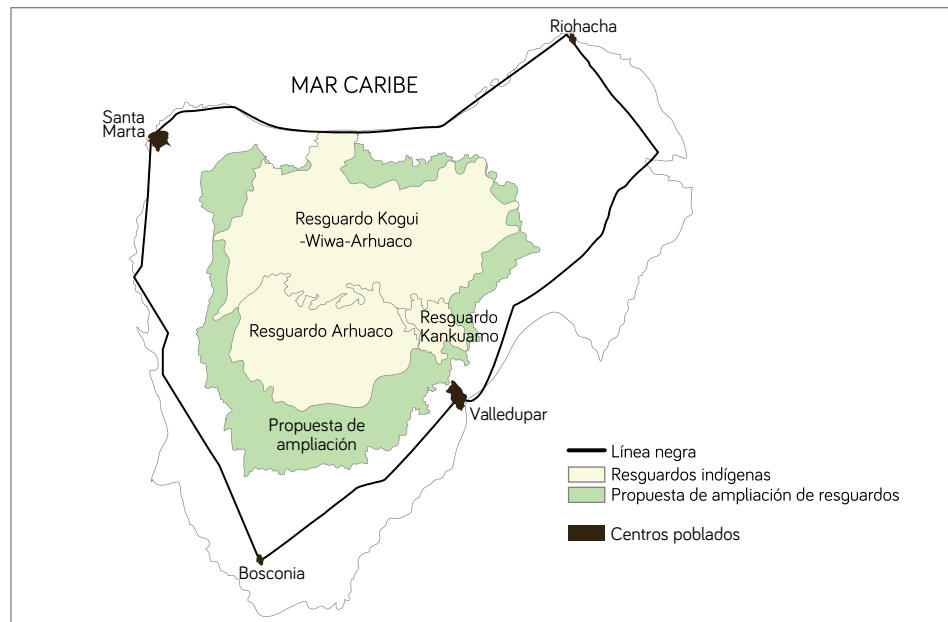




mayor amplitud que las extensiones de los resguardos y, recientemente, definida como territorio ancestral de los cuatro pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta<sup>14</sup>.

La Línea Negra (sei-shizha), constituye nuestro territorio tradicional y sagrado para las comunidades indígenas existentes en la Sierra Nevada de Santa Marta. Esta línea demarca los lugares de vital importancia para hacer los pagos y ritos ceremoniales, que tienen importancia fundamental en el equilibrio ecológico y ambiental de la naturaleza, para de esta manera evitar sequías, terremotos, inundaciones, enfermedades etc. (Sentencia T-849 de 2014, numeral 6.2.3., p. 35).

**Figura 5.** Mapa de la Línea Negra que delimita los resguardos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta



Fuente: Organización Gonawindúa Tayrona Pueblo Kággaba (s.f.).

En 1693, los capuchinos fueron encargados de la evangelización de los arhuacos de Valencia (Friede, 1963), y en 1716 iniciaron la catequización de los indígenas del norte de Colombia. Fundaron varias poblaciones para instalar sus misiones entre los arhuacos de la Sierra, los wayuu de la península de La Guajira, los yukpa de la Serranía del Perijá y los ette ennaka, cuando el Estado entregó estas regiones bajo su jurisdicción. Un siglo después —en 1819— los capuchinos salieron del país. Luego de transcurrido un siglo más — en

14 En: Corte Constitucional (2014, noviembre 12). Sentencia T-849 de 2014. "Acción de tutela instaurada por Rogelio Mejía Izquierdo actuando en nombre y representación del Resguardo Indígena Arhuaco de la Sierra Nevada de Santa Marta, contra el Ministerio del Interior, la Corporación Autónoma Regional del Cesar, Agregados del Cesar EU, y Pavimentos y Construcciones El Dorado Ltda, Ingenieros Contratistas". Desarrolla aspectos sobre territorio y consulta previa.





1916— retornaron para fundar en la Sierra —exactamente en San Sebastián de Rábago, conocida hoy como Nabusímake, capital del pueblo arhuaco— el Orfelinato de las Tres Aves Marías.

La evangelización generó divisiones profundas entre los indígenas. Orozco (1990) refiere que el gran inconformismo con la misión capuchina por la imposición de la cultura blanca, la prohibición de la lengua, la abolición del uso del traje tradicional, los maltratos físicos, los trabajos obligatorios y el despojo de tierras desembocó en la toma pacífica de la casa de la misión, el orfelinato, la granja agropecuaria y el puesto de salud por parte del Congreso Indígena Arhuaco entre 1982 y 1986.

Según la Confederación Indígena Tayrona —CIT, organización política del pueblo arhuaco—, su territorio está conformado por el Resguardo de la Sierra Nevada de Santa Marta —creado por el Incora en 1983 con una extensión de 195.900 hectáreas—, los municipios de Valledupar, Pueblo Bello y Copey en el departamento de Cesar, y los municipios de Fundación y Aracataca en el Magdalena. En 1996, se amplió el área de reserva del municipio de Pueblo Bello a los corregimientos de Nabusímake y Yewrwa, para un total de 196.468 hectáreas de propiedad colectiva.

De sus actividades económicas, el medio de vida principal está basado en la agricultura de subsistencia que practican en varios pisos térmicos. En general, cada unidad doméstica posee tres fincas en clima frío, medio y cálido, con el fin de obtener variedad de productos. El café orgánico certificado es el principal producto de comercialización en mercados nacionales e internacionales (Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, 2010). También se dedican a la ganadería de ovejas, cabras y vacunos. Las mujeres son artesanas tejedoras de trajes, fajas, gorros y mochilas para el uso doméstico y para comercialización. La mochila es una elaboración compleja. Sus dibujos son símbolos totémicos que representan una línea de parentesco con un oficio particular y un trabajo espiritual. Siguiendo a Salamanca (2012), “cuando las mujeres tejen no suman ni restan, no tienen un modelo: simplemente miran, aprenden, entienden y viven el significado lentamente a medida que crecen, reproduciéndolo con pleno conocimiento de lo que escriben en cada puntada” (p. 420). Para los iku, la mochila no es una artesanía, “es un elemento constante de reproducción cultural y ritual teológico que da sentido a la propia vida y es parte del armónico conjunto del equilibrio entre el ser humano y la naturaleza” (Salamanca, 2012, p. 420).

Entre sus ceremonias más significativas se destacan los ritos de paso. El antropólogo Van Gennep describió estos ritos como una secuencia de ceremonias que se siguen al pasar de una situación a otra, y del mundo cósmico y social a otro mundo. Distingue los ritos preliminares o de separación —que corresponden a las ceremonias fúnebres—, los ritos liminares o de margen —que tienen sus desarrollos más importantes en la iniciación, el noviazgo, el embarazo— y los ritos de agregación —que se desarrollan en los matrimonios—.







Mientras las niñas arhuacas deben realizar el rito denominado “el baño” al tener su primera menstruación, el joven pasa por “la presentación”. El Mamo le da la orientación a la niña para que pueda hacer su vida como mujer con disciplina, siguiendo el orden natural y espiritual, y pagando los tributos para la fertilidad y la maternidad. En el caso del joven, sus padres piden el permiso al Mamo para que pueda comenzar a consumir *ayu* o coca, y este le enseña a procesar la hoja, el ambira o tabaco y la cal marina que llevará en la mochila, el poporo y un recipiente para la pasta de tabaco. A partir de este ritual, el joven portará tres mochilas para “poporear” y participará de las actividades cotidianas de los hombres de la comunidad.

A los niños se les celebra una ceremonia de nacimiento con pago de tributos provenientes de lugares específicos de la Sierra, en la que el Mamo estudia el equilibrio entre lo mental-espiritual y lo material-terrenal, además de que siembra el cordón umbilical en sitios donde se asentaron originalmente los padres espirituales, para inscribir al recién nacido en el territorio que deberá cuidar y conservar (Organización Gonawindua Tayrona, Gonawindua Ette Ennaka IPS Indígena, 2009).

En los rituales de matrimonio y muerte, el Mamo y la Akumamo cumplen con la familia un rol de orientación espiritual. En algunos preparativos de ceremonias imponen dietas rigurosas o prohíben el empleo de la sal y el dulce, y en otras deben seguirse estrictamente las reglas impuestas —como en el caso de las parejas que desean planificar con métodos naturales—. En la gestación o en el momento del nacimiento, es el Mamo quien decide el lugar del parto y el lugar en que deben enterrarse los fluidos.

El Mamo es la autoridad espiritual de mayor jerarquía social y un hombre sabio que orienta políticamente, ejerce justicia y toma las decisiones para la convivencia de la comunidad —que ejecutarán cabildos, comisarios, cabos y semaneros—. Se rigen por la *Ley de Sé* o Ley de Origen, que es un compendio de normas de obligatorio cumplimiento que les permiten mantener el equilibrio natural de la vida, la tierra, la espiritualidad y el conocimiento. La ley es el origen de todo lo existente. La Sierra Nevada es espacio sagrado que representa el cuerpo humano: los picos nevados son la cabeza, las lagunas de los páramos el corazón, los ríos y quebradas las venas, las capas de la tierra los músculos y los pajonales el cabello.

Si se quebranta la ley, se pierde el balance del orden natural y se desencadena el caos. Por ello el Mamo, junto con las autoridades tradicionales, guía a su pueblo para mantener el orden espiritual en el territorio, proteger y conservar la Sierra y a *Gonawindua*, corazón del mundo viviente y del universo.

Este territorio sagrado, que tiene forma piramidal, contiene nueve niveles de tránsito entre el pensamiento, la realidad y la espiritualidad; en estos todo existe, tiene un lugar, una forma que debe ser respetada según esa ley. La Sierra representa la *Kankurwa*, el sitio ceremonial. Cuatro niveles hacia arriba, el centro y cuatro niveles hacia abajo. El nivel del centro es





la realidad que vemos. El mundo donde estamos, lo evidente y donde vinimos a aprender para seguir hacia los otros cuatro niveles espirituales y llegar finalmente a *Chundwa*, el lugar de los espíritus y el sosiego. Sólo las personas más sabias llegan allí. Esta ley fue difundida a través de Ñankwa; el primer Mamu o guía espiritual que transmitió el sentido de la vida para el Pueblo iku (Salamanca, 2012).

Esta cosmovisión también rige la salud. Según Mamos y autoridades indígenas, “nuestro pensamiento es integral: la prevención y el saneamiento del territorio, de las comunidades y de las personas determinan la salud y la enfermedad”. La salud es una práctica integral que involucra el todo y a todos (Organización Gonawindua Tayrona, Gonawindua Ette Ennaka IPS Indígena, 2009). Las causas de las dolencias están asociadas al desequilibrio y desarmonía del mundo material y espiritual. La enfermedad es una fuerza que debe ser encauzada por un conocedor o Mamu, poseedor de un saber que lo especializa en diagnosticar y curar, que tiene el don de realizar la orientación espiritual y puede proporcionar medicamentos naturales. Al tener un respeto por dietas, restricciones alimenticias y sexuales, y al hacer lo prescrito por el Mamu, se consigue proteger la salud propia y la de la familia.

El pueblo arhuaco ha apostado recientemente por un modelo intercultural de salud propuesto por las máximas autoridades indígenas, que se basa en la gestión de las instituciones públicas, apoyadas en la autogestión y el gobierno indígena (Organización Gonawindua Tayrona, Gonawindua Ette Ennaka IPS Indígena, 2009). Políticamente, es la articulación de las concepciones de salud y enfermedad propias con los programas occidentales de salud, que son impuestos, pero adecuados por los indígenas a sus condiciones específicas. Su objetivo es el fortalecimiento de sus culturas ancestrales.

A lo largo del tiempo, muchas han sido las oleadas de invasión territorial y los embates colonizadores, con consecuencias funestas para el pueblo arhuaco. Durante los pasados siglos y las décadas recientes de globalización, las diferentes formas de penetración al territorio arhuaco y, en general, al territorio ancestral de los indígenas de la Sierra Nevada se han ensañado contra su integridad física y cultural. Los territorios estratégicos que ocupan afrontan amenaza permanente de intervención y un desconocimiento absoluto de sus derechos territoriales, lo que ha generado multiplicidad de conflictos ampliamente documentados (Uribe, 1993; Coronado, 2010; Organización Gonawindua Tayrona, Gonawindua Ette Ennaka IPS Indígena, 2009). Entre otros, la evangelización capuchina, el contrabando de licores, la expansión de las haciendas ganaderas a principios del siglo pasado, la introducción del café, la llegada de colonos durante la época de La Violencia, los impactos de la industria bananera, la construcción de la Troncal del Caribe en la década de los años cincuenta, el avance de la gUAQUERÍA en sus sitios sagrados, la instalación de antenas de retrasmisión y comunicaciones en el cerro sagrado El Alguacil, la bonanza por la expansión de los cultivos de marihuana en los años setenta y ochenta, la deforestación y tala de bosques, la destrucción de los recursos naturales, las fumigaciones aéreas contaminantes de cultivos de pan coger y fuentes de agua, la siembra de coca



*“Nuestro pensamiento es integral: la prevención y el saneamiento del territorio, de las comunidades y de las personas determinan la salud y la enfermedad”.*





y amapola en el territorio indígena por el narcotráfico, la irrupción de grupos armados, la agudización del conflicto armado y el despojo territorial en la década de los años noventa, los desplazamientos forzados<sup>15</sup>, las masacres, los cambios en el uso de la tierra, las intervenciones territoriales extractivistas<sup>16</sup>, la concentración y el control territorial, la profanación de los lugares sagrados, la crisis humanitaria, los megaproyectos y la inseguridad alimentaria.

Como consecuencia de ello, las condiciones de vida se han deteriorado. Muchos habitan en municipios muy pobres. Por ejemplo, en Pueblo Bello, donde la mayor parte de la población es indígena arhuaca, datos de 2005 revelaron un porcentaje de NBI de 83,9%. Esta precariedad económica ha influido en las capacidades de la población y afecta, por ejemplo, su nivel educativo, como lo deja ver el alto porcentaje de analfabetismo (52,4%), y la baja escolaridad de las mujeres —sólo 44,8% reportó tener algún tipo de estudio— (Ministerio de Cultura, 2010a). Esta condición también se traduce en los indicadores de salud. Así, la desnutrición en la población de menores de 5 años es alta y afecta su supervivencia. Por su parte, el caso de Pueblo Bello llama la atención, ya que la tasa de mortalidad infantil entre 2005 y 2010 fue de 33,9 por mil —que lo constituyó en el segundo municipio con mayor prevalencia en el departamento—. Además, la situación de las gestantes no es mejor, pues en 2005 la RMM era de 50 y pasó a 132,5 por cien mil NV en 2010, aumentando en un 39% entre los dos años (Gobernación del Cesar, 2011).

Esto explica lo declarado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional —específicamente en el Auto 004 de 2009<sup>17</sup>—, que reconoció que los pueblos de la Sierra Nevada de Santa Marta tienen en riesgo su supervivencia física y cultural, y estableció condiciones para su protección<sup>18</sup>. La propia comunidad arhuaca, a través de la Confederación Indígena Tayrona, presentó un programa de garantías de los derechos fundamentales para pueblos indígenas del país, en el que sintetiza la vulneración de derechos y las afectaciones, así como las propuestas para su efectiva garantía en materia de territorio, autonomía, libre determinación y gobierno propio, identidad cultural y desarrollo, derechos humanos, verdad, justicia, reparación y restitución (Resguardo Arhuaco de la Sierra. Confederación Indígena Tayrona, 2011).

15 De acuerdo con ACNUR (2012), “después de sus vecinos los kankuamos, la comunidad arhuaca es el pueblo indígena más abatido por el conflicto armado colombiano. Entre el año 2003 y el 2008, 12 miembros del grupo indígena fueron asesinados, 2 fueron desaparecidos, 2 fueron utilizados como escudo humano y 2 más sufrieron lesiones personales. Igualmente, 2.509 indígenas fueron víctimas del desplazamiento forzado en el mismo período, la mayoría proveniente de Valledupar (1.128 desplazados), Riohacha (664 indígenas), Pueblo Bello (319 personas) y Santa Marta (282 desplazados)”.

16 Según PNUD, en 2005 la minería representó el 36,4% del PIB del departamento del Cesar, mientras la ganadería y la agricultura, principales actividades económicas del pueblo arhuaco, alcanzaron apenas el 18,8% del PIB (PNUD, 2012a).

17 Corte Constitucional (26 de enero de 2009). Auto 004/09. Protección de derechos fundamentales de personas e indígenas desplazados por el conflicto armado en el marco de superación del estado de cosas inconstitucional declarado en sentencia T-025/04.

18 Al tiempo, la Confederación Indígena Tayrona presentó una propuesta de programa de garantías de los derechos fundamentales, en conjunto con los otros pueblos con participación efectiva de sus autoridades legítimamente constituidas.





### 2.2.2. **El pueblo binacional wayuu**

Wayuu significa “persona, gente”. Habitan la península más septentrional de Suramérica, entre el departamento de La Guajira en Colombia y el estado Zulia en Venezuela. Son hablantes de wayuunaiki, perteneciente a la familia lingüística arawak.

Es el pueblo indígena más numeroso del país, y también el grupo indígena mayoritario en Venezuela (ACNUR, 2012). Según el censo de 2005, la población estimada para Colombia era de 149.827 personas, pero se dice que hoy pueden ser más.

En 1992, por ejemplo, el primer censo binacional de la etnia wayuu estableció que en ese momento hablábamos de 297.454 indígenas, 128.727 de ellos en el lado colombiano y 168.727 en tierra venezolana. En 2005, los mismos datos eran de 278.254 en Colombia y 293.777 en Venezuela. Hoy, sin cifras oficiales actualizadas, hay quienes estiman que podrían ser un millón de personas en total, repartidas más o menos por la mitad entre los dos países (Ardila, 2016).

Según Arango y Sánchez (2004),

A finales del siglo XIX el Estado otorgó el control de la zona a las misiones capuchinas; así, bajo los preceptos de la Regeneración, los misioneros tomaron la jurisdicción de la península de La Guajira y de la Sierra Nevada, lugares que para entonces se denominaban como “territorios nacionales” (p. 320).

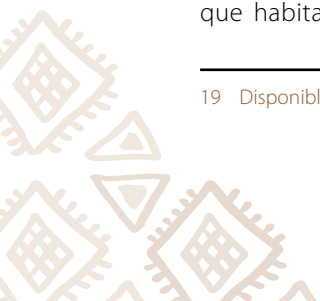
Guerra (2012), explica que esta política de colombianización adelantada por la República y la iglesia pretendía un mayor control del territorio guajiro y conquistar a los indios para la religión y la patria. Los capuchinos establecieron diferentes orfanatos para internar y evangelizar a los indígenas de estas regiones del norte de Colombia.

Según sus características fisiográficas, se clasifican tres subregiones en el departamento. La Alta Guajira está ubicada en el extremo peninsular, es semidesértica y comprende las serranías de Jaláala y Cocina, el Cerro de la Teta —sitio mítico y sagrado de los wayuu— y la serranía de Macuira —productora de agua y declarada parque nacional natural—. La Media Guajira es menos árida, con relieve ondulado, bosques secos tropicales y muy secos tropicales y lagunas costeras —donde se localiza el Santuario de Fauna y Flora Los Flamencos en Riohacha—. La Baja Guajira está conformada por sabanas y tierras cultivables, y en sus municipios de Riohacha Dibulla y San Juan del Cesar se localiza una proporción del parque nacional natural Sierra Nevada de Santa Marta<sup>19</sup> (Parques Nacionales Naturales de Colombia, s.f.).

A diferencia de la tendencia nacional, La Guajira presenta el mayor número de personas que habita en el área rural (45%), siendo los municipios de mayor concentración

---

19 Disponible en: [www.parquesnacionales.gov.co/PNN/portel/libreria/doc/quajira.doc](http://www.parquesnacionales.gov.co/PNN/portel/libreria/doc/quajira.doc) Consultado: mar/2016.





Uribia, Dibulla, Distracción y Manaure (más del 57%). Aproximadamente, el 93% de la población rural se encuentra en Uribia, donde predominan los wayuu (Gobernación de la Guajira, 2012).

En todo el departamento existen 26 resguardos indígenas legalmente constituidos (DANE, 2006). No todas las comunidades se encuentran resguardadas, por lo que existen cabildos indígenas wayuu que carecen de seguridad jurídica territorial. El Resguardo de la Alta y Media Guajira, creado en 1984, posee la mayor extensión territorial, con aproximadamente un millón de hectáreas. Comprende las rancherías de los municipios de Manaure y Uribia en la Alta Guajira, y del municipio de Riohacha en la Media Guajira. Por fuera de los límites del resguardo existen otros asentamientos. El Consejo Mayor de Alaulayu o Autoridades Tradicionales Ancestrales, configura el sistema de gobierno y administración de justicia del resguardo.

Un resguardo está conformado por una agrupación de varios asentamientos o rancherías. Existe un número indeterminado de rancherías. Según la Defensoría del Pueblo (2014), son aproximadamente 4.500, pero otros datos sugieren una cifra de 6.000 comunidades. La ranchería está habitada por familias de filiación matrilineal pertenecientes a un determinado clan o casta, así como miembros afiliados a diferentes clanes que respetan las normas de convivencia del clan ancestral (Arango y Sánchez, 2004).

La organización social wayuu se fundamenta en una división de clanes o castas, y la herencia se transmite por vía materna. Desde sus orígenes míticos fueron creados treinta clanes totémicos provenientes de las serranías de Alta Guajira. Varios autores enumeran 22 clanes, siendo los de mayor porcentaje poblacional el Epieyu con 20,8%, Uriana con 17,1% y el clan Ipuana con el 16,2% (Arango y Sánchez, 2004). Cada clan está identificado por un animal ancestral, que es un ancestro común reconocido por todos los linajes, y que simboliza la unión. Entre ellos, establecen alianzas para mantener los reglamentos internos y la armonía con la naturaleza y el resto de la sociedad.

La ranchería está regida por su dueño, una autoridad tradicional ancestral o *alaula* —tío materno mayor *apushi*—, que tiene a cargo garantizar el orden social, mantener la convivencia y hacer cumplir las normas de control social. Su responsabilidad es tomar decisiones para la cohesión del núcleo familiar, dar y recibir pagos por ofensa, robo o matrimonio. El *alaula* —o *aralda*— educa a sus sobrinos, cobra los derechos de la sobrina, resuelve sus problemas y les hereda sus bienes. Pero no solo los hombres son jefes de rancherías, ya que en muchas de ellas son las mujeres quienes están a cargo de mantener el equilibrio social de su comunidad.

En el sistema de organización social es fundamental la institución del palabrero o *pütchipüü*. Su reconocida capacidad para mediar y solucionar conflictos, conduce a conciliar matrimonios, maltratos, ofensas, infidelidades, adulterios, abusos, robos, muertes y calumnias, de forma que logre el entendimiento entre las partes para conseguir la paz y compensar dignamente a la familia ofendida. Mediante la acción del palabrero se





mantienen el orden social, el equilibrio, la armonía y las reglas de convivencia social para resolver los conflictos intra e inter clanes. Conciliadores y palabreros desempeñan un papel fundamental, y son parte de las razones por las que el sistema normativo wayuu fue reconocido en la Carta Constitucional de 1991 (Art. 246) y declarado Bien de Interés Cultural de carácter nacional en 2004, y Patrimonio Inmaterial de la Humanidad en 2010 por la Unesco.

El patrón de residencia wayuu es matrilocal. Son poliresidenciales, lo que quiere decir que tienen otros asentamientos familiares en el territorio ancestral. No viven permanentemente en un mismo asentamiento y se trasladan para obtener pastos para el ganado (Arango y Sánchez, 2004). Actualmente, hay mayor tendencia a vivir en centros urbanos como Uribia, Nazareth, Manaure, Maicao, Barrancas, Fonseca, San Juan del Cesar, Villanueva, Urumita y Maracaibo por asuntos relacionados con empleo, desplazamiento, educación, salud y negocios, aunque preservan el contacto con el tronco familiar.

El sistema médico ancestral de los wayuu comprende una compleja ritualidad para cada etapa del ciclo de vida y para prevenir, curar y sanar enfermedades. A través de los sueños, el médico ayuda a que la persona encuentre equilibrio con su grupo social y la naturaleza. El respeto a las normas y los requerimientos de la naturaleza es el principio fundamental para mantener el equilibrio y la armonía del cuerpo. Su amplia farmacopea ha sido objeto de estudio de especialistas occidentales. De la naturaleza obtienen los recursos para preparar medicinas, y en los sitios mágicos y sagrados situados en suelo, subsuelo, aguas, lagunas, ríos, bosques y mar, celebran ceremonias y rituales.

Los mitos fundacionales expresan el equilibrio entre el bien y el mal y la diferencia entre la vida y la muerte cuando el alma se va de la carne —el cuerpo— hacia la tierra de los muertos —o *Jepira*—, donde habitan los ancestros. Los sueños son las guías para la existencia y determinan el comportamiento de la persona. El ciclo de vida wayuu inicia con la preconcepción, concepción, nacimiento, niñez, juventud, adulto, mayor, viaje espiritual y termina con el regreso espiritual. La muerte es un viaje espiritual, consistente en el paso a una segunda vida íntimamente relacionada con el territorio y visión del mundo, que asegura el legado para las futuras generaciones.

Los velorios y entierros, primero y segundo, son fundamentales en la vida wayuu. Sólo después del segundo entierro, el difunto abandona su actividad sobre la tierra. El segundo velorio requiere una preparación de años para ahorrar y tener suficientes alimentos para ofrecer durante una o dos semanas a dolientes e invitados que participan en la gran despedida. Si no se realiza, el alma pasa a ser un espíritu malo o demonio que vagaría sin descanso. Esta ceremonia del segundo entierro fortalece los vínculos entre clanes, la cohesión de la familia y la espiritualidad.

El encierro es uno de los ritos de paso más importantes de esta sociedad, y es practicado con las niñas wayuu cuando se presenta la menarquia, pues simboliza la salida del útero materno para enfrentarse al mundo. Puede tener una duración de tres días, tres meses, siete





meses o un año, inclusive dos años en rancherías más tradicionales. Durante el encierro, la niña es aislada, le cortan el pelo, permanece acostada en el chinchorro guindado alto, solo puede ver a la madre, la abuela o las tías maternas, sigue dieta estricta, recibe baños y medicinas vegetales para que tenga un “buen hombre” y sea fuerte, no puede hablar, ni reír, ni rascarse. Se entiende como la preparación para la vida, la enseñanza sobre la vida sexual, y sirve para la preservación de la cultura mediante el aprendizaje del tejido de mochilas, chinchorros y los diferentes roles de la mujer (Mazzoldi, 2003; Mancuso, 2006).

Con ocasión del establecimiento de las alianzas matrimoniales, se llevan a cabo transacciones mediante las cuales el padre recibe el precio de la novia y la dote, sobre todo en aquellas familias que poseen bienes y pertenecen a un estatus medio alto (Mazzoldi, 2003). En otros grupos, las uniones matrimoniales se dan sin estas transferencias.

Para sobrevivir, las comunidades wayuu derivan sus medios de vida de la pesca marina artesanal, el pastoreo de caprinos y ovinos y la agricultura en pequeña escala —debido a las lluvias escasas y al tipo de suelos—, además de que explotan sal. La cerámica, especialmente vasijas de uso cotidiano para almacenar líquidos, conservar fría el agua y vasijas funerarias, son fabricadas por las mujeres, mientras que las guaireñas, sandalias y sombreros son fabricados mayoritariamente por los hombres. Los tejidos de hilo para elaborar chinchorros, mochilas, mantas y guayucos son elaborados por las mujeres, quienes generan ingresos básicos para el núcleo familiar. En síntesis, tienen una economía mixta que, en todo caso, no llega a ser suficiente para su subsistencia (PNUD, 2012b).

Por otra parte, debido a la alta concentración de la población en zonas dispersas, las tasas de cobertura en salud y educación son menores que la media nacional y, según lo encontrado para 2009, el 48,3% de la población presentaba Necesidades Básicas Insatisfechas —NBI— (Nájera y Tuesca, 2015). Según la Gobernación de La Guajira (2012), en las cabeceras municipales se concentra 40,4% de las NBI, mientras en las áreas rurales el índice es de 91,9%. Uribia es el municipio con mayor proporción de NBI de todo el país (96%) y con el índice de población bajo la línea de pobreza más alto del departamento (97,6%).

Esta realidad socioeconómica ha generado grupos vulnerables, de los cuales forman parte los niños y las gestantes. Justamente, los niños son quienes menor cobertura de afiliación al sistema de salud tienen, además de que presentan mayor porcentaje de bajo peso al nacer. De acuerdo con la Secretaría de Salud Departamental, la mayor afectación la sufren los recién nacidos del sexo femenino (8,6%). Por otra parte, el 4,2% de los niños y niñas menores de 5 años en 2005 presentaban una desnutrición muy superior al promedio nacional (Gobernación de la Guajira, 2012).

Los municipios con mayor concentración de gestantes son Riohacha, Maicao y Uribia. Se reportan elevadas tasas de mortalidad materna, lo que se evidencia en que según la Gobernación Departamental, la razón de mortalidad materna en 2012 era muy elevada —entre 268 y 685 por cien mil— en cinco municipios (Gobernación de la Guajira, 2012).





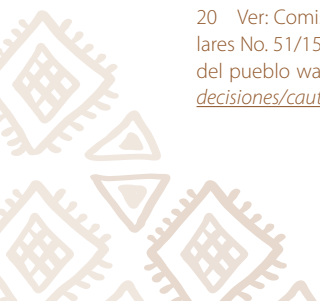
En cuanto a la afiliación de estas mujeres al sistema de salud, se reportó en 2010 una baja cobertura y altas tasas de mortalidad perinatal, y que Manaure y Uribia eran los municipios con peores coberturas. Con referencia a la atención del parto, los municipios con más bajos índices de cobertura institucional son Manaure (88,4%) y Uribia (74,9%).

Desde las últimas décadas del siglo pasado, han sido variadas las formas de penetración al territorio wayuu, dentro de los que se encuentran la globalización económica con sus diversos megaproyectos como el Cerrejón —que ha implicado el usufructo de las aguas del río Ranchería para el funcionamiento de la mina de carbón y el tren minero—, el parque eólico Jepirachi, la construcción de infraestructura para proyectos de etnoturismo y el gasoducto transoceánico, entre otros. A ellas se suman los impactos de la expansión del narcotráfico, la irrupción de grupos armados, la agudización del conflicto armado, el despojo territorial, los desplazamientos forzados, las masacres, las intervenciones extractivistas, la profanación de lugares sagrados, el control territorial, los megaproyectos, los cierres de frontera con Venezuela, la crisis humanitaria, el fenómeno del niño, el cambio climático, la inseguridad alimentaria y la corrupción, que han puesto en riesgo su supervivencia.

Por esto, la Corte Constitucional reconoció en el referido Auto 004 de 2009 que el pueblo wayuu se encuentra en riesgo de extinción física y cultural por causa del conflicto armado, y estableció condiciones para su protección. Igualmente, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos<sup>20</sup> dictó en diciembre de 2015 medidas cautelares para la protección de los niños, las niñas y los adolescentes de los municipios de la Alta y Media Guajira, Riohacha, Maicao, Manaure y Uribia, dado que la gravedad y urgencia de la situación pone en riesgo su vida e integridad personal.

---

20 Ver: Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015, diciembre 11). Resolución 60. Medidas cautelares No. 51/15. Asunto niñas, niños y adolescentes de las comunidades de Uribia, Manaure, Riohacha y Maicao del pueblo wayuu, asentados en el departamento de La Guajira, respecto de Colombia. [www.oas.org/es/cidh/decisiones/cautelares.asp](http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/cautelares.asp).







### 3. DESIGUALDADES EN MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN POBLACIONES INDÍGENAS EN COLOMBIA. ANÁLISIS A PARTIR DE REGISTROS SECUNDARIOS

*Los municipios con mayor concentración de gestantes son Riohacha, Maicao y Uribia. Se reportan elevadas tasas de mortalidad materna, lo que se evidencia en que según la Gobernación Departamental, la razón de mortalidad materna en 2012 era muy elevada —entre 268 y 685 por cien mil— en cinco municipios (Gobernación de la Guajira, 2012).*

La Razón de Mortalidad Materna —RMM—, la Tasa de Mortalidad Infantil —TMI— y la Tasa de Mortalidad Neonatal —TMN— son consideradas indicadores del nivel de desarrollo de un país y reflejo de la efectividad de su sistema de salud. La RMM es el número de mujeres que mueren durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación por causas relacionadas con, o agravadas por, el embarazo o su atención, por cada cien mil NV, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica (OPS, 2015). La TMN es el indicador que se usa para expresar el riesgo de fallecer o las expectativas de vida de los recién nacidos durante los primeros 28 días de vida en un determinado país, región o población, por cada mil NV en ese año (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA y UNPD, 2012).

En el año 2000, las Naciones Unidas establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio —ODM— para 2015, y una de sus metas era la reducción en dos terceras partes de la mortalidad de menores de cinco años —en particular, la mortalidad de menores de un año— y la mortalidad materna. Colombia se comprometió a reducir a 14 por mil NV la TMI y a 45 por cien mil RMM (DNP, 2005). Finalizado el 2015, la evidencia sugiere que si bien se han logrado importantes adelantos, persisten grandes desigualdades entre países y regiones, y entre personas —según su nivel de riqueza, condición étnica o área de residencia— (ONU, 2015b).

El documento de seguimiento de los ODM presentado por el gobierno colombiano en 2014 muestra el cumplimiento de las metas en mortalidad infantil, pero rezagos y retrocesos en la disminución de la mortalidad materna, debido principalmente a las grandes brechas territoriales y poblacionales (DNP, 2014). En términos concretos, como se resalta en el último informe del PNUD (2015), los avances no han sido homogéneos, y las peores tasas se concentran en las poblaciones más pobres de las regiones Pacífica y Caribe, así como en las zonas rurales. En relación con ello, la TMI es 3,5 veces mayor en los municipios más pobres y en las zonas rurales, 20% de las madres que fallecen tienen menos de 19 años, la RMM es más alta en madres menos educadas y una de cada cuatro muertes maternas ocurre en población indígena o afro descendiente.

Para ahondar en la comprensión de las disparidades asociadas a los grupos étnicos, en este capítulo se describen las diferencias en las muertes maternas y de recién nacidos en la población indígena del país en comparación con la población no indígena, y se hace énfasis en los territorios de la subregión Cesar, La Guajira y Magdalena, donde se asientan principalmente los grupos arhuaco y wayuu, objeto de estudio.





### 3.1. Comportamiento, tendencias y desigualdades de la mortalidad materna en la población indígena en Colombia, 2008-2013

Durante la última década, las muertes maternas en Colombia se han reducido de manera importante. De hecho, datos de estadísticas vitales del DANE muestran que en el año 2000 la RMM era de 104,9 por cien mil NV, que disminuye para el año 2008 a 61,1 por cien mil NV y en el año 2013 a 58,1 por cien mil NV. A pesar de esta disminución, las cifras no alcanzaron para cumplir la meta de los ODM que el gobierno nacional previó en 48,8 por cien mil NV para el cuatrienio 2010-2014 (DNP, 2011).

Diversas fuentes oficiales revelan que el ritmo de decrecimiento —particularmente en el período 2005-2012— no ha sido sostenido ni significativo, por cuenta de la existencia de grandes desigualdades socio-económicas, regionales y poblacionales; y se ha señalado una fuerte asociación entre la mayor RMM y la pobreza multidimensional, la falta de protección en salud, la dispersión poblacional, la pertenencia étnica, e incluso la menor transparencia en la administración pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b, 2014a; INS y Observatorio Nacional de Salud, 2014; Cárdenas et. al., 2015; Vargas, Cotes y Castañeda, 2015).

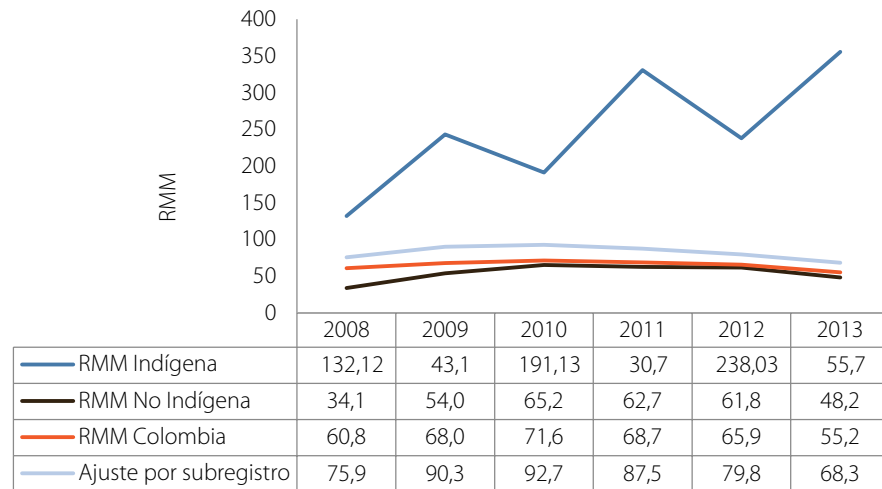
Ya que se trata de un indicador en el que casi la totalidad de las causas de muerte son evitables con un adecuado control prenatal, atención institucional de calidad del parto, buen seguimiento al período posparto y acceso a servicios de pre-concepción, las tasas resultan inaceptables (DNP, 2011, p. 833). Por ello, no es extraño que en el último informe sobre el cumplimiento de los ODM se señale que, frente al retraso en los compromisos para 2015, y con el fin de avanzar en la salud materna, “el principal desafío del país es reducir las inequidades que se observan en la mortalidad materna, principalmente en los territorios con población indígena, afro-descendiente y en áreas rurales dispersas y zonas urbanas marginales” (PNUD, 2015, p. 35). La meta propuesta en el Plan de Desarrollo 2014-2018 es reducir la mortalidad materna en zonas rurales dispersas de 105,2 por cien mil NV a 80 por cien mil NV para el año 2018 (DNP, 2015).

La evidencia de esta investigación es consistente con estas preocupaciones. Pese a los esfuerzos por reducir la tasa a nivel nacional, la realidad de la población indígena es diferente. Con base en los registros de defunción de las estadísticas vitales del DANE para el período 2008-2013, los datos revelan varios hechos. Primero, que contrario al comportamiento nacional y al de la población no indígena, la RMM en indígenas ha venido en aumento, y la tasa de 2013 es casi tres veces la de 2008 (Figura 6).





**Figura 6.** Razón de mortalidad materna indígena y no indígena (por cien mil NV) en Colombia, 2008-2013



*Fuente: Elaboración propia, con información de nacimientos y defunciones entre 2008 y 2013, DANE (2011b).*

La falta de diligenciamiento de la pregunta de pertenencia étnica, deja un gran vacío de información que impide una cuantificación exacta de las muertes maternas en comunidades indígenas —o en cualquier grupo étnico—. El 13,7% (378) de las 2.769 muertes maternas reportadas entre 2008 y 2013 no tenía información de pertenencia étnica. Sin embargo, es importante resaltar que a medida que se avanza en la línea del tiempo, el reporte de información en esta variable mejora, por lo que los mayores vacíos se encuentran en los años 2008 y 2009, situación atribuible a la inclusión en 2008 de esta pregunta en el certificado de defunción.

La muerte materna en mujeres indígenas durante este periodo corresponde al 7,6% (210) del total, y se incrementa en los últimos años de la serie, lo cual puede ser consecuencia de la mejora de la calidad de la información o de un aumento en los absolutos de mujeres que mueren por causas asociadas al embarazo. El 78,8% (2.181) restante de las muertes maternas corresponde a mujeres no indígenas. Al comparar las dos poblaciones, se encuentra que la sobremortalidad de mujeres indígenas por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio es 4,6 veces mayor que las de mujeres no indígenas (Tabla 1).





**Tabla 1.** Razón de tasas de mortalidad materna entre mujeres indígenas y no indígenas en Colombia, 2008-2013

Años	RMM Indígenas	RMM No Indígenas	RMM Indígenas / RMM No Indígenas
2008	132,1	34,1	3,9
2009	243,1	54,0	4,5
2010	191,1	65,2	2,9
2011	330,7	62,7	5,3
2012	238,0	61,8	3,8
2013	355,7	48,2	7,4
2008-2013	252,3	54,7	4,6

Fuente: *Elaboración propia, con información de nacimientos y defunciones entre 2008 y 2013, DANE (2011b).*

La distribución por departamento muestra grandes diferencias (Tabla 2). Santander es el de mayor razón de tasa (55,4), seguido por Magdalena y Atlántico (33,9 y 30,8, respectivamente). En Vaupés, San Andrés, Quindío, Norte de Santander, Huila y Bogotá, el índice resulta ser cero debido a que no se reportaron muertes maternas en el periodo. En Vaupés, no hubo reporte de muertes maternas de mujeres no indígenas, mientras que en los demás no se registraron muertes de mujeres indígenas. Para Colombia, la razón de tasa fue 4,6, mientras que en La Guajira fue de 4,5, en Cesar de 3,1 y en Magdalena de 33,9 —el de mayor mortalidad, por encima de la media nacional—.





**Tabla 2.** Razón de tasas de mortalidad materna entre indígenas y no indígenas (por cien mil NV) por departamentos en Colombia, 2008-2013

Departamentos	RMM Indígenas	RMM No Indígenas	RMM Indígena / RMM No Indígena
Santander	1886,8	34,0	55,4
Magdalena	2777,8	81,9	33,9
Atlántico	1785,7	58,1	30,8
Boyacá	946,4	55,3	17,1
Bolívar	699,3	50,6	13,8
Caquetá	1423,5	103,7	13,7
Cundinamarca	529,1	48,2	11,0
Casanare	455,6	48,2	9,4
Antioquia	303,6	49,1	6,2
Guaviare	313,0	56,9	5,5
Tolima	268,8	49,1	5,5
Colombia	252,3	54,7	4,6
La Guajira	289,1	63,6	4,5
Chocó	698,7	164,8	4,2
Cauca	257,0	75,1	3,4
Risaralda	168,3	53,8	3,1
Cesar	212,8	69,4	3,1
Caldas	193,2	68,4	2,8
Córdoba	255,2	91,8	2,8
Vichada	283,9	137,0	2,1
Meta	86,3	42,0	2,1
Sucre	94,7	48,9	1,9
Putumayo	195,1	102,9	1,9
Valle del Cauca	90,7	52,0	1,7
Arauca	92,1	53,0	1,7
Nariño	125,5	83,5	1,5
Amazonas	110,2	75,0	1,5
Guainía	48,7	116,1	0,4
Bogotá	0,0	39,5	0,0
Huila	0,0	29,9	0,0
N. Santander	0,0	46,6	0,0
Quindío	0,0	37,8	0,0
San Andrés	0,0	67,2	0,0
Vaupés	164,3	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia, con información de nacimientos y defunciones entre 2008 y 2013, DANE (2011b).





La comparación de las características demográficas y socio-económicas entre las muertes maternas de indígenas y no indígenas que fallecieron entre 2008 y 2013 puede contribuir a la comprensión de los factores en juego para explicar las diferencias en las mediciones (Tabla 3).

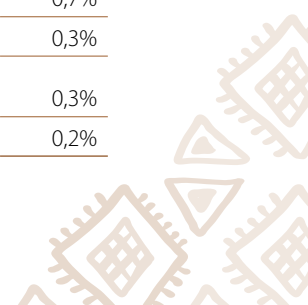
**Tabla 3.** Muertes maternas de mujeres indígenas y no indígenas según variables demográficas y socio-económicas en Colombia, 2008-2013

Variables	Indígena		No Indígena	
	%	n.º	%	n.º
<b>Edad</b>				
10-14 años	9	4,3%	24	1,1%
15-19 años	34	16,2%	314	14,4%
20-34 años	109	51,9%	1315	60,3%
35 y más años	57	27,1%	525	24,1%
Sin información	1	0,5%	3	0,1%
Subtotal	210		2181	
<b>Estado conyugal</b>				
Nunca casada/unida	32	15,2%	405	18,6%
Casada/unida	144	68,6%	1434	65,7%
Divorciada/separada/viuda	3	1,4%	49	2,2%
Sin información	31	14,8%	293	13,4%
Subtotal	210		2181	
<b>Nivel Educativo</b>				
Ninguno	48	22,9%	55	2,5%
Preescolar-primaria	79	37,6%	561	25,7%
Secundaria	21	10,0%	744	34,1%
Técnico/tecnológico	0	0,0%	67	3,1%
Universitario	0	0,0%	148	6,8%
Sin información	62	29,5%	606	27,8%
Subtotal	210		2181	
<b>Área de residencia</b>				
Cabecera municipal	40	19,0%	1567	71,8%
Centro poblado	20	9,5%	180	8,3%
Rural disperso	141	67,1%	384	17,6%
Sin dato/Sin información	9	4,3%	50	2,3%
Subtotal	210		2181	
<b>Área de defunción</b>				
Cabecera municipal	146	69,5%	2087	95,7%
Centro poblado	10	4,8%	19	0,9%
Rural disperso	53	25,2%	70	3,2%
Sin dato/Sin información	1	0,5%	5	0,2%





Variables	Indígena		No Indígena	
	%	n.º	%	n.º
Subtotal	210		2181	
<b>Sitio de la defunción</b>				
Casa/domicilio	41	19,5%	140	6,4%
Centro/puesto de salud	3	1,4%	14	0,6%
Hospital/clínica	143	68,1%	1935	88,7%
Vía Pública	8	3,8%	41	1,9%
Otro	11	5,2%	38	1,7%
Sin información	4	1,9%	13	0,6%
Subtotal	210		2181	
<b>Causas de muerte</b>				
<b>Directas</b>				
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa (O14)	24	11,4%	260	11,9%
Hemorragia posparto (O72)	36	17,1%	206	9,4%
Eclampsia (O15)	31	14,8%	146	6,7%
Muerte obstétrica de causa no específica (O95)	9	4,3%	134	6,1%
Sepsis puerperal (O85)	16	7,6%	86	3,9%
Embolia obstétrica (O88)	3	1,4%	95	4,4%
Aborto no especificado (O06)	5	2,4%	72	3,3%
Embarazo ectópico (O00)	4	1,9%	56	2,6%
Otro trauma obstétrico (O71)		0,0%	41	1,9%
Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto, no clasificadas en otra parte (O75)	3	1,4%	24	1,1%
Otras directas (1)	30	14,3%	258	11,8%
Subtotal directas	161	76,7%	1378	63,2%
<b>Indirectas</b>				
Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte (O99)	33	15,7%	619	28,4%
Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O98)	10	4,8%	59	2,7%
Muerte materna debido a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto (O96)	2	1,0%	52	2,4%
Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias (B20)	1	0,5%	24	1,1%
Tumor maligno de la placenta (C58)	2	1,0%	15	0,7%
Diabetes mellitus en el embarazo (O24)		0,0%	6	0,3%
Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio (O10)		0,0%	6	0,3%
Desnutrición en el embarazo (O25)		0,0%	5	0,2%





Variables	Indígena		No Indígena	
	%	n.º	%	n.º
Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), resultante en otras enfermedades especificadas (B22)	1	0,5%	4	0,2%
Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), resultante en otras afecciones (B23)		0,0%	3	0,1%
Otras indirectas (2)	0	0,0%	10	0,5%
Subtotal Indirectas	49	23,3%	803	36,8%
Total	210		2181	
<b>Afiliación a la seguridad social</b>				
Contributivo	3	1,4%	523	24,0%
Subsidiado	174	82,9%	1242	56,9%
Especial/Excepción	2	1,0%	51	2,3%
No asegurada	23	11,0%	291	13,3%
Sin información	8	3,8%	74	3,4%
Subtotal	210		2181	
<b>Asistencia médica</b>				
No	50	23,8%	140	6,4%
Si	156	74,3%	1997	91,6%
Sin información	4	1,9%	44	2,0%
Subtotal	210		2181	

Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas vitales entre 2008 y 2013, DANE (2011b).

(1) Para los fines de este estudio se agruparon los códigos CIE X: O45, O62, O96, O05, O44, O26, O97, O13, O86, O87, O46, O02, O90, O41, O22, O23, O16, O42, O01, O03, O43, O67, O21, O29, O73, O04, O07, O11, O40, O61, O63, O64, O65, O68, O69, O74, O91. (2) Se agruparon los códigos CIE X: D39, B24, E23 y B21.

El mayor número de muertes maternas, tanto en las mujeres indígenas como en las no indígenas, se presentó en el rango de edad entre 20 y 34 años, de las cuales el 51,9% de las muertes fue en maternas indígenas y el 60,3% en no indígenas. En cuanto al estado civil, el 68,6% de las mujeres fallecidas indígenas y el 65,7% de las no indígenas estaba casada o tenía algún tipo de unión. Además, el 60,5% de las mujeres indígenas fallecidas por causas obstétricas no tenía nivel educativo alguno o había estudiado hasta primaria (22,9%), mientras que en las no indígenas el 59,8% de las muertes se concentró en aquellas que habían alcanzado preescolar-primaria (25,7%) y secundaria (34,1%).

En cuanto al área de residencia habitual y el área de defunción, se encontró que 76,7% de las mujeres indígenas residía en áreas rurales, con un alto porcentaje en el rural disperso (67,1%). Sin embargo, solo el 30,0% de los fallecimientos ocurrió en el rural disperso, y un 69,5% en la cabecera municipal, de lo que se puede inferir un desplazamiento de las mujeres en busca de atención médica. Con las no indígenas es diferente, ya que el 71,8% residía en las cabeceras municipales, donde se produjo el 95,7% de las defunciones, y





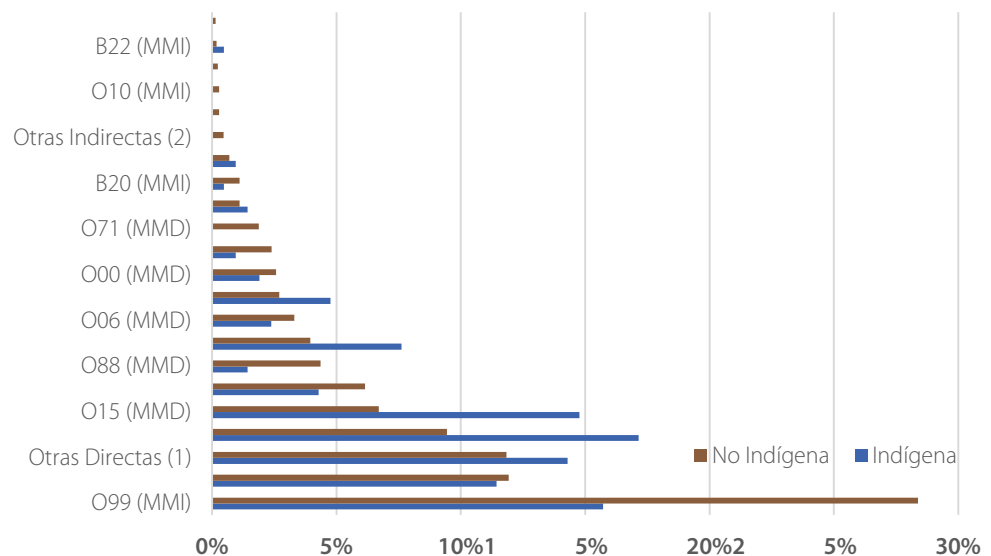


aunque el 25,9% residía en el área rural dispersa, apenas 4,1% de los fallecimientos ocurrió allí. El sitio de la defunción de mayor frecuencia, tanto para las indígenas como para no indígenas, fue hospital/clínica, con 68,1% y 88,7%, respectivamente. Llamaron la atención las muertes de mujeres por causas obstétricas en la vía pública —3,8% en indígenas y 1,9% en no indígenas—, así como que el 19,5% de las defunciones ocurrió en el domicilio en las indígenas, mientras que solo en el 6,4% ocurrió en el domicilio de las no indígenas.

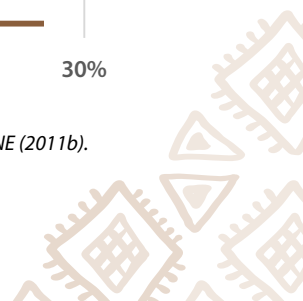
Las causas directas son las responsables del mayor número de muertes maternas, tanto en las mujeres indígenas como en las no indígenas. El 76,7% de las indígenas fallece por causas directas, y el 23,3% restante por causas indirectas. En las no indígenas, el 63,2% fallece por causas directas y el 36,8% por causas indirectas. El mayor porcentaje de muertes por causa directa en indígenas (51%) se presenta por hemorragia posparto (17,1%), eclampsia (14,8%), hipertensión gestacional (11,4%) y sepsis puerperal (7,6%). En las no indígenas, la hipertensión gestacional es la causa directa más frecuente (11,9%), seguida de hemorragia posparto (9,4%), eclampsia (6,7%) y las no especificadas (6,1%) (ver Figura 7).

La pregunta por la existencia de barreras tiene sentido al examinar los datos sobre afiliación y atención, en coherencia con el enfoque diferencial de la política de aseguramiento. Al respecto, la mayor proporción de población indígena se encontraba afiliada al régimen subsidiado (82,9%), mientras que la restante (11%) no estaba asegurada. En las no indígenas el porcentaje de afiliación era similar, ya que el 56,9% pertenecía al régimen subsidiado y el 13,3% no estaba asegurada; sin embargo, casi la cuarta parte estaba afiliada al régimen contributivo, a diferencia de un escaso 1,4% de mujeres indígenas en ese régimen. El 74,3% de las indígenas y el 91,6% de las no indígenas recibió asistencia médica. (Figura 8).

**Figura 7. Muertes maternas indígenas y no indígenas por causa según CIE-10 en Colombia, 2008-2013**

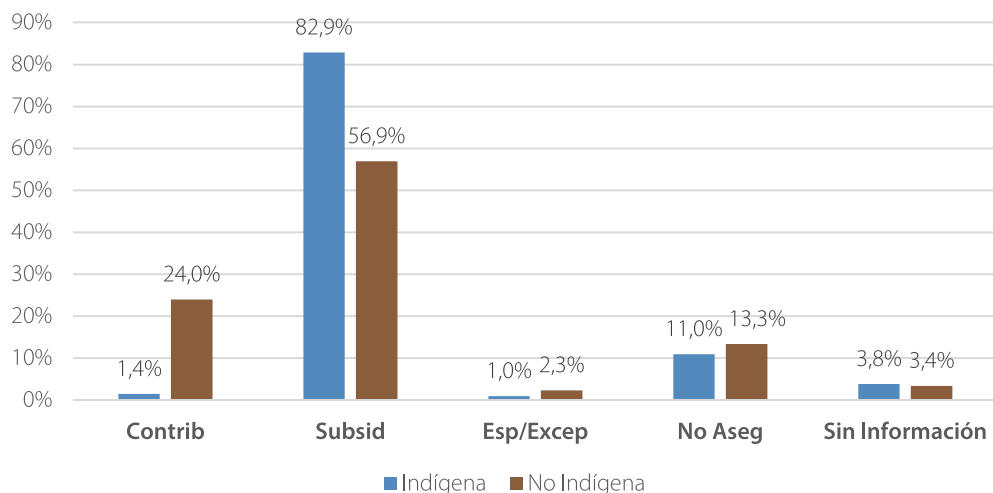


Fuente: Elaboración propia con información de nacimientos y defunciones entre 2008 y 2013, DANE (2011b).





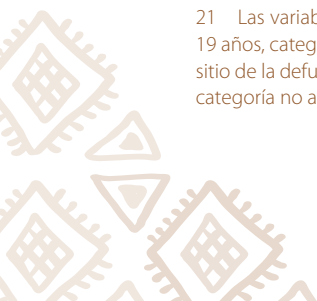
**Figura 8.** Muertes maternas indígenas y no indígenas por régimen de aseguramiento en Colombia, 2008-2013



Fuente: *Elaboración propia con información de nacimientos y defunciones entre 2008 y 2013, DANE (2011b).*

En el análisis múltiple que detectó la posibilidad o riesgo de muerte de las maternas según etnia a partir de la regresión logística retrógrada<sup>21</sup> (Tabla 4), se observa que las mujeres indígenas de 10 a 14 años tuvieron 3,3 veces más posibilidad de mortalidad materna que las mujeres no indígenas de 20 a 34 años, ajustada por las otras variables incluidas en el modelo (IC 95%:1,3-8,6); las demás mujeres indígenas (de 15 a 19 años y de 35 y más años), aunque tuvieron una mayor posibilidad respecto a las de 20 a 34 años, no mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $P > 0,05$ ). Al analizar por lugar de residencia, las mujeres indígenas que vivían en centros poblados tenían 3,2 veces más posibilidad de morir que las mujeres no indígenas que vivían en zonas urbanas, ajustada por las demás variables incluidas en el modelo (IC 95%:1,8-5,8); esta posibilidad fue 9,1 veces mayor para aquellas mujeres indígenas que vivían en zonas rurales dispersas que para las que vivían en zonas urbanas (IC 95%:6,1-13,5).

<sup>21</sup> Las variables incluidas en el modelo final fueron edad en grupos —categoría 10 a 14 años, categoría 15 a 19 años, categoría 35 y más años—, lugar de residencia —categoría centro poblado, categoría rural disperso—, sitio de la defunción —categoría casa/domicilio, categoría vía pública/otro—, afiliación —categoría subsidiado, categoría no asegurado— y asistencia médica.





**Tabla 4.** Riesgo de mortalidad materna entre población indígena y no indígena ajustado por variables sociales y demográficas en Colombia, 2008-2013

Etnia	OR	Error Estándar	Intervalo de Confianza 95%		Valor P
<b>Grupos de edad</b>					
20-35 años (Ref.)	1,0				
10 a 14 años	3,3	1,6	1,3	8,6	0,01
35 y más años	1,2	0,3	0,8	1,9	0,39
15 a 19 años	1,3	0,3	0,9	1,9	0,22
<b>Lugar de residencia</b>					
Área Urbana (Ref.)	1,0				
Centros poblados	3,3	1,0	1,8	5,8	0,00
Zonas rurales	9,1	1,3	6,1	13,5	0,00
<b>Sitio de defunción</b>					
Hospital/Clínica (Ref.)	1,0				
Casa domicilio	1,3	0,5	0,7	2,6	0,44
Otros lugares	1,3	0,4	0,6	2,5	0,48
<b>Régimen de seguridad social</b>					
Régimen contributivo/especial (Ref.)	1,0				
Régimen subsidiado	7,2	3,3	2,9	17,9	0,00
No Asegurado	3,7	1,9	1,3	10,3	0,01
<b>Asistencia Médica</b>					
Si (Ref.)	1,0				
No	2,2	0,5	1,2	4,3	0,015

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al sitio de defunción, las mujeres indígenas tuvieron mayor posibilidad de morir que las no indígenas si su lugar de defunción había sido el domicilio u otro lugar, con respecto a que el lugar de atención del parto hubiera sido un centro asistencial —clínica, hospital o centro de salud—; sin embargo, esta diferencia no fue significativa ( $P > 0,05$ ). En materia de afiliación a la seguridad social, se detectó que las mujeres indígenas con régimen subsidiado tenían 7,2 veces más posibilidad de morir que las no indígenas afiliadas al régimen contributivo (IC 95%:2,9-17,9), y esta posibilidad fue 3,7 veces mayor para aquellas mujeres indígenas no aseguradas (IC 95%:1,3-10,3). Finalmente, las mujeres indígenas tuvieron cerca de 2,2 veces más posibilidad de morir si no recibían asistencia médica.





### 3.2. Comportamiento, tendencias y desigualdades de la mortalidad materna en la población indígena de la subregión Cesar, La Guajira y Magdalena, 2008-2013

La subregión conformada por los departamentos de Cesar, La Guajira y Magdalena albergan buena parte de las comunidades pertenecientes a las etnias wayuu y arhuaca, que son a su vez las comunidades con mayor proporción indígena en estos territorios. A pesar de que la información poblacional disponible no está desagregada por comunidad, parece razonable presumir que el comportamiento de los indicadores para la población indígena general de cada departamento es el mismo que el de los pueblos en estudio.

Varios datos resultan de particular interés en esta subregión (Tabla 5). Primero, el 37,3% de las muertes maternas en pueblos indígenas del país ocurre en estos tres departamentos, en una proporción mucho mayor que en otras regiones y subregiones con un alto número de población indígena, como la subregión Cauca-Nariño —de la Región Pacífica— o las subregiones de la Orinoquía-Amazonía. Segundo, el departamento de La Guajira supera los casos reportados para Magdalena y Cesar (66,7 y 3 casos respectivamente), además de que presenta el mayor número de muertes maternas indígenas del país durante el período 2008-2013. Tercero, salvo en el Vaupés —en el que todas las muertes fueron de población indígena—, en La Guajira el 67,3% del total de muertes del departamento fueron de mujeres indígenas. A pesar del peso de La Guajira en el número de muertes, el comportamiento de las tasas entre los tres departamentos y el promedio nacional es diferente. Como se señala en la Tabla 5, Magdalena es el departamento con la mayor RMM en población indígena es Magdalena —consecuencia del bajo número de nacimientos para el período—, y la vez que el departamento con mayor razón de tasa —siete veces el promedio del país—. Cuarto, la RMM en indígenas es superior a las no indígenas, y la brecha es inferior al promedio nacional, excepto en el caso del Magdalena.

**Tabla 5.** Razones de mortalidad materna y razón de tasa indígena y no indígena por cien mil NV en Colombia, Cesar, La Guajira y Magdalena, 2008-2013

Pertenencia étnica	Colombia	Cesar	La Guajira	Magdalena
Indígena	252,3	212,8	289,1	2.777,8
No Indígena	54,7	69,4	63,6	81,9
RMMI/RMMNI	4,6	3,1	4,5	33,9

*Fuente: Elaboración propia.*

El comportamiento de las muertes gestantes según variables socio-demográficas es también diferencial entre poblaciones indígenas y no indígenas de los departamentos de la subregión, como se muestra a continuación.





### Departamento de La Guajira

La mayor proporción de muertes maternas ocurrió entre los 20 y 34 años, pero mientras en la población no indígena el 53,1% ocurrió en esas edades, solo fue de 38,8% en las indígenas. Por el contrario, el porcentaje de indígenas menores de 19 años que murió fue 9,6 puntos porcentuales mayor que las no indígenas. Esta distribución podría relacionarse con el inicio temprano de la vida reproductiva y su finalización más tardía en las mujeres indígenas, en comparación con las no indígenas.

Las muertes maternas ocurrieron en su mayoría en mujeres casadas o con unión. Una mayor proporción de las muertes de mujeres no indígenas correspondió a mujeres que no se encontraban casadas ni con unión, en comparación con las indígenas (25,0% y 16,4%, respectivamente). El nivel educativo de las mujeres indígenas es más bajo que el de las no indígenas: mientras el 37,5% de las mujeres no indígenas habían cursado estudios de bachillerato, solamente 10,4% de las indígenas habían alcanzado este nivel, y mientras que en las no indígenas el 12,5% tenía educación profesional y el 6,3% educación técnica, ninguna mujer indígena había alcanzado algún grado de educación superior. La cuarta parte de las mujeres indígenas no tenía nivel educativo alguno.

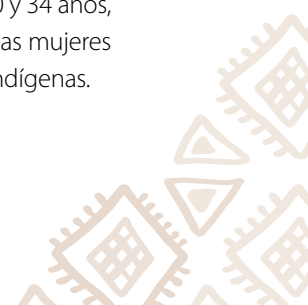
Las muertes en este departamento ocurrieron principalmente en cabeceras municipales, tanto para mujeres indígenas como no indígenas. El 68,7% de las mujeres indígenas residía en áreas rurales dispersas, pero solo el 3,1% de las no indígenas lo hacía; y una mayor cantidad de mujeres no indígenas habitaba en centros poblados (12,5%) en comparación con las indígenas (7,5%). Todas las mujeres no indígenas, independientemente del área donde residían, fallecieron en una cabecera municipal, mientras que el 16,4% de las mujeres indígenas murieron fuera de las cabeceras municipales.

Las principales causas de muerte en las mujeres indígenas fueron directas (71,5%), principalmente por problemas como eclampsia (19,4%), hipertensión gestacional (14,9%), sepsis puerperal (14,9%), hemorragia post-parto (6,0%) y aborto no especificado (6,0%), mientras en las mujeres no indígenas predominaron las causas indirectas (52,1%), dentro de las que las clasificadas como "otras enfermedades maternas" tuvieron el 37,5%.

En relación con el aseguramiento, 82,1% de las muertes indígenas ocurrió en mujeres que pertenecían al régimen subsidiado, 13,4% no estaba asegurado y menos del 2% pertenecía al régimen contributivo. Las mujeres no indígenas pertenecían al régimen subsidiado en el 56,3% de los casos y al contributivo en el 34,2%; las no aseguradas fueron el 9,4% de los casos.

### Departamento del Cesar

Las muertes por causas obstétricas ocurrieron en su mayoría en mujeres entre 20 y 34 años, 100% en el caso de las indígenas y 67,9% en el de las no indígenas. El 65,5% de las mujeres no indígenas se encontraba casada o con unión, al igual que la totalidad de las indígenas.





En cuanto al nivel educativo, casi la mitad de las mujeres no indígenas había alcanzado nivel de primaria o secundaria —aunque al menos en la tercera parte de los casos no se reportó—, y solo el 2,4% de las mujeres no tenía nivel educativo alguno. En cuanto a las mujeres indígenas, el 66,7% no había alcanzado nivel educativo alguno, y en la tercera parte restante no se tuvo información.

La mayoría de las mujeres indígenas residía en el rural disperso (66,7%), en tanto las no indígenas lo hacían en la cabecera municipal (71,4%). En ambos grupos el área de defunción fue la cabecera municipal, y el sitio de defunción fue hospital o clínica. En las mujeres no indígenas la defunción en la vía pública fue de 2,4%.

El total de las muertes en mujeres indígenas y el 61,9% de las no indígenas fueron por causas directas, principalmente hipertensión inducida por el embarazo, sepsis puerperal, hemorragia pos-parto, aborto y eclampsia. Todas las indígenas fallecidas estaban afiliadas al régimen subsidiado, así como la mayoría de las no indígenas, aunque en estas últimas casi la cuarta parte (22,6%) pertenecía al régimen contributivo. Recibió asistencia médica el 100% de las indígenas y el 94% de las no indígenas.

### Departamento de Magdalena

El 57,1% de las muertes maternas en indígenas fue de mujeres entre 15 y 24 años, y el 42,9% entre 25 y 29 años. En las no indígenas, el 38,3% se encontraba entre 15 y 24 años, y el 24,5% entre 30 y 34 años de edad. La mayor parte de las mujeres se encontraba casada o con unión —85,7% de las indígenas y 70,1% de las no indígenas—.

El 42,9% de las muertes ocurrió en mujeres indígenas que alcanzaron preescolar o primaria, pero el 28,6% no contaba con nivel educativo alguno. Por su parte, el 41,1% de las muertes ocurrió en mujeres no indígenas con nivel de escolaridad de bachillerato.

De acuerdo con el área de residencia, algo más del 85,7% de las indígenas residía en áreas rurales dispersas, en tanto que el 72% de las no indígenas lo hacía en la cabecera municipal, en donde ocurrió la mayoría de las muertes. A pesar de vivir principalmente en áreas rurales dispersas, 71,4% de las mujeres indígenas falleció en la cabecera. El sitio de defunción fue en ambos grupos el hospital o clínica —83,9% en no indígenas y 71,4% en indígenas—.

A semejanza del Cesar, en el departamento del Magdalena las principales causas de muertes maternas fueron directas —85,8% en indígenas y 62,6% en no indígenas—, principalmente por causas como la hipertensión gestacional, hemorragia post-parto y sepsis puerperal. En 24,3% de las no indígenas y 14,3% de las indígenas, las muertes fueron por “otras enfermedades maternas no clasificadas”.

En relación con el aseguramiento y la atención, la mayoría de las mujeres en ambas poblaciones pertenecía al régimen subsidiado —85,7% de las indígenas y 60,7% de las





no indígenas—. En el caso de las no indígenas, casi el 20% estaba afiliado al régimen contributivo. Llama la atención que en el 15% se reportó no tener afiliación.

En síntesis, en la subregión constituida por estos tres departamentos, la mortalidad materna en mujeres indígenas es significativamente mayor que la de las mujeres no indígenas. El departamento en el cual ocurrieron la mayor cantidad de muertes fue La Guajira; sin embargo, las razones de mortalidad materna más altas en indígenas las alcanzaron en algunos periodos Magdalena y Cesar, debido a la baja cantidad de NV en estas poblaciones. Esto, lejos de significar que las muertes indígenas en estos dos departamentos no son una causa de preocupación, muestra que para las mujeres indígenas el riesgo de que el embarazo lleve a la muerte es inaceptablemente alto.

### 3.3. Comportamiento, tendencias y desigualdades de la mortalidad neonatal en la población indígena en Colombia, 2008-2013

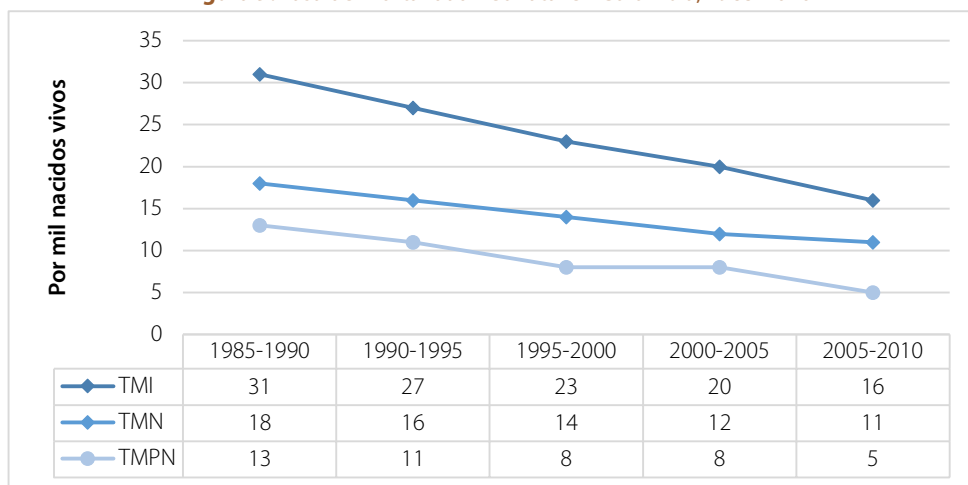
En cuanto al comportamiento de la mortalidad neonatal, datos del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 con base en estadísticas vitales ajustadas del DANE, revelan un descenso en las cifras de mortalidad infantil desde el quinquenio 1995-2000, pasando de 27,5 por cada mil NV en 1998 a 20,6 en 2008, con importantes diferencias regionales y socio-económicas (DNP, 2011, p. 828).

Como se aprecia en la Figura 9, esta disminución general de la mortalidad infantil es principalmente derivada de la reducción en la tasa de mortalidad post-neonatal, porque la reducción en la tasa de mortalidad neonatal —que pasó de 18 por mil NV en el período 1985-1990 a 11 por mil NV en el período 2005-2010—, es menos acentuada. Según el referido Plan de Desarrollo, entre 1998 y 2008 la mortalidad neonatal representó el 63% de los casos de muertes de menores de un año; no obstante, lo más notable ha sido el cambio en la distribución, ya que mientras en 1998 el 45% de las muertes ocurría en la primera semana —25% el primer día de vida—, en 2008 las muertes en los primeros siete días se habían reducido a 37%, lo cual sugiere una mejora en las condiciones de atención del parto (DNP, 2011, p. 831).





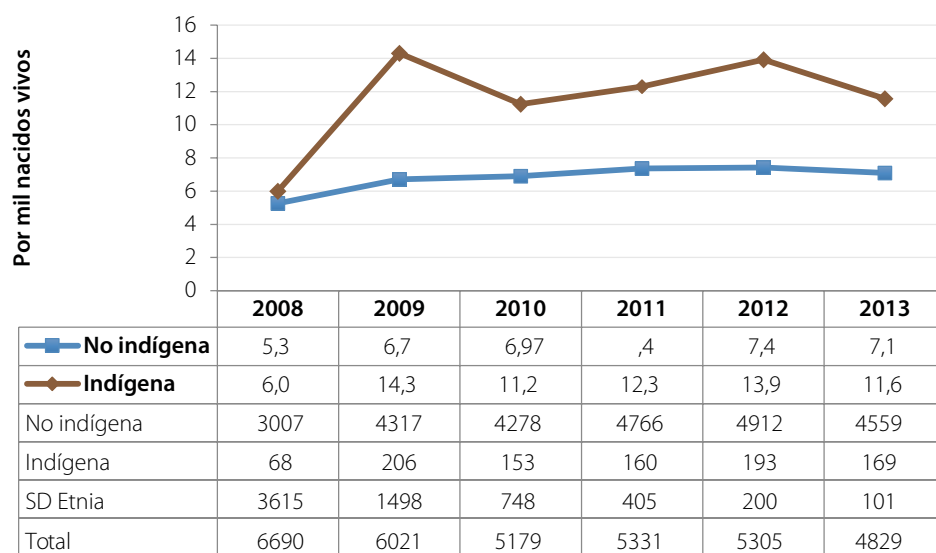
**Figura 9.** Tasa de mortalidad neonatal en Colombia, 1985-2010



Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENDS-2010. Mortalidad neonatal, post-neonatal e infantil para varios quinquenios anteriores a la encuesta de 2010 (Profamilia, 2011, p. 192).

Los datos de esta investigación para el período 2008 y 2013, construidos a partir de los registros DANE, muestran que la TMN es 1,7 veces mayor en la población indígena que en la no indígena (Figura 9). En el caso de la población indígena, se presenta un aumento de casi el doble en las muertes neonatales —ya que se pasa de 6,0 en 2008 a 11,6 muertes por mil NV en el 2013—, mientras que en la población no indígena el incremento ha sido menos acentuado —de 5,3 en 2008 a 7,1 muertes por 1000 NV en 2013—.

**Figura 10.** Tasa de mortalidad neonatal en población indígena y no indígena en Colombia, 2008-2013



Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas vitales entre 2008 y 2013, DANE (2011b).

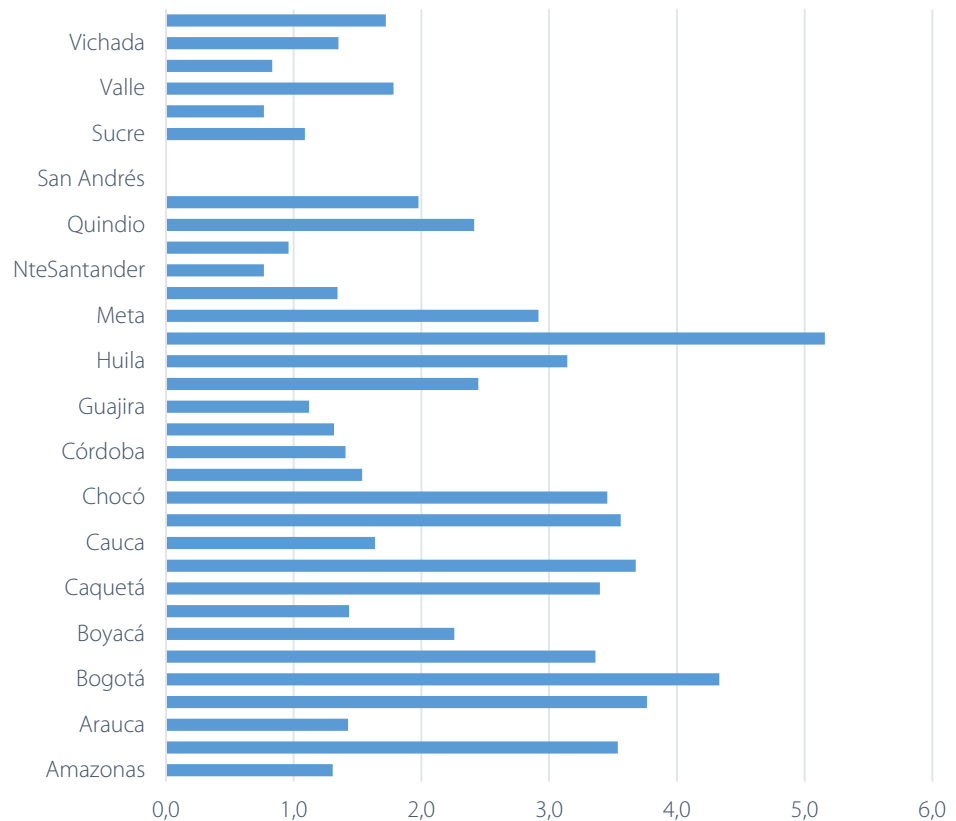






En la Figura 10 se observa que, del total de muertes neonatales, el 77,5% fue en no indígenas, el 2,8% en indígenas y el 19,7% no tenía registro de etnia. El comportamiento de la tasa entre indígenas y no indígenas fue de 1,7 veces a nivel nacional, y es diferencial por departamentos —como se aprecia en la Figura 10—. La razón de tasas fue muy alta en Magdalena (5,2) y Bogotá (4,3); Cesar estuvo arriba de la media nacional (3,2) y La Guajira por debajo (1,1) —a pesar de que fue el departamento que más muertes neonatales aportó para el período 2008-2013 (21.8%)—. El comportamiento en La Guajira fue similar entre indígenas y no indígenas, lo que refleja que la problemática afecta por igual a toda la población. En Santander y San Andrés no hubo reportes de muertes en indígenas, aunque sí en población no indígena, por lo cual la razón fue cero.

**Figura 11.** Razón de tasas de mortalidad neonatal en población indígena y no indígena en Colombia, 2008-2013



Fuente: Elaboración propia.

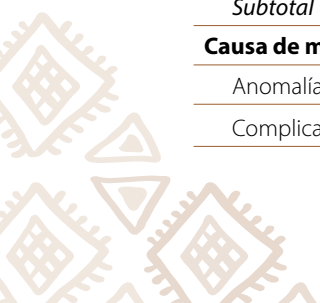
Al igual que en el caso de la mortalidad materna, la distribución según edad, estado civil y nivel educativo de la madre, área de defunción, sitio de defunción, causa de muerte, afiliación a la seguridad social, asistencia médica, tiempo de gestación, tipo de parto y peso al nacer que se muestra en la Tabla 6, puede dar contexto a las diferencias en los indicadores.





**Tabla 6.** Muertes neonatales de población indígena y no indígena según variables demográficas y socio-económicas en Colombia, 2008-2013

Variable	Indígena		No indígena	
	n.º	%	n.º	%
<b>Edad de la madre</b>				
10 a 14 años	29	3,06	336	1,3
15 a 19 años	221	23,29	5899	22,83
20 a 34 años	536	56,48	15823	61,24
35 y más años	126	13,28	3140	12,15
Sin información	37	3,9	641	2,48
<b>Subtotal</b>	<b>949</b>	<b>100,0</b>	<b>25839</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado Civil</b>				
Casada/unida	547	57,64	16463	63,71
Divorciada separada	7	0,74	347	1,34
Nunca casada/unida	146	15,38	4116	15,93
Sin información	249	26,24	4913	19,01
<b>Subtotal</b>	<b>949</b>	<b>100,0</b>	<b>25839</b>	<b>100,0</b>
<b>Nivel educativo de la madre</b>				
Ninguno	150	15,81	384	1,49
Hasta primaria	280	29,5	4534	17,55
Hasta secundaria	170	17,91	11228	43,45
Técnica o tecnológica	2	0,21	1290	4,99
Universitaria	4	0,42	1850	7,16
Sin información	343	36,14	6553	25,36
<b>Subtotal</b>	<b>949</b>	<b>100,0</b>	<b>25839</b>	<b>100,0</b>
<b>Área defunción</b>				
Cabecera Municipal	793	83,56	25371	98,19
Centro Poblado	38	4	108	0,42
Rural Disperso	117	12,33	347	1,34
Sin Información	1	0,11	13	0,05
<b>Subtotal</b>	<b>949</b>	<b>100,0</b>	<b>25839</b>	<b>100,0</b>
<b>Sitio Defunción</b>				
Casa/Domicilio	122	12,86	707	2,74
Centro/Puesto de Salud	15	1,58	69	0,27
Hospital/Clínica	764	80,51	24556	95,03
Otros	44	4,64	375	1,45
Sin información	4	0,42	132	0,51
<b>Subtotal</b>	<b>949</b>	<b>100,0</b>	<b>25839</b>	<b>100,0</b>
<b>Causa de muerte</b>				
Anomalías cardíacas	31	3,27	1956	7,57
Complicaciones por parto pre término	228	24,03	769	29,76





Variable	Indígena		No indígena	
	n.º	%	n.º	%
Encefalopatía neonatal	172	18,12	3347	12,95
Otras Infecciones vías respiratorias inferiores	69	7,27	925	3,58
Otras anomalías congénitas	56	5,9	2395	9,27
Otros trastornos neonatales	110	11,59	2796	10,82
Sepsis y otras relacionadas con el parto	135	14,23	3235	12,52
Resto	148	15,59	10416	13,53
Subtotal	949	100,0	25839	100,0
<b>Afiliación a Seguridad Social</b>				
Contributivo	51	5,37	8871	34,33
Especiales	6	0,63	644	2,5
No asegurado	171	18,02	3106	12,02
Subsidiado	706	74,39	12869	49,8
Sin información	15	1,58	349	1,35
Subtotal	949	100,00	25839	100,0
<b>Asistencia Médica</b>				
Si	815	85,88	24912	96,41
No	108	11,38	634	2,45
Sin información	26	2,74	293	1,13
Subtotal	949	100,0	25839	100,0
<b>Tiempo de gestación</b>				
Menor de 28 semanas	120	12,83	7454	28,8
De 28 a 37 semanas	359	39,6	11713	45,3
38 a 41 semanas	303	34,07	5118	19,8
42 o más semanas	12	1,3	120	0,5
Sin información	155	13,5	1434	5,5
Subtotal	949	100,0	25839	100,0
<b>Tipo de parto</b>				
Cesárea/Instrumentado	285	30,03	14034	54,31
Espontaneo	628	66,17	11074	42,86
Sin información/ignorado	36	3,79	731	2,83
Subtotal	949	100,0	25839	100,0
<b>Peso al nacer</b>				
Menos de 1500	249	26,2	11709	45,3
1500 a 2500 gr	202	21,3	5407	20,9
Mayor de 2500 gr	338	35,6	7077	27,4
Sin información	160	16,9	1646	6,4
Subtotal	949	100,0	25839	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas vitales entre 2008 y 2013, DANE (2011b).





En relación con los aspectos demográficos, el mayor número de muertes, tanto en indígenas como en no indígenas, se presentó en recién nacidos cuyas madres tenían entre 20 y 34 años. Llama la atención que en el grupo de edad entre 10 a 14 años, la razón porcentual en indígenas era 2,4 veces mayor que en la población no indígena. La situación conyugal no tuvo mayores diferencias, aunque la mayor proporción de muertes neonatales se presentó en hijos de mujeres casadas o en unión libre.

Desde el punto de vista socioeconómico, los datos sobre nivel educativo de la madre son importantes, pese a que en ambos grupos algo más del 30% —en promedio— no informó al respecto. La mayor proporción de las muertes neonatales en indígenas en Colombia se presenta en la población cuyas madres tenían escolaridad primaria (29,5%), más alto que el de las mujeres no indígenas (17,5%). Sin embargo, en el caso de aquellas madres que no contaban con nivel educativo alguno, la razón porcentual es 10 veces mayor en las mujeres indígenas que en las no indígenas. Para las mujeres no indígenas, la mayor proporción se presenta en mujeres con secundaria, que es 2,5 veces mayor que para la población indígena.

Otra diferencia está en el comportamiento de la mortalidad según área de defunción de los neonatos. Si bien la mayor proporción se presenta en la cabecera municipal para ambos grupos poblacionales, el área rural muestra amplias diferencias. En el área rural dispersa, la proporción de casos reportados fue 9 veces mayor en población indígena. En cuanto al sitio de defunción, en la mayoría de los casos se presenta en los servicios de salud, aunque en indígenas la proporción de muertes que ocurre en la casa o domicilio es cinco veces mayor que en no indígenas. Respecto de la causa de muerte, más del 50% de ambas poblaciones fue debido a complicaciones por el parto pretérmino, seguido de encefalopatía neonatal, sepsis y otras enfermedades relacionadas con el parto.

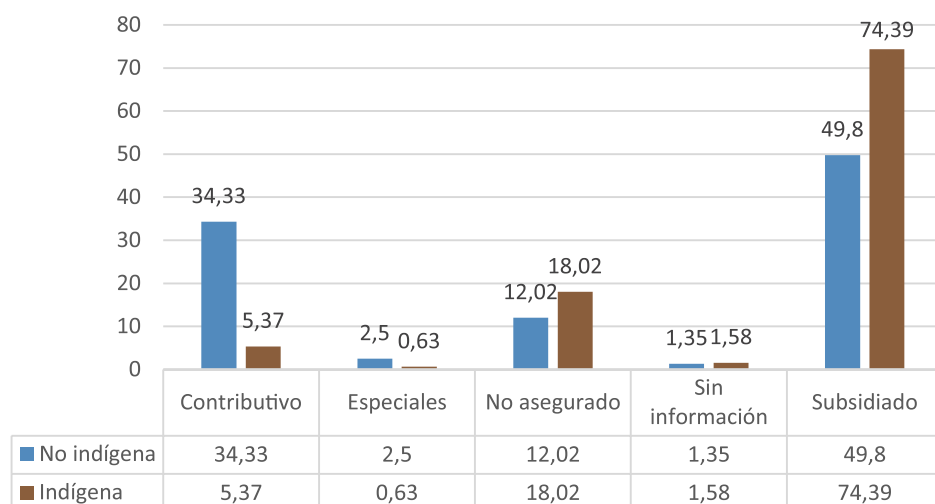
En la mayoría de la población indígena y no indígena, las madres de los neonatos fallecidos estaban afiliadas al régimen subsidiado (Tabla 6); sin embargo, la proporción de madres afiliadas al régimen contributivo fue casi 7 veces mayor en no indígenas, a la vez que el porcentaje de no aseguradas fue superior en las madres indígenas. En la población indígena el porcentaje de madres que recibió atención institucional durante el parto fue 4,8 veces menor que en la población no indígena.

Según el tiempo de duración de la gestación, es de resaltar que el 52,4% de las muertes neonatales indígenas ocurrió en prematuros —menos de 38 semanas—, una proporción menor a la observada en no indígenas (74,1%). De hecho, el 66,2% de los neonatos no indígenas y el 47,5% de los indígenas tenía bajo o muy bajo peso al nacer —menos de 2.500 gramos—, lo que sugiere que se trata principalmente de muertes perinatales.





**Figura 12.** Muertes neonatales por régimen de afiliación de la madre en población indígena y no indígena en Colombia, 2008-2013



Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas vitales entre 2008 y 2013, DANE (2011b).

Según el tipo de parto, las muertes ocurrieron en madres con parto espontáneo —66,2% en indígenas y 42,9% en no indígenas—, pero la práctica de la cesárea es muy alta en ambas poblaciones —30% en indígenas y 54,3% en no indígenas—, en porcentajes que superan el 15% máximo recomendado por la OMS (2015b).

Con el análisis múltiple también se detectó la posibilidad o riesgo de muerte neonatal según etnia, a partir de la regresión logística retrógrada<sup>22</sup>. En la Tabla 7 se observa que la posibilidad de muertes de neonatos indígenas era 2,1 veces más alta si su madre tenía de 10 a 14 años, respecto a los neonatos con madres no indígenas de 20 a 34 años (IC 95%:1,4-3,3); las demás muertes neonatales —madres de 15 a 19 años y/o de 35 y más años— no mostraron una mayor posibilidad respecto a las de 20 a 34 años ( $P>0.05$ ). Al analizar por lugar de residencia, las muertes de neonatos indígenas tuvieron 5,8 veces más posibilidad de ocurrir en centros poblados que las de los neonatos cuyas madres vivían en zonas urbanas (IC 95%:3,4-10,1), y una posibilidad 4,1 veces mayor para neonatos cuyas madres vivían en zonas rurales dispersas que en las que vivían en zonas urbanas (IC 95%:2,7-6,3).

22 Las variables incluidas en el modelo final fueron edad en grupos (categoría 10 a 14 años, categoría 15 a 19 años, categoría 35 y más años), lugar de residencia (categoría centro poblado, categoría rural disperso), sitio de la defunción (categoría casa/domicilio, categoría vía pública/otro), afiliación (categoría subsidiado, categoría no asegurado), asistencia médica (categoría sí), semanas de gestación (categoría menor de 27 semanas, categoría de 28 a 37 semanas y categoría de más de 42 semanas) y peso al nacer (categoría menor a 1500 g, categoría de 1501 a 2500 g).





**Tabla 7.** Riesgo de mortalidad neonatal entre población indígena y no indígena ajustado por variables sociales y demográficas en Colombia, 2008-2013

Etnia	OR	Error Estándar	Intervalo de Confianza 95%		Valor P
<b>Grupos de edad</b>					
20 a 35 años (Ref.)	1,0				
10 a 14 años	2,1	0,5	1,4	3,3	0,0
35 y más años	1,3	0,2	1,1	1,7	0,0
15 a 19 años	1,0	0,1	0,8	1,1	0,6
<b>Lugar de residencia</b>					
Zona urbana (Ref.)	1,0				
Centros poblados	5,8	1,6	3,4	10,1	0,0
Zonas rurales	4,1	0,9	2,7	6,3	0,0
<b>Sitio de defunción</b>					
Hospital/clínica/centro salud (Ref.)	1,0				
Casa domicilio	1,5	0,4	0,9	2,4	0,1
Otros lugares	1,1	0,3	0,6	1,9	0,6
<b>Régimen de seguridad social</b>					
Régimen contributivo/especial (Ref.)	1,0				
Régimen subsidiado	7,3	1,1	5,4	9,7	0,0
No asegurado	6,9	1,2	4,9	9,6	0,0
<b>Peso al nacer</b>					
Más de 2500 g. (Ref.)	1,0				
1500 a 2500 g.	1,1	0,1	0,9	1,4	0,2
Menos de 1500 g.	1,1	0,2	0,9	1,5	0,4
<b>Asistencia médica</b>					
Si (Ref.)	1,0				
No	1,2	0,3	0,7	1,9	0,5

Fuente: *Elaboración propia.*

Las muertes de los neonatos en indígenas tuvieron mayor posibilidad de ocurrencia si su lugar de defunción había sido el domicilio u otro, con respecto a si el lugar de defunción había sido en un centro asistencial de salud —clínica, hospital o centro de salud—, aunque no hubo diferencias significativas ( $P > 0,05$ ). En cuanto al tipo de afiliación, se detectó que las muertes neonatales tenían 7,3 veces más riesgo de ocurrir si las madres estaban afiliadas al régimen subsidiado con respecto a los neonatos de madres no indígenas que tenían régimen contributivo (IC 95%:5,4-9,7); este riesgo fue 6,9 veces mayor para los neonatos indígenas con madres sin seguro respecto de aquellas en el régimen contributivo (IC 95%:4,9-9,6).



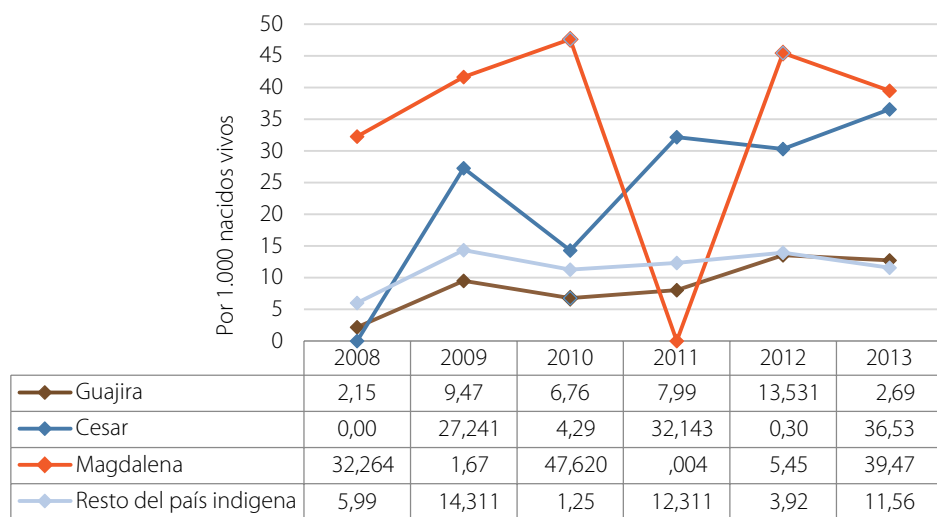


### 3.4. Comportamiento, tendencias y desigualdades de la mortalidad neonatal en la población indígena de la subregión Cesar, La Guajira y Magdalena, 2008-2013

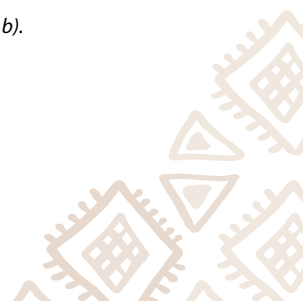
Entre 2008 y 2013 se presentó en Colombia una TMN de 6,8 por mil NV en población no indígena; Magdalena (7,7) y La Guajira (8,1) tuvieron incidencias superiores a dicho promedio, y Cesar un comportamiento similar al del país (6,8). Los tres departamentos aportaron cerca del 8,3% de las muertes maternas en no indígenas.

Por su parte, la tasa en población indígena fue de 11,7 por mil NV para el período, y los tres departamentos aportaron en promedio cerca del 26,5% de las muertes. Entre 2008 y 2013, el comportamiento epidemiológico evidencia que, aunque Magdalena tuvo la incidencia más alta (39,7), esto no fue sostenido—inclusive, en el 2011 no hubo, lo que genera el valle observado en la Figura 13—. Cesar tuvo una tendencia al ascenso, pues para el último año presentó tasas superiores a 35 por mil NV, situación que puede ser posiblemente derivada de los subregistros que se pudieron presentar en los primeros años (2008-2009) y de los mejores registros y/o mejor acceso a los servicios de salud que han tenido las poblaciones indígenas en los últimos años. Por su parte, La Guajira ha tenido un comportamiento epidemiológico similar al país—inclusive, con incidencias menores al promedio nacional—, lo cual se explica por el gran volumen de nacimientos en población indígena que ocurre en este departamento, lo que produce que la tasa se diluya.

**Figura 13.** Mortalidad neonatal en indígenas de La Guajira, Cesar, Magdalena y el resto del país, 2008-2013



Fuente: Elaboración propia con base en estadísticas vitales entre 2008 y 2013, DANE (2011b).





En relación con la edad de la madre, se observa que la proporción de muertes neonatales de madres entre 10 y 14 años fue mayor en población indígena que en población no indígena en Cesar y Magdalena —de hecho, el porcentaje de muertes de mujeres indígenas en el Cesar fue el mayor de los tres departamentos (5,9%)—, mientras que en La Guajira y Magdalena la proporción de muertes de madres indígenas mayores de 35 años fue de 22,7% y 20%, respectivamente. En cuanto al estado civil, las mujeres indígenas del departamento de Magdalena nunca casadas o con unión (30%) tuvieron una proporción dos veces más alta que la encontrada a nivel nacional (15,4%).

Respecto del nivel educativo de las madres indígenas cuyos neonatos murieron, se observa que la proporción de mujeres sin escolaridad alguna fue más alta en Cesar (23,5%) y La Guajira (18,3%) que el nivel nacional (15,8%); estas proporciones podrían ser mayores si se tiene en cuenta que cerca del 60% de la información sobre esta variable no se registró.

En cuanto al área y sitio de defunción, las muertes de recién nacidos ocurrieron principalmente en las cabeceras municipales de los tres departamentos (más del 97%), y principalmente en los servicios de salud (superior al 94%), en mayores proporciones que las encontradas a nivel nacional (80,5%). Por otra parte, la afiliación de las madres a la seguridad social a través del régimen subsidiado fue más alta en el departamento del Cesar (91,2%) que a nivel nacional (74,4%). Estas poblaciones tienen mayor proporción de registro de atención médica (superior al 97%) que la del nivel nacional (85,9%).

Sobre tiempo de gestación, tipo de parto y peso al nacer, en La Guajira hubo una mayor prematuridad en las muertes neonatales de mujeres indígenas (67%) en comparación con el promedio nacional (51%). En los tres departamentos predominó el parto por cesárea o instrumentado en las mujeres no indígenas, pero en las indígenas el porcentaje fue elevado —35,3 en Cesar, 44% en La Guajira y 60% en Magdalena—. En La Guajira, la proporción de bajo y muy bajo peso al nacer de neonatos indígenas fue superior al registrado a nivel nacional (66,7 vs. 50,5%) y a los datos de Cesar (45,2%) y Magdalena (30%); en población no indígena, el bajo y muy bajo peso al nacer fue superior al 60% en los tres departamentos.

En síntesis, los datos de la subregión presentados muestran que el porcentaje de muertes neonatales de madres indígenas menores de edad es mayor que en la población no indígena, aunque la mayor proporción se presenta en mujeres entre los 20 y 34 años. En promedio, el 77% de las muertes ocurre en hijos de mujeres afiliadas al régimen subsidiado, 97% de las cuales son atendidas en el sistema de salud, y cuya tercera parte —cuando menos— ha terminado en cesárea. En promedio, más del 50% han muerto con prematuridad —75% en La Guajira, donde más del 65% de los neonatos muertos tenía bajo y muy bajo peso al nacer—.



*En relación con la edad de la madre, se observa que la proporción de muertes neonatales de madres entre 10 y 14 años fue mayor en población indígena que en población no indígena en Cesar y Magdalena.*





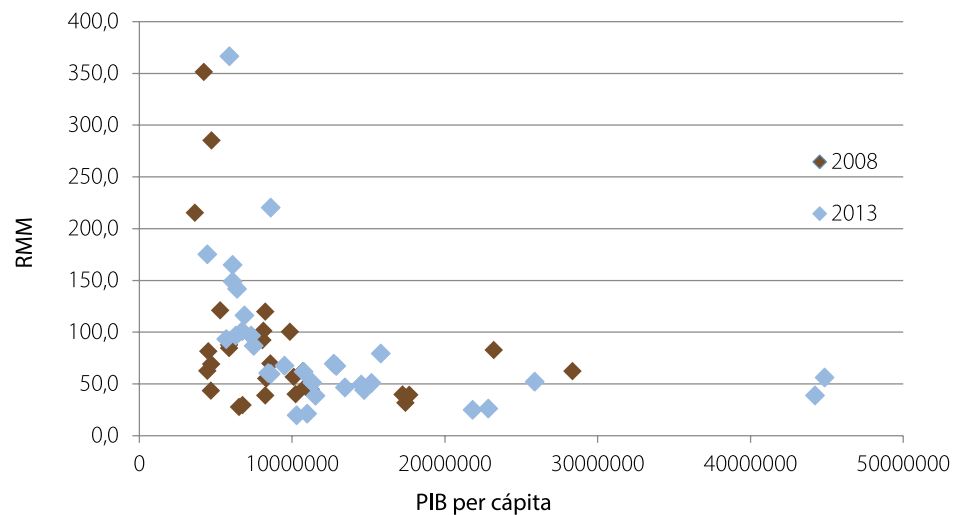


### 3.5. Desigualdades de la mortalidad materna y neonatal en población indígena y no indígena en Colombia, 2008-2013

Los siguientes resultados contemplan a la población general por departamento. Esta decisión obedece a que los datos en población indígena son escasos —los recién nacidos para población indígena en algunos departamentos son muy bajos—, lo cual afecta los hallazgos.

Desde una perspectiva ecológica, fue posible encontrar una relación inversamente proporcional entre el ingreso medido como PIB per cápita a nivel departamental y la RMM para 2008 y 2013. En la Figura 14 se observa que a medida que aumenta el ingreso, las RMM departamentales rápidamente se reducen. En los departamentos que tuvieron en 2013 un PIB promedio mayor a 20 millones, tienen razones cuatro veces menores que aquellos en donde el ingreso ronda los 10 millones de pesos.

**Figura 14.** Tasa de mortalidad materna vs. PIB per cápita en Colombia, 2008 y 2013



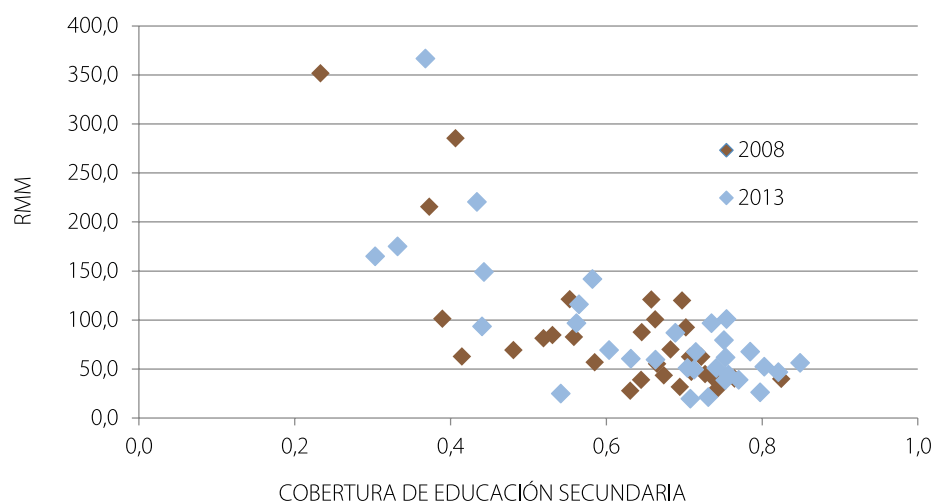
Fuente: Elaboración propia.

La RMM departamental mostró una relación negativa con la cobertura de educación secundaria para niños y niñas de 11 a 14 años de edad (Figura 15). En los dos años estudiados, las coberturas educativas superiores al 50% se correspondieron con una menor mortalidad materna departamental.





**Figura 15.** Tasa de mortalidad materna vs cobertura de educación secundaria en Colombia, 2008 y 2013



Fuente: *Elaboración propia.*

A fin de explorar las correlaciones entre las variables contextuales seleccionadas y las RMM, se calcularon coeficientes de correlación de Spearman. Para los años de estudio se encontraron relaciones fluctuantes entre las variables analizadas. Por ejemplo, el coeficiente de Gini, que correlacionó positiva y significativamente en 2008 ( $P < 0,05$ ) con la RMM, perdió en 2013 dicha relación ( $P > 0,05$ ). Un caso similar se presenta para la proporción de viviendas en estrato 6, que fue altamente significativa en 2013. Los datos más consistentes fueron el PIB per cápita, la cobertura de educación secundaria departamental y la cobertura departamental de alcantarillado, que fueron correlacionados negativamente con la RMM de forma moderada ( $\rho > 0,3$  y  $< 0,7$ ).

**Tabla 8.** Correlaciones entre la mortalidad materna y algunas variables del contexto departamental. Colombia, 2008 y 2013

Variable	2008		2013	
	rho de Spearman	P Value	rho de Spearman	P Value
PIB per cápita	-0,3052	0,0841	-0,7490	0,0000
Coefficiente Gini	0,4153	0,0436	0,0766	0,7222
Cobertura de educación secundaria	-0,3156	0,0736	-0,5451	0,0010
Proporción de viviendas en estrato 1	0,4762	0,0104	0,2595	0,1912
Proporción de viviendas en estrato 6	-0,0631	0,7497	-0,4404	0,0215
Cobertura departamental de alcantarillado	-0,3410	0,0521	-0,6407	0,0001

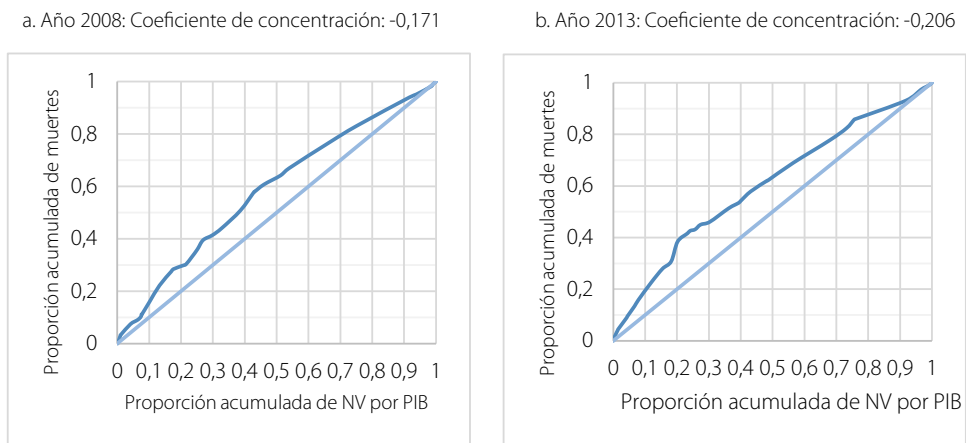
Fuente: *Elaboración propia.*





En cuanto a los indicadores de desigualdades en mortalidad materna —MM— asociadas al ingreso, se observa un coeficiente de concentración que evidencia que en los departamentos con el quintil con menor ingreso se acumuló el 29% de las muertes maternas en 2008, y que esta situación se recrudeció para 2013, ya que ese quintil cargó con cerca del 37% de las muertes. Al contrario, los departamentos con el quintil de ingresos más altos aportaron el 14% de la MM en 2008, y para 2013 este porcentaje disminuyó al 12%.

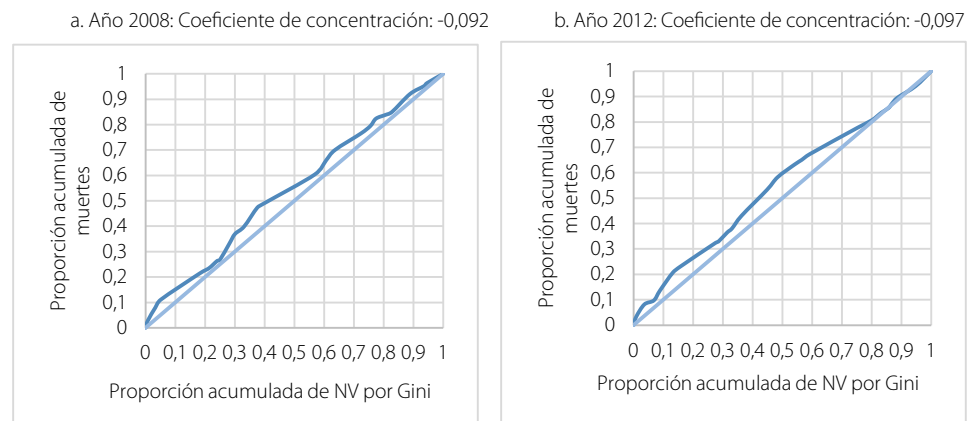
**Figura 16. Desigualdades en la razón de mortalidad materna por departamentos según PIB per cápita, 2008 y 2013**



Fuente: Elaboración propia con base en datos DANE (2015b).

Los departamentos con nacimientos en el quintil de mayor desigualdad en la distribución del ingreso acumularon entre el 23% y 28% de las MM para 2008 y 2013, respectivamente, mientras que aquellos departamentos con nacimientos en el quintil de menor desigualdad aportaron alrededor del 16% y 19% de las muertes en los mismos años (Figura 17).

**Figura 17. Desigualdades en la razón de mortalidad materna por departamentos según coeficiente Gini, 2008 y 2013**



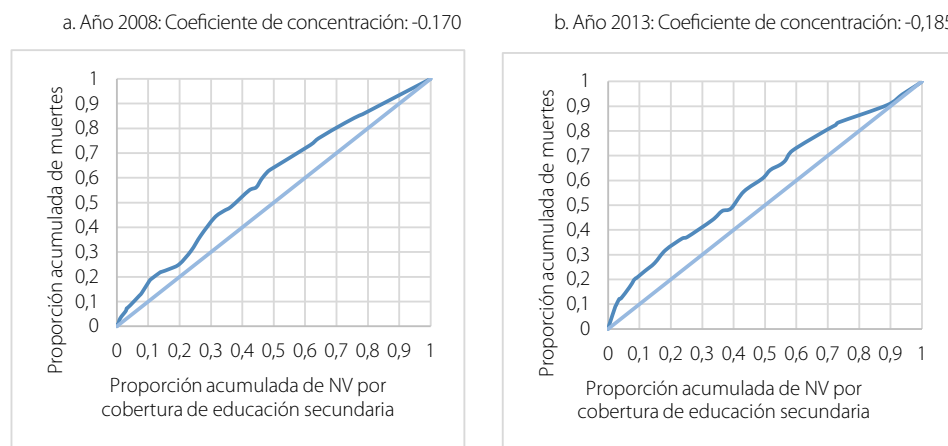
Fuente: Elaboración propia con base en datos DANE (2015b).





La cobertura educativa (Figura 18) se tomó como un proxy de la educación. Los departamentos con nacimientos en el quintil con menor cobertura educativa concentraron 23% de las MM en 2008, y cerca del 28% en 2013. Aquellos con nacimientos en el quintil de mayor cobertura educativa aportaron menos del 13% de las muertes en los dos años.

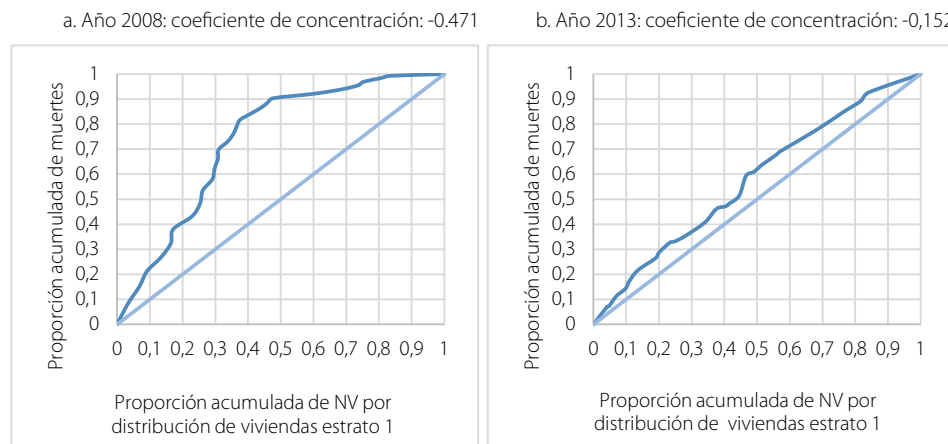
**Figura 18.** Desigualdades en la razón de mortalidad materna por departamentos según cobertura en educación secundaria, 2008-2013



Fuente: Elaboración propia con base en datos DANE (2015b).

La proporción de viviendas en estrato 1 se consideró como un proxy de vulnerabilidad socioeconómica departamental (Figura 19) En 2008, los departamentos del quintil donde la proporción de viviendas en estrato 1 fue mayor concentraron hasta 40% de la MM, que en 2013 disminuyó a 30%; los del quintil con menor proporción de viviendas en dicho estrato aportaron 3% y 5% de las muertes maternas en 2008 y 2013.

**Figura 19.** Desigualdades en la razón de mortalidad por departamentos según proporción de viviendas en estrato 1, 2008-2013



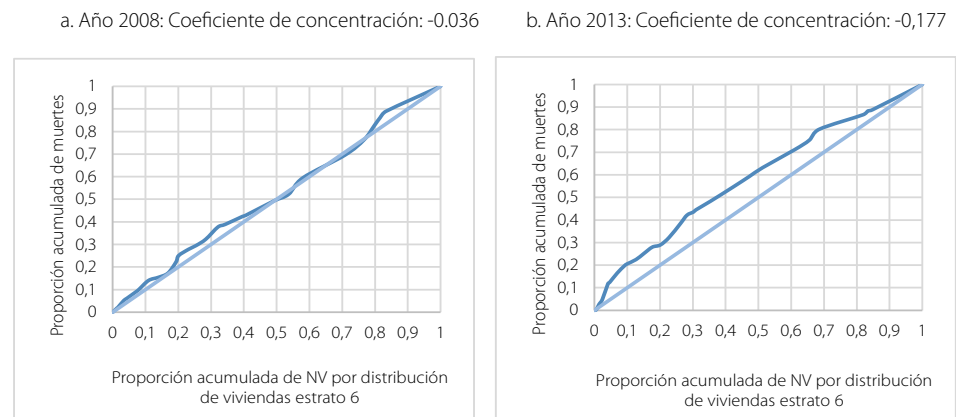
Fuente: Elaboración propia con base en datos DANE (2015b).





Complementariamente, en los departamentos con nacimientos en el quintil donde la proporción de viviendas en estrato 6 fue menor, hubo un 25% de MM en 2008, y en 2013 el mismo grupo concentró el 30% de las muertes, mientras en los departamentos con NV en el quintil con mayor proporción de viviendas en estrato 6 (Figura 20), el porcentaje fue menor —18% y 13%, respectivamente—.

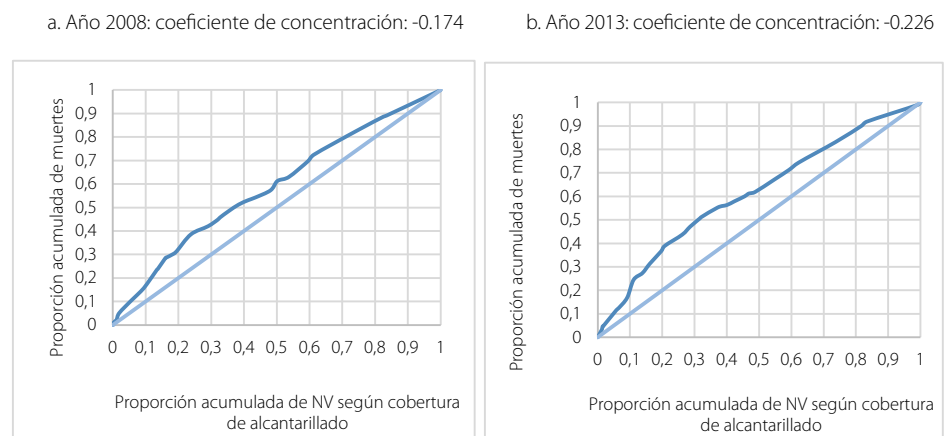
**Figura 20.** Desigualdades en la razón de mortalidad materna por departamentos según proporción de viviendas en estrato 6, 2008-2013



Fuente: Elaboración propia con base en datos DANE (2015b).

En relación con la cobertura de alcantarillado, los departamentos con NV del quintil con menor cobertura (Figura 21) concentraron el 30% de las muertes maternas, y para 2013 la brecha aumentó, de forma que ese quintil acumuló cerca del 40%. Al contrario, los departamentos con nacimientos en el quintil con mayor cobertura de alcantarillado en 2008 acumularon menos del 15% de la MM, que se redujo al 12% para 2013.

**Figura 21.** Desigualdades en la razón de mortalidad por departamentos según cobertura de alcantarillado, 2008-2013



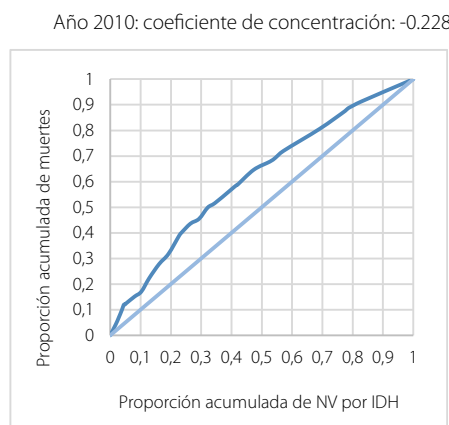
Fuente: Elaboración propia con base en datos DANE (2015b).





Finalmente, se evaluó el comportamiento de la RMM y el Índice de Desarrollo Humano — IDH— con información y mediciones de 2010 (Figura 22), a través de lo que se encontró que los departamentos con nacimientos en el quintil de IDH más bajo acumularon hasta el 32% de las muertes maternas, mientras que aquellos en el quintil más alto acumularon el 10%.

**Figura 22.** Desigualdades en la razón de mortalidad materna según Índice de Desarrollo Humano (IDH) departamental en Colombia, 2010



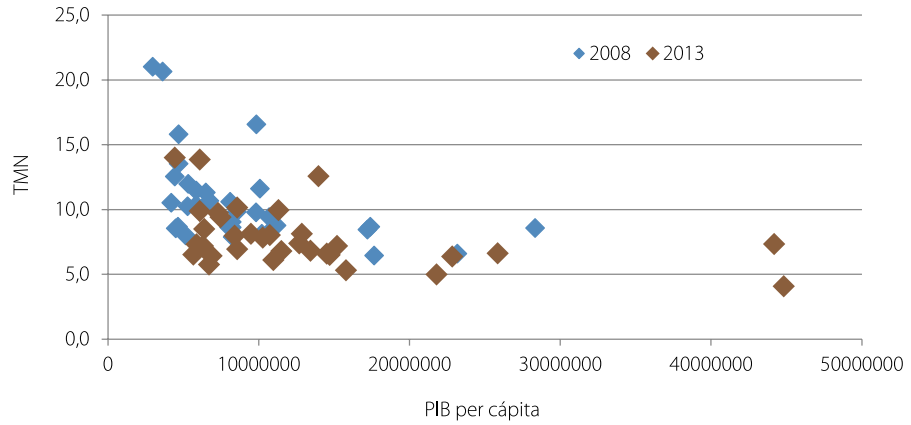
Fuente: *Elaboración propia con base en datos UNDP (2011).*

En cuanto a los resultados de los datos agregados entre las variables contextuales y la tasa departamental de mortalidad neonatal —TMN—, fueron mucho más discretas que las encontradas para la RMM. Sin embargo, es posible identificar algunos patrones similares a partir de los gráficos de dispersión. Por ejemplo, si bien la reducción en la tasa a partir del ingreso muestra una pendiente menos pronunciada que la obtenida para la mortalidad materna, aún es posible inferir una relación inversa entre ambas variables, especialmente en 2008 (ver Figura 22). En 2013 hubo una reducción global de la TMN, no necesariamente mediada por el ingreso departamental. Como se verá más adelante, las diferencias en la TMN departamentales no parecen estar asociadas a factores contextuales del territorio nacional.





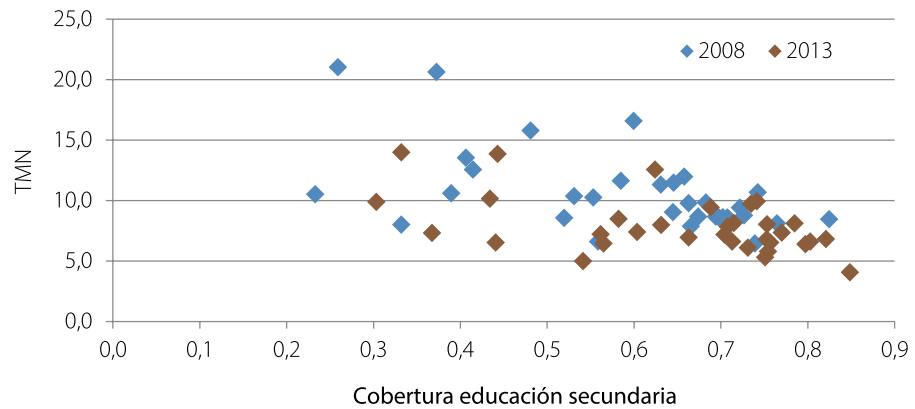
**Figura 23.** Tasa de mortalidad neonatal vs PIB per cápita en Colombia, 2008 y 2013



Fuente: Elaboración propia.

La correlación entre la TMN y el coeficiente de Gini presentó un patrón similar al que se encontró para el PIB per cápita. Nuevamente, la relación inversa fue mucho más clara en 2008 que en 2013.

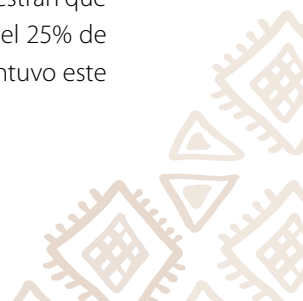
**Figura 24.** Tasa de mortalidad neonatal vs cobertura de educación secundaria en Colombia, 2008 y 2013



Fuente: Elaboración propia.

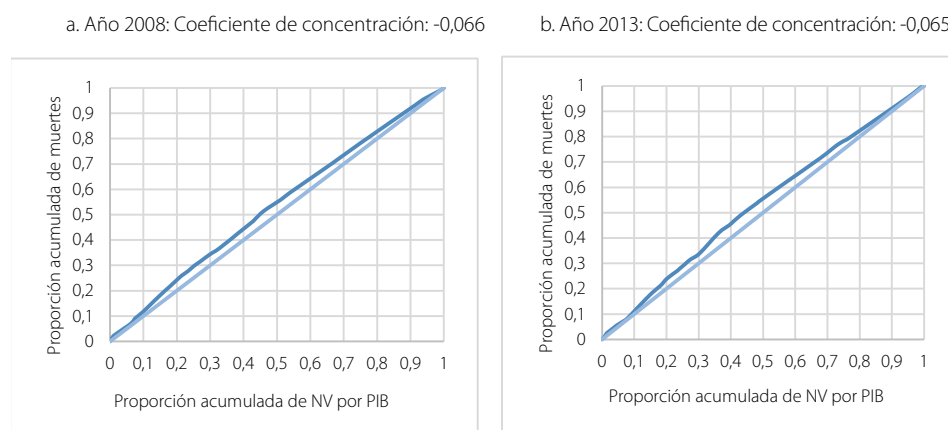
Los coeficientes de Spearman utilizados para correlacionar las variables contextuales con la TMN mostraron relaciones moderadas para PIB per cápita, cobertura de educación secundaria y cobertura departamental de alcantarillado, así como una alta significancia estadística en los dos años de análisis ( $P > 0,05$ ).

En relación con las desigualdades por ingreso (Figura 25), los datos de 2008 muestran que los departamentos con el quintil más bajo de PIB per cápita aportaron cerca del 25% de las muertes neonatales, y los del quintil más alto cerca del 18%. En 2013 se mantuvo este comportamiento.





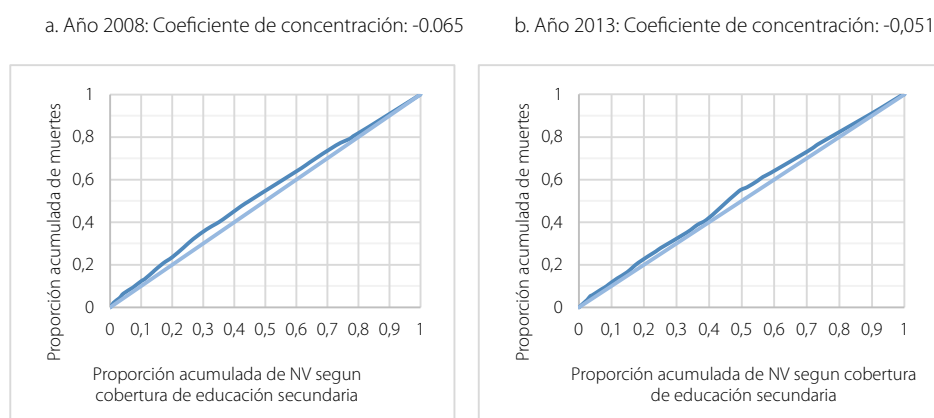
**Figura 25.** Desigualdades en la tasa de mortalidad neonatal por departamentos según PIB per cápita en Colombia, 2008-2013



Fuente: *Elaboración propia con base en datos DANE (2015b).*

Por su parte, las desigualdades según cobertura de educación (Figura 26) mostraron que en 2008 los departamentos con nacimientos en el quintil de cobertura de educación más bajo aportaron cerca del 23% de la MN, y los del quintil más alto alrededor del 18%. La brecha disminuyó en 2013, por lo que el primer quintil aportó cerca del 22% y el más alto el 19%.

**Figura 26.** Desigualdades en la tasa de mortalidad neonatal por departamentos según cobertura de educación secundaria en Colombia, 2008-2013



Fuente: *Elaboración propia con base en datos DANE (2015b).*

La distribución de desigualdades de la TMN con la cobertura de alcantarillado (Figura 27) muestra un comportamiento similar. En 2008, los departamentos con nacimientos en el quintil de cobertura de alcantarillado más bajo aportaron la cuarta parte de las muertes neonatales, mientras que los del quintil más alto estuvieron alrededor del 19%; esta situación no tuvo grandes variaciones en 2013.



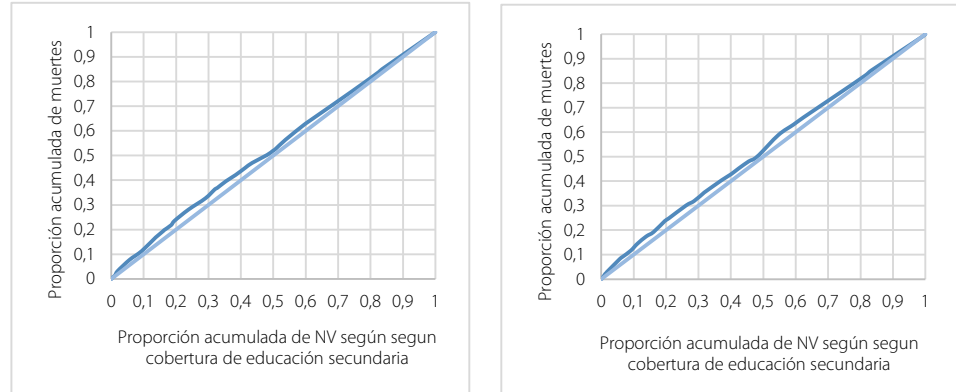




**Figura 27.** Desigualdades en la tasa de mortalidad neonatal por departamentos según cobertura de alcantarillado en Colombia, 2008-2013

a. Año 2008: Coeficiente de concentración: -0.019

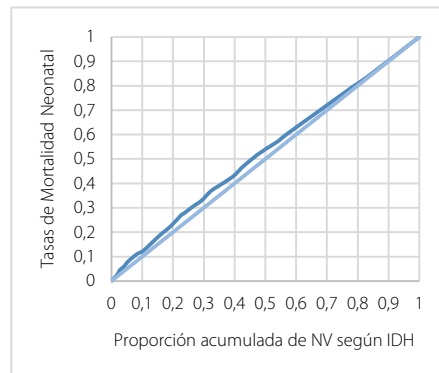
b. Año 2013: Coeficiente de concentración: -0.052



Fuente: *Elaboración propia con base en datos DANE (2015b).*

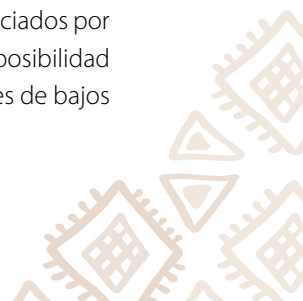
**Figura 28.** Desigualdades en la tasa de mortalidad neonatal según Índice de Desarrollo Humano —IDH— departamental en Colombia, 2010

Año 2010: Coeficiente de concentración: -0.049



Fuente: *Elaboración propia con base en datos UNDP (2011).*

El análisis con fuentes secundarias tiene una serie de limitantes reconocidas: datos faltantes, vacíos de información, datos incompletos y problemas de clasificación, entre otros (Celis et al., 1999; Comstock y Markush, 1986). Existen reportes que describen que la mayor proporción de subregistro de fallecimientos y nacimientos ocurren en zonas rurales en las que habitan indígenas, y que este aumenta conforme la población sea más dispersa. Esto puede tener explicación porque en la cultura indígena existen rituales especiales ante la muerte, según los cuales no se informan todos los fallecimientos a las autoridades competentes (Nájera y Tuesca, 2015) o, en ocasiones, los reportes no son diligenciados por profesionales dado el bajo acceso a los servicios de la salud, lo que reduce la posibilidad de aclarar la causa básica de muerte (BID, 2010). Este es un problema para países de bajos





y medianos ingresos, o para aquellos donde los servicios de salud no alcanzan cobertura universal, puesto que una buena parte de su población está dispersa y/o tiene dificultades de acceso (Enciso, De la Torre, Meneses y Meléndez, 2009).

Al menos 13,7% de los registros de muertes maternas, y cerca de 19,7% de los registros de muertes neonatales, no tenían información sobre la variable 'etnia' en las bases de datos. De hecho, en los cruces de datos se encontraron variables clave con altos porcentajes de ausencia de información: 25% —en promedio— para la variable 'nivel educativo' —en la que se observaron ausencias hasta del 36% en población indígena—, casi 20% en 'estado civil' —27% en indígenas— y más del 35% en ocupación para ambas poblaciones. Otra gran limitante es que la información no se encuentra desagregada por comunidad o familia étnica, de forma que resulta imposible construir un panorama de las realidades de grupos indígenas pequeños o dispersos.

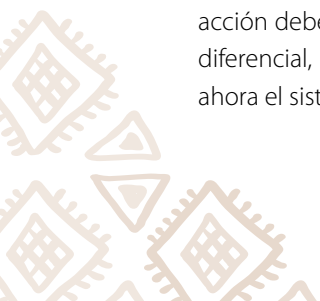
Los análisis de datos secundarios son una aproximación parcial a una realidad compleja que requiere escuchar las voces de los afectados, convocar el compromiso de los gobiernos locales, departamentales y nacionales, y vincular al sector salud para afinar y afirmar las respuestas. El país no puede seguir siendo ajeno a este panorama de precariedad y exclusión. Las respuestas requieren de enfoques explicativos amplios en el marco del reconocimiento y respeto de lo propio e intercultural.

Lo anterior sugiere la necesidad de implementar y operar políticas intersectoriales que disminuyan las desigualdades y mejoren los determinantes o las condiciones sociales en las que viven estas poblaciones, tal como lo ha manifestado el Ministerio de Salud en el Plan Decenal de Salud Pública:

(...) su ejecución implica un liderazgo territorial de gobernadores y alcaldes, para lograr integración y compromiso de todos los sectores y actores en su territorio, con el fin de armonizar la concurrencia de recursos y obligaciones de otros sectores relacionados con la salud pública, así como el desarrollo de estrategias intersectoriales que impacten los determinantes sociales y económicos de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

Para esto, se requiere la participación de otros sectores diferentes a salud —educación, hacienda, obras públicas, cultura, minas y energía, entre otros—, de forma que haya inversión en temas de educación, mejoramiento en vías de acceso, trabajo intercultural, garantía del mínimo vital del agua para cada persona en el territorio, y mejoramiento y promoción de procesos productivos para garantizar seguridad alimentaria, entre otros.

Desde el sector salud, es importante fomentar y desplegar estrategias para incrementar las posibilidades de acceso, la atención y la oportunidad en la prestación del servicio de salud de las maternas indígenas y de los recién nacidos. Por supuesto, cualquier acción debe estar dentro del marco de respeto de derechos, interculturalidad y enfoque diferencial, porque es poco útil llevar recetas y prácticas de forma vertical, como hasta ahora el sistema lo ha realizado.





## 4. DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN MORTALIDAD MATERNA Y MORTALIDAD NEONATAL EN LOS PUEBLOS ARHUACO Y WAYUU

Las muertes de gestantes y recién nacidos son una tragedia. Para las comunidades son motivo de tristeza y dolor, y para las instituciones constituyen fallos en el proceso de seguimiento del embarazo y atención del parto y del recién nacido. En todo caso, se desea evitar su ocurrencia mediante la optimización del empleo de recursos propios, tradicionales o sectoriales.

Más allá de las estadísticas sobre los problemas y sus causas, la mortalidad materna y la mortalidad neonatal tienen un significado profundo en tanto que la procreación y el nacimiento son fundamentales para la supervivencia física y cultural de los pueblos, y deben entenderse desde su cosmovisión.

El panorama delineado por las fuentes secundarias sobre el comportamiento de la mortalidad materna y neonatal en población indígena y no indígena de la subregión Cesar, La Guajira y Magdalena —presentado en el capítulo anterior— tiene su correlato en las vivencias de las personas de los pueblos arhuaco y wayuu que participaron de los encuentros, así como en las experiencias de los funcionarios del sector salud de los entes territoriales, aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas de esos departamentos.

### 4.1. Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y mortalidad neonatal en el pueblo arhuaco

Para el pueblo arhuaco, la mujer, la madre y la tierra son la representación de la fecundidad. Tener hijos es un concepto arraigado, que se vincula estrechamente con el territorio. Por esta razón, las muertes son el reflejo de la pérdida de armonía y de equilibrio con el universo. “Las muertes maternas son importantes para nosotros porque además las madres son importantes, las mujeres son importantes y la madre tierra, nuestra Sierra, es importante y está enferma”<sup>23</sup>.

23 Autoridad arhuaca, diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 30 de 2016.





Un conjunto de causas próximas y estructurales determinan la mortalidad materna y neonatal entre los arhuacos, y puede explicar las desigualdades en el comportamiento de la mortalidad en indígenas del departamento del Cesar y Magdalena, en comparación con lo que ocurre con la población no indígena.

#### 4.1.1 **Percepciones sobre las desigualdades en mortalidad materna y mortalidad neonatal**

Pese a que entre el 80 y 90% de los partos y nacimientos ocurren en el territorio sin complicaciones, existe preocupación en la comunidad por el aumento en el número de casos de embarazos o partos complicados, y por la muerte de gestantes y neonatos —muchas de las cuales no son conocidas por la institucionalidad ni registradas en las fuentes oficiales<sup>24</sup>—. De hecho la EPSI que afilia a cerca del 85% de la población arhuaca (37.824 afiliados en 2014) informó 836 nacimientos en 2014 —cifra que estima puede ser mayor por demoras en el reporte de la alta proporción de partos que son atendidos en el territorio—, y aunque no refirió muerte materna alguna, considera que la principal causa de muerte entre los arhuacos es la perinatal (Dusakawi EPSI, 2014a).

Para la IPSI Wintukwa, la mortalidad materna sigue siendo un problema, y para su reducción ha emprendido un programa de salud sexual y reproductiva con enfoque diferencial —educación sobre cuidados y signos de alarma, control prenatal, kit materno y atención médica y nutricional—, el cual busca mejorar el seguimiento de la embarazada y la atención del parto comunitario para reducir las complicaciones durante y después. Sin embargo, el informe de logros de 2014 no reporta los efectos del programa, y tampoco muertes de gestantes o neonatos (Wintukwa IPSI, 2014).

A pesar de que no se cuenta con reporte oficial de muertes maternas en los últimos años, durante las reuniones con la comunidad fueron referidos varios casos de gestantes fallecidas por hemorragia, retención placentaria o infección puerperal, y muertes de niños por asfixia, infección respiratoria, sepsis o, simplemente, muerte súbita<sup>25</sup>. En varios de ellos —sobre todo en asentamientos de difícil acceso en los que las pautas y prácticas tradicionales están muy arraigadas— las mujeres, sus esposos, familiares y comunidad en general rechazan la atención complementaria del sistema formal de salud, aun tratándose del modelo culturalmente pertinente y validado por la propia IPSI<sup>26</sup>.

Aunque las instituciones sectoriales —entes territoriales departamental y municipal, aseguradora indígena, hospital público de segundo nivel y clínica privada de tercer



*Para la IPSI Wintukwa, la mortalidad materna sigue siendo un problema, y para su reducción ha emprendido un programa de salud sexual y reproductiva con enfoque diferencial.*

24 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 30 de 2016. Grupo focal mujeres y parteras. Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, febrero 25 de 2016. Entrevista con funcionarias del Hospital Rosario Pumarejo, Valledupar, diciembre 1 de 2015. Taller con instituciones del sector salud, Valledupar, febrero 1 de 2016.

25 Diálogos con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 29 y 30 de 2016.

26 Entrevista a funcionarios de IPSI Wintukwa, Valledupar, diciembre 1 de 2015.





nivel— acuerdan también sobre la magnitud y persistencia del problema en la población arhuaca del Cesar, las explicaciones causales distan en varios aspectos de la percepción de la comunidad. Para algunas/os funcionarias/os no indígenas, las prácticas tradicionales explican las dificultades del sistema para llegar a la población y las barreras de acceso —“Ellos no acuden como debe ser a los servicios de primer nivel. No es que existan barreras de acceso, el modelo está creado; ellos tienen un sistema de información y centros de atención cerca a los asentamiento y resguardos”<sup>27</sup>—. Para la comunidad y la IPSI, la inoperancia e ineficiencia del sistema de salud, la desnutrición debida a la inseguridad alimentaria, la reducción territorial, el calentamiento global, la baja productividad de los suelos, la escasez de cultivos, la desaparición de semillas y el agotamiento de las fuentes de agua son razones que inciden en la mortalidad de madres y bebés<sup>28</sup>.

#### 4.1.2 **Explicaciones causales sobre las desigualdades en mortalidad materna y neonatal: contexto, posición social y condiciones de vida**

Varias circunstancias de orden político, económico y social han afectado las condiciones de vida, bienestar y salud del pueblo arhuaco, y amenazan su pervivencia. A los procesos de excavación, construcción de represas y explotación de recursos naturales que comprometen el territorio ancestral y afectan las fuentes de agua, los cultivos, los sistemas de sustento económico y el equilibrio ambiental —que han sido denunciados por la propia comunidad—, se suma el impacto de la presencia de grupos armados que han provocado desplazamiento, se han apropiado de alimentos y productos agrícolas, y han restringido la ingesta alimentaria al punto de una crisis humanitaria, como lo declaró la Corte Constitucional en el Auto 004 de 2009.

Como consecuencia, las condiciones de vida se han deteriorado y se ha afectado de manera importante la seguridad y soberanía alimentaria y nutricional, lo que explica el creciente número de muertes infantiles por desnutrición —esta preocupación ha sido expresada por el Cabildo Gobernador en la primera visita de campo de este proyecto al Cesar en noviembre de 2015—. La desnutrición ha sido señalada como un importante determinante de la salud materno-infantil por las comunidades y las instituciones<sup>29</sup>.

Para las autoridades del pueblo arhuaco, la causa primera del deterioro en las condiciones de vida y de las enfermedades tiene que ver con la pérdida de la armonía con la naturaleza y, en tiempos recientes, tal desequilibrio es consecuencia de los proyectos extractivistas y de intervención en el territorio —que han afectado el agua, la calidad de la tierra para producir alimentos y el ecosistema—, a los cuales el gobierno ha dado impulso en detrimento de las condiciones de vida de la población.

27 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de salud municipal, Valledupar, diciembre 1 de 2015.

28 Entrevista a funcionarios de IPSI Wintukwa, Valledupar, diciembre 1 de 2015.

29 Asesor del cabildo gobernador, reunión con cabildo gobernador y la IPSI Wintukwa, Valledupar, noviembre 30 de 2015. Gerenta de IPSI Wintukwa, entrevista a funcionarios de la IPSI, Valledupar, diciembre 1 de 2015. Taller con funcionarios del sector salud del departamento del Cesar, Valledupar, febrero 1 de 2016.





“La parte de los hermanitos menores ha tomado de sacarle todo lo que tiene la tierra, entonces empieza el desequilibrio, entonces nosotros ya no podemos hacer un ritual como es debido porque ya el sitio, el espacio donde estaban, lo han acabado. Entonces ahí quedamos nosotros muy cortos para hacer control de cualquier enfermedad”<sup>30</sup>.

Igual explicación tiene el aumento de las complicaciones y muertes de gestantes:

“Anteriormente nuestras *guati*<sup>31</sup> parían sin tanta complicación, y hoy en día se nos complican tanto, y la respuesta que nos dan nuestros mayores, nuestros Mamos, es que nuestra madre tierra está enferma. Entonces, por ende, eso repercute en la salud nuestra, y eso va unido a lo que pasa en la parte baja de la Sierra, la explotación minera. O sea, la tierra se está desangrando, entonces el Mamo me decía: “imagínese a una mujer que tenga que parir, pero está en esas condiciones. ¿Ustedes qué harían?” No pues, imagínese, si está en esas condiciones no se puede; si nuestra naturaleza está mal, entonces nosotros no podemos estar bien”<sup>32</sup>.

Esto es comprensible porque la característica principal del pueblo arhuaco es su relación con el territorio que ancestralmente les fue asignado según la Ley de Origen. Los arhuacos conciben su territorio como forma de vida y pensamiento, y cualquier alteración física o emocional tiene su origen en la pérdida del equilibrio con el hábitat<sup>33</sup>.

La tierra es la madre, la Sierra Nevada el corazón del mundo, y el agua la fuente de vida. Por ello, mantener la armonía con el universo resulta central para la vida arhuaca.

“El agua es la fuente de vida de nosotros. Nosotros no cuidamos el agua, el agua nos cuida a nosotros; nosotros no cuidamos el aire, el aire nos cuida a nosotros; nosotros no cuidamos la tierra, la tierra nos cuida a nosotros. Por esta razón, tenemos que restituirle”<sup>34</sup>.

“(…) Tenemos un monstruo que es el mismo gobierno. Si no hay nadie que le haga entender al gobierno, entonces ¿qué hacemos? El gobierno le tiene que llegar algo de entendimiento que el progreso es la destrucción, van progresando, pero van destruyendo, y eso es lo que está afectando realmente a la armonía. Mientras más van progresando, más van acabando la vida de la tierra. Ahora, el daño más grande, el daño más grave que hace el gobierno es cortar las minas, la riqueza del subsuelo, entonces por ahí está representada toda la armonía del universo, el equilibrio... Entonces el gobierno, las empresas grandes, siguen excavando los yacimientos que hay,

30 Mayor arhuaco, diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 30 de 2016.

31 Guati: mujer, en lengua iku.

32 Enfermera arhuaca, diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 29 de 2016.

33 Asesor del cabildo gobernador, reunión cabildo gobernador e IPS Wintukwa, Valledupar, noviembre 30 de 2015.

34 Autoridad arhuaca, diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 30 de 2016.





lógico que se descompensa todo y nos vamos a acabar, y nos acabamos todos. Ahí está el calentamiento global lo que ha costado... ¿Cómo hacerle entender a ese gobierno que el equilibrio hace falta?”<sup>35</sup>.

No debe interpretarse esta postura como una oposición al desarrollo, sino como un llamado al desarrollo responsable con el ambiente y a la comprensión del papel de la comunidad en su protección.

“Algunos medios de comunicación han venido informando que los indígenas se están oponiendo al desarrollo del país, especialmente en temas como la represa Los Besotes. Ojalá el problema fuera la construcción de la represa [Los Besotes], es la consciencia de la gente, porque quieren represar el agua y tener las cosas fáciles, pero no es así”<sup>36</sup>.

Las varias sentencias de la Corte Constitucional sobre territorio, propiedad colectiva, consulta previa, desarrollo cultural y protección especial reconocen esta cosmovisión<sup>37</sup>.

“Aquí se ha mencionado el enfoque diferencial, pero, ¿hemos analizado qué tanto se aplica a los indígenas?... Los indígenas nos hemos cansado de tanta cuestión, y a veces es muy retórica, pero nuestras realidades siguen igual o peor. Nuestras condiciones se deterioran a través de la historia, y es un acumulado en la situación actual que estamos cargando mucho peso... Sin embargo, establecer trabajo con el pueblo arhuaco no es tan mecánico”<sup>38</sup>.

Para el pueblo arhuaco, el enfoque diferencial implica reconocer tres realidades: el pueblo indígena, la cultura natural y la comunidad rural con profundo arraigo en el territorio ancestral. De estas realidades se desprenden las distintas dimensiones de la vida cotidiana en lo biológico, lo social —la organización social, jerarquías y formas de gobierno propio—, lo cultural —formas de interpretación del mundo, conocimientos y prácticas— y lo espiritual. Ellas conforman unas formas culturalmente mediadas de ser y habitar, de comprender el mundo y la naturaleza que la comunidad defiende como garantía de su permanencia física y cultural, las cuales se han visto afectadas por el proceso intenso de mestizaje<sup>39</sup>. Paradójicamente, el mestizaje ha abierto la puerta al sistema de salud occidental, y el enfoque diferencial ha mutado al discurso de diálogo intercultural, de reconocimiento y respeto de los saberes de cada cultura, y de búsqueda de la complementariedad entre los dos sistemas.

35 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 30 de 2016.

36 Ver en: <http://elpilon.com.co/con-marcha-arhuacos-rechazaran-censura/>.

37 Ver: Sentencia T-005 de 2016. M.P. Jorge Iván Palacio. Sentencia T-849 de 2014. M.P. María Victoria SÁCHICA. Sentencia T-379 de 2014. M.P. Jorge Ignacio Pretelt. Sentencia T-547 de 2010. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza. Auto 004 de 2009. M.P. Manuel José Cepeda.

38 Asesor del cabildo gobernador, reunión con cabildo gobernador e IPS Wintukwa, Valledupar, noviembre 30 de 2015.

39 Asesor del cabildo gobernador, reunión con cabildo gobernador e IPS Wintukwa, Valledupar, noviembre 30 de 2015.





No resulta extraña la demanda persistente por incorporar otros elementos en el análisis de los determinantes de la mortalidad materna y neonatal. Con frecuencia se asume que es la etnia lo que explica la mayor mortalidad en la población indígena —“se muere un indígena y forman la alharaca del mundo”—, y se tiende a hacer a la luz de sus particularidades culturales. Sin embargo, dos hechos pueden ayudar a una mejor comprensión: i) lo que ocurre con los indígenas es común a otras poblaciones rurales y lo que está en juego es la ruralidad y la forma de superar que ella se convierta en una barrera geográfica; y ii) el énfasis en los casos fallidos puede ignorar lo bueno de las prácticas culturales que han posibilitado la supervivencia en el tiempo y la importancia de valorarlas, mantenerlas y estimularlas —la partería es buen ejemplo de ello<sup>40</sup>—.

De hecho, para las instituciones no indígenas, lo “estructural” es la cultura —los valores y prácticas tradicionales sobre salud sexual y reproductiva— lo que explica principalmente las muertes. Funcionarios/os de distintas entidades y niveles consideran que el embarazo a temprana edad, la poca autonomía de la mujer en las decisiones sobre fecundidad, planificación y citología, y la resistencia a aceptar el proceso de atención del embarazo y el parto como lo ofrecen las instituciones y lo estipulan las normas, son “factores de riesgo”<sup>41</sup>.

Funcionarios/as consideran que una gestante a los 15 años constituye un embarazo adolescente, problemático porque trae aparejada una noción de riesgo para la salud. “Las jóvenes allá apenas tienen la menstruación están aptas y con permiso de todo el mundo para poder concebir. Eso para nosotros sería una primigestante con alto riesgo obstétrico”<sup>42</sup>. Pero para los indígenas no existe la etapa de la adolescencia como construcción cultural, ya que la primera menstruación de las niñas es la indicación de su tránsito a mujer, en tanto que se posibilita la reproducción. A su vez, la reproducción es un asunto vital para mantener física y espiritualmente vivo al pueblo arhuaco<sup>43</sup>.

No obstante, las propias comunidades han venido reflexionando sobre la edad de inicio de los embarazos, sobre el número de hijos y la forma de controlar la fecundidad, y se señala que aunque en las nuevas generaciones el matrimonio sigue siendo a edades tempranas, posponer la tenencia de hijos es una práctica cada vez más frecuente por razones culturales, por las condiciones de vida<sup>44</sup> y por razones de la biología: “no hay madurez del cuerpo cuando se tienen tan temprano”; la mejor edad para el embarazo es entre los 15 y 30 años<sup>45</sup>.

---

40 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 30 de 2016.

41 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud Municipal, entrevista a funcionarias de la Secretaría de Salud Departamental, entrevista a funcionarias de la EPSI Dusakawi, entrevista a coordinador materno-infantil de la Clínica Laura Daniela, Valledupar, diciembre 1 de 2015. Entrevista a funcionarias del Hospital Rosario Pumarejo, Valledupar, diciembre 2 de 2015.

42 Entrevista a funcionarios de la Clínica Laura Daniela, Valledupar, diciembre 1 de 2015.

43 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 29 y 30 de 2016.

44 Grupo focal con mujeres y parteras, diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, febrero 25 de 2016.

45 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 29 de 2016.







“En la época de las abuelas se tenían más hijos. Por ejemplo, tuve 12, todos vivos, ni un aborto. Me atendió mi mamá, nunca me vio un médico. Pero hoy se tienen menos hijos. Hoy todos esos métodos que hay, quieren tener menos hijos, empiezan a cuidarse, los servicios se llevan a la comunidad. Hoy nadie quiere llenarse de hijos, se planifica. Los servicios de Wintukwa llegan a los últimos rincones de la Sierra Nevada con los programas de planificación, control prenatal, crecimiento y desarrollo. Entonces esa es una de las razones por las cuales se ha mermado. La otra es la situación, se ha puesto todo caro, se ha vuelto difícil, se ha mermado la tierra.

¿Que si es frecuente que las jóvenes ahora no quieran tener tantos hijos? Depende de las mujeres, de la pareja. De la comunidad donde están las chicas, si son muy tradicionales o no. Una mujer no quiere tener muchos hijos por la situación de escasez, por la situación de las parejas, no son las ideales; de pronto las abandonan y hay que tener precauciones<sup>46</sup>.

Esto demuestra la capacidad de autorregulación de las comunidades. Sin embargo, tales ideas no son una práctica extendida, ni por todos aceptada. Hay sectores más tradicionales dentro de la sociedad, apegados a las leyes ancestrales según las cuales la concepción y la gestación son procesos orientados por las autoridades espirituales. En estos sectores, los Mamos indican que las mujeres deben estar preparadas “durante toda la vida” para ser madres; por lo tanto, no aceptan ni aplican prácticas anticonceptivas tradicionales ni occidentales<sup>47</sup>. En algunos sectores, incluso existe un “tabú” que asocia el uso de métodos de planificación con infidelidad y enfermedad. También existe una postura intermedia que permite lo no indígena, pero regulado.

“A nivel tradicional también existen unas formas de planificar, pero se requiere de una disciplina que no todas las familias tienen. Esa disciplina cultural es una conexión con la naturaleza que no todos tienen, porque se paga para no tener y no todas las familias pueden hacerlo. Precisamente por eso, los Mamos no están de acuerdo con la planificación institucional. Dicen “¿por qué planificar de esa manera cuando estamos perdiendo nuestros conocimientos y nuestra propia forma de hacerlo?, ¿por qué?” Porque para ellos una inyección de planificación produce desorden, independientemente de que se sea juiciosa con la pareja, porque va a prevenir el embarazo. Cosa diferente a que estuviera planificando el Mamo. Va la pareja, solicita el método y ellos escogen el método. También se da que va sólo la mujer sin que el marido sepa.

46 Grupo focal con mujeres y parteras, diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa. Pueblo Bello, febrero 25 de 2016.

47 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa. Pueblo Bello, febrero 25 de 2016.





Se tiene el tabú de la infidelidad por el uso métodos de planificación. También la visión de que la forma de planificar occidental trae enfermedad a las mujeres que la puede conllevar a la muerte, como el cáncer; eso no se debe permitir y hay gente aferrada a esa idea. Hay trastornos, desarreglo menstrual, las mujeres que planifican se vuelven un poco alegres, en palabras groseras, se vuelven muy sexuales; es el tabú de los Mamos, los mayores, los conocedores. O también viene el enfriamiento, y al marido le toca buscar tiento ajeno<sup>48</sup>.

“Se ha llegado a una conclusión con los botánicos, los Mamos y conocedores que hay que pedir permiso, hacer el ritual, el pago a la madre naturaleza para que ese método [de planificación] no vaya a afectar el núcleo familiar. Tiene que ir al templo, pida el permiso y planifique, y debe tener una justificación de peso: por ejemplo, la cantidad de hijos<sup>49</sup>.”

Estos valores culturales sobre la reproducción subyacen a las dificultades que tiene la IPSI para llevar a cabo los programas de planificación que le permitan cumplir las normas del sistema formal de salud y a la vez las reglas culturales que les rigen.

“La IPS tiene que hacer el programa de planificación y está entre la espada y la pared, porque o sigue las directrices de los Mamos o, por otra parte, cumple con la EPS y el Ministerio. Le cumpla a quien me dio el recurso, o se siguen las decisiones de las autoridades espirituales. La IPS ha manifestado que no hace demanda inducida para el programa de planificación, pero como institución tampoco puede cerrar la oferta del servicio, y se ha dado cuenta de que llegan las parejas jóvenes, sobre todo<sup>50</sup>.”

Por ello, resulta apenas obvio que en los talleres con funcionarios de la aseguradora indígena, los entes territoriales de nivel departamental y municipal, el hospital departamental y la clínica privada para la atención de tercer nivel, la IPSI resaltara entre los factores estructurales que explican los problemas de la salud de maternas y neonatos la falta de reconocimiento de los pueblos indígenas y del pensamiento sobre la mujer indígena en las políticas, que se traduce en la ausencia de un enfoque diferencial para pueblos indígenas en la política de salud sexual y reproductiva que valore los saberes, percepciones, imaginarios sobre fecundidad, planificación y citología, que comprenda la forma en que la mujer indígena se percibe a sí misma en esos temas, y que diseñe indicadores apropiados<sup>51</sup>.

48 Grupo focal con mujeres y parteras, diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, febrero 25 de 2016.

49 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, febrero 25 de 2016.

50 Grupo focal con mujeres y parteras, diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, febrero 25 de 2016.

51 Funcionarias de la IPSI Wintukwa, talleres con funcionarios del sector salud del departamento del Cesar, Valledupar, febrero 1 y 17 de 2016.





“Las mujeres indígenas no desean ir a las instituciones porque los servicios no entienden la visión que tiene la mujer indígena del mundo y su forma de actuar y, por el contrario, se le critica y juzga. Debe haber un reconocimiento del otro para poder allí trabajar y cooperar de manera conjunta. Por otra parte, si la mujer indígena quisiera acceder a planificación familiar, va a ser señalada y rechazada por su propia comunidad”<sup>52</sup>.

La aceptación de su rol no carece de conflictos para las mujeres indígenas. La reproducción no es una opción individual, sino más bien un cumplimiento a la colectividad. Pero para muchas —sobre todo aquellas en mayor contacto con el mundo no indígena— el discurso de la autonomía sobre el cuerpo está cada vez más presente, y se habla incluso de machismo en las prácticas y en la estructura social. Esto coincide con la percepción de la mayoría de funcionarios/as, cuya opinión se ilustra en los siguientes testimonios:

“En alguna oportunidad se hicieron mesas de trabajo donde fue la comunidad, pero las mujeres no pudieron hablar, ya que el que habla es el hombre. Ellos hablan del respeto hacía la madre tierra, hacía el agua, trabajan en equipo, pero a la mujer no se le permite tomar decisiones”<sup>53</sup>.

“Ellos [los indígenas] el concepto de intervención quirúrgica no lo aceptan. Es más, la adolescente indígena arhuaca, ellos prefieren esperar el parto, y de hecho hace como dos meses tuvimos esa dificultad. El doctor decía que hay que hacerle cesárea por pelvis estrecha y hubo que aceptarle que ella sintiera sus dolores de parto y que ella viera en un momento equis que ya estábamos nosotros, coadyuvarle con el esposo, y el esposo es más entendido de todo eso, y pareciera que dentro de los aspectos sexuales y reproductivos de la mujer arhuaca el que decide es él, y ella lo miraba a él. Después tuvimos que cambiar la estrategia y hablar primero con él para que después, si en alguna cosa se complicaba, le íbamos a hacer seguimiento al trabajo de parto, pero si alguna cosa complicada pasara, la cesárea, y que dejara firmadas las cositas. Eso sí se ve en esa población”<sup>54</sup>.

Las creencias de los pueblos indígenas constituyen para los profesionales del sector salud una barrera a ser superada para prestar servicios de salud adecuados que permitan implementar acciones como el parto vertical y la inclusión de intérpretes para las mujeres indígenas, así como contar con recursos suficientes para el acompañamiento familiar y las diferencias en temas de alimentación y cuidado<sup>55</sup>. La implementación de un enfoque diferencial en las políticas de salud permitiría hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud para esta población.

52 Gerenta de IPSI Wintukwa, taller con funcionarios del sector salud del departamento del Cesar, Valledupar, febrero 1 de 2016.

53 Taller con funcionarios del sector salud del departamento del Cesar, Valledupar, febrero 17 de 2016.

54 Entrevista a funcionarias del Hospital Rosario Pumarejo, Valledupar, enero 30 de 2015.

55 Talleres con funcionarios del sector salud del departamento del Cesar, Valledupar, febrero 1 y 17 de 2016.





#### 4.1.3. **El sistema de salud formal y el sistema propio de salud como determinantes**

Aunque un reto principal del sistema de aseguramiento en salud en Colombia es garantizar la cobertura universal de la atención, se sabe de la existencia de barreras para el acceso a los servicios que limitan su materialización, las cuales aún no han podido ser superadas. En comunidades étnicas, rurales y apartadas, tales barreras se profundizan por razones geográficas, culturales, económicas, administrativas y del modelo de atención. Eso es lo que muestra la experiencia del pueblo arhuaco y la del sistema de salud territorial que les sirve. En esta sección, también se describen las respuestas de la propia comunidad a través de sus prácticas ancestrales para lidiar con la enfermedad y promover la salud, y las iniciativas de un sistema intercultural a través de la institucionalidad indígena.

#### **Aseguramiento y prestación de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud**

En el resguardo arhuaco de la Sierra no existe hoy un mercado de aseguradores de salud. Con la creación de la EPS indígena Dusakawi<sup>56</sup> en diciembre de 1997 —primero como ARS y luego como EPSI— se puso freno a la competencia de empresas que, desde la formulación de la Ley 100 de 1993, disputaban en la región la afiliación de la población indígena, pero sin respeto por sus particularidades étnicas ni garantía de acceso a los servicios. Su misión es desarrollar modelos interculturales de atención, de forma que promuevan y protejan las prácticas ancestrales (Dusakawi EPSI, 2011).

Su estructura organizacional es como un árbol, en donde las raíces representan las autoridades tradicionales y espirituales que deciden la dirección política y espiritual de la salud indígena. El tronco representa la asociación de cabildos del Cesar y La Guajira, que representa a cuatro pueblos indígenas —kogui, wiwa, arhuaco y yukpa— y es la instancia para la toma de decisiones políticas. La parte media del tronco, representa el Consejo administrativo, encargado de implementar y ejecutar las decisiones de las autoridades tradicionales. La parte superior del tronco, representa la administración y estructura legal de la EPS, y las ramas representan diferentes aspectos de la institución.

La EPSI abarca ocho entidades territoriales —Arauca, Boyacá, Cesar, Guajira, Magdalena, Santander, Santa Marta y Norte de Santander— y opera en 34 municipios a nivel nacional (Dusakawi EPSI, 2014a). Según la Oficina de Aseguramiento, la población afiliada a 2014 era de 248.697 personas, de las cuales el 74,5% eran indígenas. La mayor proporción de afiliados se encontraba en La Guajira (47,6%) y Cesar (28,6%).

El 32% de los afiliados pertenecía al pueblo wayuu (79.931 afiliados), el 15% al pueblo arhuaco (37.824 afiliados) y el resto a indígenas de otras comunidades (Dusakawi EPSI, 2014a). Si el estimado de población arhuaca es de 45 mil personas, esto significa que la cobertura de la EPSI es de 85%. Aunque existen referencias de algunas afiliaciones

---

56 Asociación de Cabildos Gobernadores del Cesar y La Guajira Dusakawi EPSI.





individuales al régimen contributivo, este porcentaje es muy bajo, lo que significa que entre 4.000 y 6.500 personas no tienen aseguramiento.

Con el fin de garantizar a la población arhuaca los servicios previstos en el plan obligatorio de salud, la EPSI tiene conformada una red de servicios de primero, segundo y tercer nivel en el departamento, cuya puerta de entrada es la IPSI de primer nivel Wintukwa, única institución de salud reconocida por las autoridades tradicionales.

Wintukwa realiza atención en salud de primer nivel en los 48 asentamientos que conforman el resguardo arhuaco de la Sierra Nevada de Santa Marta, con una población asignada de aproximadamente 33.000 personas, de las cuales las mujeres en edad fértil son un poco menos de 10.000.

Para prestar los servicios básicos de atención primaria desde un concepto de salud integral, familiar, comunitaria y personal, la IPSI ha configurado una red de servicios en el territorio y tiene definidas seis zonas de influencia en las que existen seis centros de salud ubicados en los lugares con mayor concentración de la población. En los asentamientos con menor cantidad de población hay puestos de salud, aunque se transita por trochas y no ingresan carros.

Los centros de salud están en Valledupar, donde la EPSI Dusakawi remite los pacientes a los hospitales de la red —el principal es el Rosario Pumarejo de López—, a la clínica Laura Daniela y a otras privadas. En la zona central, los pacientes llegados de diferentes asentamientos que tienen como zona de influencia Nabusímake —con un centro de salud—, pueden ser remitidos al hospital Camilo Villazón en el municipio de Pueblo Bello, que tiene centro de salud de la IPSI. Esta es otra zona de influencia, que está aproximadamente a una hora de Valledupar por carretera pavimentada. En la zona oriental Gunaruwun, en la occidental Yewrwa, y en la suroccidental Simonorwa, están los otros tres centros de salud; este último tiene promotores y auxiliares, mientras que en los otros cinco hay equipos médicos<sup>57</sup>.

Para llegar hasta todos los asentamientos localizados en las vertientes de la Sierra, la IPSI opera con un equipo médico extramural de médico, odontólogo, bacteriólogo, enfermeras, auxiliares, que requiere para su movilidad de una recua de 10 a 12 mulas con jornadas de varias semanas de duración, cuando los recorridos no se hacen a pie. Además, cuenta con un total de 50 promotores de salud, uno en cada asentamiento.

La IPSI utiliza varias estrategias para garantizar la salud materna e infantil:

- Búsqueda activa de las gestantes y canalización hacia los servicios de salud para control prenatal, atención médica, laboratorios, ecografías, consulta especializada y atención del parto, aunque el objetivo no es promover el parto institucional sino su control para un buen desarrollo y desenlace.

---

57 Entrevista a funcionarios de IPSI Wintukwa, Valledupar, diciembre 1 de 2015.





- Procesos de entrenamiento y capacitación a los coordinadores/as territoriales para detectar problemas de sangrado e infección y para saber la forma de proceder en casos de emergencia obstétrica, para lo cual en los centros de salud se dispone de kits que contienen adrenalina, antibióticos y misoprostol.
- Para asegurar que las pacientes tengan la ayuda que requieran, la IPSI garantiza el desplazamiento, estadía y alimentación de la gestante y de un familiar, incluso en los casos de más difícil acceso, como las zonas más altas, de las que hay que bajar en camilla y al hombro de 8 —o hasta 16— personas, a través de caminos de trochas — que, en los casos de emergencia, se convierte en un factor adverso—.
- Actividades y capacitaciones para promover la lactancia materna.

Uno de los aspectos que coincide en los relatos de la comunidad y las instituciones es el de *barreras geográficas*. Existen 48 asentamientos que conforman el resguardo arhuaco de la Sierra Nevada, distribuidos a lo largo de casi 200 mil hectáreas en los departamentos del Cesar y Magdalena, que agrupan a cerca de 45 mil habitantes, con un patrón de poblamiento disperso y en condiciones de difícil acceso<sup>58</sup>. A la mayor parte del territorio no se accede por carretera, y la dispersión poblacional hace difícil tanto el funcionamiento de equipos extramurales de atención como la movilización de las personas hacia los centros de salud y hospitales en caso de necesidad.

“La ruralidad de los pueblos indígenas de alta montaña, entonces nuestros hospitales y centros de atención son de posibilidades limitadas en su rango de acción. Si a ti te dicen que un centro de salud o una comunidad indígena está a cuatro o seis horas, no es oportuno, y en yegua, y la mayoría se transporta en hamaca, entonces se debe demorar el doble”<sup>59</sup>.

No existen carreteras, pero la comunidad tampoco las desea, como estrategia para preservar su territorio y su cultura. Por ello se requiere pensar en mecanismos alternativos para acortar la distancia que impone la geografía<sup>60</sup>, porque lo cierto es que alguien tiene que hacer la labor. La IPSI está dispuesta —y de hecho lo hace—, pero el problema es que no recibe el debido reconocimiento; es decir, un presupuesto diferencial para operar allende fronteras, y la EPSI tampoco cuenta con una unidad de pago por capitación — UPC— diferencial para pagar los costos incrementados de la operación en los territorios<sup>61</sup>.

Por otro lado se encuentran las *barreras administrativas*. Para el caso de la IPSI hay que decir que no solo los recursos son limitados para prestar los servicios individuales en los territorios para los asegurados con los recursos del POS, sino que tiene también dificultades para prestar los servicios del Plan de Intervenciones Colectivas y los de la atención de los no asegurados —que nadie paga—.

58 Entrevista a funcionarios de IPSI Wintukwa, Valledupar, diciembre 1 de 2015.

59 Entrevista a funcionarias del Hospital Rosario Pumarejo, Valledupar, diciembre 1 de 2015.

60 Talleres con funcionarios del sector salud del departamento del Cesar, Valledupar, febrero 1 y 24 de 2016.

61 Talleres con funcionarios del sector salud del departamento del Cesar, Valledupar, febrero 1 y 24 de 2016.





Otra barrera administrativa, que es de un carácter más normativo y tiene profundas implicaciones para la salud y el acceso a los servicios de las maternas, es la de los estándares de habilitación que el sistema de garantía de calidad impone a las instituciones de salud para su funcionamiento. Tales estándares no son culturalmente pertinentes, porque tienen requisitos sobre material de pisos y paredes que no se usan en las zonas rurales, exigencias sobre salas de partos para una población que se rige por pautas culturales que promueven los partos en el domicilio o el territorio, manejo de placenta y fluidos como desechos tóxicos en contravía de los preceptos culturales, y limitaciones para el uso de medicamentos útiles para el control de la hemorragia posparto como el misoprostol<sup>62</sup>. En la práctica, estas limitaciones se traducen en que la población no dispone de los servicios en caso de necesidad urgente.

“La norma 691, bajo este sistema de salud, habla de una adecuación, debe haber una adecuación para la atención de los pueblos indígenas en clínicas, en los pueblos, en los centros. Aquí no está, no lo tenemos aquí en Pueblo Bello, que casi el 90% de la población es indígena”<sup>63</sup>.

Por una parte, los servicios no son adecuados culturalmente en aspectos como la lengua, la posición vertical del parto o el acompañamiento de la familia. Pero no solo no son adecuados, sino que fomentan el trato discriminatorio y exceden la intervención durante el embarazo y, particularmente, durante el parto. Esto lo ilustra una tendencia innecesaria al parto por cesárea que las indígenas temen y rechazan, y que se traduce en barreras posteriores. “Tenemos los problemas de asistir cesárea; por tal motivo, se está trabajando fuertemente en tener nuevamente partos normales”<sup>64</sup>.

“Ella tenía todas las condiciones para parir, y ella en ningún momento tenía un embarazo de alto riesgo o que la pelvis, o sea, nada; y sin embargo, le hicieron cesárea. ¿Por qué?, porque habían pasado unas horitas, pero si eso se hubiese manejado de otra manera en la Sierra con una partera, ella hubiese parido... y es que les hacen cesárea y la próxima vez no bajan, no vuelven, y con cesárea anterior paren. El riesgo ahí es muchísimo mayor”<sup>65</sup>.

El aspecto cultural actúa en dos vías más. La primera es el escaso o nulo reconocimiento o respeto de las prácticas propias del pueblo indígena y de su efectividad en el mejoramiento de la salud y el bienestar de la población. “Según las instituciones, las madres tienden a ir donde el Mamo para ‘adivinar’ cómo está. Es un acto de desprestigio al indígena”<sup>66</sup>. La segunda vía es a través de las restricciones de los propios contextos culturales y de las figuras de autoridad al uso de los servicios no indígenas, aún en ocasiones de emergencia.

62 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 29 y 30 de 2016. Talleres con funcionarios del sector salud, Valledupar, febrero 1 y 24 de 2016.

63 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 30 de 2016.

64 Entrevista a funcionarias de la Secretaría Municipal de Salud, Valledupar, diciembre 1 de 2015.

65 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 30 de 2016.

66 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud municipal, Pueblo Bello, enero 30 de 2016.





“Los promotores que trabajan en los territorios en ocasiones detectan riesgos en gestantes —abortos previos, gestantes múltiparas, infecciones urinarias, entre otras—, pero existen demoras en tomar la decisión, aun cuando el Mamo haya autorizado que asistan al control prenatal del modelo occidental”<sup>67</sup>.

Sobre varios de estos aspectos de no adecuación de servicios con pertinencia cultural se dijo en los talleres con funcionarios/as del sector salud que eran resultado no solo de la ausencia o precariedad de un verdadero enfoque diferencial en la política de salud, el sistema y sus prácticas sino, de manera más precisa, de una política de salud sexual y reproductiva claramente orientada en este sentido, que considere, incluya y valore las percepciones y prácticas comunitarias sobre salud sexual y reproductiva.

Por último, pese a que el país ha adoptado la estrategia de atención primaria en salud, el modelo prevaeciente del sistema sigue siendo fragmentado y segmentado, lo que constriñe las posibilidades para la construcción de una ruta de atención que permita superar las distintas barreras enunciadas.

### **El cuidado de gestantes y recién nacidos en la comunidad: sistema propio y prácticas culturales**

Para los arhuacos, el embarazo es un hecho íntimo, casi sagrado. Los primeros meses se manejan al interior de cada hogar, solo con conocimiento de la autoridad espiritual, porque desde tiempos ancestrales la concepción y la gestación son procesos orientados por el Mamo. La comunidad desconoce el estado de la mujer hasta cuando es evidente<sup>68</sup>.

En sus controles con el Mamo, las embarazadas siguen pautas de alimentación, baños con plantas y recomendaciones de comportamiento. Son vistas también por masajeadores, sabedoras y parteras. Las decisiones para asistir a control prenatal, exámenes de laboratorio o, en general, el uso de los servicios occidentales, deben tener el consentimiento del Mamo.

Así las mujeres vayan a algunos controles prenatales con el servicio de salud, se estima que un 90% de los partos ocurre en los territorios, y que son asistidos por las familias y parteras. Por territorio no debe entenderse el domicilio, ya que la atención del parto se realiza en espacios muy específicos —previamente definidos por el Mamo—, que son lugares que reciben el pago de un tributo por ser fuentes de vida, “allá donde se nace, allá es”. Cada mujer pare en un lugar diferente, todos los partos suceden en lugares distintos; por ello, resulta disfuncional y contraria a las representaciones culturales la recomendación del uso de la sala de partos, una misma camilla o un mismo lugar, como lo propone la institucionalidad<sup>69</sup>.



*Así las mujeres vayan a algunos controles prenatales con el servicio de salud, se estima que un 90% de los partos ocurre en los territorios, y que son asistidos por las familias y parteras.*

67 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud municipal, Pueblo Bello, enero 30 de 2016.

68 Entrevista a funcionarios IPSI Wintukwa, Valledupar, diciembre 1 de 2015.

69 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 30 de 2016.







Durante el parto, la mujer es acompañada por el esposo, la madre, la partera y la familia. De hecho, algunos partos son atendidos por el esposo. No es usual parir acostada, pues las arhuacas acostumbran el parto vertical porque es una posición más cómoda para la mujer —“con la misma fuerza de gravedad va bajando, y cuando la mamá puja es menos el dolor que estar acostado”— y permite la participación de la familia en un ritual que celebra el recibimiento del nuevo ser. Una vez nace el bebé, el corte del cordón umbilical no se realiza con tijeras sino mediante la utilización de una planta que tiene efectos cicatrizantes<sup>70</sup>.

La mujer y el recién nacido deben permanecer en el lugar definido por el Mamo hasta un tiempo por él determinado. Si el parto es en el exterior de la casa de la gestante, se hacen los ajustes para la estadía. El recién nacido es atendido por la misma persona que atendió el parto, quien lo sigue asistiendo en los días posteriores al nacimiento. Igual ocurre con la madre, quien cuenta con el apoyo de la red familiar. La madre sigue una dieta alimentaria, baños con plantas y reposo.

“En otros casos, ni siquiera es adentro, en la casa. Si es por fuera, allá donde tuvo el bebé, tendrán que hacerle una enramada o algo que la proteja de todo, y ella va a estar allí durante siete a 12 días, dependiendo de lo que el Mamo diga, tanto tiempo, porque como dicen, ahí están viendo qué va a ser de ese niño. Dependiendo de eso le dicen “rápidamente puede venirse” o “todavía no, tiene que cumplir unos requisitos culturales mayor tiempo”<sup>71</sup>.

La placenta y fluidos expulsados en el parto son fundamentales para la comunidad arhuaca, aún en los casos en los que el parto se produce en los servicios de salud. Permiten al Mamo identificar y ver “quién será y qué va a ser el nuevo ser”, reconocer y definir aspectos futuros del recién nacido y prever su destino dentro de la comunidad.

La placenta que es la “verdadera madre”, la conexión con la naturaleza, con el territorio, se siembra en el lugar del nacimiento como un tributo o pago a la tierra dadora de vida, con lo que se da lugar a un ritual de cierre de ciclo e inicio de uno nuevo. Esta es una razón adicional por la que las mujeres prefieren el parto en el territorio. Lo que para los hospitales es un desecho tóxico, para la comunidad es de un altísimo significado cultural. Es por esto que la comunidad y la IPSI consideran un gran logro que hoy los hospitales les entreguen la placenta para poder entregársela al Mamo y, de este modo, garantizar el arraigo en el territorio.

“El tema de la placenta para el pueblo arhuaco es lo más importante del nuevo ser que llega, porque ahí está la máxima fortaleza, tanto espiritual como material, porque de eso va a depender tanto la felicidad como el bienestar de ese futuro niño. Pero si la placenta es cortada sin tener en cuenta toda esa conexión que duró nueve meses, las personas van a estar desvinculadas con el territorio, con la madre tierra”<sup>72</sup>.

70 Enfermera arhuaca, diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 30 de 2016.

71 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 29 de 2016.

72 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 29 de 2016.





En casos de complicación del parto, el promotor de salud o el auxiliar de la IPSI —que es un miembro de la comunidad con formación técnica y acreditación espiritual (marusama) para manejar la salud desde lo material—, intermedia con el Mamo y le explica la condición de riesgo de la gestante, para que permita su traslado hasta un centro urbano. El Mamo no siempre autoriza, pero cuando da su aprobación, la embarazada es llevada en hamaca por las trochas hasta un centro de salud o hasta el punto de la carretera donde pueda llegar la ambulancia para trasladarla hasta un hospital<sup>73</sup>. Aun si el Mamo lo permite, las mujeres pueden rehusarse por temor a los procedimientos hospitalarios y las frecuentes cesáreas, por la propia experiencia o por la de otras mujeres.

Las mujeres arhuacas prefieren el parto en su territorio al parto institucional, y los cuidados de sus recursos y practicantes tradicionales al control prenatal, lo cual es comprensible por la distancia cultural entre las formas de comprender el parto y el alumbramiento en la comunidad con el acompañamiento de la familia y el cuidado de la partera, y la frialdad y excesiva intervención en los servicios de salud, además de las barreras lingüísticas y la inexistencia de condiciones para el parto vertical.

La partera es un recurso muy importante en la comunidad. Acompaña durante el embarazo, consiente, da masajes, sobos, baños con plantas, bebidas reconfortantes y apoyo durante el pujo. Algunos hombres atienden los partos de sus esposas, pero no se dedican a la partería. “Partiar” es una labor principalmente de mujeres, muchas de las cuales han aprendido su oficio por tradición y herencia de sus madres, y de manera muy temprana, casi a la vez que su tránsito a ser mujeres —después de la primera menstruación—. El grupo de parteras en los distintos asentamientos del resguardo es numeroso y muy reconocido.

Se aprende viendo y acompañando a las parteras en el proceso de seguimiento del embarazo, en la preparación de la pasta de grasa de ovejo, alcanfor y vaselina —que se usa para los masajes— y en la cocción de las aguas de hierbas —borraja, altamisa y manzanilla, que se dan durante el trabajo de parto y el parto para mantener el calor de la madre—. Todas las parteras aprenden a sobar, pero no todas las personas que soban hacen partería.

Con sus manos, la partera sabe en qué posición está el bebé y si es necesario el sobo para alinearlo con la cabeza hacia abajo, o para moverlo —porque está “encajado” en la cadera, la cintura o la pierna e incomoda a la madre para caminar o sentarse—, e incluso para verificar su bienestar —cuando responde con movimiento al masaje—. Pero si con el sobo las cosas no cambian, las parteras siempre recomiendan la ecografía, para verificar si el parto puede ser o no en el territorio.

La gestante suele llamar a la partera cuando inician los dolores. Ella llega, verifica la posición del bebé, el espacio de tiempo entre contracciones y se fija si la barriga está alta o baja. “Si los dolores son frecuentes y la barriga está alta, le masajea el abdomen para “desprender”

---

73 Entrevista a funcionarios de IPSI Wintukwa, Valledupar, diciembre 1 de 2015.





la criatura y facilitar el parto. Se le dan tomas para mantenerla caliente, si requiere baños con plantas, y siempre sobo y sobo, hasta que empieza a botar líquidos”—ruptura de membranas—, pero no hace tacto vaginal, espera hasta que asome la coronilla del bebé y pone una cobija u hojas debajo de la madre —que está en cuclillas— para que caiga.



*La gestante suele llamar a la partera cuando inician los dolores. Ella llega, verifica la posición del bebé, el espacio de tiempo entre contracciones y se fija si la barriga está alta o baja.*

Todo ha sido desinfectado con agua y limón: las manos de la partera, el área del parto y el *momo*, una especie de culantrillo —helecho— con propiedades cicatrizantes, al que se le saca filo como un bisturí y con el que se corta el ombligo. La partera tiene listo el hilo de algodón entorchado, que no es lana de oveja. Mide dos dedos, amarra en la mitad y corta dos dedos después para que no se desangre. Le queda un pedacito, le echa alcohol, se baña con plantas y procura mantener seca el área para que no se infecte. Luego, mientras le da masajes y aguas calientes de hierbas para mantener el calor y que la matriz “no se suba”, espera, siguiendo la guía del cordón, hasta que salga la placenta. Las parteras no pierden el cordón de vista porque saben que, si se rompe, será poco lo que puedan hacer por la madre, y la muerte seguramente sobrevendrá.

La partería no puede entenderse como un recurso sustituto del sistema formal de salud o compensatorio de sus fallos, sino como una elección de las mujeres, que les permite además cumplir reglas culturales. Paradójicamente, la creciente cobertura de servicios de salud que debiera ampliar el rango de opciones para el mayor bienestar de madres y neonatos está resultando en una disminución de esta práctica ancestral. Por eso, tiene mucho sentido el propósito de la IPSI, la EPSI e incluso de algunas instituciones no indígenas, de rescatar los saberes tradicionales de las parteras, capacitarlas para una mayor resolutivez y promover su articulación con el sistema no tradicional en un marco de interculturalidad y complementariedad entre sistemas<sup>74</sup>.

### Problemas para la interculturalidad

Los arhuacos tienen su sistema tradicional de salud con autoridades espirituales, sobadores/as, botánicos y parteras, pero también su propia institucionalidad. A partir del mandato de la asamblea general de 2005 que determinó la creación de una institución prestadora de servicios de salud para el pueblo arhuaco, se fundó Wintukwa, que significa arhuaco o pueblo arhuaco<sup>75</sup>. Esta IPS depende —tanto políticamente como en su estructura organizativa y estatutaria— de la Confederación Indígena Tayrona, y sus decisiones son consultadas con el cabildo gobernador y los Mamos, que son quienes dan las aprobaciones definitivas (Wintukwa IPSI, s.f.).

Wintukwa IPSI soporta el modelo de atención primaria en salud intercultural con su equipo extramural itinerante y su red de centros, puestos y casas de salud en los territorios

74 Diálogo con comunidades e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 29 y 30 de 2016. Grupo focal con parteras, diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, febrero 25 de 2016. Talleres con funcionarios del sector salud, Valledupar, febrero 1 y 24 de 2016.

75 Personería jurídica según Resolución 0082 de febrero 15 de 2006 de la Secretaría de Salud departamental del Cesar.





de la Sierra Nevada de Santa Marta. Integra la medicina moderna y la medicina tradicional para promover la salud y prevenir la enfermedad, de tal forma que se proteja la identidad cultural y ancestral de la comunidad. Para ello, acuerda con las autoridades indígenas, socializa con la comunidad, realiza trabajos comunitarios espirituales, fortalece prácticas propias de atención —tanto preventivas como curativas— y articula “aspectos sociales, culturales, ambientales, educativos y productivos indispensables para el buen vivir” (Wintukwa IPSI, 2014).

Pese a que no toda la población del resguardo usa los servicios de la IPS —aun estando disponibles—, la satisfacción con su pertinencia cultural es alta. Justamente por eso es cada vez mayor el número de mujeres que asisten al control prenatal, consultan servicios de planificación y aceptan la atención del parto en los servicios no indígenas cuando hay sospecha de posible complicación (Wintukwa IPSI, 2014). Esto en virtud de que la IPS reconoce que la mirada intercultural —el reconocimiento de los saberes ancestrales y la complementariedad entre el sistema propio y el sistema occidental— es esencial. Sin embargo, en las actuales condiciones del sistema para la operación de los prestadores de servicios de salud y de los problemas de las normas que los habilitan, la IPSI está seriamente amenazada para continuar y desarrollar su propuesta intercultural, aun en su doble carácter de participación del sistema occidental y representación de la comunidad, con el propósito de servir a su gente y promover su cultura.

El modelo de salud hace énfasis en la atención de la enfermedad, está diseñado y pensado para las ciudades y no para las poblaciones rurales y dispersas, fracciona la operación por niveles —desconociendo la unidad de pensamiento y acción que caracteriza a los indígenas—, reconoce la diferencia —pero la traduce en desigualdad—, tiene una postura hegemónica sobre el conocimiento y las prácticas en salud que limita la posibilidad de construir y desarrollar una propuesta de interculturalidad<sup>76</sup> y, lo más significativo para las comunidades, no reconoce el sistema médico indígena que por siglos ha tratado enfermedades y ha permitido que los indígenas sobrevivan aún en comunidades alejadas, sorteando las dificultades de la geografía del territorio de la Sierra<sup>77</sup>.

---

76 Diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, enero 29 de 2016.

77 Gerente de IPSI, entrevista con funcionarios de IPSI Wintukwa, Valledupar, diciembre 1 de 2015.





## 4.2. Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y mortalidad neonatal en el pueblo wayuu

Las elevadas tasas de mortalidad materna y neonatal presentes en el pueblo wayuu y las disparidades entre éstas y las *alijunas*<sup>78</sup> se explican en gran parte por la historia de exclusión, falta de reconocimiento y pérdida de las tradiciones culturales y autonomía, así como por las consecuencias sociales negativas de un modelo de desarrollo económico extractivista y afectador de las condiciones socio-ambientales de estas comunidades, y por las relaciones asimétricas de poder y de relacionamiento institucional entre este pueblo, los *alijunas* en el departamento de La Guajira y la nación colombiana. Igualmente, procesos económicos, sociales y políticos propios del pueblo wayuu vienen generando dinámicas de conflicto social, desarraigo y segregación socio-espacial entre clanes de una misma cultura.

### 4.2.1. **Percepciones sobre las desigualdades en mortalidad materna y mortalidad neonatal**

Desde que nace, a la mujer wayuu se le inculca su función multiplicadora, ya que sobre ella recae la responsabilidad de perpetuar la especie. Subyace a la forma wayuu de ver el mundo un inestimable valor por la mujer embarazada, la familia y el profundo simbolismo cultural de la muerte cuando el alma abandona el cuerpo y se dirige hacia *Jepira*, el lugar de la tierra de los muertos donde habitan los ancestros desde el comienzo de la existencia. En todas las familias se participa de la ceremonia del acto fúnebre. Durante los diferentes rituales de la muerte —se muere dos veces— se produce el reencuentro de la familia y se conforma un espacio para demostrar el poderío del clan.

La muerte de una madre es motivo para un significativo velorio, en tanto que en el orden social wayuu la afiliación se transmite a través de la madre, que hereda la pertenencia al clan familiar. De mayor trascendencia es el segundo velorio, cuando ella emprende el viaje definitivo. No sucede igual con el neonato, pues generalmente, en las rancherías situadas en el área rural, el recién nacido es enterrado sin despedida ritual.

La mayor parte de los partos ocurre en el territorio y en casa de la gestante, y son atendidos por la madre o por parteras quienes, por uso y costumbre, tienen esa función y aprenden el 'don' por revelaciones en sueños o, sencillamente, lo heredan de sus abuelas. Para las parteras wayuu, el fallecimiento de una madre —o de su bebé— constituye un problema complejo, razón por la que son muy cuidadosas con las gestantes y los recién nacidos que tratan, y hacen todo lo posible por garantizar su bienestar. De hecho, todas tienen alto reconocimiento en sus comunidades y, pese a haber asistido partos complicados, ninguna refirió muertes maternas en su trayectoria<sup>79</sup>.

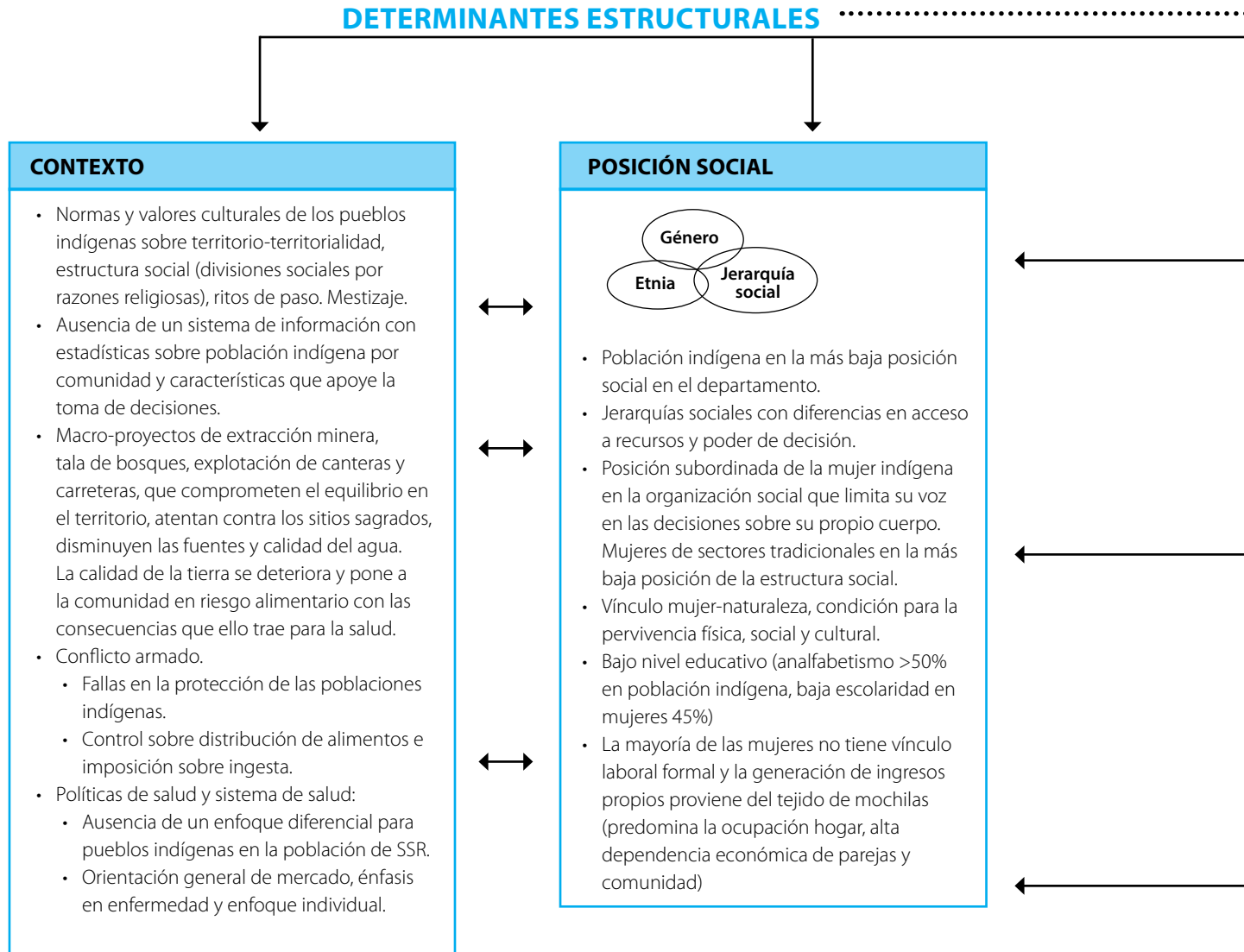
78 Alijuna (arijuna) n. blanco, -ca —persona no wayuu—; civilizado, -da (Captain y Captain, 2005).

79 Grupo focal parteras wayuu, taller con comunidad, practicantes y autoridades wayuu, Ranchería Wasajerao, febrero 5 de 2016.



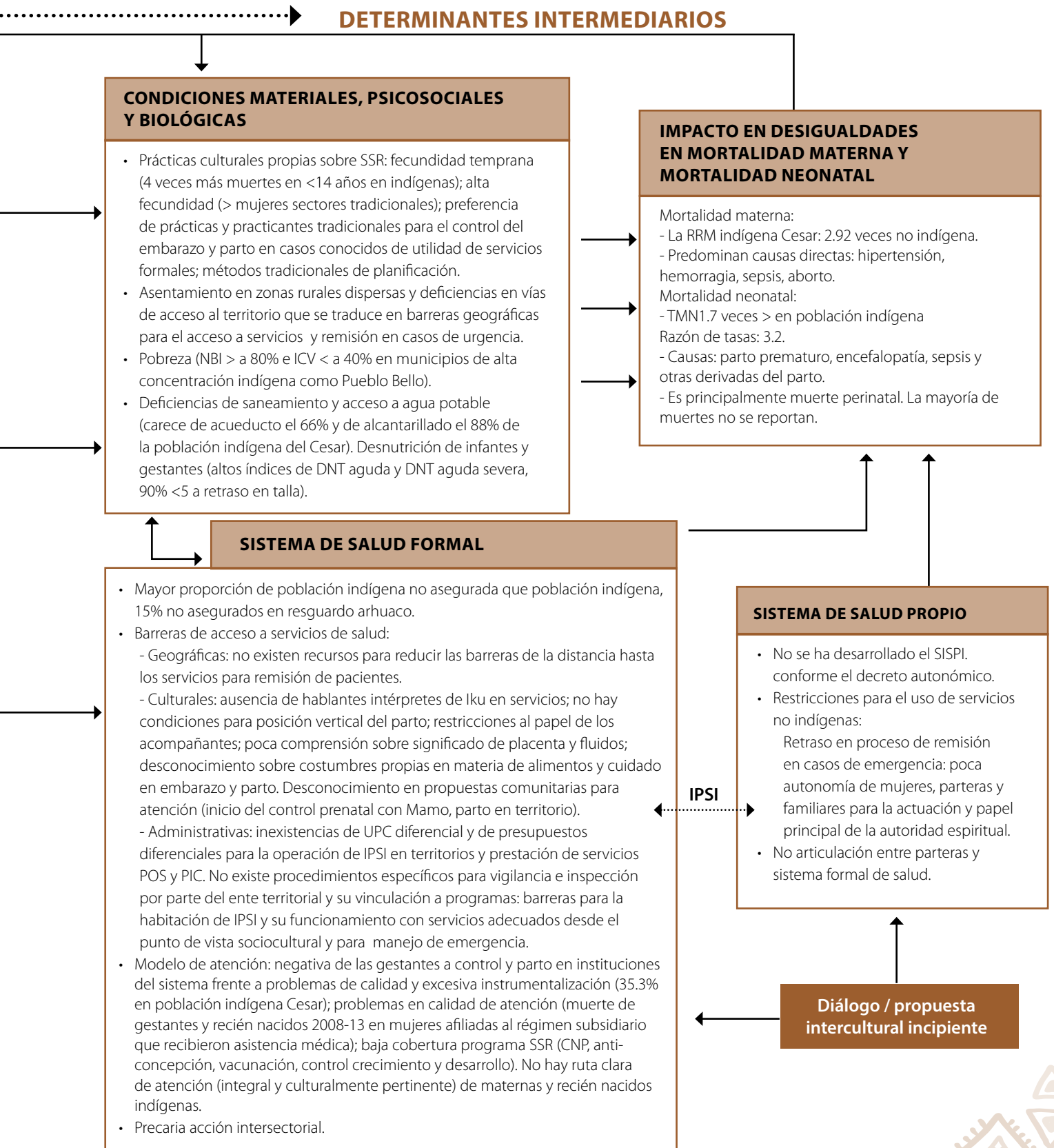


Figura 29. Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en el pueblo arhuaco



Fuente: Elaboración propia con base en esquema DSS de la OMS.







“Ellos [refiriéndose la traductora a ellas, las parteras] quisieran mejorar la situación, de pronto, disminuir esas muertes que hablan, de pronto ellos no les ha pasado pero ellos han escuchado y les interesaría que hubieran menos muertes por eso. Ellos no sabían de que (sic) había tantas muertes por esa causa, entonces en estos momentos dicen que quieren que disminuyan... [En las rancherías] antes muy poco se daba la muerte de algún paciente en el trabajo de parto. Pero ahora, cuando ellos ven la complicación, ellos enseguida los mandan para el hospital. Les dicen: vayan al hospital, porque no puedo hacer esto o porque ven que la situación se está tornando grave”<sup>80</sup>.

Son más frecuentes las muertes de recién nacidos en las comunidades wayuu de Uribia que las muertes de madres. Se trata de una situación que se presenta a menudo, principalmente en las comunidades más alejadas. Embarazos múltiples, bebés muy grandes o en mala posición, retención de placenta, hemorragias e infecciones después del parto son algunas de las causas de las muertes maternas<sup>81</sup>.

La mayoría de las muertes no se reportan por carecer de documento de identidad, muchas madres y sus hijos no existen para la institucionalidad. No existen en los registros censales, por lo que cuando ocurre una muerte “eso solo lo sabe la familia y ya”. El líder de la comunidad es quien generalmente informa sobre el fallecimiento, siempre que tenga los medios para desplazarse hasta la oficina de registro de Uribia. Es probable que la EPSI regale la urna a la familia, pero solo si la fallecida es afiliada. En ocasiones, la Oficina de Asuntos Indígenas da un aporte para el entierro si quien murió está registrado<sup>82</sup>.

Al analizar la información de las entrevistas a funcionarios de las instituciones públicas de salud, se observa que no solo existe una gran desigualdad en salud entre mujeres wayuu y alijunas —medida por mortalidad materna y neonatal—, sino que estas, siendo sumamente altas, reflejan una enorme desigualdad entre la población de mujeres de La Guajira y las del resto de Colombia. Por ejemplo, según funcionarios de la Secretaría Departamental de Salud, “la problemática de mortalidad neonatal y materna está concentrada principalmente en la población indígena”, aunque la población wayuu constituye solamente el 44,5% del total de la población de La Guajira<sup>83</sup>. La tasa general de mortalidad materna es mayor a 200 muertes por cien mil NV, de la cual el 75%, aproximadamente, ocurre entre la población de mujeres wayuu:

“(...) nosotros tenemos una de las tasas más altas de mortalidad para el país. Si el promedio para el país es de 70, 80 muertes por cada cien mil NV, nosotros tenemos más de 200. De esa razón, quien tiene la mayor carga son las mujeres indígenas wayuu. Entre el 70 y el 75% de muertes maternas que



*La mayoría de las muertes no se reportan por carecer de documento de identidad, muchas madres y sus hijos no existen para la institucionalidad. No existen en los registros censales, por lo que cuando ocurre una muerte “eso solo lo sabe la familia y ya”.*

80 Reunión de parteras y autoridades tradicionales de la Alta Guajira, Uribia, diciembre 4 de 2015.

81 Grupo focal parteras wayuu, taller con comunidad, practicantes y autoridades wayuu, Ranchería Wasajerao, febrero 4 de 2016.

82 Reunión de parteras y autoridades tradicionales de la Alta Guajira, Uribia, diciembre 4 de 2015.

83 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira, Riohacha, diciembre 3 de 2015.







nosotros tenemos en el departamento son de mujeres indígenas wayuu. Ellas son las que más están aportando carga en la mortalidad materna del departamento; igual en mortalidad perinatal<sup>84</sup>.

Los registros de la EPSI Dusakawi (97.497 afiliados wayuu en 2014) y de la EPS Confaguajira (48.949 afiliados wayuu) son consistentes con estas cifras de mortalidad. Dusakawi, por ejemplo, reportó 4 muertes en 2014 para una tasa de 165 por cien mil NV, superior al promedio departamental de 135 por cien mil NV, mientras Confaguajira refirió 5 casos en 2013 y apenas una en 2014 —en una madre de 14 años—. En ambas entidades la mortalidad materna y perinatal son consideradas problemas prioritarios de la salud indígena (Dusakawi EPSI, 2014b)<sup>85</sup>.

Las principales causas inmediatas de mortalidad materna son la sepsis, los trastornos hipertensivos y hemorrágicos, y las causas de mortalidad perinatal se relacionan principalmente con sepsis, prematuridad y sufrimiento fetal<sup>86</sup> (Dusakawi EPSI, 2014b). Las muertes son institucionales y también domiciliarias, y tienen que ver tanto con problemas del SGSSS como con las condiciones generales de vida y de trabajo de la población wayuu.

#### 4.2.2. **Explicaciones causales sobre las desigualdades en mortalidad materna y neonatal: contexto, posición social y condiciones de vida**

Un amplio porcentaje del pueblo wayuu vive en condiciones extremas de pobreza, analfabetismo, bajas coberturas de educación, de acceso a agua potable y a alimentos, y de violencia, que son condiciones básicas mínimas que, en ausencia de un sistema de salud con cobertura universal y acceso efectivo e intercultural, explican en buena medida la mortalidad. Este no parece ser un problema nuevo, pero se viene agravando y conociendo más en tanto que se cuenta con un mayor acceso a los medios de comunicación y se producen situaciones como el aumento y mayor frecuencia de los períodos de sequía, el avance del modelo de desarrollo extractivista y de agro-negocios, y el cierre de la frontera con Venezuela.

Cuando se realizó el diálogo en Wasajerao, para un importante porcentaje de participantes wayuu fue completamente nuevo y sorprendente conocer que los wayuu de la Alta Guajira ocupaban el centro de atención nacional e internacional por la crisis humanitaria que viven y que ha cobrado sus principales víctimas entre las madres y los niños. A esta situación le caben varias explicaciones, entre otras:

De las comunidades que habitan en los corregimientos del municipio de Uribia —tanto las distantes como las relativamente cercanas al casco urbano— solamente tienen acceso al servicio de energía eléctrica y, por ende, a televisión —e incluso televisión por cable— aquellas que habitan junto a la vía férrea del Cerrejón. Quienes ven noticias, probablemente se han enterado a través de ellas.

84 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

85 Entrevista a funcionarios de la EPS Confaguajira, Riohacha, febrero 10 de 2016.

86 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira, Riohacha, diciembre 3 de 2015.





En esta coyuntura, los políticos llegan a hacer entregas asistencialistas en rancherías no alejadas y contiguas a la carretera. Esta localización probablemente descarta a los líderes participantes del diálogo, cuyos asentamientos se ubican hacia el sector del Cabo de la Vela y, por tanto, están al margen del manejo de políticos y medios.

Uno de los procesos económicos que más impacta las condiciones de vida de las comunidades wayuu es la extracción de carbón del Cerrejón. La población ve con desesperanza la salida de enormes cantidades de una riqueza que les pertenece y por la cual no perciben grandes beneficios en sus condiciones de vida. En respuesta, y para garantizar gobernabilidad y no sabotaje de la población a las vías y trenes de transporte, las multinacionales llevan a cabo programas de salud solo en las comunidades que se encuentran dentro del área de influencia de sus proyectos, pese a que el recurso es extraído en una extensión muy significativa del territorio indígena y los impactos ambientales, sociales, económicos y en salud afectan a toda la población.

“Porque nosotros tenemos aquí con el grupo del Cerrejón, a mí me mandan un sicólogo y les daba la charla. Esos beneficios tiene ella, porque ella vive cerca de la vía del Cerrejón, pero no los tiene Jipumana. Jipumana, porque es lejos, no tiene ni un beneficio del Cerrejón, ni tampoco de la Secretaría de Salud, ni nada. En mi comunidad hay muchos niños, hay más de 180 niños, no hay centro de salud ni médico. Si hubiera, por supuesto que a mi comunidad se iría, y es muy difícil para mi comunidad llegar hasta Uribia”<sup>87</sup>.

Es común escuchar que los problemas de soberanía y seguridad alimentaria y nutricional vienen afectando cada vez más a estas comunidades. El incremento en el tiempo y frecuencia de los períodos de sequía en los territorios está asociado con fenómenos como el cambio climático —agravado por la extracción del carbón—, la construcción de la represa El Cercado en el río Ranchería —para facilitar actividades mineras y la irrigación de grandes cultivos en el sur del departamento—, la desviación, contaminación y secamiento de los arroyos, como el arroyo Bruno que alimentan el río y los bosques del territorio, y el secamiento y contaminación de los pozos de recolección de agua. Estos procesos vienen produciendo reducción en la producción de alimentos nativos y dificultando su acceso y utilización biológica.

La disminución del acceso a los alimentos nativos tiene un impacto adverso en las maternas y en la población infantil, lo que coadyuva el aumento de malnutrición, enfermedades, muerte y desplazamientos entre territorios, especialmente de los más pobres —que, en materia del derecho a la seguridad alimentaria y nutricional, no pueden protegerse de las consecuencias de la sequía, con lo que se aumentan las desigualdades en salud—:“(…) es por la falta de alimentación, de nutrientes, de vitaminas que traen los alimentos, de pronto, las madres no tienen cómo conseguir unos alimentos que tengan la suficiente vitamina para fortalecerse en el embarazo”<sup>88</sup>.

87 Grupo focal con autoridades y líderes indígenas, Ranchería Wasajerao, marzo 6 de 2016.

88 Reunión con miembros de la comunidad, Ranchería Wasajerao, febrero 6 de 2016.





Los cambios alimentarios y la falta de agua han traído consecuencias negativas para el buen desarrollo del embarazo. Hay debilitamiento de las maternas, atribuido por las parteras a los cambios en la dieta alimentaria. Antes había muchos cultivos —frijol, millo, ahuyama, iguaraya, patilla, melón, trupillo— y tenían animales para el consumo, pero actualmente la comida tiene que comprarse y contiene muchos químicos nocivos para la gestante<sup>89</sup>. Incluso, las prácticas tradicionales de planificación —basadas en el uso de la etnobotánica— parecen estar fallando por cambios en la asimilación de los tratamientos anti-embarazo relacionados con la ingesta de nuevas sustancias químicas contenidas en los alimentos, a los cambios en las propiedades de las plantas medicinales y a los hábitos alimentarios de las comunidades<sup>90</sup>.

“(...) no hay [alimentos] por la cuestión esa de que no llueve ¿Dónde siembran... porque dónde van a sembrar, cómo van a sembrar sin agua? Entonces, por eso ahora comen más de la comida del pueblo [se refieren a la comida de los *alijuna*] porque no hay más nada. Entonces no tienen pa’ comprar la presa, sólo compran el arroz... no les importa tanto de que las proteínas, las vitaminas, sino solamente llenarse. El arroz qué puede tener vitaminas, el maíz sin leche, porque ya ni siquiera hay leche porque ya los animales se están muriendo, y no tiene de pronto cómo... que si parió una cabrita no le pueden sacar la leche porque toda la leche es para el cabrito, que si ella parió, que si está botando leche es porque tiene un cabrito, un corderito, un chivito. Entonces ellos dicen que es por eso, y como la comida de allá trae mucho químico, ellos dicen que el químico también les hace mucho daño. Antes utilizaban aquí el agua sin nada, ahora dicen que por el hipoclorito se les está cayendo el pelo... porque allá en la ciudad todo es químico”<sup>91</sup>.

La asignación de los recursos del Sistema General de Participación —SGP— a los resguardos es otro de los problemas. Teóricamente, deben ser asignados a los resguardos para financiar los proyectos que derivan de los planes de vida aprobados por las asambleas comunitarias para satisfacer sus necesidades básicas: salud, educación, alimentación, agua, vivienda, proyectos productivos, entre otros. La realidad es que las asociaciones de autoridades ancestrales, que constituyen la verdadera autoridad de las comunidades, desconocen muchas veces cómo se usan los recursos, cómo se produce la entrega de los contratos para su ejecución y cuáles son sus resultados.

Los programas sociales basados en subsidios condicionados vienen generando en las familias dependencia de las dádivas del Estado, lo que ha desestimulado la búsqueda de trabajo y ha horadado el sistema de autoridad interna tradicional del clan. Los indígenas que aún tienen posibilidad de cultivar o pescar prefieren esperar la entrega mensual del

89 Reunión de parteras y autoridades tradicionales de la Alta Guajira, Uribia, diciembre 4 de 2015.

90 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de la Guajira, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

91 Grupo focal con parteras, Ranchería Wasajerao, febrero 5 de 2016.





subsidio antes que dedicarse a labores agropecuarias, y los niños-as y jóvenes beneficiarios que reciben los subsidios se sienten poderosos, abandonan el sentido de pertenencia y quebrantan las normas de control social. Si alguien ofrece trabajo a una mujer wayuu como empleada doméstica en su hogar, su respuesta es la siguiente:

“(...) es que ese sueldo no me sirve. Tres hijos, me pagan 150 mil pesos por cada hijo en Familias en Acción, el Bienestar me da un mercado por cada uno, y el otro año quiero meter el otro porque el mayorcito en dos años se sale del Programa; entonces no me sirve ese sueldo que usted me está ofreciendo”<sup>92</sup>.

Pero la situación de salud y las desigualdades en salud de la población wayuu no dependen solo de las fallas de los programas basados en subsidios condicionados que promueve el gobierno, sino también de la atención de emergencia a la desnutrición aguda mediante tratamientos de recuperación nutricional y entrega de alimentos. El problema es la violación sistemática de los derechos humanos fundamentales de esta población, lo que explica no solo las muertes maternas y neonatales sino también las de los menores de cinco años.

“Acá el problema más grande de las EDAS e IRAS es ambiental, y eso inclusive conlleva a presentar la desnutrición, contribuye. Pero aquí tenemos un problema grande: necesidades básicas insatisfechas. Ese es el gran problema. Si tiene una mamita con sus tres hijos de 4, 2 y nueve meses, y vive al lado de un basurero, aquí no vienen, a menos de que se intoxiquen con un cóctel de mariscos los niños de la alta sociedad. Pero llegan niños de Marbella, de detrás del mercado, de detrás del basurero municipal, eso tienen un nivel bajo de desnutrición (sic) y cuando salen de la enfermedad, están desnutridos porque esas enfermedades les acaban el organismo. Ahora sumémosle el dengue, el chikungunya y el zika. Aquí sí que han matado, pero lo tienen callado. Es que no es que hay que esperar el reporte del instituto, que se demora 10 meses, ya cuando las aguas estén calmadas. Así, seis se murieron de zika, están sacando los restos”<sup>93</sup>.

A diferencia de los factores estructurales señalados por las comunidades, los funcionarios de las instituciones públicas tienden a atribuir la mortalidad a la propia cultura indígena: “tienen la costumbre de la medicina tradicional, la mayoría de ellos se atienden con su médico tradicional, así tengan una EPS a la que consulten... No pueden andar con programas de anticoncepción, se los ofrecen, pero no son bien aceptados”<sup>94</sup>. Es la misma percepción que se escucha corrientemente entre algunos no indígenas del común cuando se les pregunta sobre las causas de la tragedia humanitaria de las muertes por desnutrición de niños y niñas que viven en las comunidades wayuu.

92 Coordinador técnico-científico, entrevista a funcionarios de IPSI Anashiwaya, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

93 Coordinador técnico-científico, entrevista a funcionarios de IPSI Anashiwaya, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

94 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira, Riohacha, diciembre 3 de 2015.





“Ella también decía que ahora hay muchos desnutridos por la falta de alimentación, que antes no existía por la cantidad de cultivos que había. Es decir, acá se supo que los periodistas estaban diciendo que nosotras, las wayuu, preferíamos darle la comida al papá que a nuestros propios hijos. Lo que pasa es que acá se sirve la porción más grande al papá y a los niños la más pequeña, pero todos comen a la misma hora”<sup>95</sup>.

“El mundo está cambiando, la naturaleza, y no son las mismas propiedades de las plantas, y el mismo organismo también se está transformando, por lo que estamos consumiendo muchos químicos, muchas cosas, no lo natural. Ha cambiado dramáticamente el sistema de alimentación de los wayuu, y casi todo les llega procesado, las ayudas humanitarias que les llegan, porque ya no hay forma de cultivar lo que hacían antes de alimentación nativa”<sup>96</sup>.

Si bien es cierto que algunos hábitos relacionados con el proceso de alimentación, la planificación familiar, el uso de plantas medicinales, los embarazos tempranos, tener hijos seguidos desde edades muy jóvenes, entre otros, pueden generar consecuencias en la salud de mujeres y niños, también es cierto que a lo largo del tiempo estos pueblos han pervivido física, social, espiritual y culturalmente de acuerdo con sus propios modos de vida.

#### 4.2.3. ***El sistema de salud formal y el sistema propio de salud como determinantes***

Son conocidos los problemas de acceso a la atención integral en salud y de calidad de la atención a las maternas, neonatos y otros grupos poblacionales como consecuencia de barreras de acceso de todo tipo, en particular geográficas y organizacionales, y relacionadas con la discriminación por condición social, de género y étnica, en gran medida como consecuencia del contenido de la política de salud que ha constituido el sistema actual de salud colombiano. Este sistema tiene serias dificultades para cubrir de forma efectiva las necesidades de salud de las comunidades wayuu y, en las condiciones de poblaciones rurales dispersas —como son gran parte de estas—, esas dificultades se tornan verdaderamente dramáticas, como se describe a continuación.

#### **Aseguramiento y prestación de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Como toda población indígena, la población wayuu tiene derecho a estar afiliada al régimen subsidiado, pero también puede afiliarse al régimen contributivo y estar beneficiada de regímenes exceptuados, según sus condiciones. En los territorios wayuu operan 17 Entidades Promotoras de Salud Indígenas —EPSI— y no indígenas —EPS—, que afilian población al régimen contributivo y subsidiado. También tienen funciones

95 Reunión con miembros de la comunidad, Ranchería Wasajerao, febrero 6 de 2016.

96 Reunión con miembros de la comunidad, Ranchería Wasajerao, febrero 6 de 2016.





de cobertura de la población las entidades territoriales de salud del departamento y los municipios —secretarías de salud—, que se encargan de cubrir la atención individual en salud de los pobres no afiliados de Sisben 1 y 2, y al conjunto de la población, en cuanto a acciones colectivas en salud.

Las EPS tienen una cobertura estimada por los entrevistados del 75% de la población: “Aquí hay trabajos que indican que la cobertura en el sistema de salubridad social de las comunidades indígenas está por debajo del 75%”<sup>97</sup>. Las entidades territoriales cubrirían al 25% restante para atenciones individuales, pero son responsables de las prestaciones colectivas o de salud pública, a través del Plan de Intervenciones Colectivas —PIC—.

Anas Wayuu, una de las EPSI con mayor cobertura, tiene actualmente más de 118 mil indígenas wayuu afiliados en La Guajira, de los cuales alrededor de 25 mil son de Uribia. Fue creada en la primera asamblea de concertación en abril de 2001, con presencia de Autoridades Tradicionales de la Asociación SUMUYWAJAT —conformada por 38 comunidades— y de la Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales de La Guajira —conformada por 110 comunidades pertenecientes a los resguardos de la Media y Alta Guajira—. La EPSI está conformada por comunidades que se asocian y pueden vigilar y hacer control, todas con las mismas obligaciones. Cuenta con una junta de control social conformada por autoridades y médicos tradicionales. Cubre servicios de salud de nivel primario, secundario y terciario a través de una red de prestadores de servicios de salud en La Guajira y en otras áreas de Colombia. Se dice que la mayor parte de su personal es wayuu y bilingüe. Apoya programas comunitarios de carácter intercultural, entre los que se encuentran programas de parto que reconocen a las parteras indígenas tradicionales (Minone y Gómez, 2014).

También opera en la región la EPSI Dusakawi, creada por la Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y de La Guajira, que principalmente afilia población indígena del Cesar. Esta EPSI tenía afiliados en La Guajira a 79.417 indígenas wayuu en 2014, de los cuales el 33% de las afiliadas eran mujeres en edad fértil (Dusakawi EPSI, 2014b). Igualmente, afilia población wayuu la Asociación Indígena del Cauca AIC-EPSI, que es una empresa del orden nacional que administra recursos del régimen subsidiado, y que fue creada por decisión de los cabildos en Junta Directiva Regional de diciembre de 1997.

Los prestadores de servicios públicos —Empresas Sociales del Estado-ESE— y privados, principalmente indígenas —EPSI— y no indígenas —IPS—, son el componente encargado de la atención en salud de la población mediante contratos con las EPS/EPSI o los fondos territoriales de salud. La única EPSI que tiene su propia red de prestadores de servicios de salud en La Guajira —especialmente de primer y segundo nivel de atención— es Anas Wayuu<sup>98</sup>.

En el caso de Uribia, la oferta de prestadores incluye dos hospitales públicos de primer nivel —Hospital de Nazareth y Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro— con

97 Reunión con miembros de la comunidad, Ranchería Wasajerao, febrero 6 de 2016.

98 Entrevista con gerente y asesora jurídica de Anas Wayuu EPSI, Riohacha, febrero 9 de 2016.





centros de salud en el área urbana de Uribia y en el Cabo de la Vela, Media Luna, Siapana, Puerto Estrella, Paraíso y tres puntos más. Hay cinco IPSI —Palaima, Asocabildos, SolWayúu, Supula Wayúu y Outtajiapulee— y dos clínicas privadas, una que atiende docentes y otra que es la Unidad Materno Infantil Talapuín. Estas instituciones pueden hacer referencia a otras IPS y ESE de nivel intermedio en Maicao, Riohacha y San Juan del Cesar, pero carecen de organización y funcionamiento como una verdadera red integrada de servicios.

Entre las IPSI de primera y mediana complejidad se destacan Anashiwaya y “Asocabildos IPSI-Clínica wayuu Rosalinda Aguilar”. Anashiwaya contrata prestación de servicios del POS con 7 de las 9 EPS que tiene el municipio de Riohacha. Según un entrevistado, la IPSI tiene “una cobertura de 63 mil pacientes, afiliados de diferentes EPS. De mujeres tenemos 23 mil en promedio, y de esas 23 mil en edad fértil y materna 11 mil”. Del total de afiliados contratados, el 85% son población indígena. Además de los de Riohacha, esta IPSI presta servicios a afiliados procedentes de otros municipios, como Maicao, Manaure, San Juan del Cesar y Uribia<sup>99</sup>. Con Asocabildos IPSI trabajan 12 parteras. Esta red construyó un modelo y ruta de atención que, al parecer, tuvo como efecto que entre 2014 y 2015 se redujeran las muertes maternas, aunque no las neonatales.

Se reconoce que, en general, la oferta de prestadores —en términos de red, de infraestructura y de oferta de servicios, equipos extramurales, puestos y centros de salud, hospitales y clínicas— es insuficiente para la atención de la población indígena. El déficit existente para atender a la población wayuu es reconocido por las mismas instituciones públicas. Este es el caso del hospital de Uribia ESE, que debería tener cobertura en todo el municipio, aun cuando una buena parte de este es habitado por población wayuu de la Alta Guajira.

Para los funcionarios, las limitaciones para la cobertura de servicios son debidas al patrón de poblamiento, a las condiciones de difícil acceso y a la carencia de vías de comunicación. El complejo factor de dispersión geográfica es asumido por las IPS a través del servicio extramural que debe estar habilitado; sin embargo, las instituciones no tienen el equipo suficiente para la visita periódica, pese a la exigencia normativa de atender en las comunidades.<sup>100</sup> Dada la dispersión de la población, resulta costoso para el sistema de salud departamental garantizar cobertura efectiva, pese a los enormes recursos de regalías del departamento<sup>101</sup>.

Además de los problemas de la oferta, los servicios ambulatorios primarios de las IPS tampoco funcionan adecuadamente, incluso si son IPSI. “No cumplen nada, y no desarrollan el modelo diferencial ni su modelo de atención, nada, es un negocio”. “(...) A los hospitales les dejan el hueso, las urgencias y las complicaciones”. A su vez, el enfoque diferencial parece ser pobre o inexistente en la práctica:

99 Coordinador técnico-científico, entrevista a funcionarios de IPSI Anashiwaya, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

100 Entrevista a gerente y asesora jurídica de Anas Wayuu EPSI, Riohacha, febrero 9 de 2016.

101 Entrevista a funcionarios del Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Uribia, diciembre 4 de 2015. Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud, Uribia, diciembre 8 de 2015.





“(…) también que nosotros como población profesional y preparada nos estamos quedando cortos en el tema de la comunicación. Uno de los factores que también influye para la atención. Muchos de los médicos, enfermeras, profesionales del área de salud y no del área de salud, no saben hablar wayuunaiki. ¿Cómo podemos entendernos? Muchos médicos llegan, muchos pacientes llegan a instituciones de salud con todo ese abordaje que hay que darle al paciente en cuanto a la valoración: ¿Dónde le duele? ¿Qué le duele? y en ocasiones no es fácil”<sup>102</sup>.

Lo que se constata es la existencia de un mercado de aseguramiento y prestación de servicios individuales de salud para la población indígena, que se rige por las mismas reglas de juego que para los no indígenas, aunque las EPSI e IPSI declaran promover un enfoque diferencial a través de un modelo de atención adecuado a las necesidades y condiciones culturales de la región, a través de proyectos interculturales de atención.

Las barreras regulares de acceso a la atención en el momento en que es necesaria —propia de la organización, manejo y funcionamiento del SGSSS— persisten y se agravan en las condiciones de asentamiento territorial disperso de las comunidades wayuu:

“(…) un problema es el difícil acceso a la atención. Hay unas que son de poblaciones muy dispersas y el traslado es difícil por el factor económico. Esa es una barrera. Algunas de estas maternas tampoco tienen identificación, entonces la mala información que ellas tienen deriva en que no las van a atender en ninguna parte. Eso es algo que a ellos se les mentaliza. ¿Quién los mentaliza? No sé. Pero hemos tenido casos en donde nos dicen “no, yo no tengo carne”<sup>103</sup>.

La atención de la población del área rural en general se hace a través de los centros de salud de las ESE y de las IPSI, y la de la población de las áreas rurales dispersas a través de equipos extramurales de salud, mediante el mecanismo de brigadas de salud. En las brigadas, los equipos extramurales se encargan de actividades de promoción y prevención para las maternas y neonatos.

Se reconoce que la cobertura de la población rural es muy deficiente. Así, por ejemplo, en las zonas rurales dispersas, los líderes expresan que el hospital y los centros de salud hacen salidas —penetraciones—, que son visitas que no siempre llegan al destino, por lo que regresan y pasan un informe de que no encontraron a la materna o que hubo otras dificultades. No se realiza la búsqueda de los casos en la comunidad, y se espera que la materna llegue a la institución por sus propios medios. Cuando esto ocurre, es porque ya se han presentado dificultades que se hubieran podido prevenir oportunamente.

En el marco de la emergencia humanitaria que padece la población wayuu, de las denuncias públicas a través de los medios de comunicación y de las medidas cautelares

102 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de la Guajira, Riohacha, diciembre 2 de 2015.

103 Entrevista a funcionarios públicos de la Secretaría de Salud municipal, Uribia, febrero 8 de 2016.







de protección adoptadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2015 que obligan al Estado colombiano a responder, los hospitales públicos como el de Uribia se han visto obligados a reforzar sus actividades a través de un Plan de Choque para la Mortalidad Materna.

Aún en el contexto especial de dicho Plan, cuando un equipo extramural llega a una comunidad de un territorio donde hay más de un prestador de servicios de salud contratado por distintas EPS, solo puede hacer las actividades de promoción y prevención —aunque los individuos tengan necesidades adicionales de tratamiento por enfermedades— si las atenciones asistenciales no han sido contratadas con el hospital público o la IPS privada por parte de la EPS a la cual está afiliada la paciente, si los pacientes no son pobres no afiliados o si las EPS no coordinan sus actividades con el hospital público a través de las IPS que ha contratado para atender sus pacientes. Lo único que puede hacer el equipo es registrar el caso como “necesidad de tratamiento” en un formulario con el cual la Secretaría de Salud informa a la EPS respectiva. Atender el paciente enfermo y entregarle medicamentos por parte de una institución pública sería incurrir en peculado en el uso de los recursos públicos, que es castigable por los entes de control. Igual sucede cuando lo hace una IPS privada —que generalmente son indígenas—, pues “... ellos cuando van a una comunidad y encuentran afiliados del hospital, no le hacen atención porque no es su responsabilidad”<sup>104</sup>.

“Hay veces que la EPS nos acompaña con el medicamento, cuando se concerta (sic) con ellos. Pero hay EPS que no mandan el medicamento. ¿El wayuu qué hace?, rompe el papel, lo esconde, lo tira”<sup>105</sup>.

“Inmediatamente, cuando han llenado ese formulario, nos lo hacen llegar a la Secretaría de Salud, y nosotros verificamos que esa persona sea efectivamente de la otra EPS y se lo pasamos por escrito, para que ubiquen a esa materna. Esta es la estrategia que estamos utilizando. ¿Por qué lo hicimos? Por todos los datos que ustedes ya conocen”<sup>106</sup>.

La coordinación entre los prestadores públicos e indígenas de primer nivel tampoco es fácil de lograr en las condiciones de competencia de mercado.

“Con las IPS es muy difícil, porque usted sabe que ellas no nos ven como un apoyo sino como una competencia. Ellos no aceptan, porque yo soy de las que voy a la IPS ofreciendo los servicios. Por ejemplo, con vacunación, yo fui a la IPS ofreciendo vacunación, pero solo logré una que fue Asocabildos, pero Tayacure, Palaima, Sucula no, porque ellos no permiten”<sup>107</sup>.

104 Entrevista a funcionarios públicos de la Secretaría de Salud municipal, Uribia, febrero 8 de 2016.

105 Entrevista a funcionarios del Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Uribia, diciembre 4 de 2015.

106 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud municipal, Uribia, febrero 8 de 2016.

107 Entrevista a funcionarios del Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Uribia, diciembre 4 de 2015.





La única opción es canalizar o remitir el paciente a la EPS de afiliación para que autorice su atención por la IPS con la que ha contratado la prestación de los servicios en el territorio. En la práctica, eso implica que no haya atención alguna o que haya demoras exageradas que ponen en riesgo la vida de los pacientes. En las actuales condiciones, solo los pocos equipos de recuperación nutricional, en convenio especial con el Ministerio de Salud y Protección Social —que hacen actividades de promoción y prevención— o en convenio con el Cerrejón —para las comunidades alrededor de la vía férrea—, tienen la libertad de decidir sobre entrega de medicamentos sin importar la afiliación<sup>108</sup>.

Los prestadores de servicios y profesionales de la salud han perdido su autonomía frente a las EPS para remitir pacientes oportunamente a otras instancias disponibles, cuando estos lo necesitan.

“Nosotros tenemos nuestro manual, pero la EPS es la que dice: mi usuario va a tal instancia... porque si yo cometo el grande error de enviarla a X institución, me la recobra la EPS porque esa no es de su red... Cómo es que tú estás convulsionando y la EPS dice: es que no hay cama ahora. Pero en tal lugar sí hay..., ah no, pero es que esa no tiene contrato conmigo”. Las demoras en las autorizaciones de las EPS invalidan las orientaciones de atención establecidas en las Guías Clínicas y agravan la condición médica de las pacientes por falta de oportunidad en los tratamientos. Dice en la guía que te debo entregar aquí el tratamiento para la señora, es válido para la autorización, y en un mes que lo tengo que buscar, un mes que la aprueben, el otro mes y nace tu hijo infectado”<sup>109</sup>.

La falta de transporte expedito para trasladar maternas desde zonas rurales apartadas a los centros asistenciales es otro problema manifestado por líderes y lideresas. El seguimiento y control prenatal nunca se realiza en la casa de la gestante sino en el centro de salud. Cuando se requiere un traslado a otro municipio o departamento, nunca hay camilla para los indígenas, así en Uribe se interesen por hacerlo.

“El hospital, el año pasado, hizo dos convenios con dos EPS, para que se contratara un vehículo encargado en el caso que se encontraran a una materna en el área rural. La mayoría de EPS manejan su vehículo y están encargadas de brindarle transporte a las maternas que encuentren. La Secretaría de Salud se encarga de la situación cuando se trata de personas vinculadas. Cuando hay un accidente o un herido, la ambulancia sí se puede trasladar; cuando es para la vía destapada, porque nuestra ambulancia no cuenta con la capacidad de andar en terreno destapado, solicitamos una del Cabo o de Media Luna; pero cuando se trata de zonas apartadas, en donde es difícil trasladar a los pacientes, la EPS se encarga del vehículo y del proceso”<sup>110</sup>.

108 Entrevista a funcionarios del Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Uribe, diciembre 4 de 2015.

109 Coordinador técnico-científico, entrevista a funcionarios de IPSI Anashwaya, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

110 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud municipal, Uribe, febrero 8 de 2016.





Estas dificultades, relacionadas con la lógica de mercado del sistema de salud, el déficit de oferta y el transporte de los pacientes en un territorio en el que en situaciones de urgencia hay que recorrer grandes distancias, contribuyen a aumentar la desigualdad entre población indígena y no indígena. De las 29 muertes maternas que ha tenido la IPSI Anashiwaya, 23 son wayuu.

“Imagínese una paciente de Nazareth para llegar a Uribia, cinco horas echando, cinco horas convulsionando en una eclampsia. También ocurre el caso, desafortunadamente no se sabe por qué, por mala atención, la paciente estando hospitalizada termina muerta. No justificado porque no debe pasar”<sup>111</sup>.

Con los neonatos pasa lo mismo: “Hace poco analizamos una mortalidad prenatal y la señora duró dos días con el bracito del bebé, y duró dos días hasta que pudo salir de la ranchería, porque no tenía con qué salir”<sup>112</sup>.

Los problemas de remisión de pacientes de los niveles de baja a alta complejidad no solo tienen que ver con las barreras de acceso administrativo y geográfico que enfrenta la población en su acceso a los prestadores de servicios para atender sus necesidades de salud, pues también se refieren a factores culturales y económicos en el sitio donde llegan los pacientes con sus familiares:

“Cuando se van a remitir los pacientes indígenas wayuu, ellos por lo general se niegan a que sus pacientes sean remitidos. En algunas ocasiones no, yo diría que en casi todas. ¿Por qué? Porque cuando los pacientes son remitidos ellos llegan a una ciudad desconocida, a una ciudad donde no tienen acompañamiento, donde las personas que los reciben no hablan su lengua, donde en muchas ocasiones no tienen... Algunas EPS tienen hogares de paso. Aparte de eso, pasan hambre, no tienen recursos para sostenerse allá esos días. Es una situación bastante compleja, y ellos se niegan, se llevan al paciente para su casa y es muy triste, muy doloroso, que nosotros tengamos que firmar un acta que es retiro voluntario porque ellos se quieren ir a morir a su casa”<sup>113</sup>.

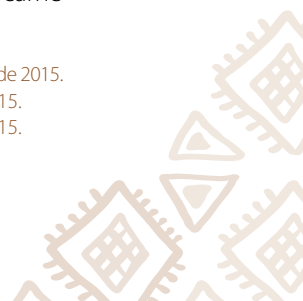
Existe un trato discriminatorio hacia las mujeres y la población wayuu en general. El recurso humano de salud, tanto de los mismos indígenas como el no indígena —que incluye médicos, enfermeras y auxiliares—, da a los indígenas un trato indigno, y no brinda la atención adecuada. La materna requiere un acompañante hablante de wayuunaiki y español que se haga escuchar para poder ser atendida.

“Por lo menos un wayuu lo único que quiere es que lo atiendan por igual. Que si viene una *alijuna* la atienden de lo mejor; aunque entregó el carné

111 Coordinador técnico-científico, entrevista a funcionarios de IPSI Anashiwaya, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

112 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira. Riohacha, diciembre 3 de 2015.

113 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira. Riohacha, diciembre 3 de 2015.





de último... es la primera que... atienden. Mientras que a uno lo dejan de último, y peor si no lleva un acompañante que la pueda ayudar, se queda ahí hasta las dos, la una de la mañana. Va uno y están las madres sentadas con sus bebecitos, ellas embarazadas, con las piernas hinchadas y sentadas así, en el piso, a pleno sol"<sup>114</sup>.

Una dificultad adicional relacionada con la asistencia de las pacientes wayuu es el porte de los documentos de identidad personal y el carné de afiliación. Cuando el wayuu no los porta o carece de ellos, se convierte en una real barrera de acceso a los servicios.

"El wayuu tiene algo muy claro, porque él piensa que si no tiene carné no tiene derecho a la atención en salud, y ahí vienen los índices de mortalidad. Porque yo y mis compañeros les decimos, no importa que no tengan carné, ustedes pueden ir y en el hospital los atienden. Pero la falta de educación hacia ellos, de decirles de que no importa que no tengan carné, que ellos tienen atención gratuita, ellos no saben eso. Algunos nos dicen que no saben. Las embarazadas igual. Esas son las dificultades que encontramos en las comunidades"<sup>115</sup>.

Una más de las aparentes fallas del sistema es su incapacidad de desarrollar acciones educativas interculturales y efectivas en materia de promoción de la salud. Las EPS fallan en la educación de las mujeres afiliadas en cuanto a planificación familiar y controles prenatales oportunos.

"El 90% de los controles prenatales de las maternas indígenas ¿por qué? Cuando ya la barriga demasiado grande, cuando ya siente las patadas es que ¡ay! ¿qué será lo que yo tengo? Pero ni siquiera tienen esa educación previa de que el ciclo bien y cada mes tú tienes que estar pendiente de tu ciclo, si tú, si no te viene es porque algo te está pasando, total desconocimiento de eso. Lo mismo sucede con los entes territoriales, que tampoco cumplen su función educativa ni de vigilancia ni de aseguramiento... porque lo amarra a la corrupción"<sup>116</sup>.

Por otra parte, están la falta de coordinación de acciones entre los agentes del sistema y de colaboración intersectorial, aún en el caso de los programas de vacunación.

"La dificultad que nosotros tenemos con vacunación. Para mí ha sido difícil con las IPSI, porque ellos tienen unas políticas que no aceptan que una persona que no haga parte de su institución se monte en el vehículo en el que ellos van a trabajar"<sup>117</sup>.

114 Grupo focal con autoridades y líderes indígenas, Ranchería Wasajerao, febrero 5 de 2016.

115 Entrevista a funcionarios del Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Uribia, diciembre 4 de 2015.

116 Entrevista a funcionarios de IPSI Anashwaya, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

117 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud municipal, Uribia, febrero 8 de 2016.





Lo mismo sucede respecto de la colaboración entre el sector salud y otros sectores.

“Mira, la mortalidad materna no es un problema que vamos a arreglar desde Secretaría de Salud, tendría que ser que tiene que ver Secretaría de Educación, Secretaría de Obras, Secretaría de Vías, todo el mundo, de Asuntos Indígenas. Nosotros aquí, en esta Secretaría, no podemos solucionar el problema. El problema no es solamente de salud, el problema refleja una cantidad de cosas y determinantes que no se solucionan solo con el sistema de salud”<sup>118</sup>.

Por otra parte, la regulación de los agentes del sistema y de otros sectores en función de resultados en salud es una ilusión. El negocio se extiende de forma que se coloca el interés particular por encima del interés general. Eso se expresa en el incumplimiento de las metas de promoción y prevención por parte de las EPS, en las formas de contratación, en la asignación de recursos, en el manejo de los sistemas de información y de geo-referenciación de la población, en el traspaso de afiliados de una EPS a otra, en el no reconocimiento de los costos del traslado de los equipos extramurales a territorios distantes, en la fragmentación de la atención en busca de ventajas —de obtención de rentas— por las bajas tarifas, entre otros<sup>119</sup>.

Aunque la atención materno-infantil es responsabilidad tanto de las secretarías de salud como de las EPS —dado que las secretarías de salud desarrollan programas de salud sexual y reproductiva, Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia y el Programa Ampliado de Inmunizaciones—, las EPS son responsables de la atención individual de maternas y neonatos desde el plan obligatorio de salud; no obstante, el seguimiento al cumplimiento de sus responsabilidades no es efectivo.

El referente de salud pública de estos programas le hace seguimiento a las EPS “sobre la normatividad y aplicación del protocolo de captación de gestantes, las pruebas voluntarias de VIH y todas las actividades que están plasmadas en su plan de acción... visitan a las EPS, las invitan también a las actividades de promoción”. Sin embargo, las secretarías locales carecen de información para evaluar eficazmente la situación de salud de las maternas y neonatos indígenas, y para hacer la planeación y seguimiento adecuado de sus actividades y de las EPS. Las EPS tampoco pueden intervenir, porque no tienen competencias para ello: “no tenemos la potestad para hacerles algún tipo de intervención. Eso le corresponde a la Secretaría de Salud Departamental”<sup>120</sup>.

“También los municipios, en vez de contratar los planes de acción colectiva con sus hospitales, otra vez [lo hacen] con esas IPS de garaje. Yo no creo que sea porque son buenas, algo debe haber ahí. Y también de parte de nosotros tenemos las decisiones de rectoría, de auditoría y control. Creo que no hacemos lo suficiente, si lo hiciéramos, no habría esa diarrea de IPS

118 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

119 Entrevista a funcionarios del Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Uribia, diciembre 4 de 2015.

120 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud municipal, Uribia, febrero 8 de 2016.





indígena que hay aquí. ¿Por qué? No sé, porque nunca he trabajado en esa área. Nos ha faltado gobernanza”<sup>121</sup>.

La secretaría local de salud no se aproxima a los centros de salud ni tiene interés en dialogar con la comunidad para entender lo que ocurre. Los líderes presentan quejas por escrito, pero no obtienen respuesta y, menos aún, se generan cambios positivos. “El secretario de salud no conoce lo que está sucediendo ahí, o no se lo hacen saber, y todo queda tapado”<sup>122</sup>. En lo que concierne al nivel nacional se sostiene que:

“La supervisión que deben ejercer el Ministerio y el Supersalud no es lo suficiente para el país, para que el sistema fluya. De hecho, lo vemos en todas las situaciones que están sucediendo con EPS e IPS; o sea, no funciona porque no hay una supervisión directa frente a ellas. No hay un nivel como una responsabilidad tal de esa autoridad de poderles orientar o sancionar frente a X manejo que ellos realicen”<sup>123</sup>.

Tampoco se ejerce una veeduría y control social desde las propias comunidades para enfrentar los problemas de corrupción y desvío de recursos de la salud. Aunque las comunidades no participan de los procesos en las instituciones, tienen serias dudas sobre el comportamiento de los actores del sistema. En particular, quienes están comenzando a ir a las comunidades son las enfermeras de Dusakawi que se ocupan de la vacunación. Por igual razón, también el ICBF ha comenzado a hacer seguimiento a niños en las comunidades.

“Ahora, con lo que se está viendo que los niños desnutridos, que vuelta la mortalidad de las madres, ahora las EPS se están encargando de llegar a las comunidades. Desde que se está armando el escándalo de la desnutrición, que la mortalidad, que los niños... Eso es nuevo”<sup>124</sup>.

### El sistema médico propio y la atención a las maternas y recién nacidos

El sistema médico propio está basado en el conocimiento transmitido mediante la oralidad a lo largo del tiempo. Lo conforman, entre otros especialistas (Perrin, 1997), la médica tradicional —o shamana, depositaria del saber ancestral basado en el amplio uso de plantas medicinales y con capacidad de conectarse con otros mundos no físicos—, la *piachi*, *ouutsü*, *oütsi* u *outs* —como se denomina a los varones—, o la *alüjüli* —yerbatera, que también cura con plantas—, el *jiipüpala* —huesero, o que compone huesos—, el *jupula tepiche* —pediatra o especialista en niños—, el *ó'uupala* —que se encarga de curar enfermedades de la vista—, el *asijjaii* —acupuntor, o especialista que cura con clavos calientes— y la *eemeijut* —partera, que atiende embarazos y partos—<sup>125</sup>.

121 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

122 Grupo focal con autoridades y líderes indígenas, Ranchería Wasajerao, febrero 5 de 2016.

123 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira. Riohacha, diciembre 3 de 2015.

124 Grupo focal con autoridades y líderes indígenas, Ranchería Wasajerao, febrero 5 de 2016.

125 Grupo focal con parteras, Ranchería Wasajerao, febrero 5 de 2016.





El *oüt*, la *oütsi*, el *piache*, la abuela sabia y médica tradicional ven lo que afecta al cuerpo o la enfermedad que tiene el espíritu, y formulan mediante su medicina basada en plantas medicinales y sagradas. Se usa, se pone en práctica, pero se ha ido perdiendo el conocimiento médico ancestral, entre otras razones, porque se está acudiendo con mayor frecuencia a la medicina occidental.

En los diálogos realizados, parteras y médicos wayuu refirieron que en la actualidad es notoria la pérdida de conocimientos etnobotánicos, el desuso de plantas medicinales y la falta de interés entre los indígenas jóvenes por apropiarse y recuperar un saber de origen mítico que articula atributos mágico-religiosos de las plantas. Pese a todo, el conocimiento empírico se preserva entre grupos de población con acceso a diversidad de plantas propias de los ecosistemas desérticos, serranías y bosques secos que habitan. El empleo de métodos naturales de anticoncepción basados en plantas es otro saber transmitido mediante la oralidad.

En relación con la maternidad, el *piache* interviene poco en el manejo de la gestante, solo adivina lo que va a ocurrir y puede ver y sentir lo que está pasando a la materna; pero es la partera quien atiende a la mujer embarazada: va de madrugada a su casa, toca, ve si el bebé se encuentra en buena o mala posición, le acomoda la posición, atiende el parto y le da a la parturienta sus antibióticos naturales.

Las parteras generalmente son empíricas, y sus conocimientos son adquiridos por diversas fuentes: transmisión de saberes de abuelas, tías y madres a hijas, por observación, experimentación y aprendizaje de las prácticas tradicionales de otras parteras, o por experiencia propia al atenderse sus partos. “Ella también aprendió de su mamá, viéndola, la observaba, ella hizo la prueba con ella misma y resultó, y se acostumbró a hacerlo con ella misma, ahora con sus hijas”<sup>126</sup>.

El descubrimiento del funcionamiento de su propio cuerpo durante la gestación, el parto y el posparto, la ayuda prestada en los partos de cabras, vacas y burras, y la posterior asistencia dada a sus propias hijas, son las fases comunes por las que todas las mujeres wayuu han pasado en la escuela de autoaprendizaje de la partería. Ellas explican que anteriormente no existían hospitales ni centros de salud para los wayuu. Los procedimientos de atención a las maternas se hacían en las rancherías, según las prácticas tradicionales, y no era frecuente que se presentara una muerte. Ahora es diferente. Aunque todavía se atiende el parto en el territorio, tan pronto se presenta una complicación trasladan a la materna al hospital.

Muchas mujeres —en particular las muy jóvenes y primerizas— desconocen que están embarazadas, y es la partera o las abuelas quienes reconocen y les ayudan a descubrirlo. Las parteras describen que, por la observación de ciertos signos —la palpitación fuerte y rápida en el cuello, por ejemplo—, pueden detectar tempranamente el embarazo de

---

126 Grupo focal con parteras, Ranchería Wasajerao, febrero 5 de 2016.





una mujer sin necesidad de palpar o tocar a la gestante. Después, mediante otros signos y síntomas —como ojeras, sueño, vómito, mareo, náuseas, malestar, color de los pezones o ensanchamiento de las caderas— pueden confirmar que se trata de un embarazo.

“Le late más de lo normal, más de lo debido aquí [señala el cuello]. El latido aquí se ve más rápido, lo mismo que la cadera. La cadera de una señorita es diferente, cuando ya tiene uno criatura en la barriga eso se va abriendo... y empieza el malestar y manchitas en la cara”<sup>127</sup>.

En los primeros cinco meses, las parteras detectan y controlan paulatinamente la posición del bebé, y acomodan la barriga. Las maternas las buscan en sus casas para que les hagan el seguimiento y las eduquen acerca de si se encuentran bien o mal. La familia le avisa a la partera cuando tiene que darle atención a la parturienta porque se ha iniciado el trabajo de parto. Entonces la partera va hasta su casa y la asiste todo el tiempo.

Antes de dar a luz, la partera coloca arena sobre un trapo en el piso para absorber la sangre —generalmente la parturienta está de cuclillas sobre él—. Esta arena se cambia cuando está muy mojada —alrededor de dos o tres veces—, hasta que disminuye el sangrado. En las rancherías no cuentan con la posibilidad de ensuciar muchos trapos o toallas de tela, porque no los tienen y el agua para lavarlos escasea. Si el alumbramiento se hace demorado, las parteras inducen un vómito mediante cebolla u otra planta, para que la parturienta haga un esfuerzo mayor y salga la placenta.

Para aligerar el parto, las parteras administran dos sorbos de una bebida preparada con unas hojitas verdes<sup>128</sup> que se muelen con piedra, se amasan, se moldean en forma de bollito y se dejan secar. Se toman dos tragos de esta bebida en infusión, y el resto se aplica en la barriga y la cadera. Esta planta no se consigue en Colombia, por lo que la compran en Venezuela. Las wayuu las venden ya listas, su costo depende del tamaño —puede ser de \$5.000 o \$10.000 pesos—, y alcanza para una sola toma.

Una vez la mujer ha dado a luz, la partera controla el sangrado. Utiliza diferentes métodos para que se pueda expulsar pronto la placenta, pero no introduce las manos. Una vez esta sale, se mete entre cardones o trupillos altos, o la entierran en un hueco muy profundo para evitar que los animales de arriba —aves— o de abajo —perros y cerdos— la saquen para comerla. “Eso es como algo sagrado, eso es como si alguien, como si fuera algún muerto, como si el perro sacara el muerto de uno cuando se enterrara,... es como si fuera otro bebé”.

Cuando se presentan problemas de sangrado durante el parto, los wayuu lo asocian con un trauma sufrido por la gestante —por ejemplo, haber visto una muerte ocurrida en condiciones trágicas—, por la relación empática que se establece entre el cuerpo

127 Grupo focal con parteras, Ranchería Wasajerao, febrero 5 de 2016.

128 La hoja es igual a la del ají de monte, de 30 a 40 centímetros de longitud, y se consigue en lugares con bastante vegetación.







del difunto y la sangre derramada al momento de su muerte, que induce a igual comportamiento del cuerpo de la gestante. Para que el sangrado se detenga, las parteras dan de beber a la materna una “contra”, consistente en agua en la que han cocinado un pedazo de llanta.

Tan pronto pare la mujer, la atención se dirige al bebé. La partera lo agarra y le corta el ombligo, lo limpia con un pedazo de tela limpia o una toalla y lo cambia de trapo. Casi nunca lo visten, y solo después de que hayan atendido a la mamá lo acuestan en su chinchorrito, que han colgado muy cerquita a la mamá. El ombligo se corta con cuchillo —que puede haber tenido otros usos antes— y se desinfecta con “chirrinche”, o se lava con agua caliente. Es importante conservar el cuchillo sin volver a usarlo más: “con esto te corté tu ombligo”. También pueden usar tijeras, que generalmente compran sólo para este fin. Luego aplican en el ombligo malambo<sup>129</sup> pulverizado con sal —mezcla que ha ido sustituyendo al excremento blanco molido de lagartija que se utilizaba anteriormente— para hacer las curaciones. Otra mezcla —más moderna— para curar y cicatrizar el ombligo contiene café y aspirina, que son componentes que no producen los wayuu y deben comprar en el circuito comercial<sup>130</sup>.

Después del parto, los cuidados a la mujer consisten en encerrarla con su bebé en un cuarto para protegerla del frío, del sereno. Le colocan un gorro en la cabeza y medias en los pies; se le abriga el cuerpo para evitar que se enfríe, porque el frío retiene los coágulos. La partera le da sus medicamentos tradicionales para ayudarla a eliminarlos. Se baña con agua tibia —o tal vez caliente—, haciéndose masajes suaves en el abdomen para que la sangre vaya bajando. Le dan tomas, y hacen masajes para calmar los dolores.

### Problemas para la interculturalidad

Los wayuu han venido perdiendo su cosmovisión, saberes y prácticas ancestrales, con graves perjuicios para la salud de sus comunidades:

“(...) se ha perdido el camino, el norte, esos saberes ancestrales... La cosmovisión de los wayuu eran sueños, todo era sueños. Era puros sueños. Eso se ha perdido, porque en la tienda venden salchichas enlatadas, porque la gaseosa es más rica que la chicha, porque el pastoreo no favorece, y eso le añadimos el cambio climático. A veces llovía dos o tres veces, pero llovía. Ahora llueve una vez cada cinco años, cada siete años”<sup>131</sup>.

El relacionamiento de los diferentes estamentos de salud no indígenas con los conocimientos y prácticas de las comunidades locales tiene un carácter hegemónico.

129 El malambo es un árbol grande que tiene un olor característico. Su corteza es muy amarga y se aplica molido con sal para curar y cicatrizar el ombligo.

130 Grupo focal con parteras, Ranchería Wasajerao, febrero 5 de 2016.

131 Coordinador técnico-científico, entrevista a funcionarios de IPSI Anashiwaya, Riohacha, diciembre 3 de 2015.





No es una interacción respetuosa, interesada por conocer —hasta donde sea posible— y valorar los saberes y prácticas terapéuticas de los indígenas que sustentan su acervo cultural y social acerca de la alimentación y la salud. Por el contrario, estos saberes y prácticas son prácticamente ignoradas y deslegitimadas por los programas institucionales.

Los indígenas relatan que, después de la ley 100 de 1993, hay una fuerte tendencia a hacer uso de la medicina occidental, pero este uso aún se sustenta en la desconfianza y la poca credibilidad en sus efectos. De ahí que la resultante de esta forma impositiva y extraña a las costumbres ancestrales de las comunidades de relacionarse EPS, ESE e IPS con sus afiliados y usuarios indígenas, sea la falta de reconocimiento y alejamiento de los conocimientos y prácticas del sistema de salud propio, a la vez que el recelo y temor del sistema occidental. Una de las causas principales es la barrera lingüística.

El sistema de salud occidental trata a las maternas indígenas de forma distante, y a las comunidades wayuu —en general— con un extrañamiento cultural muy grande. Estas frases de un funcionario público del Hospital de Uribia son evidencia de ello:

“A ella no les gustaba parir en el centro porque el consultorio era muy frío, y ese frío se les metía por abajo y les daba mucho dolor de cabeza, y no hay nada calientico, y en su casa las tiraban en el piso, les tiraban toallas, sábanas, todo lo que ellas tenían, sentían un calientico y parían tranquilas.

(...) una wayuu se le muere un niño y es como si se muriera un perro. No pasa nada. Pero se muere un viejo de no sé cuántos años y hacen un festín<sup>132</sup>.

El sistema de salud ha carecido de un enfoque intercultural y ha venido imponiendo sus visiones y prácticas en desmedro de los usos y costumbres de las comunidades wayuu: “De todas formas, son costumbres que nosotros con el tiempo tenemos que ir cambiando, yo decía que siempre lo he dicho, ellos son difíciles, pero no es imposible trabajar con ellos, porque no les gustan que las desprecien<sup>133</sup>. La experiencia de los profesionales de la salud con los recursos humanos de la medicina tradicional es esporádica y discrecional, y las instituciones del territorio no tienen una política al respecto. Así, por ejemplo, no hay colaboración sistemática entre profesionales, *piaches* y parteras. En el caso de las parteras, no hay programas diseñados para su capacitación. Tampoco hay un contacto adecuado y sistemático entre los proveedores del sector público y las autoridades indígenas<sup>134</sup>.

“Hay unas parteras que, aparte de ser parteras, son *piache*. Ellas no lo dicen sino cuando lo he analizado. Y aparte curamos con diferentes medicinas. Esa es una barrera que encuentran los equipos cuando llegan. Ellos, por ejemplo, tienen la orden de captar maternas, pero si encontramos una materna o un menor de edad con algún tipo de dificultad respiratoria, maternas que están en pre-eclampsia, automáticamente tienen la orden de suspender

132 Entrevista a funcionarios del Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Uribia, diciembre 4 de 2015.

133 Entrevista a funcionarios del Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Uribia, diciembre 4 de 2015.

134 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud municipal, Uribia, febrero 8 de 2016.





y traer esa materna o ese niño, porque ante todo tiene que prevalecer el bienestar de esa persona que está en riesgo y que encontramos nosotros. Pero encontramos la barrera que ellos no quieren porque el *piache* les dice que si van al hospital se mueren<sup>135</sup>.

En general, puede señalarse que no hay un modelo de atención en salud adecuado por su enfoque familiar, comunitario e intercultural en las instituciones públicas ni en las privadas. En el caso de Uribia, las instituciones públicas desarrollaban un programa de recuperación nutricional con enfoque comunitario y diferencial por convenio entre el Ministerio de Salud, los hospitales públicos y la Secretaría de Salud Departamental. El programa trabajó con tres equipos extramurales hasta diciembre.

“Se llamaba Atención integral con enfoque comunitario para la atención de niños con desprotección, más que todo para eso. Ellos atendían la parte de nutrición, atendían a las embarazadas y les daban ingreso a todos los controles, porque esa era la exigencia del programa<sup>136</sup>.”

En la actualidad el grupo wayuu de auxiliares de enfermería del hospital ya está en proceso de jubilación, así como la mayoría de las funcionarias indígenas y hablantes de wayuunaiki. Pese a que hay un importante número de profesionales wayuu de la salud, tienen temores de trabajar en manejo hospitalario y dan prelación a consulta externa, extramurales y vacunación, lo que impacta indirectamente la calidad de atención que recibe su comunidad. En opinión de una trabajadora de procedencia wayuu, “la presencia de una auxiliar wayuu en la sala de partos es fundamental. Si la parturienta escucha una voz cariñosa y comprensiva en su lengua, seguramente el proceso se facilita. Que la enfermera salga de la misma comunidad es determinante para garantizar una buena atención, sea bachiller “preparada” y atienda a las personas de su propio pueblo. En años anteriores a la implementación del SGSSS, casi todas las promotoras eran wayuu.

En síntesis, el problema es que no existe un sistema de salud intercultural organizado en el cual la comunidad tenga la posibilidad de orientación desde sus costumbres y prácticas de salud. Las actividades de los servicios occidentales de salud —públicos y privados— son predominantemente invasivas y despreciadoras de la cultura propia, están basadas en demandas o presiones coyunturales de la crisis humanitaria que se vive, tienen en las poblaciones dispersas un enfoque de brigadas que es inefectivo —porque genera vínculos permanentes entre prestadores, individuos, familias y comunidades— y no tienen suficientemente en cuenta las barreras geográficas, económicas, organizacionales y culturales para lograr un uso equitativo de los servicios de salud. Estas dificultades son causas de la mala atención de las maternas y los neonatos, lo que —en parte— podría explicar las altas tasas de mortalidad en estas comunidades que, a su vez, contribuye con el mantenimiento y —como parece ser la tendencia— el aumento de las desigualdades en salud con respecto a la población *alijuna*.

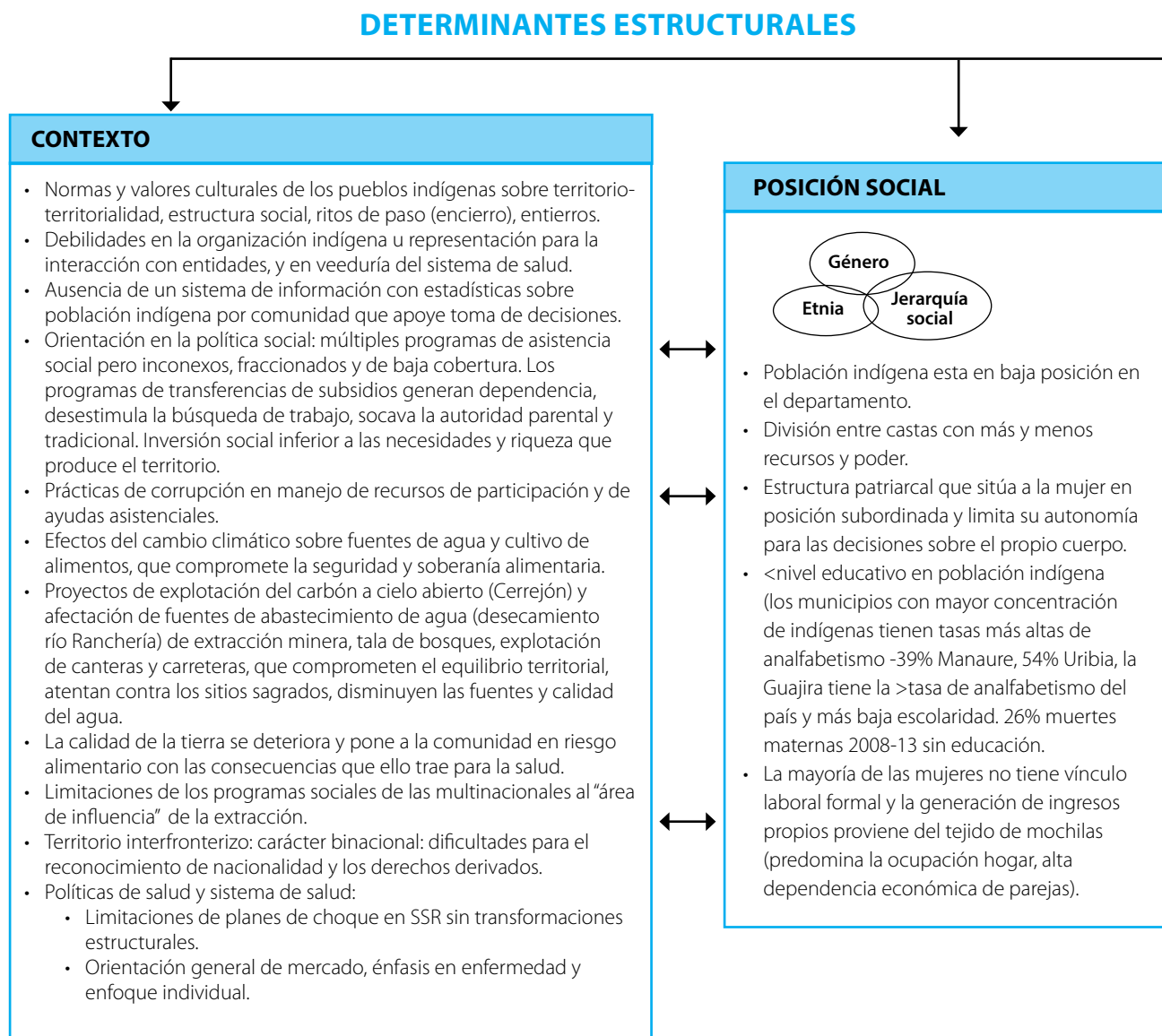
135 Entrevista a funcionarios del Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Uribia, diciembre 4 de 2015.

136 Entrevista a funcionarios del Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Uribia, diciembre 4 de 2015.





Figura 30. (Pags 132 - 133) Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en el pueblo wayuu

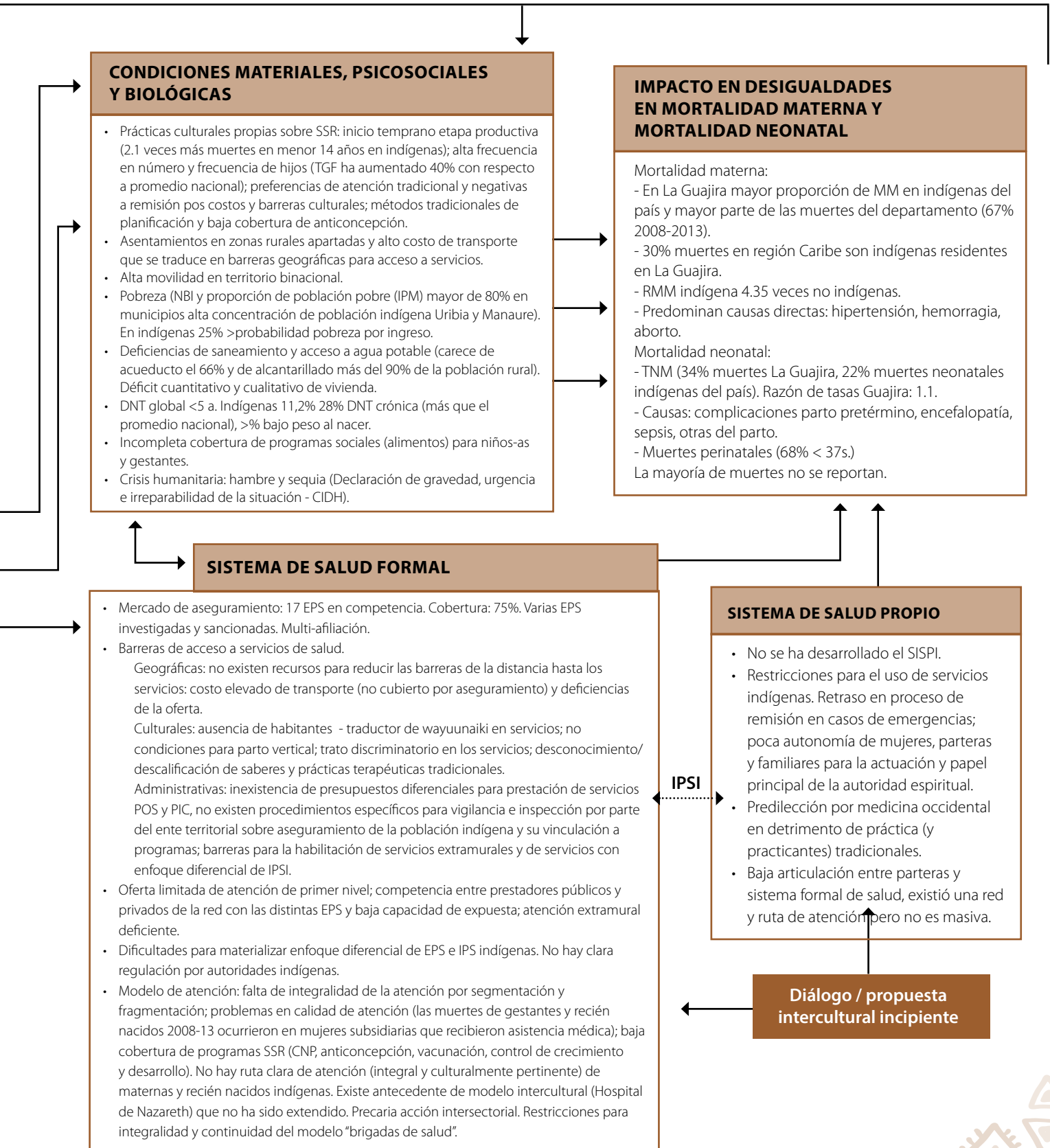


Fuente: Elaboración propia con base en esquema DSS de la OMS (Solar e Irwin, 2007).





## DETERMINANTES INTERMEDIARIOS





### 4.3. Casos emblemáticos

A partir de las voces de familiares, practicantes tradicionales y servicios de salud, se reconstruyen los casos que aquí se presentan, que son dolorosos, cuentan con gran resonancia en distintas instancias, ilustran los distintos niveles de determinación de las muertes de gestantes o sus recién nacidos, y materializan las tendencias que presentan las cifras y las percepciones que expresan los relatos.

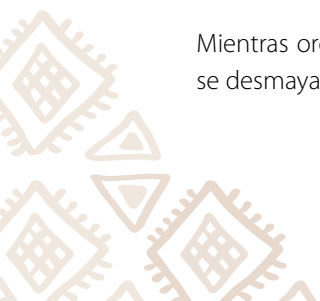
#### 4.3.1. *Una guati muy querida*

Yewrwa —o La Caja— es un asentamiento de la zona occidental del territorio iku de la Sierra y corregimiento del municipio de Pueblo Bello, en el departamento del Cesar. Está ubicado en una zona en la que no existe centro poblado, por lo que en las fuentes oficiales se clasifica como ‘de fincas rurales dispersas’. Aun tratándose de un lugar apartado, es reconocido porque produce uno de los mejores cafés del mundo —en parte porque tiene un clima apropiado para su cultivo, a menos de 1.700 metros de altura—.

No es frecuente que llueva fuerte en Yewrwa, pero en la tarde del 27 de enero de 2015 caía un aguacero torrencial. En medio de la lluvia, bajan la montaña por trocha varios hombres, cargando la hamaca tapada con un caucho, en la que llevan al puesto de salud a S., que se retuerce del dolor y pide auxilio. A las doce del mediodía habían comenzado sus dolores de parto, y a las 3:40 de la tarde dio a luz a un bebé sano. El parto había sido en casa, atendido por su mamá, una experimentada y reconocida partera de la zona. Un buen rato después del nacimiento, pasadas las 4:00 de la tarde, la placenta aún no había salido, pese a los “sobos” en el abdomen y los senos, y las “tomas calientes” de ruda y altamisa para combatir el frío. Por eso, la partera urge al esposo para llamar a los funcionarios de la IPSI, porque “si fuera pa’ salir, ya hubiera salido... entonces toca sacarla”. Al esposo le preocupaba la falta de dinero, si es que tenían que remitirla, pero la mamá insistió. Pasadas las cinco de la tarde, llegan la auxiliar de enfermería y el coordinador de salud y, ante las complicaciones, deciden bajarla.

Salen hacia las seis de la tarde en condiciones muy difíciles; demoran algo más de una hora en recorrer la distancia hasta el puesto de salud. Entre tanto, mujeres y parteras comienzan a preparar tomas cocinando plantas, porque saben que vendrá con frío en medio del fuerte aguacero. Está consciente pero muy agitada, de otro color. ¡Ayúdenme!, ¡Ayúdenme!, ¡Ayúdenme!, grita. La colocan sobre una sábana tendida en el piso para atenderla, e inmediatamente intentan canalizarla por doble vía para ponerle suero, pero es muy difícil cogerle la vena, porque ha sangrado mucho. En el puesto de salud no hay señal para llamadas telefónicas, y es necesario salir a un punto para poder comunicarse con el médico y otro personal de salud que se encuentra en reunión en un lugar cercano.

Mientras organizan la remisión para Valledupar, el carné y el carro para transportarla, S. se desmaya y no vuelve a reaccionar. Para cuando llega el médico está inconsciente y ya





es demasiado tarde. Todo fue muy rápido. Tenía el cordón roto y mucha hemorragia. No logró expulsar la placenta. No se alcanzó a hacer nada. Igual, en el puesto de salud no se le podía tratar, porque no tiene habilitación para el manejo de emergencias obstétricas.

La mamá se enteró de la muerte a las 9:30 de la noche; se había quedado a cuidar a su padre enfermo y a los pequeños de la hija. Ella cree que al dar vueltas por el dolor, el cordón se rompió, pero no entiende porqué la tendieron en el piso si el frío es la causa de que la placenta “se suba”, y todas las mujeres saben —sobre todo las parteras— que esa es mala señal.

S. no había tenido abortos. En su primer parto se presentaron complicaciones por retención placentaria, pero en esa ocasión hubo tiempo para la remisión y salió bien librada, porque justo al llegar al hospital en Valledupar, alumbró. En el segundo, tercer y cuarto partos no hubo problemas. En el quinto nuevamente. Dicen que sus partos eran normales cuando nacían niñas. Durante el embarazo fue asistida por su mamá, quien nunca había vivido la dolorosa situación de muerte de una parturienta. También había tenido controles prenatales con el médico y el auxiliar, y tenía un embarazo considerado de alto riesgo por los antecedentes, recomendándole estar cerca del puesto. Pero ella siempre manifestó su confianza en que todo saldría bien en el territorio.

Falleció a los 38 años. Su muerte causó gran impacto en el asentamiento: “era una *guati* muy querida”. Trabajaba como nutricionista con la IPSI en un programa del ICBF. Dejó cinco niños huérfanos. La tía materna se hace cargo de la crianza del bebé, y su abuela está pendiente de que tenga lo necesario. Durante los tres primeros meses de vida, la IPSI les dio un apoyo para el recién nacido y les proporcionó leche de fórmula. Los otros cuatro niños viven con el padre.

En este doloroso caso, es posible vislumbrar diferentes maneras en que una sociedad afronta el momento vital del parto. Muestra las formas propias empleadas por las comunidades indígenas en sus lugares de asentamiento para atender los embarazos y los partos, mediante el seguimiento de prácticas ancestrales acordes con su forma de concebir la salud. Permite identificar la calidad de la atención que el sistema de salud proporciona a las gestantes y las limitaciones para la atención. Ilustra sobre el uso complementario de sistemas médicos. Deja ver también la necesidad de que, en ocasiones en que se presentan complicaciones, se imponga la voz de una mujer, de una madre, de una partera, de una promotora, para que la parturienta reciba una atención oportuna o se actúe con celeridad para poder salvar su vida o la de su criatura.

Varios análisis fueron hechos por el sector salud desde el asegurador y el prestador indígena, y desde el ente departamental. La Unidad de Análisis de Mortalidad Materna de la EPSI, junto con la IPSI<sup>137</sup>, hicieron seguimiento al caso y revisaron los controles prenatales realizados por la institución prestadora de primer nivel. Existen cinco registros

---

137 Acta de Unidad de Análisis de Mortalidad Materna de Dusakawi EPSI, Valledupar, febrero de 2015.





—cuatro de valoraciones médicas y una por enfermería— en los que se constatan los *récorde*s de las semanas de gestación, el diagnóstico y el plan de manejo. En todos se reitera el diagnóstico de ‘embarazo de alto riesgo’ por la circunstancia de residir en zona rural dispersa, y se establece un plan de manejo en el cual se indica necesidad de medicamentos, exámenes de laboratorios y paraclínicos, y se remite a valoración especializada.

Luego de la revisión y el análisis con base en el método de las demoras, tanto la EPSI como la IPSI concluyen que hubo retrasos de los cuatro tipos. En retraso tipo 1 —de reconocimiento del problema— porque la paciente o su familia no reconocieron con prontitud signos de alarma o de peligro. En el retraso tipo 2, reportan la presencia de inconvenientes familiares, culturales o económicos para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica. En el tipo 3, se señalan situaciones de inaccesibilidad geográfica, sumadas a falta de vías de estructura vial y de comunicaciones. Por último, en el retraso tipo 4, reportan ineficientes programas de promoción y prevención, y deficiencias en el diligenciamiento de la historia clínica. A partir de esto, se generaron propuestas orientadas hacia la realización de visitas de seguimiento y evaluación a los programas de promoción y prevención, procesos de búsqueda y canalización de las gestantes hacia los servicios de salud y capacitación a la comunidad sobre derechos y deberes de los usuarios.

Un ejercicio similar lo hizo el ente departamental que administra el sistema de vigilancia epidemiológica a nivel territorial<sup>138</sup>. Las conclusiones, aunque parecidas, enfatizan en que ni el recurso humano ni los insumos requeridos para el proceso de atención fueron oportunos, lo que se convirtió en un elemento clave para explicar el desenlace. Llamaron la atención apreciaciones como “subvaloración en buscar atención médica”, “dificultades de acceso a redes de apoyo”, “la mujer fallecida no realizó consulta pre-concepcional”, entre otras. A pesar del análisis, el documento de seguimiento no dispuso de un plan de mejoramiento o de intervenciones para mejorar la respuesta sectorial o intersectorial.

En este caso, los factores explicativos sobre la muerte ameritan reflexión. No basta con enunciar factores posiblemente implicados si se desconocen las condiciones que los determinan. La falta de reconocimiento del problema o la subvaloración en la búsqueda de atención, desconocen las lógicas comunitarias en relación con la maternidad y el parto. A pesar de que el embarazo fue considerado en los registros clínicos como un evento de alto riesgo por la zona de residencia, el antecedente de cuatro partos previos sin complicaciones en el territorio no hizo prever, por parte de la gestante o sus familiares, una complicación de esta índole. Aun así, las principales barreras para la atención tienen que ver más bien con la accesibilidad geográfica hasta el servicio, las limitaciones para la comunicación y el hecho de que el puesto de salud no estuviera habilitado para el uso de ciertos medicamentos importantes en la atención de la emergencia obstétrica.

---

138 Análisis de caso de Muerte Materna en Yewrwa. Secretaría de Salud Departamental del Cesar. Sistema de Vigilancia en Web del Instituto Nacional de Salud. Pantallazos de información del aplicativo. 2015.







Estas condiciones se presentan a pesar de que Yewrwa es uno de los asentamientos donde hay una mayor apertura de las autoridades espirituales para el uso de servicios formales de salud, a diferencia de otros más tradicionales, donde la IPSI tiene presencia, pero la población no consulta. Las limitaciones que impone la geografía no se limitan a las posibilidades de la gestante de superar la distancia hasta el servicio, sino a la complejidad requerida para la resolución de su problema. Por otra parte, la idea de las fallas en los programas de promoción y prevención desconoce las normas culturales sobre la maternidad. Cualquier intervención tendiente a mejorar la efectividad de los programas debe contemplar estas dimensiones.

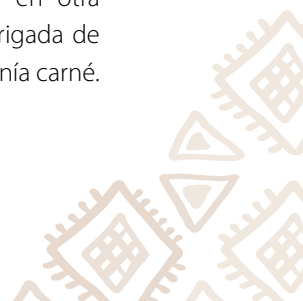
Este evento de mortalidad materna por hemorragia en el posparto inmediato, presumiblemente por acretismo placentario, es muestra de una mortalidad evitable con el manejo y tratamiento adecuados. Como lo ilustra la literatura, la mayoría de complicaciones obstétricas ocurren en el parto y, para evitar su ocurrencia, se debe tener la capacidad de atención por personal de salud capacitado, idealmente en un centro hospitalario. Igualmente, es un claro ejemplo de la necesidad de respuestas integrales para atender situaciones de emergencia, que incluyen acciones de orden sectorial —como las ya planteadas, sumadas a un mayor y mejor entrenamiento a personal de salud del territorio, mayor reconocimiento de signos de alarma por parte de la comunidad y búsqueda oportuna de atención ante situaciones de riesgo detectadas— e intersectoriales —como el mejoramiento de las comunicaciones, el mejoramiento de vías terrestres o la disponibilidad de transporte aéreo para superar las barreras geográficas—.

El caso de S. propició profundas reflexiones en la comunidad y en los servicios, así como muchas preguntas: ¿por qué ocurrió?, ¿por qué?, ¿por qué?, ¿qué hicimos mal?, ¿cómo podemos evitarlo?, ¿cómo podemos mejorar como familia, como comunidad, como servicios?, ¿cómo?, ¿cómo? La reflexión ha dado sus frutos. Hoy la comunidad de Yewrwa está mejor informada, más empoderada y las autoridades más dispuestas a aceptar el papel de los servicios. No obstante, aún hace falta pensar más sobre lo que pasa con las mujeres y el papel de la maternidad.

#### 4.3.2. ***La joven de Jipumana***

Los recién casados wayuu esperan pronto a sus hijos, con ansiedad e ilusión. M. tuvo su primer embarazo a los 14 años, era niña y dejó de tener la menstruación, pero no le dio importancia. Ella y su mamá se dieron cuenta de que estaba embarazada cuando empezó a crecerle la barriga. En esos tiempos estaban en Venezuela. Intentaron que por el servicio médico la atendieran con una cédula prestada pero no la quisieron atender, no supo por qué.

Regresaron a Colombia cuando tenía cuatro meses de embarazo. Vivían en otra comunidad, no en Jipumana, donde están ahora. En esa época, fue a una brigada de salud que llegó a la ranchería a ver si la atendían, pero no lo logró porque no tenía carné.





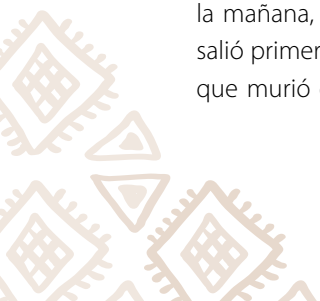
La brigada es la que más cerca llega, exige afiliación a IPS o documento de identidad, pero no hay condiciones para ir al centro urbano a buscar asistencia. La brigada desconoció la prioridad que, bajo cualquier circunstancia, debían darle a M. por ser gestante.

Su primer parto fue a los 15 años. Lo atendió su mamá, que ya había atendido partos pero no es partera; si puede, ella ayuda a otras mujeres, aunque no es su oficio principal. Ella atendió sus propios partos. M. estuvo caminando durante el día. A las siete de la noche le dijo a la mamá que estaba con los dolores, que la ayudara. La mamá puso un saco en el piso, sacó a los hermanitos de la vivienda, le indicó que se pusiera en cuclillas y que se agarrara fuerte del chinchorro para pujar. Cuando comenzó a salir el bebé, lo primero que la abuela vio fueron las nalguitas. Lo ayudó a salir hasta la mitad. Cuando iba en la cintura, el bebé se “poposió”. Al salir, lo agarró, lo limpió, le metió la mano en la boquita y le sacó las flemas. Luego de cortarle el cordón, el bebé no reaccionó; era un bebé grande. Trató de revivirlo, pero nació muerto.

M. sentía al bebé moverse hasta cuando le empezaron las contracciones. Después de las contracciones fuertes, ya no sintió más sus movimientos. Desde que se quejó de dolor hasta el momento del parto pasaron dos horas. Nadie les dijo por qué no pudo vivir; nunca hubo explicación alguna. La brigada que la desatendió no se preocupó por notificar a la instancia de salud correspondiente sobre esa gestante, y tampoco por informarse sobre su condición. Tal vez si la hubiesen reportado, si le hubiesen atendido, si le hubiesen hecho control...

Luego de su primera menstruación posterior al primer parto, M. quedó nuevamente embarazada. Vivían en Jipumana. Igual que en el primero, en el segundo embarazo pensó que todo iba a ser normal, y tempranamente comenzó a esperar con ansiedad la llegada del bebé. Con su mamá tenían todo listo para recibirlo: ropita y toallitas. Fue a la brigada de salud que llegó a atender en casa de A., la lideresa y autoridad tradicional. Ella les dijo a las personas de la brigada que estaba embarazada, les explicó la situación de M., pero respondieron que por no tener carné no la podían atender. La lideresa contó que si va a la brigada de salud no la atienden, así M. esté presente, así la hayan visto embarazada. “No tiene ni un papel, no tiene número, no cuenta con nada y ellos necesitan justificar los medicamentos que mandan”. Les preocupaba atenderla sin un número de registro “Y entonces, ¿cómo cobran la cuenta?”. Tampoco pudo acceder a controles prenatales. Por eso, ella no quiso regresar cuando va la inalcanzable brigada. No reconocieron sus derechos.

M. hizo lo usual. Acudió a una partera de las que acomodan la barriga con masajes, ella le dijo que el bebé venía en buena posición. Como es costumbre, las wayuu se quejan de dolores de parto sólo cuando ya los sienten muy fuertes. Le empezaron a las tres de la mañana, pero tenía un dolor menor antes de las tres. Le duraron hasta las cinco de la mañana, dos horas. Su mamá trató de acomodar al bebé, pero no pudo, porque le salió primero el piecito. Estaba muy angustiada, lloró: se le iban a morir los dos. Ella cree que murió desde el vientre, porque tenía el piecito morado. Cuando el bebé salió, ya





no tenía movimiento; la abuela intentó hacerlo mover dándole palmaditas, sobándolo y sacudiéndolo en el aire con la mano, pero no reaccionó: murió durante el trabajo de parto. Solo la pudo reconfortar algo: saber que su hija estaba viva. ¿Por qué ocurrió otra vez? ¿Por qué no la atendieron? ¿Por qué el derecho a la vida de una madre y su bebé se decide con un carné?

Después de su segundo parto, M. volvió a quedar embarazada. Sintió mucho miedo y tristeza, se había desvanecido su sueño; no la invadía alegría por el hijo que esperaba, ya no era parte de su ser. Cuando fue la brigada a la ranchería en esa ocasión, la lideresa no intentó hablarles otra vez de M., sabía que seguía sin carné, que de nuevo rechazarían atenderla. Ella no sabía que una gestante tiene prioridad, aún sin carné.

El tercer parto fue hace 26 días<sup>139</sup>, fue de un momento a otro. Nuevamente la asistió su mamá, en la casa. No aprestaron ropa, no prepararon nada, no tenían toallita para esperar al bebé. Eso fue porque creían que, como las otras dos, esta criatura también iba a morir. Se acuclilló, se agarró del chinchorro, y su mamá dispuso la arena, medida protectora utilizada desde épocas antiguas para recoger la sangre en el piso y evitar manchar la ropa y el chinchorro. Esta vez fue una niña que venía en posición normal. La bebita empezó a llorar y la abuela se dio cuenta que iba a vivir. La limpió y le cortó el cordón con tijeras. No le aplicó en el ombligo excremento blanco de lagartija, desinfectante natural pulverizado. Le tocó romper las mantas para arroparla, no había nada más para ella. V y sus otros hermanitos entraron para ayudar: era la primera vez que M. traía un bebecito vivo. Enterraron la placenta fuera de la casa, para que no se la comieran los perros. Sigue sangrando un poco, y dice que se siente mareada cuando se levanta del chinchorro en el que ha permanecido acostada.

Siente que su bebita ya está fuera de peligro, y ahora está feliz porque ve que está grandecita. Su niña es vida, asegura continuidad del linaje. A su mamá la afligió mucho que su hija perdiera a sus bebés, eran personitas. También le conmueve mucho el dolor que tuvo su hija durante los partos. A M. la embarga un dolor constante, profundo, está llena de gran tristeza, jamás olvida a sus dos criaturas. Los bebés están en el cementerio de la ranchería. Las mujeres los limpiaron, arreglaron y metieron en tinajas bien cerradas, para evitar que aves de rapiña y otros animales de arriba y de abajo se los comieran. Los enterraron pronto, sin velorio; no tienen forma de comprar los alimentos y el café para ofrecer a los invitados. No hay registros de sus nacimientos ni de sus muertes.

En todos los embarazos, M. ha seguido haciendo sus oficios cotidianos: acarrea agua, busca y carga leña, prepara chicha, lava, cocina. Camina largas distancias y lleva carga pesada hasta el final de la espera. En el último embarazo, a partir del sexto mes, hubo cuidados y consideración con ella: no siguió haciendo oficios tan pesados. Los partos han sido muy rápidos. Comienzan los dolores y el bebé sale al poco tiempo, casi dos horas.

---

139 El equipo del Instituto de Salud Pública estuvo en Jipumana el 7 de febrero de 2016.





Todos los partos han sido a término. La mamá sabe que estaban a término porque su hija le había contado cuando dejaba de menstruar. El primer embarazo sí se había pasado del tiempo.

A una hermana de la mamá de M. también se le murieron dos bebés, y a su otra hermana se le murieron tres durante los partos. Ellas tampoco fueron atendidas por los médicos. No sabe por qué. En su familia no ha habido ninguna muerte materna, pero cuenta que supo de una mujer en una ranchería cercana que murió una semana después de haber parido.

La mamá de M. no sabe cuántos años tiene, su cédula de Venezuela dice que nació en 1975, es del clan Ipuana. Tuvo 12 embarazos, uno de los cuales terminó en aborto; han muerto dos de sus hijos. V., el mayor de sus hijos vivos, tiene 20 años. M. es la siguiente, tiene 17 años. Son de casta Ipuana, la heredaron de su madre. La transmisión de la autoridad también se hace matrilinealmente, de acuerdo con sus pautas de organización social. Los tres son hablantes del wayuunaiki que se habla en la Alta Guajira, el arribero. Él lee y escribe un poco, y habla algo de español, M. y su madre son monolingües, hablan su propio idioma. Mediante un traductor se logra facilitar su comunicación con hablantes de español.

Viven en la ranchería Jipumana del corregimiento de Urú, aproximadamente a 85 km de la cabecera municipal de Uribia. Los primeros 45 km se hacen por una vía carretable en regular estado, y los 40 km restantes se hacen desde la vía férrea del Cerrejón, a través de trochas abiertas entre cardones, tunas, wamachos y trupillos, que se adentran hacia el Cerro de la Teta. Uribia es el municipio más grande de La Guajira, y allí está una gran extensión del Resguardo de la Alta y Media Guajira, de propiedad colectiva de los wayuu que, sin embargo, no abarca la totalidad de su territorio ancestral.

Jipumana hace parte de este gran resguardo. Está conformada por 40 familias con una población aproximada de 225 personas, que se relacionan por lazos de vecindad y afinidad. Tienen patrón de poblamiento disperso y matrilocal, pues cada vivienda se encuentra a varios kilómetros de distancia de la otra. El cementerio familiar determina el patrón residencial: es lugar sagrado donde reposan los restos de los ancestros muertos, así como un espacio de demarcación territorial.

El jagüey donde M. y su familia obtienen el agua para el consumo doméstico y dar de beber a los animales dista una hora de su vivienda: está lejísimo de la ranchería. Diariamente, emplea dos horas de ida y regreso con el burro para conseguir el agua de color verdoso que les provee el jagüey. La ranchería no recibe el agua que reparten los carros cisterna del Cerrejón. Está localizada más allá del área de influencia del proyecto, que cubre los asentamientos situados dos kilómetros a lado y lado de la vía férrea por donde pasa varias veces al día el tren con sus doscientos vagones repletos de carbón. La empresa ha seleccionado las comunidades indígenas en las que desarrolla programas de salud, educación y distribución de tres mil litros de agua cada quince días, en el territorio





en que se encuentra la explotación de carbón a cielo abierto más grande del mundo, y que además usufructúa para su operación la fuente hídrica del río Ranchería.

A la lideresa le dijeron que a su comunidad no le tocaba, debido a que “nosotros estamos muy lejos de la vía férrea, tenemos que resignarnos ¿Será verdad que no nos toca? Por lo menos, a la gente donde estábamos ayer en la reunión sí le toca”. Otra indígena que está traduciendo le replica que eso no es justo, porque la riqueza la sacan de La Guajira. “El beneficio tiene que ser para toda La Guajira, no solamente los que están cerca de la vía férrea. Si vamos para ahí tenemos que pasar por la vía férrea. Tenemos riesgos en esa vía al pasar por nuestro camino. ¿Cuántos accidentes han sucedido en esa vía férrea? ¿Cuántos animales no han matado?”. Al oírla, A., afirma que tiene razón, que no lo había pensado así, que no es justo, que deberían beneficiarse todos porque la mina es de La Guajira. La Alcaldía de Uribia, que recibe una importante cantidad de recursos por regalías, tampoco tiene solución para que esta ranchería pueda tener acceso al agua segura.

La escuela primaria también se encuentra alejada del rancho de los papás de M. Tiene hasta el grado tercero y funciona hace menos de cuatro años. Ahí los niños reciben una ración de alimentos, no siempre de calidad ni de entrega permanente. A partir del grado cuarto, los estudiantes deben ir desde la ranchería hasta Urú, a la vivienda de la directora, donde está el colegio. Se contrata un vehículo para que transporte todos los días a los niños de Jipumana y de otras comunidades. El carro no siempre funciona, pues algunas veces está en Uribia; cuando trabaja, sólo lo hace en la sede principal, y si recoge a los niños los hace bajar cerca del colegio, y deben regresar a pie hasta sus rancherías. Los hermanos menores de M. tienen registro civil y pueden asistir a la escuela. Unos terminaron tercero y ya podrían entrar a cuarto. M. no sabe leer ni escribir. Ella y su hermano mayor fueron excluidos del sistema educativo.

M. y su esposo, J.A., viven donde los padres de ella. Es costumbre que en los primeros años los recién casados vivan con la familia de él o de ella. Tienen la casa, una enramada, la cocina y un corral para el ganado. La familia duerme en un mismo espacio, donde también hay un rústico telar para tejer el chinchorro. No hay electricidad, saneamiento o alcantarillado.

J.A., o Sepeterrino, es de la casta Pushaina, es de otra comunidad y tiene 25 años. Seguro que cuando tenga documento se va a llamar J.A. Hace tres años viven juntos: ella tenía 14. Para unirse con M., pagó el precio de la novia. Al establecer la alianza, entregó una dote a su familia, consistente en 70 chivos, cuatro vacas y un caballo. “M sí es comprada”. Un tiempo antes, M. había tenido el rito de paso, conocido como “el encierro”, por el cual inician a las mujeres wayuu cuando les llega su primera menstruación. Ella no lo hizo completo de un año o nueve meses, como suelen hacerlo en familias muy tradicionales. En su encierro, de sólo tres meses, le cortaron el pelo, estuvo acostada en chinchorro alto, aprendió el saber ancestral, a tejer y a ser mujer. J.A. no toma decisiones sobre M., y tampoco su tío materno. El papá es quien decide por ella. Su esposo no se interpone





para que vaya al médico; por el contrario, siempre se ha preocupado por su salud y la acompaña cuando llega la brigada. La lleva en la bicicleta, pero nunca le han brindado los servicios.

Él generalmente trabaja con su suegro cuidando el ganado, que es lo que tienen para subsistir. Viven del pastoreo de chivos, cabras y vacas, medio de vida propio de los wayuu que habitan este ecosistema semidesértico. Su patrimonio está representado en un gallo, diez chivos y 15 terneros, que alimentan con tunas a las que les queman las espinas. En el mismo lugar donde buscan el agua para ellos buscan para los animales. Venden los chivos para poder comer y comprar ropa. La falta de agua ha impedido volver a sembrar en las huertas que tienen los hombres de la comunidad. Si no tienen agua dulce, no hay comida, diferente a los wayuu del litoral, que viven de la ancestral pesca artesanal.

Los wayuu son binacionales: alternan sus asentamientos de manera itinerante; la poli-residencia es su patrón. Unas veces viven en el territorio ancestral, y migran según las estaciones y condiciones climáticas. Son poligínicos: un tiempo están con una esposa en una ranchería, después van a otra ranchería. En otras épocas deciden vivir en la ciudad. Prefieren Colombia o Venezuela según las oportunidades de educación, salud, trabajo e intercambio comercial. Así pasó cuando la mamá de M. trabajaba en Venezuela y vivían allá. En el tiempo que vivieron en la ranchería de su papá, M. estuvo unos meses en el colegio. Después en Jipumana no había escuela, y cuando hubo se quedó sin ingreso por no tener documento de identificación. Su hermano fue a la escuela durante un tiempo como asistente, sin matricularse. Él tuvo un trabajo de agente educativo voluntario del programa Seres de Cuidado, desarrollado por Unicef y el hospital de Uribia.

M. no tiene tarjeta de identidad, ni registro civil. Quiso ser atendida por un médico durante sus embarazos, pero fue imposible porque no tiene carné de afiliación. A la lideresa le dijeron en la Registraduría de Uribia que no podían registrar a M. y a su mamá, por un problema de doble cedula. Hace un tiempo hubo una reunión para informar sobre una jornada de identificación que iba a hacerse en el municipio, pero los líderes de rancherías que no fueron invitados, como la lideresa de Jipumana, no se enteraron. Ella averiguó sobre la posibilidad de registrar a la hija recién nacida de M. y se enteró de que es posible aún si M. no tiene documento.

Entre 2014 y 2015, el programa Estrategia Nutricional con Enfoque Comunitario de Unicef dio varias charlas educativas a las comunidades. Las brigadas de promoción y prevención del hospital de Uribia también hicieron consultas y controles a los niños menores de cinco años. En Jipumana, M. llevó a sus hermanitos a la brigada y estuvo en las charlas en wayuunaiki sobre lactancia materna, control prenatal y planificación familiar.

En junio de 2015, el programa Seres de Cuidado, de Unicef, realizó la primera medición en las comunidades, hacía visitas domiciliarias familia por familia y, en Jipumana, estuvieron en la casa de M. Esa vez ella quedó como integrante del grupo familiar, aunque no registrada como gestante, porque ninguno sabía que se encontraba embarazada; tampoco lo





sabía su hermano V, que trabajaba en el programa. Durante la segunda medición para el seguimiento, en diciembre pasado, el embarazo de M. estaba avanzado, por lo que los del programa actualizaron sus datos y notificaron a la coordinación para que fuera reportada a la Secretaría de Salud Municipal. El programa finalizó a mediados del mes.

En enero de 2016, M. tuvo a su bebita. La lideresa estaba fuera de la ranchería y supo del nacimiento solo una semana después. Conocedora de las razones argumentadas por el sistema de salud para desatenderla, y en busca de evitar los consabidos rechazos, no dio aviso a Salud Pública Municipal. Pero en diciembre la habían registrado, cuando la brigada notificó. Sin embargo, la Secretaría Municipal no se ocupó de ella. No se informó sobre su situación, no llegó hasta su vivienda y tampoco le proporcionó atención médica. Una vez más, la madre y su recién nacido no fueron sujetos de reconocimiento de derechos por parte del sistema de salud.

M. y su mamá no saben qué se puede hacer para que no vuelva a ocurrir lo de sus primeros hijitos. Les habían dicho que fueran a Uribia, que ahí la atendían sin carné, pero viajar en moto hasta la carretera le cuesta a M. \$20.000, y no sabe cuánto vale hasta Uribia. ¿Y su mamá y J.A., ¿ir sola sin nadie que la ayude?, ¿sin hablar español?, ¿ir a los controles maternos en moto, atravesando las trochas?, ¿ir en moto con los dolores del parto?, ¿viajar en moto por más de dos horas hasta llegar a Uribia, cuando sabe que ha tenido a sus bebés en dos horas? Ellas creen que sería mejor si los médicos la atendieran aún sin carné; piensan que se podría evitar tanto dolor y sufrimiento si le brindaran atención médica oportuna.

El pasado 7 de febrero, M. recibió por primera vez atención médica<sup>140</sup>. Fue necesario que médicos no pertenecientes a la red de salud departamental que se encontraban con ella en su vivienda de Jipumana exigieran que fuera atendida. El hospital municipal envió un carro con equipo de atención a la ranchería, y fue trasladada hasta el hospital. Después, fue remitida a la clínica materno-infantil de Uribia, donde ella y su hijita recibieron asistencia. Pasó la noche en la clínica. Estaba asustada: por primera vez en sus diecisiete años de vida era atendida por médicos. Le aplicaron medicamentos, le explicaron en su lengua cómo usar los que le entregaron. Le dieron alimentos y agua a ella y a su mamá. En la tarde del día siguiente, el coordinador de salud pública municipal se encargó de llevar a M, su niña, su mamá y la lideresa de la ranchería hasta su vivienda. Las dos están bien.

Ahora la lideresa y autoridad tradicional de Jipumana, ya fue informada por el coordinador de salud acerca de que cualquier mujer gestante o lactante debe ser atendida en cualquier situación, así no posea documento de identidad. También sabe que a mediados de este año, del 4 al 7 de julio, la Registraduría hará una jornada especial de identificación. Cree que se puede aprovechar para registrar a la niña de M. si no lo han podido hacer antes y, tal vez, registrar a M., a V., a su mamá y a J.A. De esta manera, de pronto evitan ser nuevamente excluidas, como acaba de suceder. El 2 de marzo, el

<sup>140</sup> Fue revisada por médica no perteneciente a la red departamental de salud.





programa de Cero a Siempre, de Bienestar Familiar, estuvo en la ranchería. La lideresa informó sobre las lactantes que debían ser inscritas en el programa. M. y su pequeña fueron rechazadas porque, para los operadores, sin documento no hay afiliación: si la madre no tiene documento de identidad, su hijita tampoco existe.

Esta narrativa de la joven indígena de Jipumana desploma cualquier credibilidad en los indicadores estadísticos de pobreza, equidad, igualdad, oportunidades humanas o cualquier otra categoría real o figurada. En ella confluyen las peores condiciones posibles de vida para un ser humano, desde nuestra concepción de bienestar. Por una confabulación de elementos adversos, M. no sólo es pobre, analfabeta, marginal y con muy pocas satisfacciones —ni las de necesidades básicas—, sino que tampoco tiene oportunidades humanas. M. no existe, sus hijos no nacen, y tampoco viven —aunque no mueran— y, por supuesto, no mueren —aunque mueran—. Pero no es una trama de elementos adversos abstractos. La corrupción se alía con la indolencia. Existen normas, conceptos, estudios e indicadores, pero M. no está; no mueve un promedio, no afecta una desviación estándar. No representa nada, y nada la representa. No cabe en un modelo, ni le importa realmente a nadie. No existe.

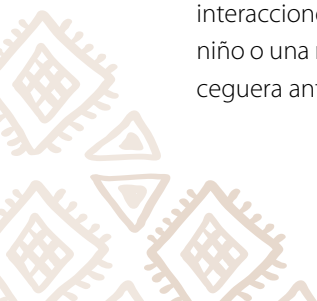
M. refleja la negación de los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la educación, a la alimentación y al agua segura. Además, la negación de los derechos sociales, culturales, económicos, del derecho a la identidad y a ser incluida en los programas estatales. ¿Cómo inciden las variables de género, residencia, etnia e ingreso de los padres para que M sea sujeto de derechos?, ¿por qué M, siendo la más pobre entre las pobres, no accede a programas asistencialistas?, ¿a los programas de las multinacionales extractivistas?

En este caso se materializa la orientación mercantilista del sistema de salud, que elude su responsabilidad con el ser humano e impone a muchos la demostración de su carencia de medios —o que impone nacionalismos— mientras privilegia la ganancia de pocos, que desconoce las diferencias culturales y soslaya las prácticas tradicionales y un tratamiento de igualdad y respeto mutuo, y que no reconoce el proceso de salud, enfermedad, muerte, segunda muerte y partida definitiva, ni prácticas, usos, farmacopeas, y modos de ver, sentir y pensar de las comunidades indígenas —en este caso, de la wayuu—.

Se revelan también la prevalencia de la lógica occidental que desvaloriza los conocimientos de las culturas originarias —aunque para construirla haya tomado sus conocimientos y tradiciones—; la hegemonía de conocimientos y valores considerados universales y su inserción en ámbitos como el de la salud; la creciente incorporación oportunista de la interculturalidad en los discursos y las políticas de Estado —y su uso para proponer estrategias de cohesión social enfocadas en el diálogo y la tolerancia—, pero sin profundizar las causas de las desigualdades sociales y de las relaciones de poder —la interculturalidad funcional—; la incapacidad de identificar desigualdades, transformar conflictos, promover interacciones y reconocimientos; la desigualdad desde el inicio del ciclo de la vida de un niño o una niña indígena; lo etéreo del enfoque diferencial, su contenido y significado; y la ceguera ante realidades y lógicas distintas.



*Lo cierto es que la vida y la muerte de las mujeres de los pueblos indígenas está entre dos discursos: los discursos médicos, políticos y de derechos institucionales occidentales, y los discursos políticos, ancestrales y de conocimientos tradicionales de los indígenas.*







#### 4.4. Síntesis

Los hallazgos en este análisis son importantes porque revelan dimensiones hasta ahora no exploradas —y otras invisibilizadas— sobre la realidad de comunidades indígenas. Por supuesto, los casos analizados no son la expresión de lo que ocurre con las comunidades indígenas del país —ni siquiera son representación del conjunto de los pueblos arhuacos y wayuu—, ni son iguales entre sí. Sin embargo, varias reflexiones son comunes, y pueden ser proyectadas como tendencias de necesaria profundización y ampliación.

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.

Las comunidades actúan de acuerdo con su cosmovisión para preservarse física, social y culturalmente. Entre sus valores y creencias, las etapas de la vida y los roles de sus miembros tienen significados distintos y no siempre coincidentes con la cultura occidental, por lo que temas como los ritos de paso, las formas de entender la sexualidad y la reproducción, y la gestación, la maternidad y el posparto, son clara muestra de la distancia entre las dos culturas. A pesar de que las comunidades han venido reflexionando sobre sus prácticas ancestrales, estas persisten en un escenario de precaria e inadecuada respuesta institucional, con efectos sobre la salud de las mujeres.

Lo cierto es que la vida y la muerte de las mujeres de los pueblos indígenas está entre dos discursos: los discursos médicos, políticos y de derechos institucionales occidentales, y los discursos políticos, ancestrales y de conocimientos tradicionales de los indígenas. Claramente, el papel asignado a las mujeres y la autonomía sobre su propio cuerpo son temas en disputa, y muchas indígenas han venido cuestionando los efectos para sus vidas de las prácticas más tradicionales, lo que muestra que las comunidades no son homogéneas y armónicas, sino espacios sociales dinámicos de confrontación y





negociación permanente, al interior de los cuales se desarrollan tensiones y desacuerdos en temas como la sexualidad y la planificación familiar —que expresan relaciones de poder entre los géneros—.

Las restricciones en la materialización de los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres indígenas son evidentes, tanto por la existencia de barreras socio-culturales relacionadas con sus posibilidades de decisión acerca del control de la reproducción, como para el acceso a la atención efectiva y de calidad durante el embarazo, parto y posparto. En esto último, puede decirse que el sistema de salud es un determinante de peso en las explicaciones sobre la situación de los pueblos abordados. Aunque la mayor parte de los nacimientos se produce en el territorio, esta circunstancia no constituye el problema. Las mujeres indígenas deben tener acceso a toda la atención posible, tanto en sus comunidades como, complementariamente, en los servicios de salud. En todo caso, la asistencia institucional deberá cumplir condiciones de calidad, ser pertinente culturalmente, accesible geográficamente y sin barreras económicas por el costo de los servicios, el transporte o los trámites.

Se requiere superar la hegemonía que caracteriza a la política de salud, que menosprecia lo tradicional —indígena— y limita las posibilidades de crear un sistema de salud intercultural que respete lo propio y se complemente con lo ajeno, además de que constriñe la materialización de un enfoque diferencial que permita dar respuesta a las necesidades y demandas de las comunidades. Por último, es indispensable dar a conocer a la comunidad wayuu la importancia del Sistema Intercultural Propio Indígena —SISPI—.





## 5. ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN COMUNIDADES INDÍGENAS

*Las restricciones en la materialización de los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres indígenas son evidentes, tanto por la existencia de barreras socio-culturales relacionadas con sus posibilidades de decisión acerca del control de la reproducción, como para el acceso a la atención efectiva y de calidad durante el embarazo, parto y posparto.*

En la literatura mundial existe un amplio registro de experiencias tendientes a mejorar la salud de gestantes y recién nacidos, y se han sistematizado paulatinamente varias prácticas comunitarias e institucionales consideradas exitosas. Este capítulo presenta los resultados de la revisión sistemática de fuentes cuantitativas sobre buenas prácticas para la reducción de la mortalidad materna y neonatal, en diálogo con estudios cualitativos y la revisión de experiencias nacionales y regionales. Se concluye con una síntesis de las principales lecciones.

### 5.1. Evidencias sobre buenas prácticas para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en poblaciones indígenas, rurales y vulnerables

Dentro de los estudios identificados e incluidos para la revisión sistemática, se encontraron ensayos clínicos, estudios de cohorte prospectivos analíticos y transversales. Se incluyeron 32 artículos, los cuales fueron clasificados en tres categorías: entrenamiento y provisión de herramientas para atención materno-infantil a parteras y otros trabajadores comunitarios de la salud, servicios de salud y nutrición durante el embarazo.

#### **Entrenamiento y provisión de herramientas para atención materno-infantil a parteras y otros trabajadores comunitarios de la salud**

Una proporción importante de estudios se refería a estrategias de reducción de la MM y MN por medio de la capacitación y la provisión de herramientas de trabajo a diferentes trabajadores comunitarios de la salud, dentro de los que se incluían parteras tradicionales. En esta categoría se incluyeron 17 estudios, agrupados en cinco subcategorías que dan cuenta de diversas prácticas, las cuales han suplido la atención obstétrica y de cuidado neonatal mediante la modificación de las prácticas de cuidado brindadas por proveedores tradicionales.





- Entrenamiento a parteras tradicionales en zonas rurales

Tiene buenos resultados en la disminución de la morbilidad neonatal, pero los efectos son menos convincentes en cuanto a la morbilidad materna (Jokhio et al., 2005; Smith et al., 2000; Goodburn et al., 2000; Gill et al., 2011; Gill et al., 2014; Olson et al., 2012). La mortalidad materna se reduce con el uso de misoprostol por parte de trabajadores de la salud comunitarios entrenados (Walraven, 2005; Derman, 2006; Prata, Gessesew et al., 2009).

El entrenamiento a parteras se ha llevado a cabo en Guatemala, México, Nicaragua, Perú, El Salvador y Colombia. A pesar de la implementación de estas estrategias desde los años sesenta, los datos disponibles sobre la efectividad en términos cuantitativos de la medida en cuanto a la reducción de morbilidad materna y neonatal en la región son escasos (Abramsky y Swietnicki, 1994; Hincapie y Valencia, 2000; Secretaría de Salud; Instituto Mexicano de Seguro Social, Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado, 2001; Lerin, 2004; OPS, 2008b; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2011; Asociación de Parteras Unidas del Pacífico, 2014; Observatorio de Mortalidad Materna, 2015; Universidad Galileo, Facultad de Ciencias de la Salud, 2016).

- Promoción de medidas de higiene durante el parto y el puerperio en áreas rurales

Ha logrado la reducción de la morbilidad neonatal. Sin embargo, no existe suficiente evidencia para afirmar que estas prácticas tengan un efecto similar en la prevalencia de infección puerperal en el contexto rural (Goodburn, 2000; Winani et al., 2007; Soofi et al., 2012; Agrawal et al., 2012; Arifeen et al., 2012).

- Cuidado neonatal en la comunidad en áreas rurales

Podría disminuir la morbilidad neonatal (Bang et al., 2005; Bhutta et al., 2008; Baqui et al., 2009).

- Uso de misoprostol en la comunidad en áreas rurales

Ha logrado la reducción de la hemorragia posparto y la necesidad de remisión a niveles superiores de atención (Walraven, 2005; Derman, 2006; Prata, Gessesew et al., 2009).

- Grupos de apoyo para mujeres en el posparto en zonas rurales

Pueden disminuir la mortalidad neonatal y la prevalencia de depresión posparto moderada (Tripathy et al., 2010; Colbourn et al., 2013).





### **Inclusión y calidad en los sistemas de salud: modelos interculturales y acceso a los servicios**

Dentro de esta categoría se incluyeron diez estudios relacionados con la superación de las barreras para el acceso a servicios de salud obstétricos de calidad en zonas rurales, en las cuales sus poblaciones presentan condiciones de vulnerabilidad relacionadas con factores económicos, sociales y de las estructuras territoriales. En esta categoría se incluyeron: 1) acceso al cuidado obstétrico de emergencia, básico y avanzado, en zonas rurales —transporte y comunicaciones—; 2) mejoramiento del acceso al cuidado prenatal; y 3) modelo intercultural de atención del parto en zonas rurales y casas de paso.

- Acceso a servicios de salud obstétrica de emergencia, mejores posibilidades de transporte hacia y entre centros de salud de diferentes niveles de complejidad.

Tiene el potencial de reducir en una gran proporción tanto la mortalidad materna como la mortalidad perinatal y neonatal (Fournier et al., 2009; Lynch, et al. 2005; Mucunguzi, et al. 2014).

- Mejoramiento del acceso al cuidado prenatal

Requiere calidad adecuada de los controles prenatales; de lo contrario, no disminuye el riesgo de complicaciones. En una buena proporción de los casos, la morbilidad neonatal, y en mayor medida la materna, ocurre alrededor del parto y no puede ser prevenida, pero sí podría ser detectada a tiempo y tratada (Lindert et al., 2012; de Bernis et al., 2000).

La organización y formación del personal de salud y los prestadores tradicionales de servicios de salud son un aspecto que tiene incidencia en la política ante el sistema oficial. Para lograrlas, países como México han apostado por un modelo transcultural de salud en el que las competencias de lo propio o tradicional se fortalecen a través de la actualización del recurso humano en el cumplimiento de las prácticas de medicina basadas en la evidencia en temas de atención materna y neonatal, de acuerdo con los niveles de atención requeridos (Secretaría de Salud; Instituto Mexicano de Seguro Social; Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado, 2001; Lerin, 2004; Dirección General de Salud de las Personas, Ministerio de Salud de Perú, 2009; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011; Esquiche, 2013; Ministerio de Salud de Panamá, 2014; Observatorio de Mortalidad Materna, 2015).

- Modelo intercultural de atención del parto en zonas rurales y casas de paso

Para que los servicios de salud puedan ser utilizados, deben haberse considerado las necesidades de las comunidades que los van a utilizar (Herrera Torres et al., 2006; Gabrysch, 2009; Kanté et al., 2010; Igboanugo et al., 2011; Ruiz, 2013; van Dijk et al., 2013; Chopel et al., 2014).





La adaptación intercultural y la presencia de casas de paso maternas pueden aumentar significativamente el uso de servicios de salud por parte de las comunidades (Gabrysch, 2009; Lori et al., 2013).

Tanto en Nicaragua como en Panamá y Colombia se han utilizado los hogares de paso maternos para facilitar el acceso a servicios de salud obstétricos en las zonas más lejanas y rezagadas en cuanto a la atención obstétrica, con base en la consideración de las necesidades propias de las comunidades indígenas rurales. Los hogares de paso en Nicaragua, a pesar de no contar con estudios que evalúen su efectividad en la reducción de mortalidad materna y neonatal, han demostrado un incremento año a año, de la atención de partos institucionales (Cunningham, 2002; Cortez, García Prado, Largaespada y Kok, 2008; Ministerio de Salud de Panamá, 2014).

Honduras, Panamá, Perú, Guatemala y México han implementado estrategias relacionadas con la medicina tradicional que buscan la articulación con el sistema de salud del país, a partir del reconocimiento, el respeto y la inclusión en la búsqueda de modelos interculturales.

### **Evaluación nutricional y mortalidad materna y neonatal en áreas rurales**

Este componente muestra dos subcategorías, de las cuales la primera hace referencia a la evaluación nutricional relacionada con mortalidad materna y neonatal en áreas rurales, y la segunda a suplementación con micronutrientes durante el embarazo en áreas rurales. En total se incluyeron cinco artículos.

- Mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y neonatales en mujeres de contextos rurales con índices de masa corporal inferiores a 20, o entre más bajo sea el perímetro braquial (Katz et al., 2003; Lindert et al., 2012).
- Disminución de parto pre-término y bajo peso al nacer a través de la suplementación con múltiples micronutrientes o con ácido fólico y hierro (West et al., 2011; West et al., 2014; Zeng et al., 2008)





## 5.2. Experiencias en la reducción de la mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas y rurales en Colombia y América Latina

La Organización Mundial de la Salud, dentro de su iniciativa “Reducir los riesgos del Embarazo”, formuló un marco de intervenciones con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna. Con base en el enfoque de promoción de la salud, y en el marco de las intervenciones para reducir la mortalidad materna y neonatal, se organizan en cuatro áreas prioritarias (Santarelli, 2010): 1) el desarrollo de capacidades para mantenerse sanos, tomar decisiones saludables y responder a las emergencias obstétricas y neonatales; 2) una mayor conciencia de los derechos, las necesidades y los problemas potenciales relacionados con la salud materna y neonatal; 3) el fortalecimiento de los vínculos para lograr el apoyo social entre las mujeres, los hombres, las familias y comunidades; y 4) el mejoramiento de la calidad de la atención, los servicios de salud y las interacciones con mujeres, hombres y comunidades.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud —OPS— ha propuesto planes de acción para la región de las Américas, tanto para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, como para la reducción de la mortalidad neonatal (OPS, 2008b, 2011a).

Algunos países de América Latina han puesto en práctica varias de las medidas incluidas en las estrategias de la OMS y de la OPS para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas y rurales. Entre las más utilizadas sobresale el entrenamiento a parteras tradicionales, la creación de casas de paso maternas y la adaptación intercultural de servicios de salud obstétrica, si bien para una proporción importante de ellas no ha sido evaluada su efectividad.

Entre las naciones que han utilizado la estrategia del entrenamiento a parteras tradicionales indígenas sobresalen Guatemala, México, Nicaragua y El Salvador. Otros países latinoamericanos en los que se han implementado estrategias para la disminución de la mortalidad materna y neonatal son Perú, Honduras y Panamá.

En Guatemala, las parteras tradicionales del pueblo maya han sido ampliamente caracterizadas (Lang, 1997; Ruiz, 2013; van Dijk et al, 2013) y su entrenamiento es considerado una posible medida para la disminución de la mortalidad materna y neonatal. En 1997, más del 80% de los partos de las mujeres maya eran atendidos por parteras tradicionales, pero un estudio encontró que, pese a haber asistido a cursos de formación ofrecidos por el Ministerio de Salud, sus prácticas y conocimientos para la atención del parto en cuanto a la asepsia y a técnicas de estimulación neonatal y masaje uterino eran inadecuadas (Lang, 1997). De allí que una de las estrategias de la ley del Sistema de Salud Popular Tradicional de 2005 fuera la formación de comadronas y promotoras de salud, la capacitación en temas de salud sexual y reproductiva, el reconocimiento





de saberes ancestrales y el fortalecimiento del sistema de salud maya (OPS, 2008a). Entre septiembre de 2005 y diciembre de 2006, por iniciativa de varias organizaciones internacionales, y como parte de un estudio que incluía poblaciones en cinco países más, se evaluó en Guatemala el efecto del entrenamiento a parteras tradicionales en cuanto a los estándares de cuidado del recién nacido, de acuerdo con la OMS. En este caso, el efecto del entrenamiento fue principalmente la reducción de las muertes fetales (RR 0,40; IC 95%:0,25-0,64). No se encontró una diferencia significativa en la reducción de la mortalidad neonatal (Garcés et al., 2012).

En el año 2013, el Ministerio de Salud de Guatemala formuló un acuerdo para la formación de carreras técnicas profesionales de partería. El acuerdo permitió que las universidades que tenían convenio con el Ministerio de Salud crearan la carrera, con el objetivo de facilitar el acceso a la atención obstétrica y disminuir la mortalidad materna (PrensaLibre, 2013). Ese mismo año se creó la Escuela de Parteras Profesionales con Enfoque Intercultural en la Universidad Galileo, ubicada en San Juan del Obispo, Antigua Guatemala, que es un programa técnico que dura tres años, cuyo currículo está basado en los estándares internacionales de la ICM (International Confederation of Midwives), y que busca además llevar a cabo investigación y sistematización de las prácticas tradicionales pertinentes a la diversidad cultural del país (Universidad Galileo, Facultad de Ciencias de la Salud, 2016).

En el marco del plan de acción para la reducción de la mortalidad materna y neonatal titulado “Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015”, el Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala implementó acciones para la atención de maternas y neonatos pertenecientes a las etnias indígenas del país. Dentro de sus objetivos se destacan las prácticas con enfoque de género e interculturalidad, las estrategias enfocadas a la atención prenatal, el parto vertical natural, la atención puerperal y posnatal, y los cuidados rutinarios del recién nacido, así como los pasos esenciales para la atención de la materna y el neonato, con respeto por el modelo tradicional y en articulación con el modelo occidental (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2011).

En México, se ha buscado implementar un enfoque intercultural aplicado a la salud materna. Como parte de esta estrategia se han considerado como puntos clave el pleno acceso a servicios de salud reproductiva y métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados entre mujeres indígenas, la adecuación cultural y lingüística de servicios de salud materna, la humanización de prácticas obstétricas hospitalarias y la mejora de la calidad de la atención materna —que incluye un trato respetuoso y no discriminatorio del personal institucional hacia las usuarias—, el reconocimiento de la importancia y valor de la partería tradicional —a través de la inversión en capacitación y mejora de la relación colaborativa entre las parteras y el personal de salud en primer y segundo nivel de atención—, y la promoción masiva de información en lenguas indígenas y con mensajes culturalmente adaptados para que las mujeres y sus familiares conozcan sus derechos reproductivos y la atención materna (Observatorio de Mortalidad Materna, 2015).







En cuanto a la inclusión de la población indígena mexicana al sistema de salud, nace el denominado “Programa Nacional de Salud: La democratización de la Salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud”, cuya implementación inició en el año 2001. Su objetivo fue convocar a los actores involucrados dentro del sistema a tomar en cuenta los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y de género de los pueblos indígenas, así como sus formas de organización. El programa partió de un enfoque inter y transcultural en un modelo de inclusión a la población indígena mexicana (Secretaría de Salud; Insituto Mexicano de Seguro Social; Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado, 2001).

En 1996, el reconocimiento de la importancia y valor de la partería en México llevó a que en el Centro para las y los Adolescentes de San Miguel de Allende, Guanajuato —CASA— surgiera la primera escuela de partería (Observatorio de Mortalidad Materna, 2015). En 2004 surgió el Centro de Iniciación a la Partería Luna Llena, en respuesta a la percepción de cien parteras tradicionales de Oaxaca de la necesidad de crear espacios de aprendizaje, donde las parteras tradicionales pudieran transmitir su conocimiento y se convirtieran en maestras de las jóvenes. Esta propuesta se basa en el principio de diálogo entre culturas, que integra saberes de manera armónica e incluye habilidades para salvar vidas, se apoya en la hermandad de parteras y en la tradición latinoamericana, así como en las recomendaciones de la OMS y en las aportaciones de la medicina basada en la evidencia (Observatorio de Mortalidad Materna, 2015). En 2011 se abrió el programa de partería profesional de Mujeres Aliadas A.C, una asociación dedicada a la atención de mujeres de acuerdo con el modelo de la partería. Posteriormente, en septiembre de 2012, la escuela de partería del Estado Guerrero abrió sus puertas, con un programa que tiene como objetivo formar parteras profesionales reconocidas y aceptadas tanto por el gobierno como por la población (Observatorio de Mortalidad Materna, 2015).

En 1986, un programa de entrenamiento a parteras en Nicaragua, organizado por el Ministerio de Salud, una ONG de Estados Unidos —MADRE— y la Asociación de Mujeres Nicaragüense *Luisa Amanda Espinosa*, incluyó formación sobre prevención de complicaciones del embarazo y del neonato, identificación de embarazo de alto riesgo, registro de los nacimientos e integración de la partera al sistema de salud, planeación familiar y sexualidad (Pascoe y Stein, 1987).

Nicaragua cuenta con una importante cantidad de hogares de paso maternos. De acuerdo con un estudio realizado por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, estos hogares se encuentran ubicados en zonas que se caracterizan por altos niveles de pobreza, ruralidad, bajo nivel educativo y aislamiento en términos de comunicación. Estos hogares ofrecen un paquete básico de alojamiento y alimentación, además de charlas de promoción de la salud, actividades educativas y atención y seguimiento médico. Para el periodo comprendido entre 2004 y 2006, los hogares de paso maternos aportaron en promedio 22% de los partos institucionales en los municipios en los que se encontraban (Cortez, García-Prado, Largaespada y Kok, 2008). En este país, se desarrolló también el





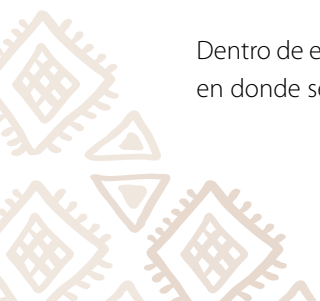
Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte —RAAN—, con apoyo del Ministerio de Salud y los hospitales regionales, que se orienta hacia la atención de salud intercultural de población indígena de Nicaragua en la región, y con el objetivo de superar las relaciones asimétricas de los sistemas de salud (Cunningham, 2002).

En 1993, en El Salvador, casi el 70% de los nacimientos ocurrían en el domicilio, y mientras la mayoría de ellos eran atendidos por parteras tradicionales, otras mujeres parían solas. El International Medical Relief Fund —IMRF— inició un proyecto en junio de 1993 para que la cantidad de parteras entrenadas fuera suficiente para atender todos los partos. Para ser incluidas, las mujeres debían tener la posibilidad de equilibrar su trabajo como parteras —no remunerado— con sus demás actividades. Con posterioridad a la terminación del curso, las mujeres recibieron un kit de parto, que contiene instrumentos para el parto, un recipiente para su esterilización y suministros de elementos estériles desechables —incluyendo guantes— (Abramsky y Swietnicki, 1994).

En Honduras también ha habido entrenamiento de parteras tradicionales con el objetivo de reducir la mortalidad materna y neonatal. En los años setenta, la Secretaría de Salud inició un programa de capacitación para cerca de 10.000 parteras tradicionales en todo el país. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en 1990 para medir la razón de mortalidad materna e identificar las causas básicas de muerte mostró una mortalidad materna cuatro veces mayor a la reportada previamente (Shiffman, Stanton y Salazar, 2003). La respuesta provino de una estrategia que, además del entrenamiento a parteras, incluyó la implementación del enfoque de riesgo reproductivo, el aumento del número de clínicas materno-infantiles para partos normales y el establecimiento de hogares maternos de paso —contiguos a los hospitales— para las mujeres con alto riesgo de sufrir complicaciones durante el parto. Entre 1990 y 1997 se crearon siete nuevos hospitales, 13 centros para atención del parto, 36 centros médicos y 266 centros de salud rurales; además, 11.000 parteras fueron entrenadas. Sin embargo, cada vez el parto fue atendido con mayor frecuencia de manera institucional (Shiffman, Stanton y Salazar, 2003). El caso de Honduras resulta de particular importancia, debido a que entre 1990 y 1997 la mortalidad materna se redujo en un 40%, que es una de las reducciones más significativas que se han observado en países en desarrollo en un lapso tan corto (Shiffman, Stanton y Salazar, 2003).

El Ministerio de Salud de Panamá desarrolló en el 2014 la estrategia CONE —Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales— para comarcas indígenas y áreas rurales dispersas. Se basa en cuatro pilares de la maternidad segura —planificación familiar, atención prenatal, parto limpio y seguro, cuidados obstétricos y neonatales de emergencia—, así como en el continuo de la atención —curso de vida— y el análisis de las cuatro demoras, en un marco de atención primaria con enfoque de género, de derechos y de interculturalidad (Ministerio de Salud de Panamá, 2014).

Dentro de esta estrategia, se incluyen casas de paso maternas, ubicadas cerca de un lugar en donde se ofrezcan cuidados obstétricos completos. Incluye además el apoyo a Casas





de Acudientes Maternas, ofrecido en sus domicilios por las familias del pueblo Guna Yala con base en la tradición local de ofrecer hospedaje a personas que requieren quedarse por diferentes motivos y que no tienen un lugar de descanso (Ministerio de Salud de Panamá, 2014). Las casas de acudientes maternas son una alternativa culturalmente aceptada por las comunidades Guna a los hogares de paso, y permiten acercar los servicios institucionales de parto a las mujeres indígenas que tienen dificultades para el acceso a ellos (Ministerio de Salud de Panamá, 2014).

Para mejorar la salud materno-infantil y reducir la mortalidad materna y neonatal, Perú ha incluido estrategias como el acercamiento de los agentes comunitarios de salud, parteras y promotores de salud con los establecimientos de salud, de forma que favorece además el acercamiento de la comunidad, la creación de establecimientos para la prestación de servicios de salud reproductiva a adolescentes, el mejoramiento de la infraestructura, una mejor definición de las redes desde el punto de vista funcional, y el fortalecimiento de la capacidad resolutive según funciones obstétricas y neonatales de los establecimientos, así como la adaptación intercultural de los servicios, la creación de casas de paso y los sistemas de financiamiento público para la reducción de barreras económicas de acceso a los servicios y a la participación ciudadana (Dirección General de Salud de las Personas, 2009).

En Ayacucho, en 2009, se dio inicio al programa de redes obstétricas y neonatales por parte de la Secretaría de Salud y las instituciones de salud del sistema peruano dirigido a la población indígena del norte de la región, que se basó en el enfoque de derechos, de género y de interculturalidad. El programa surge frente a la necesidad de mejorar los cuidados obstétricos para las mujeres gestantes en las provincias del departamento. Su objetivo central es mejorar la disponibilidad y el acceso, e incrementar el uso de servicios de cuidados obstétricos de emergencia de calidad por parte de las mujeres gestantes. Las principales estrategias de estas redes son el manejo estandarizado de complicaciones obstétricas por nivel de atención, el establecimiento de un sistema de capacitación regional —al igual que de una auditoría de la calidad de la atención—, un sistema de información y prevención de infecciones y un sistema de referencia de complicaciones obstétricas según manejo estandarizado por nivel de atención (Esquiche, 2013). Allí se evaluó la efectividad de la adaptación intercultural de la prestación de servicios obstétricos, con un aumento de la atención institucional del parto del 6% al 83% (Gabrysch, 2009).

En Ecuador, la estrategia para la reducción de la mortalidad materna “Opciones de política para mejorar el acceso a la atención materna calificada y de calidad” contempla el aumento del acceso a servicios básicos e integrales de cuidado obstétrico y neonatal esencial, la implementación de estrategias de desarrollo profesional continuo y recertificación, el fortalecimiento de los mecanismos de reporte de incidentes críticos —auditoría y retroalimentación— y, con base en la mayor carga de mortalidad materna presente en los territorios rurales, el establecimiento de mecanismos para mantener a los profesionales de la salud en dichos lugares (Henríquez et al., 2012).





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, a través de la priorización de 237 municipios. Con base en el análisis de las demoras, la estrategia ha priorizado las siguientes iniciativas: 1) fortalecimiento a mujeres individuos, familia y comunidad; 2) replicación de la estrategia de salud y nutrición con enfoque comunitario; 3) dotación de kits de emergencia obstétrica; 4) entrenamiento de uso de kits de emergencia bajo escenarios de simulación; 5) fortalecimiento de capacidades de parteras y agentes comunitarios en salud materna; y 6) remisión efectiva de pacientes críticos en zona rural dispersa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

El fortalecimiento de las capacidades de parteras y agentes comunitarios en salud ha sido una estrategia utilizada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el caso, en 2010 en Quinchía, una población de la zona cafetera de Colombia, 40% de los partos fue atendido en el domicilio, y de estos el 63% fue atendido por parteras, de las cuales 55% eran empíricas y 45% se habían capacitado a través de los cursos ofrecidos por el Ministerio. Sin embargo, un cuestionario aplicado a parteras empíricas y capacitadas encontró una alta proporción de conocimientos inapropiados, especialmente con referencia a la atención del trabajo de parto y del recién nacido (Hincapié y Valencia, 2000).

A pesar del uso de dineros públicos para su entrenamiento, la reglamentación del oficio en Colombia no es clara. De acuerdo con el Artículo 20 de la Ley 1164 de 2007<sup>141</sup>, se garantizará el respeto a las culturas médicas tradicionales propias de los diversos grupos étnicos, las cuales solo podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas, de acuerdo con sus propios mecanismos de regulación social. En el año 2009 fue presentado un proyecto para la reglamentación de la partería, cuyo proceso de aprobación ha sido lento (Congreso de la República de Colombia, 2009; Maldonado, 2012). El proyecto de ley considera a la partería una práctica particular de comunidades indígenas y afrocolombianas, por lo que no busca reglamentarla en otros contextos. Tampoco incluye la vigilancia al ejercicio del oficio (Maldonado, 2012).

En el resguardo Cañamomo-Lomapieta, ubicado en Riosucio y Supía —Caldas—, las parteras del pueblo Embera Chamí —que han sido proveedoras del cuidado prenatal y de la atención del parto— han sido capacitadas desde hace varios años en el hospital municipal por jefes de enfermería y médicos que las han educado en cuanto a normas de bioseguridad, controles prenatales y complicaciones (Cardona, Rivera y Carmona, 2015). Por su parte, en Toribio —Cauca— ha habido dificultades en la integración de las parteras al sistema de salud. Las parteras aspiran al reconocimiento de las prácticas de salud locales y a su incorporación en los sistemas de salud, para fortalecer la atención intercultural e institucional como complemento (Muñoz, 2012).



*Las parteras aspiran al reconocimiento de las prácticas de salud locales y a su incorporación en los sistemas de salud, para fortalecer la atención intercultural e institucional como complemento (Muñoz, 2012).*

141 Congreso de Colombia (2007, octubre 3). Ley 1164 “por la cual se dictan disposiciones en materia de Talento Humano en Salud”. Diario Oficial No. 46.771, octubre 4 de 2007.





La región pacífica del país tiene una importante tradición de partería tradicional afrocolombiana. Las parteras tradicionales en esta región se encuentran agremiadas en la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico —ASOPARUPA—, que promueve la medicina tradicional con su forma de entender el embarazo, el parto, el cuerpo femenino y los ciclos vitales de acuerdo con sus tradiciones (Asociación de Parteras Unidas del Pacífico, 2014).

Colombia ha sido reconocido también como uno de los países en donde se han implementado hogares de paso maternos como estrategia para la reducción de la mortalidad materna y perinatal; sin embargo, la mayoría de las experiencias no han sido documentadas ni evaluadas, y se desconoce su impacto (Cortez, García-Prado, Largaespada y Kok, 2008).

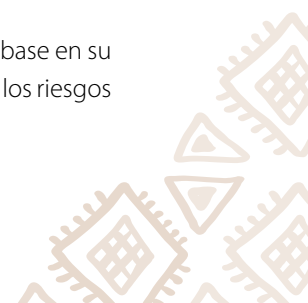
Finalmente, en El Tambo —Cauca—, que es una población 97% rural, se identificó la dificultad y el costo para llegar al hospital desde las áreas remotas como la principal barrera de acceso a la atención institucional del parto. Desde 2012, se planea la creación de un hogar de paso que asegure la atención oportuna de las eventuales emergencias obstétricas en pacientes de alto riesgo (E.S.E. El Tambo, 2013). El departamento del Huila, cuenta ya con casas maternas que operan en 30 municipios dentro del marco del programa de “Atención Integral a la Mujer”, con los que se cubre el 81% de la población, según las cifras oficiales (Alcaldía de Pitalito, 2015).

### 5.3. Síntesis y discusión

Si algo deja en claro la revisión de la literatura es la existencia de grandes consensos acerca de las mejores estrategias para la reducción de mortalidad materna y neonatal en poblaciones indígenas y rurales, de las que se puede aprender. Estas estrategias pueden ser agrupadas en cuatro grandes tipologías: papel de las parteras y otros trabajadores comunitarios, evaluación nutricional, modelos interculturales de atención y acceso a servicios y hogares de paso. Algunas de ellas son efectivas para la reducción de las muertes maternas pero tienen poco o ningún efecto sobre la supervivencia y bienestar del recién nacido, mientras que otras están principalmente dirigidas hacia los neonatos, y algunas más pueden tener efecto en la reducción tanto de la mortalidad materna como neonatal.

Sin duda, el entrenamiento a parteras en cuanto al uso de misoprostol y al manejo del parto limpio mediante el uso de kits obstétricos ha demostrado efectos positivos en cuanto a la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Los efectos del entrenamiento a parteras sin incluir el uso del misoprostol no han mostrado una disminución significativa de la mortalidad materna, aunque sí una disminución en la mortalidad perinatal y neonatal.

Es necesario evaluar más extensamente la efectividad de estas estrategias, con base en su costo-efectividad y, el caso particular del misoprostol, evaluar meticulosamente los riesgos





para la salud de las mujeres y neonatos que se asocian con su implementación. Además, es necesario preguntarse si el entrenamiento a trabajadores de la salud con estándares más bajos que los considerados aceptables en poblaciones rurales no corresponde a una vulneración de los derechos de los habitantes de las zonas rurales.

Es posible que en los contextos rurales —especialmente si hay inseguridad alimentaria— las recomendaciones actuales de suplementación nutricional puedan no ser adecuadas. Además, la prevalencia de mayores complicaciones asociadas a un índice de masa corporal menor a 20 y a perímetros braquiales bajos, hace posible especular que en poblaciones rurales la fisiopatología de diversas complicaciones del embarazo —como los trastornos hipertensivos asociados al embarazo— sea diferente de la fisiopatología de complicaciones en contextos urbanos (Katz et al., 2003; Lindert et al., 2012). Es por esto que se requiere mayor investigación sobre la necesidad de suplementos nutricionales con una mayor cantidad de micronutrientes y la posible necesidad de ajustar la forma en que se realiza la evaluación nutricional de las mujeres embarazadas.

Aunque se precisa mayor investigación al respecto, el acceso a servicios obstétricos básicos de calidad, adaptados a las necesidades y a las características culturales de los usuarios y construidos en conjunto con los prestadores de servicios tradicionales de salud —que les permitan la posibilidad de referir a servicios obstétricos y neonatales avanzados—, parecen ser una estrategia exitosa en la disminución de la MM y de la MN. A pesar de no estar incluidos dentro del análisis de costo-efectividad como medidas que deben llevarse a cabo (Prata, Sreenivas et al., 2009, 2010), es necesario evaluar si la creación de este tipo de infraestructura adaptada a la ruralidad es una estrategia que pueda llevar a una disminución sostenible de la mortalidad materna y neonatal, y no es solo una estrategia que disminuya temporalmente las cifras para alcanzar objetivos, sin mejoras en las condiciones de vida.

Por otra parte, en el marco de un modelo intercultural en salud, se debe tener en cuenta el rol de la mujer, tanto en su familia como en la comunidad. Sin duda, los mejores efectos de la atención en salud estarán medidos por una menor morbi-mortalidad materna y neonatal, en cuyo caso el uso de los servicios de salud estará mediado por una adecuada calidad, en la que el respeto a la mujer, sus tradiciones, su lengua y su cultura deberán ser facilitadores y evitar convertirse en barreras para la atención.

Los estudios revisados tienen una serie de limitaciones. Pese a la gravedad que representan las razones de mortalidad de las diferentes regiones en donde fueron realizados, las magnitudes de la MM no permiten un análisis estadístico adecuado. Esta es una debilidad inherente a la MM, que dificulta la medición del impacto de las estrategias para llegar a su disminución (Graham, 1996); por ello se incluyeron desenlaces relacionados con la disminución de morbilidad materna. Sin embargo, no en todos los casos puede asumirse que a partir de una disminución en la morbilidad materna existirá una reducción en la mortalidad. Además, es posible que aunque la morbilidad se mantenga igual, existan





reducciones en la mortalidad que no puedan ser percibidas (Wilson y Salihu, 2007). Además, la investigación sobre el impacto de estrategias para la reducción de las muertes de maternas y neonatos tiene dificultades éticas y logísticas relacionadas con el diseño de estudios para la medición de la efectividad de intervenciones en salud pública. Aun así, se ha considerado que es posible realizar estudios más robustos para la evaluación del impacto de estrategias para la reducción de la MM (Burchett, 2009).

La revisión sistemática incluyó estrategias que buscan disminuir la MM mediante la intervención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Esto necesariamente excluye otras medidas que pueden tener efectos de magnitud, como el acceso a la anticoncepción o todo aquello relacionado con el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades, que determinan en su mayoría estos eventos. Igualmente, se incluyeron estudios que hacían referencia al contexto rural en el que habían sido llevados a cabo. Sin embargo, es posible que una proporción importante de otros estudios hayan sido realizados en contextos rurales a pesar de que no lo hayan indicado.

No obstante estas consideraciones, las intervenciones para la reducción de la mortalidad materna y neonatal que se encontraron en esta revisión coinciden en gran medida con las recomendaciones de la OMS, que incluyen la preparación para el parto, el involucramiento del padre en las intervenciones para reducir la mortalidad materna, la promoción del conocimiento sobre derechos humanos, sexuales y reproductivos, los hogares de paso maternos, el financiamiento comunitario de transporte, las alianzas con las(os) parteras(os) tradicionales, la prestación de servicios culturalmente apropiados, el acompañamiento por parte de la persona escogida por la madre durante el parto, la movilización comunitaria, la participación de la comunidad en los procesos de vigilancia, el mejoramiento de la calidad y la planeación e implementación de programas (WHO, 2015). Sin embargo, como lo afirma la misma OMS en cuanto a la evidencia que sustenta las recomendaciones, se requiere mayor y mejor investigación para evaluar la efectividad de la mayoría de las intervenciones (WHO, 2015).









## 6. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS ARHUACA Y WAYUU

*Este es un inicio, porque ya estamos en camino de las ideas, y para mí es como si ahorita mismo nos estuviésemos embarazando, y este hijo que vamos a llevar y estamos sembrando ideas, semillero, y vamos a necesitar el sobo, el ánimo, que nos cuiden, que nos miren, porque esto va a nacer. Lo vemos nacer, crecer, hasta volverse viejo. La idea, cuando se siembra, es para hacerla crecer. No es que hasta aquí llegamos y no volvemos, porque a las embarazadas hay que cuidarlas, mantenerlas sobando, hasta ver nacer el niño. Yo pienso que las ideas son así, son como hijos. O sea ya quedamos embarazados con la idea, y el que no se quedó embarazado, los hombres, también quedaron listos<sup>142</sup>.*

En este capítulo se describen las iniciativas comunitarias producto de la participación de los representantes de los pueblos arhuaco y wayuu, al igual que las de referentes de las instituciones de las dos entidades territoriales del Cesar y La Guajira que acompañaron el proceso. Igualmente, se analizan y triangulan las propuestas de intervención que se elaboraron a partir de las iniciativas de la comunidad y de las instituciones de cada una de las entidades territoriales, las evidencias de la revisión sistemática y narrativa, y los aportes de los distintos participantes convocados para la sesión de los diálogos deliberativos realizados en la fase final del proyecto.

### 6.1. Iniciativas comunitarias e institucionales

En los varios encuentros con representantes de los pueblos arhuaco del resguardo de la Sierra Nevada de Santa Marta —en Cesar— y wayuu de La Guajira, y funcionarios de los entes territoriales de estos mismos departamentos, se promovió la discusión sobre iniciativas y propuestas de intervención para la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

Deben realizarse algunas consideraciones sobre los alcances y limitaciones de este ejercicio en cada caso estudiado. El pueblo arhuaco tiene una base y estructura

142 Partera tradicional de Yewrwa, diálogo con comunidad e IPS Wintukwa, Pueblo Bello, febrero 26 de 2016.





organizacional sólida que admitió, de forma concertada, un trabajo con algunas de sus autoridades indígenas, y permitieron a lo largo de tres momentos diferentes ahondar en la problemática, determinantes y explicaciones sobre la situación de salud de las maternas y los recién nacidos. Durante al menos dos de los tres encuentros se trabajó articuladamente con representantes del sector salud —EPSI, IPSI, IPS de segundo y tercer nivel, entes territoriales de Valledupar y Cesar— y representantes comunitarios —IPSI y actores sociales—, por lo que las iniciativas podrían representar de forma más “legítima” la perspectiva de dicho pueblo.

Por su parte, el pueblo wayuu presenta una organización social basada en clanes, sin una representación política única. Se trabajó con autoridades de algunas rancherías que no representan de forma integral a toda la comunidad. Además de sus iniciativas, se enfatiza en sus percepciones sobre sus problemas, algunas vías de solución, expectativas, demandas y transformaciones necesarias, resultantes de un encuentro en Uribia y otro en una ranchería. En este caso, no se alcanzó a realizar un trabajo interinstitucional que permitiera consensos y disensos, como se hizo en el territorio arhuaco.

#### 6.1.1. ***Iniciativas de la comunidad arhuaca y los representantes del sector salud en el Cesar para promover la salud de gestantes y recién nacidos***

En el caso del pueblo arhuaco, la comunidad dialogó y acordó varias propuestas que han sido trabajadas e impulsadas por la IPSI Wintukwa, con el respaldo de las autoridades indígenas. Simultáneamente, funcionarios de entidades del sector salud no indígenas del nivel departamental y municipal del Cesar, la EPS, la EPSI y la IPSI trabajaron conjuntamente en iniciativas desde los servicios.

#### **Iniciativas de la comunidad**

Parten de la propuesta de la IPS Wintukwa, y son validadas y ampliadas en los diálogos con otros representantes del pueblo arhuaco, el equipo interagencial y los miembros del equipo de investigación en las distintas sesiones de trabajo de campo, así como en la sesión final de propuestas<sup>143</sup>. Para promover la salud materna e infantil y contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal, se propone trabajar en varias líneas: comunitaria, institucional, de gestión social y de formación.

---

143 Conclusiones y propuestas, diálogo con comunidad e IPSI Wintukwa, Pueblo Bello, febrero 26 de 2016.





**Tabla 9.** Líneas, estrategias y acciones propuestas por la comunidad arhuaca

Línea	Estrategias	Acciones
Comunitaria	Promover la participación y movilización social	Conversatorios con líderes y autoridades espirituales
		Talleres internos intersectoriales
		Encuentros para intercambio de conocimientos
		Conversatorios con partes interesadas (padres de familia, mujeres y otros)
Institucional	Mejorar el acceso a servicios de salud y disminuir la barrera geográfica	Mejoramiento de vías terrestres Mejoramiento de vías de comunicación Convenios con fuerzas armadas para traslado aéreo.
	Diseñar e implementar albergues temporales	Diseño e implementación de casas maternas
	Mejorar la dotación de materiales e insumos	Consecución de materiales para las actividades de detección temprana y protección específica.
Gestión social	Nutrición de las gestantes y los neonatos	Gestión de apoyos alimentarios Adquisición de una fórmula de multivitamínicos acorde con las necesidades de la población Gestión de proyectos productivos auto sostenibles que mejoren la ingesta nutricional en las familias
	Kits de partos comunitarios	Gestión de la consecución de los kits de partos comunitarios
Formación	Capacitación con enfoque intercultural a personal de salud y parteras	Capacitación de las parteras a partir del enfoque intercultural
		Preservación del conocimiento y de su enseñanza a través de generaciones
		Reconocimiento de la diversidad y del enfoque intercultural

*Fuente: Elaboración propia*

Adicional a estas cuatro grandes líneas, en los diálogos comunitarios se señaló la importancia de incluir una dimensión política referida a las mediaciones y relaciones interinstitucionales necesarias para promover la articulación con el sistema occidental 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 del SISPI, y abogar por la necesaria interculturalidad y el reconocimiento de la diversidad.





### Iniciativas desde las instituciones

Ante la ausencia de un enfoque diferencial para la atención en el sector salud y las debilidades de comunicación entre las instituciones del sector y la comunidad, los representantes de las instituciones del sector salud consideran que debe trabajarse en procesos de diálogo y acercamiento intercultural, y reconocen que se deben dar procesos de adecuación cultural al interior de los servicios de salud. También es importante considerar que para desarrollar estrategias que comprendan el uso de técnicas implementadas por los sistemas occidentales con miras a mejorar la atención en el parto y el posparto, es necesaria su adecuada articulación con las leyes propias de las comunidades; comprender esta realidad puede llegar al logro de estrategias exitosas. A partir de los dos encuentros con los representantes de las instituciones se discutieron varias propuestas. A continuación se sintetizan tres de ellas, que fueron priorizadas<sup>144</sup>.

a) Para superar las barreras geográficas:

- Trabajar en el aumento de la UPC diferencial para garantizar la operación en territorios dispersos
- Generar alianzas con el Ministerio de Defensa, a fin de contar con el apoyo del Ejército y la Policía para evacuar en helicópteros a las gestantes en situación de emergencia obstétrica. Esto se discute debido a que el posconflicto genera una oportunidad para usar aquellos vehículos aéreos que antes eran empleados para la guerra
- Disponer de una red de comunicaciones en todas las regiones. Existían 14 puntos estratégicos con equipos de alta tecnología que notificaban permanentemente las novedades, pero debido al conflicto armado algunos de ellos fueron robados, y otros se desmontaron por razones de seguridad

b) Adecuar el sistema formal de salud y articularlo con el sistema de salud indígena:

- Revisar los lineamientos de habilitación, los cuales no aplican para las IPSI por las características del territorio
- Trabajar en elementos de adecuación cultural en las IPS no indígena: parto vertical, atención bilingüe, manejo de placenta y fluidos del parto, acompañamiento de familiares en las instituciones y respeto por los hábitos alimentarios
- Trabajar en una atención integral, más que en una atención de carácter institucional. A su vez, estructurar un modelo que sea integral y que respete los saberes propios
- Generar conciencia en la comunidad acerca de la necesidad de las atenciones prenatales y, simultáneamente, hacer que la comunidad se sienta partícipe de la construcción complementaria entre la visión institucional y la indígena. Para eso

---

144 Talleres con funcionarios del sector salud del departamento del Cesar, Valledupar, febrero 1 y 24 de 2016.





es necesario un trabajo articulado, motivado por el diálogo entre los ministerios, gobernaciones, municipios, EPS y EPSI, red prestadora y organizaciones indígenas

- c) Entrenamiento, capacitación a parteras y a personal de salud de los territorios:
- Es necesario que las comunidades y las instituciones reconozcan y valoren el trabajo de las parteras, y que los entes territoriales las capaciten y las fortalezcan, ya que así se podrían disminuir las demoras en la atención. Con el fin de tener en cuenta el principio y la cosmovisión propia que indica que “el indígena no debe nacer fuera de su territorio”, se propone que la mejor forma para evitar complicaciones y aumentar el número de casos exitosos es disponer de un número cualificado de parteras.
  - Se propone que dentro de los planes operativos anuales —POA— se asignen recursos para implementar acciones de fortalecimiento a las parteras tradicionales que no han pasado por una escuela formal, y que dentro de este entrenamiento se involucre a otros miembros de la comunidad —gestantes, familia, mamos— y del sector salud —EPS, IPS y hospitales—. Esta capacitación debe hacerse bajo un verdadero enfoque diferencial. En la medida de las posibilidades, se deben emplear estrategias como telemedicina, que ha sido útil en la formación de técnicos en salud pública para el municipio de Becerril, Cesar
  - Más que un proceso vertical de capacitación, se trata de un “diálogo de saberes” entre la experiencia de las parteras y los servicios
  - Generar espacios de transmisión de conocimientos de las parteras viejas a las nuevas, de forma que se les brinden insumos y elementos para realizar su oficio

Los representantes de las instituciones hicieron énfasis en lo reportado por la OMS sobre el papel de enfermeras y parteras en la reducción de la mortalidad materna a nivel mundial.

### 6.1.2. ***Iniciativas de la comunidad y representantes de las instituciones del sector salud de La Guajira sobre formas de solución de los problemas de la mortalidad materna y neonatal en el pueblo wayuu***

En las iniciativas del pueblo wayuu, la perspectiva comunitaria y la institucional son independientes.

#### **Iniciativas desde las comunidades**

En el proceso de interacción del equipo de investigación de este proyecto con las comunidades indígenas wayuu reunidas en la ranchería Wasajerao<sup>145</sup>, las comunidades aprobaron las siguientes propuestas:

---

<sup>145</sup> Reunión con miembros de la comunidad, Ranchería Wasajerao, febrero 6 de 2016.





- a) En relación con el papel de los servicios de salud:
- Se requiere mayor atención y seguimiento a las maternas indígenas, ya que a pesar de que las instituciones han avanzado en cuidados hacia ellas —en especial en la ciudad—, hace falta que lleguen a las comunidades
  - Es indispensable que en el equipo de atención de la institución hospitalaria haya profesionales que posean manejo de las dos lenguas —wayuunaiki y español—, para que el médico entienda lo que ocurre con la gestante o su hijo y para que ella tenga claridad sobre el uso de los medicamentos y otras indicaciones médicas, además de que se genere un espacio de confianza en el que ella pueda expresarse, vencer sus temores y acudir sin tantos traumatismos, a fin de que no sea maltratada por el personal administrativo y de salud y, en consecuencia, no busque escapar de la institución. Se necesita generar conciencia y hacer un mayor énfasis a los profesionales wayuu para que no se resistan a trabajar en la institución hospitalaria
  - Es necesario aumentar el número de centros de salud en el municipio de Uribia con dotación adecuada de equipos y medicamentos. En la actualidad se cuenta con una insuficiente cantidad de personal de salud: se necesitan más médicos, enfermeras y auxiliares en los centros de salud. Es fundamental que el secretario local de salud visite los centros de salud y tenga conciencia de las condiciones en que funcionan, para que la Alcaldía municipal de Uribia asuma la responsabilidad que le corresponde con estos centros
  - Debe montarse un trabajo coordinado y en red, con carácter integrado, en el que confluyan todos los actores del sistema de salud, la secretaría local, el hospital de Uribia, las EPS y las IPS con atención en las comunidades. Las EPS deben hacer seguimientos serios a sus pacientes: ir a la casa, observar, manejar a las maternas y bebés y facilitar sus controles. Estas acciones, que tímidamente están comenzando a hacer por temor a las investigaciones, generarían un gran avance y permitirían evitar complicaciones
- b) En la sustentación de las propuestas comunitarias se plantea que la organización de la comunidad wayuu es indispensable para tener la posibilidad de enfrentar los temas tratados en cada asamblea en que se informan los recortes al presupuesto para salud, agua o minutas alimentarias de los niños. Los docentes son importantes agentes de cambio, razón por la que se debe buscar a través de ellos la generación de cambios de conducta, de tal forma que se cree conciencia desde la escuela y la familia para romper con algunas costumbres nocivas para los niños y mujeres gestantes y lactantes.
- c) Para dar un trato saludable a los niños, se les debe dar prelación en el proceso de alimentación, ya que sigue siendo frecuente darla al hombre. También se debe abolir la práctica —cada vez más en desuso— de pagar el precio de la novia, en





tanto que con ella se niega a la mujer la posibilidad de tener autonomía sobre su cuerpo; al respecto, se propone la existencia de una norma que no permita la compra de la mujer wayuu. Las mujeres que han tenido acceso a educación, han podido transformar costumbres en su hogar y buscan generar cambios. Ellas promueven en las nuevas generaciones el cambio en la costumbre de vender la mujer.

- d) Se debe buscar el fortalecimiento del sistema médico propio wayuu, que se abandonado progresivamente al dar preferencia a la medicina occidental. Para ello, se sugiere la capacitación a promotores de salud de las propias comunidades, a fin de que trabajen con su comunidad. A su vez, las parteras tradicionales deben ser entrenadas y recibir formación complementaria occidental. La partera puede educar a la gestante y ayudarla a reconocer su embarazo, con lo que colaboraría con el profesional de salud. Las parteras requieren el reconocimiento de pago y aseguramiento por su trabajo.
- e) Las parteras proponen el fortalecimiento del oficio de partería mediante capacitaciones dirigidas a ellas y, por qué no, también a hombres de las comunidades que estén interesados en ayudar a atender un parto en situaciones en las que no pueda llegar la partera a prestar asistencia. Las capacitaciones incluirían los conocimientos propios y aportes de la medicina occidental, por lo que sería un intercambio de conocimientos para el mejoramiento de la atención a gestantes, parturientas y recién nacidos.

Uno no sabe, de pronto con el tiempo traigan sus capacitaciones, le donen los equipos de trabajo, de pronto, de que ya no lo van a cortar con cuchillo sino con lo que debidamente debe de ser. Me están diciendo que vamos a esperar, no es ahorita ni mañana, pero vamos a esperar que de pronto más adelante lleguen cosas buenas con esto<sup>146</sup>.

Así mismo, proponen que ellas puedan recibir un equipo básico de trabajo para asistir los partos. Las parteras solicitan más educación a las comunidades sobre la salud sexual y reproductiva. Proponen trabajar con sus comunidades para generar cambios en determinadas costumbres, prácticas y comportamientos, y que se logren y acepten transformaciones en la atención dada por las parteras. Las parteras están abiertas a los cambios, pero desconocen si habrá receptividad por parte de las actuales generaciones a otras prácticas útiles de la salud occidental, como la citología.

Se percibe gran expectativa e interés en el grupo de parteras por conocer y participar en la fase siguiente del proyecto adelantado por la alianza interagencial. "Ellos [el grupo de parteras] preguntan qué viene después de esto que ustedes están trabajando, de pronto para saber, o sea, qué es lo que quieren ustedes con eso y cómo van a mejorar ustedes la situación. Quieren saber"<sup>147</sup>. En tanto que es un grupo conformado por mujeres mayores, es evidente la motivación que las mueve para replantear ciertas

146 Grupo focal con parteras, Ranchería Wasajerao, febrero 5 de 2016.

147 Grupo focal con parteras, Ranchería Wasajerao, febrero 5 de 2016.





formas propias tradicionales que responden a costumbres y patrones culturales wayuu relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, que consideran que se podrían transformar.

### Apreciaciones desde las instituciones

El fortalecimiento del sistema propio de salud —es decir, el relacionado con las cosmovisiones y prácticas ancestrales de las comunidades wayuu— y la creación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural —SISPI— que definen el Decreto 1953 sobre autonomías indígenas<sup>148</sup> y la Ley Estatutaria de Salud 1751 del 2015<sup>149</sup>, parecen ser una necesidad para enfrentar la actual situación. Sin embargo, los representantes de las instituciones no lo ven claro por la carencia de organización común y de fuerza sociopolítica de las comunidades wayuu, por la falta de prevalencia del interés general sobre intereses particulares, y por la mercantilización actual del sistema de salud occidental. Así, por ejemplo, se sostiene que:

(...) si bien la etnia wayuu es la etnia más grande en Colombia, es la más desunida. Aquí hay más caciques que indios, y es una cosa dentro de una misma comunidad, y “lo mío es mío,” y eso no les ha permitido a ellos surgir. ¿Por qué los Paeces (sic) tienen un verdadero poder y tienen mejores condiciones de vida que ellos aquí? Porque yo lo veo difícil de que fueran a aprovechar el sistema autónomo de salud, porque el que le sirve a este, al de al lado no le sirve. El otro... a mí tampoco, y uno para cada uno, y así nos la pasamos. Ese es un problema muy serio de estas comunidades<sup>150</sup>.

Igualmente, la proliferación de EPS e IPS en competencia en el sistema de salud es otro obstáculo para la constitución de un SISPI efectivo, sobre todo cuando este está supeditado a la racionalidad de mercado del SGSSS:

Yo le vería futuro si realmente se materializa lo que tiene el Ministerio con un modelo especial que ahorita creo que está en Guainía, que es una IPS, y que se acabe esa proliferación. Pero mientras esté ese mercado persa, olvídense<sup>151</sup>.

Con respecto a las parteras —posible vínculo entre el sistema de salud propio y el occidental, y entre las mujeres, las familias y las comunidades—, así como sobre el uso de otro recurso humano primario de salud, se han buscado soluciones con apoyo de empresas multinacionales:

148 Ministerio del Interior (octubre 7 de 2014). Decreto 1953 “Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de qué trata el artículo 329 de la Constitución Política”.

149 Congreso de Colombia (2015, febrero 16). Ley estatutaria 1751 “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

150 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

151 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira, Riohacha, diciembre 3 de 2015.







Por eso el tema de cualificación de ellas para mejorar sus condiciones de desempeño, y para que aprendan a identificar las señales de alerta, y enseñarles otras cosas que nos puedan ayudar, y complementarlo con una red de comunicaciones, que también es importante. Basándonos en personal que viva en la zona, cualificarlo, promotoras, auxiliares de enfermería. En esto nos está colaborando mucho la empresa Chevron, en un programa muy bonito y con mucha aceptación, como cosa rara<sup>152</sup>.

Independientemente de los convenios con la Chevron, el sistema de salud debe introducir las modificaciones que permitan valorar el papel de las parteras e incorporarlas al sistema indígena de salud propio e intercultural. Así, por ejemplo, los funcionarios públicos recomiendan vincular las parteras al sistema de atención y entrenarlas:

Para mi concepto, el entrenamiento de las parteras, porque ellas sienten con las parteras más cálida la atención, no sé el por qué le tienen miedo al médico, pero sí sienten que si es paisano, si es indígena, pues se siente más de tú a tú, más confianza. Así que podría el trabajo de las parteras con la parte médica<sup>153</sup>.

La orientación del sistema debe centrarse no solo en las mujeres, sino también en la familia y en la comunidad; no obstante, debe haber un claro enfoque de género que ayude a superar las relaciones patriarcales fundadas en la permanencia de la dote o compra de la mujer por su futuro compañero. Dada la actitud positiva de los hombres y las mujeres al cambio, y dado el hecho de que la cultura es dinámica y cambiante, el fomento de la educación en salud para ambos sexos jugaría un papel fundamental.

También habría que continuar con el fortalecimiento, ampliación y dotación con equipamiento y recurso humano de la red pública de centros y puestos de salud —ubicables estratégicamente en las zonas rurales más densamente pobladas y en las más dispersas— para la atención de la salud materno-infantil y general. Los centros de salud podrían ser el punto de apoyo para la atención permanente, con equipos primarios de salud intramurales e interdisciplinarios en los territorios más densamente poblados, y con base en equipos extramurales que puedan llegar a puestos de salud y domicilios en las zonas claves de la población más dispersa.

Una preocupación de los funcionarios entrevistados de la Secretaría Departamental de Salud es la forma de lograr la permanencia del recurso médico asistencial en esos centros de salud, dado que generalmente este recurso es *alijuna* y externo a las comunidades, por lo que no tienen incentivos de permanencia. Por ello, se sugiere formar recurso humano procedente de las propias comunidades wayuu. “Entre otras cosas, necesitamos capacitar a miembros de la comunidad indígena para que se formen como promotores de salud:

152 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

153 Entrevista a funcionarios del Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Uribia, diciembre 4 de 2015.





auxiliares de enfermería, enfermeras, médicos, que manejen la lengua, puedan llegar y contratar esa misma población<sup>154</sup>.

Uno de los proyectos más significativos —tan pronto sean aprobados el programa de enfermería y el de medicina en la Universidad de La Guajira— es formar médicos wayuu y fortalecer la lengua, para que trabajen en las comunidades de donde son originarios y permanezcan en la región. Para eso, se han solicitado asesorías a los canadienses, a Unicauca y a la Universidad Autónoma Indígena Intercultural del CRIC —UAIIN—<sup>155</sup>.

## 6.2. Propuestas de intervención para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arhuaca y wayuu

Como resultado de la triangulación de las evidencias producidas en los distintos momentos de trabajo y proposición con representantes de las comunidades indígenas y funcionarios del sector salud del nivel territorial del Cesar y La Guajira durante el trabajo de campo, los resultados sobre buenas prácticas en salud materna e infantil de las revisiones sistemática y narrativa, y las propuestas de las/los participantes en la actividad de diálogos deliberativos, se construyó un conjunto de iniciativas cuya finalidad es avanzar en la reducción de la mortalidad materna y mortalidad neonatal en los pueblos indígenas arhuaco y wayuu.

Coherentemente con el enfoque de determinantes con el que ha sido construido y desarrollado este proyecto, las propuestas buscan intervenir sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud en distintos niveles —individual, comunitario y de política pública— para reducir la vulnerabilidad y estratificación social, e incluyen medidas sectoriales, de acción intersectorial y de estímulo a la participación social y la capacidad de agencia de las comunidades (WHO, 2010).

Como se sintetiza en la Tabla 10, las intervenciones apuntan a cuatro dimensiones estratégicas, sus objetivos y líneas para la acción, con lo que buscan afrontar algunos de los determinantes estructurales e intermedios que explican las desigualdades en la mortalidad materna y neonatal en estos pueblos.

154 Entrevista a funcionarios de la Secretaría de Salud de La Guajira, Riohacha, diciembre 3 de 2015.

155 Coordinador técnico-científico, entrevista a funcionarios de IPSI Anashwaya, Riohacha, diciembre 3 de 2015.





**Tabla 10.** Objetivos y acciones para la reducción de la mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arhuaca y wayuu

Dimensión estratégica/objetivos	Líneas para la acción
<p>Empoderamiento de la mujer indígena</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer la autonomía económica de las mujeres</li> <li>- Promover y apoyar la toma de decisiones de las mujeres indígenas sobre sus vidas, en especial las decisiones sobre aspectos sexuales y reproductivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estímulo a procesos artesanales de las mujeres para generar autonomía económica</li> <li>- Apoyo para el fortalecimiento de la organización social y la participación de las mujeres</li> <li>- Capacitación comunitaria sobre género y derechos sexuales y reproductivos</li> <li>- Cambios en prácticas culturales tradicionales sobre reproducción</li> </ul>
<p>Enfoque diferencial de etnia en las políticas de salud y en la atención en salud sexual y reproductiva</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporar y desarrollar el enfoque diferencial de etnia en los planes, políticas y programas de salud sexual y reproductiva</li> <li>- Regular y estimular la partería tradicional</li> <li>- Desarrollar estrategias interculturales para la atención de maternas y recién nacidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento, respeto y defensa de la cosmovisión y prácticas de salud de los pueblos indígenas</li> <li>- Adecuación cultural de los servicios de salud</li> <li>- Desarrollo y formalización de la partería tradicional</li> <li>- Enfoque diferencial de la política de salud sexual y reproductiva</li> <li>- Diseño e implementación de casas maternas/hogares de paso</li> <li>- Sistema de información en salud con enfoque diferencial</li> </ul>
<p>Promoción de la seguridad y soberanía alimentaria y nutricional</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <p>Desarrollar procesos para garantizar la seguridad y soberanía alimentaria y nutricional de las comunidades indígenas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomento de cultivos propios</li> <li>- Promoción de proyectos productivos auto sostenibles</li> <li>- Eliminación del asistencialismo alimentario</li> <li>- Educación a la gestante sobre alimentación y lactancia</li> <li>- Rescate de prácticas propias sobre el uso de alimentos, para garantizar buena salud de las gestantes y estimular la lactancia</li> <li>- Gestión de apoyos alimentarios para gestantes e infantes</li> <li>- Complementos alimenticios para la mujer gestante</li> </ul>





Dimensión estratégica/objetivos	Líneas para la acción
Diseño y puesta en marcha de una ruta de atención materno-peri-neonatal articulada entre la comunidad y los servicios de salud, con perspectiva intercultural	- Formación de promotores de salud de las propias comunidades, que trabajen en y para la comunidad
<b>Objetivos:</b> - Fortalecer y desarrollar el sistema de salud propio - Crear y desarrollar el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural —SISPI— - Fortalecer y adecuar los servicios formales de salud materno-peri-neonatales	- Fortalecimiento de los saberes propios, continuidad de las tradiciones y formación de practicantes tradicionales en salud
	- Apoyo para la creación y puesta en marcha del Sistema Integral de Salud Propio e Intercultural —SISPI— de cada comunidad
	- Funcionamiento de la sub-comisión de salud indígena
	- Espacios de diálogo entre actores para la articulación entre sistemas
	- Diseño y puesta en marcha de una estrategia de comunicación y transporte para emergencias obstétricas y neonatales
	- Ruta de atención concertada
	- Capacitación a personal indígena y no indígena en interculturalidad y calidad de la atención
	- Trabajo con la comunidad sobre medidas de higiene prenatal, parto y posparto
	- Recursos para la atención obstétrica en los territorios
	- Ampliación de la oferta de servicios de atención en salud sexual y reproductiva en los territorios
	- Mejoramiento de la calidad de los servicios en hospitales públicos de referencia
	- Control al mercado de aseguramiento y prestación de servicios en el territorio

Fuente: *Elaboración propia.*

Para materializar estas propuestas, deberán definirse acciones específicas, indicadores, responsables y recursos. En todo caso, precisan acordarse con las/los miembros de la comunidad, vincular activamente a las mujeres —e incluir a líderes, lideresas y autoridades—, apoyarse en las normas vigentes y ser acompañadas y promovidas por las entidades internacionales, nacionales y territoriales interesadas y responsables.

Todas las iniciativas tienen respaldo y posibilidades de desarrollo en los instrumentos internacionales suscritos y ratificados por Colombia, la jurisprudencia y la legislación interna sobre derechos de los pueblos indígenas, derechos de las mujeres, derechos sexuales y reproductivos y, adicionalmente, en las normas nacionales del sector salud en materia de salud pública, aseguramiento y modelo de atención. Entre los pactos y convenios internacionales resultan de interés los siguientes: 1) el Convenio 169/89 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, en lo que se refiere





a igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres y, en particular, en las partes IV —sobre formación profesional, artesanía e industrias rurales— y V —sobre seguridad social y salud— (OIT, 1989); 2) el informe y la plataforma de acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 2005 —y Beijing+5, Beijing+15 y Beijing+20—, en lo relacionado con derechos de las mujeres —particularmente de las mujeres indígenas—, autonomía económica y salud sexual y reproductiva (ONU Mujeres, 2014); 3) los lineamientos sobre prácticas de salud y conocimientos tradicionales, acceso a la salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos, y empoderamiento y participación de las mujeres indígenas, de la Resolución 69/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2014 —conocida como Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas— (ONU, 2014); y 4) el Consenso de Santo Domingo de la XII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe de 2013, sobre empoderamiento económico de la mujer, derechos de las mujeres indígenas, salud sexual y reproductiva y perspectiva de género en las políticas públicas (CEPAL, 2013).

En el plano nacional, se encuentran entre las normas, políticas y programas vigentes —de carácter general— más importantes para hacer viables estas iniciativas: 1) la Constitución Política de 1991; 2) los ejes temáticos sobre transformación cultural, autonomía económica, participación y salud sexual y reproductiva de la Política Pública Nacional de Equidad de Género, promulgada mediante el documento Conpes 161 de 2013<sup>156</sup>; 3) la Ley 21 de 1991<sup>157</sup>, mediante la cual Colombia adopta el ya referido Convenio 169 de la OIT; 4) el Decreto 1953 de 2014 —conocido como el “decreto autonómico”—, reglamentario del Artículo 329 de la Constitución sobre territorios indígenas, en lo que tiene que ver con principios generales, planes de vida y Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural —SISPI—; y 5) las directrices sobre movilidad social y estrategias acordadas con los pueblos indígenas en la consulta previa y estipuladas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (DNP, 2015).

Finalmente, entre las normas y políticas de carácter sectorial se resaltan: 1) la Ley 691 de 2001<sup>158</sup>, que reglamenta el enfoque diferencial para la participación y el acceso a servicios de los pueblos indígenas en el SGSSS; 2) la Ley 1164 de 2007<sup>159</sup>, en lo que respecta al talento humano en salud con referencia a la medicina tradicional y a las culturas médicas tradicionales; 3) el Plan Decenal de Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

156 DNP (2013, marzo 12). Documento Conpes Social 161 “Equidad de género para las mujeres”, mediante el cual se adopta la *Política pública nacional de equidad de género para las mujeres* y el *Plan de Acción Indicativo 2013-2016* para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias, construidos participativamente por la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer.

157 Congreso de la República (1991, marzo 4). Ley 21 “Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76ª. reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra, 1989”. *Diario Oficial*, 39.720, marzo 6 de 1991.

158 Congreso de Colombia (2001, septiembre 18). Ley 691 “Mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia”. *Diario Oficial*, 44.558, septiembre 21 de 2001.

159 Congreso de Colombia (2007, octubre 3). Ley 1164 “por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud. *Diario Oficial*, 46.771, octubre 4 de 2007.





(Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, OIM y UNFPA, 2014); 4) la “estrategia para reducir la mortalidad materna en zonas rurales dispersas” de la Dirección para la Ejecución y Áreas Estratégicas de la Presidencia y el Ministerio de Salud y Protección Social (Presidencia de la República de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2015); 5) la estrategia para reducir la mortalidad materna en zonas rurales (Presidencia de la República de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2015); 6) el marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS— 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016); 7) el Decreto 330 de 2001<sup>160</sup>, que define las normas para la constitución y funcionamiento de EPS conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas; y 8) el Acuerdo 326 de 2005<sup>161</sup>, que establece la adecuación del régimen subsidiado para los pueblos indígenas, con respeto de sus tradiciones culturales y cosmovisión.

---

160 Ministerio de Salud de Colombia. (2001). Decreto 330.

161 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (2003). Acuerdo 326.





## REFERENCIAS

- Abramsky, D. y Swietnicki, C. (1994). Parteras de Cuscatlan: Training Midwives in Rural El Salvador. *The Birth Gazette*, 10(4), 17-19.
- ACNUR. (2012). *Situación Colombia. Indígenas*. Recuperado de [http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/2012/Situacion\\_Colombia\\_-\\_Pueblos\\_indigenas\\_2012](http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/2012/Situacion_Colombia_-_Pueblos_indigenas_2012). Consultado el 21 de abril de 2016.
- Agrawal, P. K., Agrawal, S., Mullany, L. C., Darmstadt, G. L., Kumar, V., Kiran, U., y Baqui, A. H. (2012). Clean Cord Care Practices and Neonatal Mortality: Evidence from Rural Uttar Pradesh, India. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(8), 755-758.
- Aguado, T. (2000). Diversidad, igualdad, cultura escolar: significado e implicaciones prácticas en la enseñanza secundaria obligatoria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 11(20), 187-198.
- Aguado, T. (2011). El enfoque intercultural en la búsqueda de buenas prácticas escolares. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 5(2), 23-42.
- Alcaldía de Pitalito. (2015). *Casas maternas funcionan en 30 municipios*. Recuperado de [http://pitalito.huila.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6276%3APrensa&Itemid=4150](http://pitalito.huila.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=6276%3APrensa&Itemid=4150). Consultado el 10 de noviembre de 2016.
- Arango, R. y Sánchez, E. (2004). *Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Ardila, L. (2016, febrero 29). *Los mata la crisis de Venezuela: viaje por la nación Wayuu*. Recuperado de <http://lasillavacia.com/historia/los-mata-la-tesis-de-venezuela-viaje-por-la-nacion-wayuu-53174>. Consultado en febrero 29 de 2016.
- Arifeen, S. E., Mullany, L. C., Shah, R., Mannan, I., Rahman, S. M., Talukder, M. R., et al. (2012). The Effect of Cord Cleansing with Chlorhexidine on Neonatal Mortality in Rural Bangladesh: A Community-Based, Cluster-Randomized Trial. *The Lancet*, 379(9820), 1022-1028.
- Ariza, J. y Hernández, M. (2008). Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 58-71.
- Artiles, L. (2007). Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3), 1-13.
- Asociación de Parteras Unidas del Pacífico. (2014). *Fundamentos*. Recuperado de <http://www.asoparupa.org.co/a/index.php/quines-somos/fundamentos>. Consultado el 7 de abril de 2016.
- Bang, A. T., Reddy, H. M., Deshmukh, M. D., Baitule, S. B. y Bang, R. A. (2005a). Low Birth Weight and Preterm Neonates: Can They be Managed at Home by Mother and a Trained Village Health Worker. *Journal of Perinatology*, 25, S72-S81.



- Bang, A. T., Reddy, H. M., Deshmukh, M. D., Baitule, S. B. y Bang, R. A. (2005b). Neonatal and Infant Mortality in the Ten Years (1993 to 2003) of the Gadchiroli Field Trial: Effect of Home-Based Neonatal Care. *Journal of Perinatology*, 592-5107.
- Baquero, M. (2008). *El enfoque diferencial en discapacidad: un imperativo ético en la revisión del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C.* Recuperado de <http://www.viva.org.co/cajavirtual/svc0168/articulo0007.pdf>. Consultado el 10 de agosto de 2014.
- Baqui, A. H., Ahmed, S., El Arifeen, S., Darmstadt, G. L., Rosecrans, A. M., Mannan, I., et al. (2009). Effect of Timing of First Postnatal Care Home Visit on Neonatal Mortality in Bangladesh: An Observational Cohort Study. *British Medical Journal*, 339, b2826.
- Beltroy, C. E., Solís, C. F. y Alarcón, S. L. (2007). *Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud.* Consorcio de Investigación Económica y Social, Observatorio del Derecho a la Salud. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=K9VfAAAAMAAJ>. Consultado el 20 de febrero de 2015.
- Berg, C. (1996). *Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.* Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- de Bernis, L., Dumont, A., Bouillin, D., Gueye, A., Dompnier, J. P. y Bouvier-Colle, M. H. (2000). Maternal Morbidity and Mortality in Two Different Populations of Senegal: A Prospective Study (MOMA Survey). *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(1), 68-74.
- BID. (2010). *Salud de la mujer indígena. Intervenciones para reducir la muerte materna.* Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Borrell, C. y Pasarín, M. I. (2004). Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 1-4.
- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria. Políticas de Salud y Salud Pública*; 22, 465-473.
- Bulatao, R. A. y Ross, J. A. (2003). Which Health Services Reduce Maternal Mortality? Evidence from Ratings of Maternal Health Services. *Tropical Medicine & International Health*, 8(8), 710-721.
- Burchett, H. E. (2009). Maternal Mortality in Low-Income Countries: What Interventions Have Been Evaluated and How Should the Evidence Base Be Developed Further? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 78-81.
- Bhutta, Z., Memon, Z. A., Soofi, S., Salat, M. S., Cousens, S. y Martines, J. (2008). Implementing Community-Based Perinatal Care: Results from a Pilot Study in Rural Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008(6), 452-459.
- Captain, D. M. y Captain, L. B. (2005). *Diccionario básico ilustrado Wayuunaiki-español, español-wayuunaiki.* Bogotá: Editorial Fundación para el Desarrollo de los Pueblos Marginados. Recuperado de [http://www-01.sil.org/americas/colombia/pubs/Wayuu Dict\\_45801.pdf](http://www-01.sil.org/americas/colombia/pubs/Wayuu Dict_45801.pdf). Consultado el 28 de octubre de 2016.
- Cárdenas, L. M., Cotes, K., Chaparro, P. E., Fernández, J. A., Paternina, A., Castañeda, C. y De la Hoz, F. (2015). Maternal Mortality in Colombia in 2011: A Two Level Ecological Study. *PLoS ONE*, Vol. 10(3), 1-14.
- Cardona, J. A., Rivera, Y., y Carmona, J. (2015). Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100008). Consultado el 15 de noviembre de 2016.





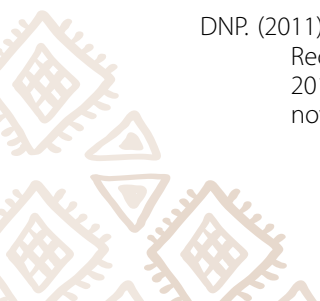


- Castillo, C. (2014, junio 10). *Partería en Colombia. La otra forma de nacer*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/nacional/otra-forma-de-nacer-articulo-497377>. Consultado el 2 de junio de 2016.
- Celis, A., Valdez, L., Armas, J. y Gómez, Z. M. (1999). El peatón lesionado en accidentes de tráfico de vehículo de motor: Mortalidad en México: 1985-1996. *Gaceta Médica de México*, 135(3), 353-358.
- CEPAL. (2013, octubre 18). *Consenso de Santo Domingo. Duodécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. Santo Domingo: CEPAL. Recuperado de <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/12conferenciamujer /noticias/paginas/6/49916/P49916.xml&xsl=/12conferenciamujer/tpl/p18f.xsl&base=/12conferenciamujer/tpl/top-bottom.xsl>. Consultado el 20 de junio de 2016.
- CEPAL. (2014). *Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. Santiago de Chile: Naciones Unidas y Comisión Económica para América Latina y el Caribe —CEPAL—.
- Chopel, A. M. (2014). Reproductive Health in Indigenous Chihuahua: Giving Birth 'Alone Like the Goat'. *Ethnicity & Health*, 19(3), 270-296.
- Colbourn, T. Nambiar, B., Bondo, A., Makwenda, C., Tsetekani, E., et al. (2013). Effects of Quality Improvement in Health Facilities and Community Mobilization through Women's Groups on Maternal, Neonatal and Perinatal Mortality in Three Districts of Malawi: MaiKhanda, A Cluster Randomized Controlled Effectiveness Trial. *International Health*, 180-195.
- Comstock G. W. y Markush, R. E. (1986). Further Comments on Problems in Death Certification. *American Journal of Epidemiology*, 124, 180-181.
- Congreso de la República de Colombia. (2001, septiembre 18). Ley 691, mediante la cual se reglamenta *la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4454>. Consultado el 30 de mayo de 2016.
- Congreso de la República de Colombia. (2009, agosto 22). *Proyecto de Ley 19, por medio del cual se regula la actividad de las parteras*. Recuperado de [http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar\\_documento?p\\_tipo=05&p\\_numero=19&p\\_consec=22967#\\_ftn1](http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=05&p_numero=19&p_consec=22967#_ftn1). Consultado el 7 de abril de 2016.
- Congreso de la República de Colombia. (2010, enero 25). Ley 1381, por la cual se desarrollan los artículos 7°, 8°, 10 y 70 de la Constitución Política, y los artículos 4°, 5° y 28° de la Ley 21 de 1991, y se dictan normas sobre reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus hablantes. *Diario Oficial*, 47603.
- Cordero, L., Luna, A. y Vattuone, M. (2010). *Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna*. Venezuela: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Coronado, S. (2010). *Tierra, autonomía, dignidad. Conflictos territoriales de los pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta*. Tesis de grado Maestría en Estudios Rurales y Ambientales. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Cortez, R., García-Prado, A., Largaespada, C., & Kok, H. (2008). *Las casas maternas en Nicaragua*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Recuperado de <http://web.worldbank.org/archive/website01404/WEB/IMAGES/CGANIC-4.PDF>. Consultado el 15 de octubre de 2016.
- Cunningham, M. (2002). *Etnia, cultura y salud. La experiencia de salud intercultural como una herramienta para equidad de las regiones autónomas de Nicaragua*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.





- DANE. (2006). *La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Recuperado de [www.dane.gov.co/files/censo2005/.../visibilidad\\_estadistica\\_etnicos.pdf](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/.../visibilidad_estadistica_etnicos.pdf). Consultado el 2 de febrero de 2016.
- DANE. (2011a). *Estadísticas vitales*. Recuperado de [http://formularios.dane.gov.co/Anda\\_4\\_1/index.php/catalog/MICRODATOS#\\_r=&collection=&country=&dtype=&from=1973&page=3&ps=&sk=&sort\\_by=titl&sort\\_order=&to=2015&topic=&view=s&vk=](http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/MICRODATOS#_r=&collection=&country=&dtype=&from=1973&page=3&ps=&sk=&sort_by=titl&sort_order=&to=2015&topic=&view=s&vk=). Consultado el 20 de enero de 2016.
- DANE. (2011b). *Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 a nivel nacional y departamental, desagregadas por área, sexo y grupos quinquenales y edad de 0 a 26 años*. Bogotá. Obtenido de [www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/s](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/s). Consultado el 8 de noviembre de 2016.
- DANE. (2012). *Tablas abreviadas de mortalidad nacionales y departamentales 1985-2020*. Recuperado de [www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/8Tablasvida1985\\_2020.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/8Tablasvida1985_2020.pdf). Consultado el 9 de noviembre de 2016.
- DANE. (2015a, septiembre 29). 3<sup>er</sup> Censo Nacional Agropecuario. Quinta entrega de resultados 2014; cifras preliminares. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/Censo-Nacional-Agropecuario-2014>. Consultado el 22 de enero de 2016.
- DANE. (2015b). *Nacimientos y defunciones: Estadísticas Vitales 2008-2013*. Recuperado de [http://formularios.dane.gov.co/Anda\\_4\\_1/index.php/catalog/MICRODATOS#\\_r=&collection=&country=&dtype=&from=1973&page=3&ps=&sk=&sort\\_by=titl&sort\\_order=&to=2015&topic=&view=s&vk=](http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/MICRODATOS#_r=&collection=&country=&dtype=&from=1973&page=3&ps=&sk=&sort_by=titl&sort_order=&to=2015&topic=&view=s&vk=). Consultado el 12 de noviembre de 2016.
- Defensoría del Pueblo. (2014). *Crisis humanitaria en La Guajira. Acción integral de la Defensoría del Pueblo en el departamento*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- Defensoría del Pueblo, Profamilia, OIM y USAID. (2007). *Módulo de la A a la Z en Derechos Sexuales y Reproductivos*. Recuperado de [http://unfpa.org.co/wpcontent/uploads/2013/09/Modulo\\_de\\_la\\_a\\_a\\_la\\_z\\_en\\_derechos\\_sexuales\\_y\\_reproductivos\\_.pdf](http://unfpa.org.co/wpcontent/uploads/2013/09/Modulo_de_la_a_a_la_z_en_derechos_sexuales_y_reproductivos_.pdf). Consultado el 29 de septiembre de 2015.
- Derman, R. J. (2006). Oral Misoprostol in Preventing Postpartum Haemorrhage in Resource-Poor Communities: A Randomized Controlled Trial. *The Lancet*, 1248-1253.
- Díez-Roux, A. (2001). Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. *American Journal of Public Health*, 91, 1783-1789.
- Dirección General de Salud de las Personas, Ministerio de Salud de Perú. (2009, mayo). Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PlanEstrate09.pdf>. Consultado el 6 de abril de 2016.
- DNP. (2005). *Conpes Social 91, Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015*. Bogotá: DNP. Recuperado de <https://www.google.com/search?q=Metas+y+estrategias+de+Colombia+para+el+logro+de+los+Objetivos+de+Desarrollo+del+Milenio+2015.&ie=utf-8&oe=utf-8>. Consultado el 15 de noviembre de 2016.
- DNP. (2011). *Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014, Prosperidad para todos*. Bogotá: DNP. Recuperado de <https://www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/PND-2010-2014/Paginas/Plan-Nacional-De-2010-2014.asp> x. Consultado el 15 de noviembre de 2016.





- DNP. (2013). *Informe de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- DNP. (2014). *Informe de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación. Recuperado de [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Publicaciones/09%20Informe%20ODM\\_versi%C3%B3n\\_dise%C3%B1o.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Publicaciones/09%20Informe%20ODM_versi%C3%B3n_dise%C3%B1o.pdf). Consultado el 14 de febrero de 2016.
- DNP. (2015). *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Todos por un nuevo país*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- DPS. (2012). *Lineamientos de la Subdirección de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Bogotá: Departamento para la Prosperidad Social.
- Dusakawi EPSI. (2011). *Código de ética y buen gobierno: Valledupar*. Recuperado de [dusakawiepsi.com/images/pdf/codigosdeetica.pdf](http://dusakawiepsi.com/images/pdf/codigosdeetica.pdf). Consultado el 20 de octubre de 2016.
- Dusakawi EPSI. (2014a). *Análisis de la situación de salud del pueblo Arhuaco afiliado a Dusakawi EPSI*. Epidemiología, Valledupar.
- Dusakawi EPSI. (2014b). *Análisis de la situación de salud del pueblo Wayuu, departamento de La Guajira*. Epidemiología, Valledupar.
- E.S.E. El Tambo. (2013). *E.S.E. El Tambo, Cauca*. Recuperado de [http://www.esehospitaldeltambo.eltambo-cauca.gov.co/es/nuestra-gestion/politicas-y-planes/15178-politicas-planes?add\\_disc=1](http://www.esehospitaldeltambo.eltambo-cauca.gov.co/es/nuestra-gestion/politicas-y-planes/15178-politicas-planes?add_disc=1). Consultado el 25 de octubre de 2016.
- Enciso, G., De la Torre, C., Meneses, S. y Meléndez, D. (2009). Mortalidad materna en Los Altos de Chiapas. Validación de un indicador alternativo para identificar el subregistro de muerte materna en algunas regiones indígenas. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 24(1), 119-149.
- Espinosa, M. (2013). *Un oficio en proceso de reconfiguración: la partería urbana en Bogotá*. Bogotá: Universidad del Rosario. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4699/1057574903-2013.pdf?sequence=1>. Consultado el 10 de junio de 2016.
- Esquiche, E. (2013, septiembre 18 a 20). *Estrategias costoefectivas para la reducción de la mortalidad materna, desde una perspectiva de género, derechos humanos y la participación comunitaria en el Perú. Retos y desafíos post 2015*. Seminario Internacional de Perspectiva de Igualdad de Género en Salud en el Marco de los Derechos Humanos. Avances y retos para México. Ciudad de México: Centro nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Estrada, J. (2009). La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(17), 106-122.
- Fidel. (2012). Población indígena en resguardos, 2012. *Geoactivismo.org, en defensa de derechos y territorios*. Recuperado de <http://geoactivismo.org/poblacion-indigena-en-resguardos-2012/>. Consultado el 12 de noviembre de 2016.
- Flórez C. y Méndez, R. (1997). *Estimaciones de cobertura del registro de defunciones*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas. (2014). *Informe de la reunión del grupo internacional de expertos sobre el tema de "salud sexual y derechos reproductivos de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas"*. Nueva York: Naciones Unidas, Consejo Económico y Social.





- Fournier, P., Dumond, A., Tourigny, C., Dunkley, G. y Dramé, S. (2009). Improved Access to Comprehensive Emergency Obstetric Care and Its Effect on Institutional Maternal Mortality in Rural Mali. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(1), 30-38.
- Friede, J. (1963). Problemas sociales de los Arhuacos. Tierras, gobierno, misiones. *Monografías sociológicas*, (16), 83-102.
- Gabrysch, S. L. (2009). Cultural Adaptation of Birthing Services in Rural Ayacucho, Peru. *Bulletin of the World Health Organization*, 724-729.
- Gallego, L., Vélez, G. y Agudelo, B. (2005). Panorama de la mortalidad materna. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud. Recuperado de <http://medicina.udea.edu.co/Dependencias/Ginecologia/CLAP/pdf/libros/libro1/panoramadelamortalidadmaterna.pdf>. Consultado el 20 de octubre de 2016.
- Garcés, A., McClure, E. M., Hambidge, M., Krebs, N. F., Mazariegos, M., Wright, L. y Carlo, W. A. (2012). Training Traditional Birth Attendants on the WHO Essential Newborn Care Reduces Perinatal Mortality. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(5), 593-597.
- Gargallo, F. (2012). *Feminismos desde el Abya Yala. Ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos indígenas de nuestra América*. Bogotá: Desde Abajo.
- Geller, S., Adams, M., Kelly, P., Kodkany, B. y Derman, R. (2006). Postpartum Haemorrhage in Resource-Poor Settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 92(3), 202-211.
- Gill, C., Phiri-Mazala, G., Guerina, N., Kasimba, J., Mulenga, C., et al. (2011). Effect of Training Traditional Birth Attendants on Neonatal Mortality (Lufwanyama Neonatal Survival Project): Randomized Controlled Study. *British Medical Journal*, 342-d346.
- Gill, C., MacLeod, W. B., Phiri-Mazala, G., Guerina, N., Mirochnick, M., et al. (2014). Can Traditional Birth Attendants Be Trained to Accurately Identify Septic Infants, Initiate Antibiotics, and Refer in a Rural African Setting? *Global Health: Science and Practice*, 318-327.
- Gobernación de la Guajira. (2012). Plan de desarrollo departamento de La Guajira 2012-2015. Riohacha: Gobernación de La Guajira. Recuperado de [http://sigug.uniguajira.edu.co/planeacion/word/documentos/528\\_Plan%20de%20Desarrollo%202012-%202015%20La%20Guajira%20Primero.pdf](http://sigug.uniguajira.edu.co/planeacion/word/documentos/528_Plan%20de%20Desarrollo%202012-%202015%20La%20Guajira%20Primero.pdf). Consultado el 12 de octubre de 2016.
- Gobernación de La Guajira y PNUD. (2011). *La Guajira. Bases para una política de inclusión productiva*. Bogotá: PNUD. Recuperado de [http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/COL/00058568\\_PIP%20La%20Guajira.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/COL/00058568_PIP%20La%20Guajira.pdf). Consultado el 22 de abril de 2016.
- Gobernación del Cesar. (2011). *Diagnóstico de salud del Cesar*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/analisis-de-situacion-salud-cesar-2011.pdf>. Consultado el 12 de octubre de 2016.
- Gobernación del Cesar. (2012). *Plan de desarrollo para el departamento del Cesar, 2012-2015*. Recuperado de [http://cesar.gov.co/c/filesmain/institucional/PLAN\\_DE\\_DESARROLLO\\_OR\\_47\\_2012.pdf](http://cesar.gov.co/c/filesmain/institucional/PLAN_DE_DESARROLLO_OR_47_2012.pdf). Consultado el 10 de junio de 2012.
- Gómez, E. (2002a). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 454-461.





- Gómez, E. (2011). La igualdad de género en el marco de los derechos humanos y la diversidad. *Curso virtual género y salud. Módulo 2*. Recuperado de [http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/26236/mod\\_page/content/3/01\\_2010\\_Gomez\\_E\\_La\\_igualdad\\_de\\_genero\\_en\\_el\\_marco\\_de\\_DH\\_y\\_D.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/26236/mod_page/content/3/01_2010_Gomez_E_La_igualdad_de_genero_en_el_marco_de_DH_y_D.pdf). Consultado el 10 de agosto de 2015.
- Goodburn, E. A., Chowdhury, M., Gazi, R., Marshall, T., y Graham, W. (2000). Training Traditional Birth Attendants in Clean Delivery does not Prevent Postpartum Infection. *Health Policy and Planning*, 15(4), 394-399.
- Graham, W. J. (1996). Demonstrating Programme Impact on Maternal Mortality. *Health Policy and Planning*, 16-20.
- Guerra, W. (2012). Creatividad Wayuu. Lenguaje creativo de etnias indígenas de Colombia. Medellín: Grupo Sura. Recuperado de <http://etnias.las2orillas.co/menu.html>. Consultado el 15 de noviembre de 2016.
- Henríquez R, Rodríguez, A., López, R., González, F., Ábalos, E. y Chapman, E. (2012). *Síntesis de la evidencia para informar políticas en salud. Reducción de la mortalidad materna en Ecuador: Opciones de política para mejorar el acceso a atención materna calificada y de calidad*. Quito: Ministerio de Salud Pública de Ecuador.
- Herrera Torres, M., Cruz, J. L., Robledo, G. y Montoya, G. (2006). La economía del grupo doméstico: determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(2), 69-78.
- Hincapie, E. y Valencia, C. P. (2000). Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía, Colombia. *Colombia Médica*, 11-15.
- Igboanugo, G. M. y Martin, C. H. (2011). What are Pregnant Women in a Rural Niger Delta Community's Perceptions of Conventional Maternity Service Provision? An Exploratory Qualitative Study. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 15(3), 59-72.
- IIDH, UNFPA y ASDI. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. San José de Costa Rica: Editorama.
- INS. (2014). *Informe del evento de mortalidad materna*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
- INS y Observatorio Nacional de Salud. (2014). *Informe 3. Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. (1989). *Geografía humana de Colombia. Nordeste indígena*. Recuperado de <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/geograf2/sierra51.htm>. Consultado el 25 de febrero de 2016.
- Jokhio, A. H., Winter, H. R. y Cheng, K. K. (2005). An Intervention Involving Traditional Birth Attendants and Perinatal and Maternal Mortality in Pakistan. *New England Journal of Medicine*, 352(20), 2091-2099.
- Kanté, A. M., Pison, G. y Wiles-Portier, E. (2010). Maternal Mortality in Rural Senegal. The Experience of the New Ninéfescha Hospital. *Population (English Edition, 2002-)*, 65(4), 653-678.
- Karam, M., Bustamante, P., Campuzano, M. y Camarena, Á. (2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna. *Medicina Social*, 2(4), 205-211.
- Katz, J., West Jr, K. P., Khatry, S. K., Christian, P., LeClerq, S. C., Pradhan, E. K. y Shrestha, S. (2003). Risk Factors for Early Infant Mortality in Sarlahi District, Nepal. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(10), 717-725.





- Koch, E., Thorp, J., Bravo, M., Gatica, S., Romero, C., Aguilera, H. y Ahlers, I. (2012). Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS ONE*, 7(5), 1-16.
- Lang, J. (1997). A Study of the Beliefs and Birthing Practices of Traditional Midwives in Rural Guatemala. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42(1), 25-31.
- Lerin, S. (2004). Antropología y salud intercultural: Desafíos de una nueva propuesta. *Desacatos*, (15-16), 111-125.
- Lindert, J., Breitbach, R., Sieben, G., Tiemasse, S., Coulibaly, A. y Wacker, J. (2012). Perinatal Health in Rural Burkina Faso. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 117(3), 295-297.
- Lori, J. R., Munro, M. L., Rominski, S., Williams, G., Dahn, B. T., et al. (2013). Maternity Waiting Homes and Traditional Midwives in Rural Liberia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 123(2), 114-118.
- Lynch, N., Thommasen, H., Anderson, N. y Grzybowski, S. (2005). Does Having Cesarean Section Capability Make a Difference to a Small Rural Maternity Service? *Canadian Family Physician*, 51(9), 1238-1239.
- Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A., et al. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.
- Maldonado, D. (2012, agosto 29). *Alternativas para reducir los costos de la salud en Colombia: el papel de la partería y de otras profesiones de la salud*. Recuperado de <http://focoeconomico.org/2012/08/29/alternativas-para-reducir-los-costos-de-la-salud-en-colombia-el-papel-de-la-parteria-y-de-otras-profesiones-de-la-salud/>. Consultado el 6 de abril de 2016.
- Mancuso, A. (2006). Relaciones de género entre los Wayuu: estado de la investigación y nuevos campos de análisis. *Aguaita, Revista del Observatorio del Caribe Colombiano*, (13-14), 39-61.
- Marmot, M. (2005). Social Determinants of Health Inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Mazzoldi, M. (2003). *Sociedad y simbolismo. Aspectos de la corporalidad femenina entre los Wayuu de la Alta Guajira*. Trabajo de grado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Antropología.
- Mignone, J., Nállim, J. y Gómez, J. (2011). Indigenous Control over Health Care in the Midst of Neoliberal Reforms in Colombia: An Uneasy Balance. *Studies in Political Economy*, 87.
- Ministerio de Cultura de la República de Colombia. (2010a). *Iku (Arhuacos), guardianes de la vida*. Recuperado de: [http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20pueblo%20Iku%20\(Arhuaco\).pdf](http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20pueblo%20Iku%20(Arhuaco).pdf). Consultado el 25 de febrero de 2016.
- Ministerio de Cultura de la República de Colombia. (2010b). *Wayuu, gente de arena, sol y viento*. Recuperado de <http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20pueblo%20Wayu%C3%BA.pdf>. Consultado el 15 de octubre de 2016.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2014). *Estrategia de CONE adecuada a las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas*. Recuperado de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=39880804>. Consultado el 6 de abril de 2016.





- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2011). *Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural en los servicios institucionales de atención del parto*. Guatemala: Programa Nacional de Salud Reproductiva.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2010). *Plan decenal de lactancia materna*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <http://huila.gov.co/documentos/2012/Salud/Nutricion/PDF%20ALTA%20ARTE%20FINAL%20INTERIORES%20PDLM.pdf>. Consultado el 20 de junio de 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2013a). *Plan decenal de salud pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2013b). *Análisis de situación de salud de las poblaciones diferenciales relevantes*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social y Grupo ASIS. Recuperado de <http://docplayer.es/14539683-Analisis-de-situacion-de-salud-de-poblaciones-diferenciales-relevantes.html>. Consultado el 12 de diciembre de 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2013c). *Análisis de situación de salud según regiones Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social y Grupo ASIS. Recuperado de <https://www.google.com/search?q=mortalidad+materna+2014&ie=utf-8&oe=utf-8#q=an%C3%A1lisis+de+situaci%C3%B3n+d+e+salud+colombia+2014>. Consultado el 18 de noviembre de 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2014a). *Análisis de situación de salud, Colombia 2014*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2014b, octubre). *Monitoreo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Boletín de monitoreo y evaluación*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2015). *Diagnóstico de salud materna para Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia y OPS. (2010). *Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, Profamilia, OIM y UNFPA. (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y derechos reproductivos*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Minone, J. y Gómez, J. (2014). Anas Wayuu. El éxito de una organización indígena de salud colombiana en medio de un sistema en crisis. *Voces en el Fénix*, (41), 78-85. Recuperado de <http://www.vocesenelfenix.com/content/anas-wayuu-el-%C3%A9xito-de-una-organizaci%C3%B3n-ind%C3%ADgena-de-salud-colombiana-en-medio-de-un-sistema->. Consultado el 16 de octubre de 2016.
- Monroy Muñoz, S. A. (2012). *El continuo gineco-obstétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá*. Tesis de Grado de Maestría en Estudios de Género. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Mucunguzi, S., Wamani, H., Lochoro, P. y Tylleskar, T. (2014). Effects of Improved Access to Transportation on Emergency Obstetric Care Outcomes in Uganda. *African Journal of Reproductive Health*, 18(3), 87-94.





- Muñoz Bravo, S. F. (2012). Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio, Cauca, 2008-2009. *Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud*, 44(1).
- Nájera, S. y Tuesca, R. (2015). Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010–2012. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4-5), 239-244.
- Observatorio de Mortalidad Materna. (2015). *25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México*. México, D.F: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Observatorio Nacional de Salud. (2014). *Análisis de la mortalidad materna en Colombia para el año 2011*. Bogotá: INS.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2012). *¿Qué es el enfoque diferencial?* Recuperado de [http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2470:ique-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos](http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com_content&view=article&id=2470:ique-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos). Consultado el 10 de agosto de 2014.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y OMS. (2008). *El derecho a la salud (Folleto informativo)*. Ginebra: Naciones Unidas.
- OIM, Ministerio de Salud y Cendex. (2014). *Investigación operativa en relación con la accesibilidad a los servicios de salud materna y la atención del control prenatal, parto y puerperio*. Bogotá: Organización Internacional para las Migraciones.
- OIT. (1989). *C169. Convenio sobre pueblos indígenas y tribales*. Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de [www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_norm/@normes/.../wcms\\_100910.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/.../wcms_100910.pdf). Consultado el 11 de mayo de 2016.
- Olson, K. R., Caldwell, A., Sihombing, M., Guarino, A. J., y Nelson, B. D. (2012). Community-Based Newborn Resuscitation Among Frontline Providers in a Low-Resource Country. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 119(3), 244-247.
- OMS. (2008b). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales en salud*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf). Consultado el 22 de octubre de 2016.
- OMS. (2011). *62ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra: 18 a 22 de mayo de 2009. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/A62\\_REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf). Consultado el 22 de octubre de 2016.
- OMS. (2014). *Mortalidad materna. Nota descriptiva n.º 348*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. Consultado el 24 de noviembre de 2016.
- OMS. (2015). *OMS Colombia*. Recuperado de OMS: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2340%3Ahttpgooglweh8ml&catid=758&Itemid=551](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2340%3Ahttpgooglweh8ml&catid=758&Itemid=551). Consultado el 26 de febrero de 2016.
- ONIC, OPIAC y Fuerza de Mujeres Wayuu. (2013). *Derechos humanos, discriminación y violencia: Una mirada a la situación que enfrentamos las mujeres indígenas de Colombia. Informe sombra de la CEDAW*. Bogotá: Organizaciones e Iniciativas de mujeres indígenas de Colombia.





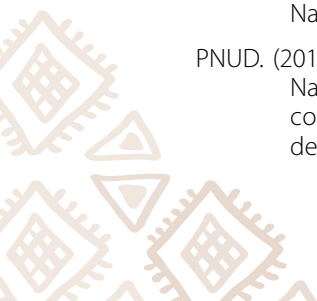


- ONU. (1981). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>. Consultado el 29 de septiembre de 2015.
- ONU. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf). Consultado el 29 de septiembre de 2015.
- ONU. (1996). *IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Beijing 1995*. Nueva York: Naciones Unidas.
- ONU. (2000). *Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14*. Recuperado de <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Consultado el 29 de septiembre de 2015.
- ONU. (2001). *Observación General n.º 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Informe sobre los períodos de sesiones vigésimo segundo, vigésimo tercero y vigésimo cuarto*. Ginebra: Naciones Unidas, Comité de derechos económicos, sociales y culturales, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- ONU. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Nueva York: Asamblea General.
- ONU. (2014). *Documento final de la reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General, conocida como Conferencia Mundial sobre los Pueblos Indígenas. Resolución 69/2*. New York: Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.un.org/es/ga/69/meetings/indigenous/#&panel1-1>. Consultado el 15 de junio de 2016.
- ONU. (2015a). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>. Consultado el 11 de agosto de 2015.
- ONU. (2015b). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: informe de 2015*. New York: Naciones Unidas.
- ONU Derechos Humanos. (2012). *¿Qué es el enfoque diferencial?* Recuperado de [http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2470:i-que-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos](http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com_content&view=article&id=2470:i-que-es-el-enfoque-diferencial&catid=76:recursos). Consultado el 10 de agosto de 2014.
- ONU Mujeres. (2014). *Declaración y plataforma de acción de Beijing: Declaración política y documentos resultados de Beijing+5*. New York: UN Women.
- OPS. (2001). *Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2008a). *Determinantes sociales de la salud de los pueblos indígenas de las Américas. Informe encuentro regional*. Quito, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2008b). *Estrategia y plan regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2009a). *Atención primaria en salud. Funciones esenciales en salud pública. Salud Pública para las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.



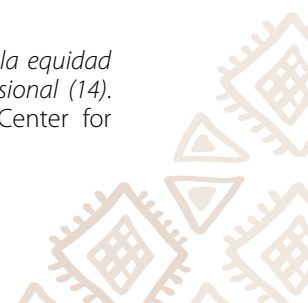


- OPS. (2011a). *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2012b). *Situación de salud en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2015). *Glosario de indicadores básicos de la OPS*. Recuperado de [http://www.paho.org/q/283770845240200164%3Aprvkaxcnku0&q=glosario+indicadores+b%C3%A1sicos&searchword=glosario+indicadores+b%C3%A1sicos&sa=Buscar...&cof=FORID%3A0&searchphrase=all&scope=1&option=com\\_search&Itemid=40145&ie=utf8&site=who&cl](http://www.paho.org/q/283770845240200164%3Aprvkaxcnku0&q=glosario+indicadores+b%C3%A1sicos&searchword=glosario+indicadores+b%C3%A1sicos&sa=Buscar...&cof=FORID%3A0&searchphrase=all&scope=1&option=com_search&Itemid=40145&ie=utf8&site=who&cl). Consultado el 14 de enero de 2016.
- Organización Gonawindúa Tayrona Pueblo Kággaba (s.f.). La línea negra. Recuperado de <https://gonawindwa.org/territorio-ancestral/linea-negra/>. Consultado el 15 de octubre de 2016.
- Organización Gonawindúa Tayrona, Gonawindúa Ette Ennaka IPS Indígena. (2009). *Salud Indígena en la Sierra Nevada de Santa Marta: Ley de Seyn Zare Senbuta*. Santa Marta: Sirga Editor.
- Orozco, J. (1990). *Mabusimake, tierra de Arhuacos: Monografía indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta*. Bogotá: ESAP.
- Ostlin, P., George, A., y Sen, G. (2002). Género, salud y equidad: las intersecciones. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & M. Wirth (Edits.), *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción* (Vol. Publicación científica No. 585, págs. 189-205). Washington: OPS.
- Oyarce, A., Ribotta, B. y Pedrero, M. (2010). *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. Santiago de Chile: Naciones Unidas y Cepal.
- Parques Nacionales Naturales de Colombia. (s.f.). Parque Nacional Natural Macuira. Recuperado de <http://www.parquesnacionales.gov.co/portal/es/ecoturismo/region-caribe/parque-nacional-natural-macuira/>. Consultado el 7 de marzo de 2016.
- Pascoe, M. y Stein, A. (1987). Midwifery Work Exchange Project in Nicaragua. *Journal of Nurse-Midwifery*, 101-104.
- Perrin, M. (1997). *Los practicantes del sueño*. Caracas: Monteávila.
- Pickett K. E. y Pearl, M. (2001). Multilevel Analysis of Neighbourhood Socioeconomic Context and Health Outcomes: A Critical Review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(2), 111-122.
- PNUD. (2012a). *El Departamento del Cesar frente a los ODM*. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Colombia.
- PNUD. (2012b). *La Guajira 2012. Estado de avance de los ODM*. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD. (2013). *La otra visión: Pueblos indígenas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD. (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Colombia 2014*. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PNUD. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015*. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Colombia. Recuperado de <http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/library/mdg/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-colombia-2015.html>. Consultado el 10 de febrero de 2016.



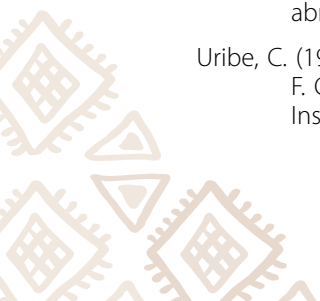


- Prata, N., Gessesew, A., Abraha, A., Holston, M. y Potts, M. (2009). Prevention of Postpartum Haemorrhage: Options for Home Births in Rural Ethiopia. *African journal of Reproductive Health*, 13(2), 87-95.
- Prata, N., Sreenivas, A., Vahidnia, F. y Potts, M. (2009). Saving Maternal Lives in Resource-Poor Settings: Facing Reality. *Health Policy*, 89(2), 131-148.
- Prata, N., Sreenivas, A., Greig, F., Walsh, J. y Potts, M. (2010). Setting Priorities for Safe Motherhood Interventions in Resource-Scarce Settings. *Health Policy*, 94(1), 1-13.
- PrensaLibre. (2013, diciembre 31). *Salud crea carrera técnica universitaria de partería*. Recuperado de [http://www.prensalibre.com/noticias/comunitario/Comadoras-Parteras-Salud-universidad\\_0\\_1057694311.html](http://www.prensalibre.com/noticias/comunitario/Comadoras-Parteras-Salud-universidad_0_1057694311.html). Consultado el 6 de abril de 2016.
- Presidencia de la República de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Estrategia de reducción de la mortalidad materna en zonas rurales*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Profamilia. (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS-2010*. Bogotá: Profamilia.
- Profamilia, INS, ICBF y Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, ENSIN-2010*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Recuperado de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/ENSIN1>. Consultado el 18 de noviembre de 2016.
- República de Colombia. (1991, junio 30). Constitución Política de Colombia. Recuperado de <http://colombia.justia.com/nacionales/constitucion-politica-de-colombia/titulo-ii/capitulo-2/>. Consultado el 23 de octubre de 2016.
- Resguardo Arhuaco de la Sierra, Confederación Indígena Tayrona. (2011). *Propuestas para el programa de garantía de derechos fundamentales de los pueblos indígenas de Colombia*. Valledupar.
- Rey, E. (2009). Los derechos de los pueblos indígenas son derechos de las mujeres. En E. Rey (Ed.). *Antigua era más duro: hablan las mujeres indígenas de Antioquia*. Bogotá: CECOIN-OIA.
- Rodríguez, Y. y Rodríguez, A. (2012). Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe. *Movimiento Científico*, 6(1), 132-143.
- Ruiz, M. J. (2013). Barriers to the Use of Maternity Waiting Homes in Indigenous Regions of Guatemala: A Study of Users' and Community Members' Perceptions. *Culture, Health & Sexuality*, 15(2), 205-218.
- Salamanca, R. (2012). *Creatividad y abstracción de lo sagrado. En Lenguaje creativo de etnias indígenas de Colombia*. Medellín: Grupo Sura.
- Santarelli, C. (2010). *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*. Bogotá: Organización Mundial de la Salud.
- Scott, J. W. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Ed.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG.
- Secretaría de Salud; Instituto Mexicano de Seguro Social; Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado. (2001). *Programa Nacional de Salud: la democratización de la salud de México. Hacia un sistema universal de salud*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Sen, G., George, A. y Ostlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación en políticas*. *Publicación Ocasional (14)*. Washington: Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population Development Studies.





- Sen, G., y Ostlin, P. (2008). Gender Equity in Health: Why Exists and How We Can Change It. *Global Public Health*, 3(S1), 1-12.
- Sen, G., Ostlin, P. y George, A. (2007). *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Red de conocimiento en Mujer y Equidad de Género.* Geneva: Organización Mundial de las Salud.
- Shiffman, J., Stanton, C. y Salazar, A. P. (2003). The Emergence of Political Priority for Safe Motherhood in Honduras. *Health Policy and Planning*, 19(6), 380-390.
- Smith, J. B., Coleman, N. A., Fortney, J. A., Johnson, J. D., Blumhagen, D. W., y Grey, T. W. (2000). The Impact of Traditional Birth Attendant Training on Delivery Complications in Ghana. *Health Policy and Planning*, 15(3), 326-331.
- Soofi, S., Cousens, S., Imdad, A., Bhutto, N., Ali, N. y Bhutta, Z. A. (2012). Topical Application of Chlorhexidine to Neonatal Umbilical Cords for Prevention of Omphalitis and Neonatal Mortality in a Rural District of Pakistan: A Community-Based, Cluster-Randomized Trial. *The Lancet*, 379(9820), 1029-1036.
- Solar, O. y Irwin, A. (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper. Geneva: WHO Commission on Social Determinants of Health.
- Tripathy, P., Nair, N., Barnett, S., Mahapatra, R., Borqhi, J., et al. (2010). Effect of a Participatory Intervention with Women's Groups on Birth Outcomes and Maternal Depression in Jharkhand and Orissa, India: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *The Lancet*, 1182-1192.
- UNDP. (2011). Discussion Paper: A Social Determinants Approach to Maternal Health. Roles for Development Actors. The United Nations Development Programme. Recuperado de <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Democratic%20Governance/Discussion%20Paper%20MaternalHealth.pdf>. Consultado el 11 de noviembre de 2016.
- UNFPA. (2012). Los factores sociales determinantes de la muerte y la discapacidad maternas. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- UNFPA. (2014a). Determinantes sociales de la morbilidad y la mortalidad maternas. Acciones para superar las demoras I y II. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- UNICEF. (2003). Los pueblos indígenas en Colombia. Derechos, políticas y desafíos. Bogotá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- UNICEF. (2007). Una mirada a la realidad de los niños y las niñas Wayuu y Wiwa en la Guajira: Hacia una nueva oportunidad. Bogotá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA y UNPD. (2012). Level & Trends in Child Mortality. Report 2011. Estimates Developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund.
- Universidad Galileo, Facultad de Ciencias de la Salud. (2016). Técnico universitario en partería profesional con enfoque intercultural. Recuperado de Universidad <https://www.galileo.edu/facisa/carrera/tprei/>. Consultado el 4 de abril de 2016.
- Uribe, C. (1993). La gran sociedad de la Sierra Nevada de Santa Marta. En L. G. Vasco y F. Correa. (Comps.). Encrucijadas de Colombia Amerindia. Santa Fe de Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología y Colcultura.





- Valls- Llobet, C. (2010). La salud de las mujeres en la medicina: ¿qué ha cambiado en los últimos diez años? De la invisibilidad al estudio de las diferencias y desigualdades. En Ministerio de Sanidad, política social e igualdad (Ed.). Género y Salud. X y XI Jornadas de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Van Dijk, M., Ruíz, M., Letona, D. y García, S. (2013). Ensuring Intercultural Maternal Health Care for Mayan Women in Guatemala: A Qualitative Assessment. *Culture, Health & Sexuality*, 15(supl. 3), S365-S382.
- Vargas, G., Cotes, K. y Castañeda, C. (2015). Dimensión de sexualidad y derechos. En Instituto Nacional de Salud (Ed.). Desigualdades sociales en salud en Colombia. Informe Nacional. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Vega, R., Acosta, N., Mosquera, P. y Restrepo, O. (2009). Atención primaria integral en salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.
- Walraven, G. B. (2005). Misoprostol in the Management of the Third Stage of Labour in the Home Delivery Setting in Rural Gambia: A Randomized Controlled Trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(9), 1277–1283.
- Walsh, C. (2009). Interculturalidad, Estado y Sociedad. Luchas (de)coloniales de nuestra época. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- West, K.P. Jr, Christian, P., Labrique, A.B, Rashid, M., Shamim, A.A., & Klemm, R.D., Massie, A.B., Mehra, S., Schulze, K.J., Ali, H., Ullah, B., Wu, L.S., Katz, J., Banu, H., Akhter, H.H., Sommer, A. (2011). Effects of vitamin A or beta carotene supplementation on pregnancy-related mortality and infant mortality in rural Bangladesh: a cluster randomized trial. *Jama*, 1986–1995.
- West, K.P. Jr, Shamim, A.A., Mehra, S., Labrique, A.B, Ali, H., Shaikh, S., Klemm, R.D., Wu, L.S., Mitra, M., Haque, R., Hanif, A.A., Merrill, R.D., Schulze, K.J., Christian, P. (2014). Effect of Maternal Multiple Micronutrient vs Iron–Folic Acid Supplementation on Infant Mortality and Adverse Birth Outcomes in Rural Bangladesh: The JiVitA-3 Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association*, 312(12), 1277–1283.
- Wilson, R. E. y Salihu, H. (2007). The Paradox of Obstetric “Near Misses”: Converting Maternal Mortality into Morbidity. *International Journal of Fertility and Women’s Medicine*, 52(2-3), 121-127.
- Winani, S., Wood, S., Coffey, P., Chirwa, T., Mosha, F., y Changalucha, J. (2007). Use of a Clean Delivery Kit and Factors Associated with Cord Infection and Puerperal Sepsis in Mwanza, Tanzania. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 52(1), 37-43.
- Winkleby, M., Jatulis, D., Frank, E. y Fortmann, S. (1992). Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease. *American Journal of Public Health*, 82(6):816–20).
- Wintukwa IPSI. (2014). Informe de gestión y cumplimiento 2014. Valledupar.
- Wintukwa IPSI. (s.f.). Resguardo Arhuaco de la Sierra. Valledupar.
- WHO. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2015). WHO Recommendations on Health Promotion Interventions for Maternal and Newborn Health. Geneva: World Health Organization.
- Zeng, L., Dibley, M. J., Cheng, Y., Dang, S., Chang, S., et al. (2008). Impact of Micronutrient Supplementation During Pregnancy on Birth Weight, Duration of Gestation, and Perinatal Mortality in Rural Western China: Double Blind Cluster Randomized Controlled Trial. *British Medical Journal*, 337, a2001.







