



**EL TALENTO HUMANO ESPECIALISTA EN SALUD  
(GINECOBSTETRAS) Y SU RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO DE  
LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA  
EN EL PERIODO 2001 - 2012**

**María Alexandra Matallana Gómez**

Facultad de Ciencias económicas y Administrativas

Postgrados en Salud

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá D.C., Febrero de 2015

**EL TALENTO HUMANO ESPECIALISTA EN SALUD (GINECOBTETRAS)  
Y SU RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD  
MATERNA EN COLOMBIA EN EL PERIODO 2001 - 2012**

**María Alexandra Matallana Gómez**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en Salud Pública**

Director:

Dr. Jesús Rodríguez

Facultad de Ciencias económicas y Administrativas

Postgrados en Salud

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá D.C., Febrero de 2015

*A mi hijo: Juanes, mi compañero de viaje, el motor de mi vida, y uno de los regalos más hermosos que Dios me ha dado. Por su comprensión, sus palabras de aliento y su optimismo y alegría en los momentos difíciles.*

*A mi magnífica familia, por su inmenso amor, sus principios, su lucha, sus enseñanzas, su compañía, su comprensión y paciencia.*

*A mis ángeles que ellos saben quiénes son, que durante todo este proceso me acompañaron, me guiaron y me ayudaron en los momentos agotadores y angustiosos.*

*“El pesimista se queja del viento, el optimista espera a que cambie; el realista ajusta las velas”*

*William George Ward.*



## **Agradecimientos**

Al Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex) de la Pontificia Universidad Javeriana y cada uno de sus integrantes, compañeros, jefes y amigos del día a día de trabajo, de alegrías y angustias diarias, por su comprensión y apoyo en la realización de este trabajo; sin el tiempo y la comprensión que me proporcionaron, sus consejos y voz de aliento, no hubiera sido posible culminar.

## ABREVIATURAS UTILIZADAS:

APIS: Atención Primaria en Salud.

CDSS: Comisión de determinantes sociales de la salud.

CENDEX: Centro de proyectos para el desarrollo.

COMPES SOCIAL: Consejo Nacional de Política Económica y Social.

CPN: Control prenatal

CUPS: Clasificador único de Procedimientos.

DANE: Departamento Nacional de planeación.

DSS: Determinantes Sociales de la Salud.

ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

MM: Mortalidad Materna.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

No POS : Procedimientos que no incluye el Plan Obligatorio de Salud

ODM: Objetivos del Milenio

OIT: Organización Internacional el Trabajo.

OMS: Organización mundial de la salud

PIB: Producto Interno Bruto.

PNUD: Programa de las naciones Unidas para el desarrollo.

POS: Plan Obligatorio de salud.

RIPS: Registro Individual de prestaciones de servicios

RMM: Razón de Mortalidad Materna.

UNFPA: Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas.

## Contenido

	Pág.
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>5</b>
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
2.2 OBJETIVO GENERAL .....	15
2.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
<b>3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL .....</b>	<b>17</b>
3.1 MORTALIDAD MATERNA .....	17
3.1.1 CIFRAS EN MORTALIDAD MATERNA .....	17
3.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y MORTALIDAD MATERNA.....	31
3.2.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MATERNA.....	43
3.2.1.1 Nivel de educación de las maternas .....	47
3.2.1.2 Contexto comunitario .....	49
3.2.1.3 Servicios de salud.....	50
3.2.1.4 Gobernanza y políticas.....	53
3.2.1.5 Cultura y valores sociales.....	54
3.2.1.6 Género .....	56
3.2.1.7 Otros factores.....	56
3.3 TALENTO HUMANO Y MORTALIDAD MATERNA .....	58
3.3.1 REGLAMENTACIÓN TALENTO HUMANO.....	63
3.3.2 TALENTO HUMANO Y REFORMAS EN SALUD.....	66
3.3.3 TALENTO HUMANO Y FORMACIÓN.....	69
3.3.4 DIFICULTADES QUE ENFRENTA EL TALENTO HUMANO .....	72
3.3.5 RECURSO HUMANO COMO UN DETERMINANTE DE LA SALUD.....	73
3.3.6 TALENTO HUMANO Y MODELO DE ATENCIÓN .....	77
3.3.6.1 Experiencias Modelos de Atención.....	81
<b>4. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>83</b>
4.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	91
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>92</b>
<b>6. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>97</b>
6.1 CONCLUSIONES.....	101
6.2 RECOMENDACIONES .....	102
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>103</b>

7.1	Documento de validación de información por expertos.....	104
7.2	Canastas de procedimientos .....	105
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>108</b>

## INDICE DE GRÁFICAS

<i>Gráfica 1. Muertes y razón de mortalidad materna, Colombia años 2000- 2010</i> .....	6
<i>Gráfica 2. TASA DE MORTALIDAD MUNDIAL MATERNA POR REGIONES 1990 - 2013</i> .....	23
<i>Gráfica 3. Tasa de Mortalidad Materna Suramérica 1990 - 2013</i> .....	25
<i>Gráfica 4. Tasa de Mortalidad Materna Colombia (1990 - 2013)</i> .....	27
<i>Gráfica 5. Tendencias de las variables de interés:</i> .....	95

## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Grupo de Diagnósticos asociados a la morbilidad materna según CIE 10.</i> .....	84
<i>Tabla 2. Canasta de procedimientos para el diagnóstico "Hemorragia materna", sin validar con expertos</i> ..	85
<i>Tabla 3. Contenidos del Instrumento de Consulta a Expertos para la Canasta de Aborto</i> .....	86
<i>Tabla 4. Canasta "Hemorragia materna", validada con expertos.</i> .....	87
<i>Tabla 5. Información de las variables de interés</i> .....	90
<i>Tabla 6. Horas necesarias de Gineco obstetras para atender todas las patologías de la especialidad</i> .....	92
<i>Tabla 7. Tiempos Equivalentes Gineco Obstetras para diagnósticos de Morbilidad Materna (TE GO MMaterna)</i> .....	94
<i>Tabla 8. Correlación de Pearson entre RMM y determinantes de interés</i> .....	96
<i>Tabla 9. Impacto de la estrategia de manejo de la morbilidad materna y el comportamiento de la Razón de Mortalidad Materna en el departamento del Huila con</i> .....	100



## 1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna se convierte en uno de los Objetivos del milenio(en adelante ODM) más importantes y cruciales para el mundo, es un asunto de preocupación global. Para la Organización Mundial de la Salud, OMS, la mortalidad materna es uno de los indicadores económicos relevantes de los países puesto que el 99% de los casos ocurren en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2012).

En Colombia la mortalidad materna comienza a cobrar relevancia a finales de los años ochenta y principios de los noventa, sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, el país está lejos de cumplir el Objetivo del Milenio (ODM 5) mejorar la salud materna. La razón de mortalidad materna ha decrecido de manera muy lenta en los últimos diez años, pese a que se han implementado estrategias tendientes a mejorar este indicador, los resultados no han sido suficientes(Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Este trabajo se originó en el vacío de información existente en la asociación entre número de Gineco Obstetras y la mortalidad materna, información relevante para la toma de decisiones en el país, dado que se ha evidenciado que el talento humano es un determinante intermedio de la salud (OMS,2009), es imperativo tener esta aproximación como insumo para hacer recomendaciones tanto al sector educativo en cuanto a número de cupos abiertos por especialidad en este caso Gineco Obstetricia en el mercado educativo y el número que el país necesita para atender los diagnósticos más frecuentes asociadas a la mortalidad materna en Colombia, y la demanda de atención sanitaria, que si no es atendida de una

manera oportuna e idónea, será imposible controlar las tasas de mortalidad en eventos evitables.

Esto sin desconocer el equipo interdisciplinario que interviene en los eventos relacionados con la mortalidad materna, el cual podrá dar lugar a nuevas investigaciones, en un modelo de atención inter disciplinario, coherente y estructurado, de tal forma que logre resultados en la salud de las poblaciones y en este caso de las mujeres en el proceso de gestación, parto y puerperio.

Para contribuir al vacío de información de este binomio: número de gineco obstetras y mortalidad materna, se realizó este trabajo, el cual inicia con la pregunta: ¿Cómo el número de Gineco Obstetras existentes y necesarios para la atención de la morbilidad materna se asocia con su más grave consecuencia, la mortalidad materna, en Colombia en el periodo 2001- 2012?

Para dar respuesta a la pregunta planteada, este trabajo construye una metodología que lleva al cálculo de la asociación entre el número de profesionales (Gineco obstetras y las tasas de mortalidad materna) y la correlación con otras variables de interés, tales como: PIB, educación, y porcentaje de aseguramiento en salud, esta metodología se llevó a cabo mediante el uso de fuentes de información de carácter nacional, las cuales cito a continuación:

- Base de datos RIPS (registro único de procedimientos para Colombia) año 2012.
- Base única de afiliados, Ministerio de salud.
- Encuesta Nacional de demografía y salud, Profamilia año 2010
- Estadísticas vitales, mortalidad DANE.
- PIB, producción, salarios y empleo, Banco de la República.

Con las cuales se construyen variables que permitieron realizar los ejercicios planteados en la metodología y los resultados.

La hipótesis al inicio del trabajo fue si el descenso de la mortalidad materna no ocurre a la velocidad esperada, se debe en cierta medida a un comportamiento del número de (Gineco Obstetras), asociado a variables de contexto tales como: el PIB per cápita, el porcentaje de educación secundaria de la mujer y el aseguramiento en salud para Colombia.

El hallazgo más relevante del estudio es que existe una relación inversamente proporcional entre la Razón de Mortalidad Materna (RMM) y el talento humano de Gineco Obstetras y las variables de contextos, y por tanto, a medida que disminuye la RMM se incrementa el nivel de los determinantes. En este sentido, se evidencia que a mayor PIB menor razón de mortalidad materna, a mayor porcentaje de mujeres con educación secundaria menor es la razón de mortalidad materna, y de manera análoga con todas las variables estudiadas.

Como futura profesional de la salud pública, que comprende que las enfermedades son más que un fenómeno biológico, me interesé en indagar primero acerca de los diagnósticos asociados a la Mortalidad Materna, cuáles procedimientos se relacionaban a ellos y cuáles de estos procedimientos deben ser atendidos por el Gineco obstetra. Desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, perspectiva que afiancé en el transcurso de la maestría, hice el abordaje del estudio lo que me permitió comprender los fenómenos y mirar la salud de una manera distinta.

En busca de un conocimiento adecuado, las cifras configuradas en el estudio contribuyen a evidenciar las tendencias, puesto que las leyes de los grandes

números buscan identificar características de las poblaciones. Sin embargo, esto no es suficiente, estas cifras necesitan explicaciones que ayuden a develar las brechas entre la desigualdad social, el enfermar y morir. Hay que estar alerta ante esta evidencia puesto que las cifras contribuyen a focalizar, pero es responsabilidad del que las analiza el contextualizarlas y buscar alternativas para iniciar la búsqueda de soluciones más acertadas con datos e insumos reales y no dejarle al azar o a intereses particulares la toma de decisiones a los problemas de salud en el país. “La muerte de una persona es una tragedia, la muerte de millones de personas es una estadística” (Benach, Mountaner, 2005).

De alguna manera, este trabajo busca, frente a unas cifras puntuales sobre las tasas de mortalidad materna el recurso humano especialista en gineco obstetricia, vislumbrar mediante experiencias exitosas en otros países y dentro del propio, posibles modelos de acción que pudieran ser aplicados en Colombia con enfoques diferenciales, dada las divergencias de tipo geográfico, cultural, de inequidades y desigualdades existentes en Colombia.

El hecho de realizar esta investigación me permitió aprender a utilizar las herramientas cuantitativas para focalizar y evidenciar un problema y con ello buscar explicaciones a fenómenos, lo que enriqueció mi conocimiento, no sólo a nivel de búsqueda de explicaciones en particular, sino a nivel de contextos y de condiciones que rodean las cifras estudiadas.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

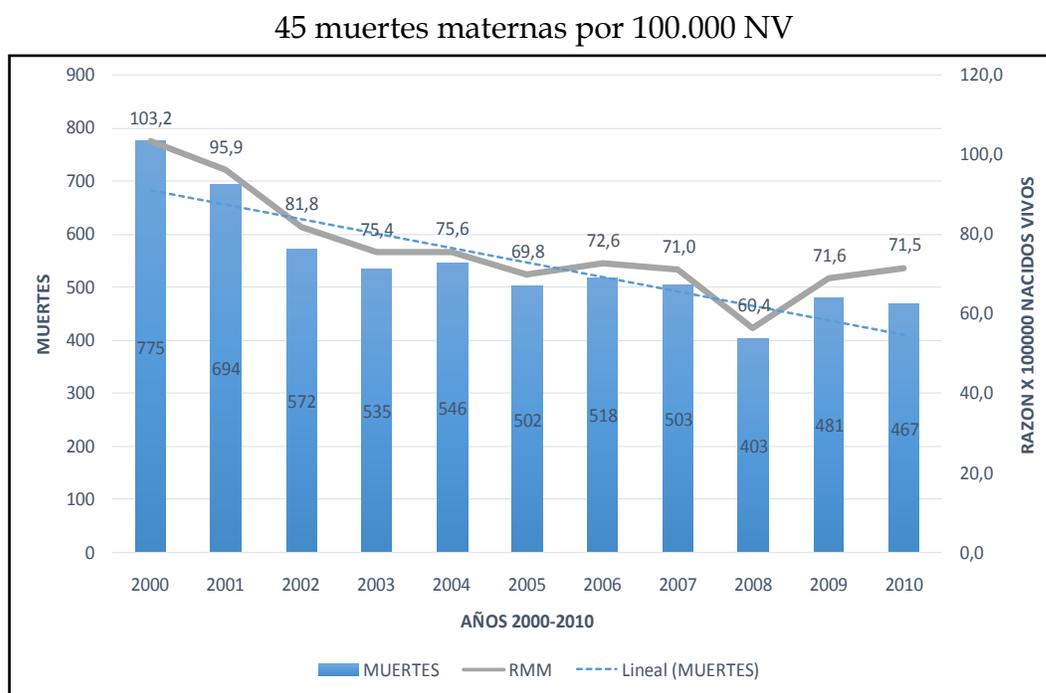
En el marco de la implementación de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) y de las correspondientes estrategias implementadas para cumplirlos, Colombia se encuentra rezagada en el cumplimiento del objetivo 5 que busca reducir la mortalidad materna.

En el contexto mundial, la OMS ha estimado que cada día mueren 800 mujeres por causas que se pueden prevenir y que se relacionan con el embarazo y el parto, y de tales muertes el 99% ocurren en países de ingresos medios y bajos, como Colombia, país que tuvo 72 muertes de mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, NV, en el año 2010. Esta cifra, comparada con el año 2000 representa un descenso en la mortalidad materna (MM), de alrededor el 30%, sin embargo, aún lejos de la meta de 45 muertes maternas por 100.000 NV (Departamento Nacional de Planeación [DNP], cifra acordada para Colombia buscando el logro de los Objetivos del Milenio (ODM) para el año 2015.

La real dimensión de la mortalidad materna (en adelante MM) en Colombia empezó a conocerse a partir de 1998 cuando se introdujo en el certificado de defunción una casilla, para indicar en mujeres en edad fértil, si la muerte había ocurrido en presencia de embarazo o dentro de los 42 días siguientes. En ese año, la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 100/100.000 nacidos vivos (NV) y en los cinco años siguientes descendió de manera sostenida para estabilizarse en valores alrededor de 70, desde 2005 hasta 2010, con un aparente descenso importante en 2008 a 60,4/100.000 NV (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) que no se sostuvo en 2009 y 2010.

Es indudable que la MM es una de las razones que sustenta las inequidades en salud en Colombia, puesto que la población con necesidades básicas insatisfechas y con más bajos niveles de educación presentaba la mayor RMM (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Las cifras son contundentes: en La Guajira, una mujer tenía 15 veces más probabilidad de morir durante el embarazo, el parto o el puerperio que la que tenía una mujer gestante en el Quindío; durante el período comprendido entre el 2008 y el 2011, las mujeres del régimen subsidiado tenían dos veces mayor probabilidad de morir durante la gestación que aquellas del régimen contributivo, mientras que en las no afiliadas a ningún régimen el riesgo ascendía a 2,5 (Universidad Nacional de Colombia, Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012). En el periodo 2009 a 2010, las mujeres que tuvieron el parto en sus casas tenían más probabilidad de morir que aquellas que lo tuvieron en una IPS (Gráfica 1).

**Gráfica 1. Muertes y razón de mortalidad materna, Colombia años 2000- 2010**



Fuente: DANE. Registro de defunciones

---

El MSPS (Ospino, 2013), ha venido observando un descenso en las causas directas de muerte materna tales como eclampsia, hemorragia y sepsis, y un incremento en las causas indirectas como enfermedades y lesiones ocurridas durante el embarazo, enfermedades tales como neumonía, dengue, discrasias sanguíneas y lesiones causadas por violencia intrafamiliar u otras formas de lesiones intencionales o no intencionales.

En el período 2005-2010 (PROFAMILIA, 2010) se estimó que la cobertura de parto institucional en Colombia había sido de 94% y 4% de los partos ocurrieron en la casa; para ese mismo período la cobertura con cuatro o más controles prenatales fue de 88,6%. Con una proporción tan alta de mujeres que acceden a servicios de salud durante el embarazo y el parto se esperaría que el resultado de ello fuera menos muertes maternas como ha ocurrido en otros países, inclusive en América Latina, Chile con coberturas similares alcanzó una RMM de 16,6/100.000 NV en 2009 (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Los resultados de este indicador en salud se han estado desarrollando durante las dos últimas dos décadas bajo una serie de transformaciones a nivel de sistema de salud y normatividad. En Latinoamérica en la década de los noventa se estuvo aplicando una serie de reformas en sus respectivos sistemas de salud y por supuesto Colombia dio marcha a su nueva reforma en salud, con la ley 100 de 1993.

La reforma de 1993 ha sido una de las más radicales que se ha implementado en los sistemas de salud y sus objetivos primordiales fueron la universalización del aseguramiento social, la protección financiera de las familias frente al gasto catastrófico derivado de los riesgos de salud y la equidad en el acceso a los

servicios de salud. La evidencia muestra que la mayor parte de esos objetivos se lograron en los pasados 20 años. Sin embargo, el desarrollo del modelo derivó en diferentes problemas especialmente concentrados en la fragmentación del modelo de salud con incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en demerito de los objetivos de salud de la población. Como consecuencia se generaron tres situaciones problemáticas: primero, un esquema de prestación de servicios orientado hacia la resolutividad en la alta complejidad con baja capacidad de ejecución de acciones preventivas en un entorno de transición epidemiológica y alta carga de enfermedad; segundo, un aseguramiento que se centró en el manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de los riesgos en salud; y tercero, resultados negativos que se manifiestan sobre los usuarios en la forma de barreras de acceso, en particular en la limitada resolutividad de aquellos procedimientos que involucran el acceso a tecnología en el entorno de los servicios de alta complejidad (Ministerio de Salud y protección Social, 2013).

Los diferentes desarreglos microeconómicos en la relación entre los agentes del sistema desembocaron en severos problemas en los flujos financieros, altos costos de transacción y ruptura de la mancomunación de riesgos a través de los cobros al sistema a través de los servicios no incluidos en el plan de beneficios (No POS). El resultado en el contexto institucional y de muchos usuarios es la limitada legitimidad del sistema. Estos problemas han determinado una situación de crisis sistémica donde los diferentes intentos de resolución han encontrado que la capacidad de agenciamiento de intereses de los agentes se ha sobrepuesto a la capacidad regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Los esfuerzos legislativos a través de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 han ofrecido soluciones parciales que no han resuelto de manera estructural el

problema de fragmentación dejando al propio Ministerio de Salud y Protección Social con una limitada capacidad de rectoría limitada y unos mecanismos regulatorios para efectuar la ordenación del sistema. Una revisión rápida de ciertos indicadores de salud es evidencia de lo anotado anteriormente. Aunque la esperanza de vida al nacer ha progresado a una tasa similar a la de otros países de la región, la mortalidad infantil ha disminuido, igual que la desnutrición infantil, otros indicadores son una tarea pendiente por mejorar. La tasa de mortalidad materna tuvo por 10 años una mejoría que en los últimos años se estancó (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), motivo por el cual no ha podido alcanzar, obstaculizando el alcanzar el Objetivo del Milenio número 5: mejorar la salud materna, para nuestro país permitir que más mujeres maternas con condiciones sociales diferentes mueran a consecuencia de factores que se pueden evitar.

Como se puede observar la salud de las maternas son un objetivo primordial para la organizaciones en salud, por tal motivo este aspecto no ha sido indiferente desde el marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud planteado por la OMS. Según esta organización la Equidad sanitaria puede definirse como la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre las poblaciones o los grupos definidos de manera social, económica, la comisión de determinantes afirma: “la desigualdad sanitaria incluye más que una mera desigualdad, ya que algunas desigualdades sanitarias no pueden describirse razonablemente como injustas, y algunas no pueden ser prevenidas ni remediadas” (Organización Mundial de la salud OMS, Comisión de determinantes sociales, 2009).

La expedición de normas e implementación de estrategias por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) que han buscado la reducción de la mortalidad materna (MM), una de ellas el Modelo de Vigilancia de la Mortalidad Materna Extrema (MVMME), define la morbilidad materna extrema como “una grave complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere de una atención inmediata con el fin de

evitar la muerte.” La implementación de dicho Modelo se dio entre los años 2007 y 2008 con un ejercicio piloto que dio como resultado la introducción del evento de morbilidad materna extrema (MME) en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en el año 2012. Y tuvo el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Con el Modelo, se busca una complementariedad a la vigilancia de la MM desarrollada en el país, de manera que se documentara y auditara este evento severo que presenta una mayor frecuencia que la mortalidad, con su identificación en hospitales de mediana y alta complejidad con criterios clínicos y la evaluación de las fallas que pudieran presentarse en el proceso de atención a la gestante, con lo que impactaría la Mortalidad Materna.

Existen evidencias que al mejorar programas de atención prenatal y trabajar con personal capacitado durante el parto y el puerperio, las tasas de mortalidad materna bajan notablemente (LaFleur M, Vélez J, 2014). La atención con personal capacitado es de importancia primordial, por que se identifican problemas desde el comienzo para evitar la muerte, como se puede ver en muchos casos, la diferencia entre la vida y la muerte (World Health Organization 2012). Por ello, los factores que determinan el acceso al atención de personal capacitado son de importancia para la reducción de la mortalidad materna (LaFleur M, Vélez J, 2014).

En uno de los primeros estudios empíricos sobre el efecto del acceso al atención médica capacitada antes, durante, y post parto sobre la mortalidad materna, (Graham, Bell, and Bullough 2001) encuentran que entre el 16% y el 33% de las muertes maternas podrían ser evitadas al tener la atención capacitada. El estudio se limita a solamente cuatro causas de la mortalidad materna durante el parto, pero el vínculo entre el acceso a servicios médicos y la salud es claro. El resultado resalta la importancia del atendimento médico en la prevención mediante el

---

seguimiento de la salud de la madre y del niño durante el embarazo (LaFleur M, Vélez J, 2014).

Los determinantes al acceso de la mujer a personal médico capacitado antes, durante, y después del parto son de tipo “demanda” por los servicios, “oferta” de los mismos, y por la calidad, o eficiencia de los servicios. Por el lado de la demanda, se identifican factores socio-económicos (ej., pobreza, educación), geográficos (ej., la distancia de las clínicas), y culturales (ej., prácticas culturales en relación al parto). Por el lado de la oferta, la existencia o no de clínicas materno-infantiles, un hospital con personal capacitado es de gran importancia para el acceso a servicios de salud. La calidad de los servicios, incluso de las instalaciones, del equipamiento, y de la capacitación de las parteras y del personal médico incide directamente en las muertes maternas (LaFleur M, Vélez J, 2014).

El estudio de Wörz y otros (2006) describe factores que afectan el nivel de acceso de la mujer a los servicios de salud. Estos incluyen la facilidad del individuo de cumplir con los requerimientos burocráticos para acceder al servicio médico, costos directos (ej. copagos, transporte) e indirectos (ej. pérdida de salarios), y otros. Los autores también apuntan a la distancia de los centros de salud que incide en la decisión de la mujer de quedarse en casa para atender el parto, con menos posibilidad de atención por personal médico calificado. En un estudio sobre la mortalidad materna en Argentina, apuntan a la distancia y la dificultad de llegar a un centro médico a tiempo como un factor importante en la mortalidad materna. En Tanzania se estudiaron 117 casos de muerte materna para identificar las principales intervenciones para reducir la mortalidad. Los autores encuentran que mientras el 79% de los casos recibieron atención médica, el 11% llegaron demasiado tarde. La tardanza en buscar atención médica fue causada en muchos casos por la falta de transporte, además por el rol de la madre y del marido de la mujer en la decisión médica en casos de complicaciones (LaFleur M, Vélez J, 2014).

Un indicador del acceso a ayuda médica capacitada durante y post parto –y por consecuencia de la mortalidad infantil y materna– es el nivel económico de los hogares en específico, y del país en general. Por intuición es un determinante obvio, pero además se puede identificar múltiples canales de interacción entre el ingreso y la salud. El mayor ingreso, al nivel individual y del hogar, permite mejorar la nutrición, el saneamiento, y aumenta el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos (factores de demanda de servicios médicos). Ronsmans y otros (2006) muestran que, en Tanzania e Indonesia, la mortalidad materna en mujeres del primer quintil de ingreso es el doble comparada a mujeres en el quinto quintil. En el caso de Perú, la diferencia entre el quinto y el primer quintiles es de casi 4 veces. ESCAP, en su informe estadístico de 2011, también encuentra la misma tendencia, pero mirando desde la perspectiva del acceso a personal médico capacitado durante el parto. En nueve de los 12 países estudiados en la Asia sudeste, sur, y suroeste, la cobertura de personal médico capacitado en partos fue de más de 40 puntos porcentuales por más bajo en los quintiles más pobres comparados a los quintiles más ricos ( LaFleur M, Vélez J, 2014).

Según los anteriores estudios, el modelo de atención para las maternas en un sistema de salud esta fijamente anclado o determinado por el Recurso Humano en Salud; lo que indica que podría ser un Determinante de la salud que condiciona el comportamiento de la Mortalidad Materna, más aún si se trata de Recurso Humano especializado.

Si bien es un paso importante que las mujeres en su mayoría utilicen los servicios de salud en el control prenatal (CPN) y la atención del parto, es claro que esto solo no basta para impactar la mortalidad materna, se requiere identificar otros elementos que inciden en los resultados de estos servicios tales como la integralidad, la presencia de Recurso Humano calificado para la atención, calidad

y oportunidad de la atención, y la presencia de una adecuada organización del sistema de salud que garantice la maternidad segura.

El Recurso Humano es un determinante que puede llegar a impactar un resultado en salud como lo es la Mortalidad Materna, a pesar de que se ha hecho evidente la importancia del Recurso Humano en salud, se están haciendo esfuerzos para dar solución a los diversos problemas relacionados con este aspecto que afecta la prestación del servicio materno, en algunas Ciudades se hace evidente la escasez de médicos generales y especialistas, enfermeras tanto en instituciones prestadoras de servicios de salud IPS públicas y privadas lo que limita la oferta de servicios las 24 horas del día y la oportunidad en las citas ambulatorias. Otro aspecto que se observa es la sobre carga laboral, lo que afecta la calidad de los servicios y en ocasiones al parecer la falta de talento humano, produce controles prenatales más cortos y con mayor tiempo de espera (Molina G, Vargas G, Shaw A, 2010).

En concordancia con el llamado a la acción de Toronto (2006) en donde se hace una apuesta a la máxima recuperación de los resultados en salud, se pone en primer renglón las competencias del recurso humano en salud, constituyéndolo en un determinante estratégico para el desarrollo de lo que se llamó el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública basada en las competencias de los recursos humanos. Así las cosas el recurso humano en salud se convierte en un determinante de la salud trazador para el desarrollo de estrategias, que contribuyan a la disminución de estas tasas que nos ocupan, siendo este determinante sujeto a una planeación en cuanto a número y distribución diferencial por zonas geográficas.

Sin embargo para el caso que nos ocupa una planificación del recurso humano especialista (ginecólogos) puede evitar una diferencia injusta en el sentido de atención en iguales condiciones a toda la población, a una situación en salud

como es las poblaciones de mujeres en gestación, sin diferenciar clase, cultura, ubicación geográfica, etnia.

Así las cosas el recurso humano como determinante de la salud, cobra una gran relevancia desde el marco de la aplicación del pensamiento sistémico en el fortalecimiento de los servicios de salud, en donde se considera a las personas como el centro del sistema con sus cualificaciones (competencias), creando una arquitectura dinámica como un determinante y actor clave que influye en todo el mecanismo y funcionamiento de un sistema o un programa de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a los sistemas de salud como el “conjunto de organizaciones, personas, y acciones cuya finalidad principal es promover, restaurar o mantener la salud”. Esta organización reconoce seis elementos constitutivos de los sistemas de salud: la gobernanza, información, financiación, la prestación de servicios, medicamentos y tecnología y el recurso Humano , cada uno de los cuales esta directa e indirectamente relacionado con los demás y es en su conjunto conforman un sistema completo (OMS, 2007).

Sin embargo el Recurso Humano quedó adoptado como servicio de insumos y procesos solamente para producir un resultado, con mayor grado de eficiencia a menor costo, y a la luz de esta situación se deben analizar las consecuencias de esa concepción en el modelo de servicios planteado desde la ley 100.

Por lo cual resulta prioritario analizar cada uno de los determinantes de la salud que podrían estar impactando en estos resultados; uno de ellos, es el talento humano en salud, que bajo el contexto anteriormente descrito se encarga de todas las actividades de atención sanitaria y de prevención de las causas evitables de mortalidad materna.

Bajo el anterior contexto, conceptos y argumentaciones acerca del Talento humano y la Mortalidad Materna en Colombia, la investigadora plantea la siguiente pregunta de investigación:

## 2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo el número de Gineco Obstetras existentes y necesarios para la atención de la morbilidad materna se asocia con su más grave consecuencia la mortalidad materna, en Colombia en el periodo 2001- 2012?

## 2.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar el comportamiento de la razón de mortalidad materna (RMM) en Colombia para el periodo 2001-2012 con relación al número de Gineco Obstetras existentes y necesarios para la atención de la morbilidad materna y otros factores tales como : Producto Interno bruto per cápita (PIB percapita), porcentaje de mujeres con educación superior y el porcentaje de población afiliada al Sistema General de Seguridad en Salud (SGSS).

### 2.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el conjunto mínimo de procedimientos, e intervenciones que requiere del Gineco Obstetras para la atención de los principales diagnósticos de la morbilidad materna.
- ✓ Estimar los tiempo que se requiere del Gineco obstetra para la atención de los principales problemas de la morbilidad materna con vista a identificar el número de Gineco Obstetras necesarios para la atención de estos problemas.
- ✓ Identificar las posibles asociaciones entre el recurso humano especialista en ginecoobstetricia disponible y necesario y el comportamiento de la tasa de mortalidad materna en Colombia para el periodo establecido.
- ✓ Identificar la asociación entre el Producto Interno bruto percapita (PIB percapita), el porcentaje de mujeres con educación superior y el

porcentaje de población afiliada al Sistema General de Seguridad en Salud (SGSS) y la razón de mortalidad materna

### **3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL**

#### **3.1 MORTALIDAD MATERNA**

##### **3.1.1 CIFRAS EN MORTALIDAD MATERNA**

La Mortalidad Materna (en adelante MM) más que un indicador refleja el Sistema de Salud, las desigualdades y las inequidades en la salud de las mujeres maternas de un país en particular. Y a su vez refleja el estado de las políticas sanitarias que deben buscar como tal la salud de las gestantes.

La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven, su supervivencia y su desarrollo. Lo que demuestra un debilitamiento en la estructura general de una sociedad (Berg, 1996). Debido a que una gran proporción de mujeres en edad fértil pertenece a la población trabajadora y económicamente activa, las muertes maternas generan una pérdida de la productividad económica y una disminución en los ingresos familiares. Si tomamos en cuenta que en países como el nuestro hay una gran proporción de mujeres cabeza de familia que llevan las riendas de sus núcleos familiares y soportan la economía del hogar, la muerte de ellas genera en sus hijos no sólo una carencia de los recursos básicos para la supervivencia sino también carencias afectivas y de protección (Gallego L, Vélez & Agudelo J, 2005).

Desde su fundación, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) manifestó su preocupación por la situación de la mujer, lo cual se reflejó en la formación de una Comisión relacionada con el status de las mujeres, en 1946. Pero no fue hasta 1973, ante la necesidad de integrarlas al desarrollo, que se pusieron en marcha una serie de medidas dirigidas a ellas. Cabe destacar entre estas la creación de un Fondo de

las Naciones Unidas destinado al desarrollo que ha sido utilizado en beneficio de las mujeres pobres de áreas rurales de países subdesarrollados (Freyemurth, 2010).

Por tales motivos la prioridad mundial en salud materna fue establecida y consumada a partir de 1976 con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, firmado por los Estados miembros de la ONU; en donde deberán adoptar medidas encaminadas a la reducción de la Mortalidad (Naciones Unidas Derechos Humanos, 1976). Así mismo bajo la premisa de Salud para todos para el año 2000, establecida en la Declaración de Alma Ata en 1978, se inició a buscar el acceso de salud para todos los habitantes que produjo una serie de reformas en salud en el caso para América latina. Para el año 2000 el Comité de Derechos económicos, sociales y culturales de la ONU acentúa sus medidas en el mejoramiento y optimización de los Servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a información especializada (ONU - Observación 14, 2000).

La prioridad internacional a la atención materna se reforzó poco después con la Declaración de objetivos del Milenio (ODM), donde uno de ellos es la reducción en tres cuartas partes de las tasas de Mortalidad Materna entre los años 1991 - 2015 (OMS, 2002). Siguiendo esta declaración el gobierno Colombiano define a su vez las metas de Desarrollo del Milenio; a mediados de 2003, un grupo de expertos se reunió y adaptó los objetivos y las metas a la realidad colombiana, construyendo indicadores para cada meta que posteriormente fue consignada en un documento conpes 91 de 2005 el cual fue modificado por el CONPES SOCIAL 140 de 2011, en lo concerniente a la inclusión de nuevos indicadores y ajuste en las líneas de base y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados. En el objetivo número 5 se declaraba que una de las metas en Colombia para 2015 era reducir la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos (Conpes Social 91, 2005).

Para lograrlo los países deben tener en cuenta los objetivos básicos de salud materna que son: las muertes maternas (un resultado biológico medido como muertes a las mujeres durante el embarazo y en el año después del parto, muerte fetal o aborto), y la asistencia calificada durante el parto (un resultado del comportamiento que más se asocia con la muerte de la madre, y refiriéndose al parto asistido por un médico, enfermera o partera capacitada). Son estos los que contienen los dos indicadores seleccionados para medir el progreso hacia la meta del ODM 5A en la reducción de la mortalidad materna. El otro componente del ODM 5, que representa el objetivo 5B, se relaciona con el acceso universal a la salud reproductiva integral (UNDP, 2011).

Es importante precisar que para la Organización Mundial de la salud la mortalidad materna se define como: “la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OPS/OMS, 1995:139).

Esta definición permite la identificación de las muertes maternas, en función de sus causas, ya sea como directa o indirecta. Muertes maternas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado embarazada (es decir, el embarazo, parto y posparto), las intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o una cadena de eventos que resultan de cualquiera de los anteriores. Las muertes debidas por ejemplo a, hemorragia obstétrica o trastornos hipertensivos en el embarazo, o debido a las complicaciones de la anestesia o la cesárea se clasifican como muerte materna directa. Muertes maternas indirectas son las que resultan de enfermedades preexistentes, o a causa de enfermedades que se desarrollaron durante el embarazo y que no se debieron a causas obstétricas, pero agravada por los efectos fisiológicos del embarazo. Por ejemplo, las muertes debidas a agravación de una enfermedad cardíaca o renal existente se

consideran muertes maternas indirectas (WHO, UNICEF, UNFPA, THE WORD BANK, 2014).

Para la medición de la Mortalidad Materna hay dos factores principales que influyen en el riesgo de que una mujer en gestación muera según la OMS (Wilmoth J, Mizoguchi N, Oestergaard M, Say L, Mathers C, Zureick S, ET AL, 2012): (a) el riesgo de morir durante un embarazo único y (b) el número de veces que una mujer se enfrenta a este riesgo (es decir, su nivel de fertilidad). La razón de mortalidad materna (RMM) refleja la (a) únicamente; y se calcula como el número de muertes maternas en un período de tiempo determinado, dividida por el número de nacidos vivos en el mismo período:

$$\text{RMM} = \frac{\text{Número de muertes maternas}}{\text{Número de nacidos vivos}}$$

La tasa de mortalidad materna (TMM) refleja tanto (a) y (b). Y se define como el número de muertes maternas dividido por persona-año vivido por las mujeres de edad reproductiva en una población:

$$\text{TMM} = \frac{\text{Número de muertes maternas}}{\text{Años vividos por mujeres en edades 15-49}}$$

La Razón de Mortalidad materna es generalmente considerada como la medida preferida de la mortalidad materna, ya que describe la frecuencia de muerte materna en relación con su riesgo de fecundación, medida (de manera imperfecta, pero no mal) por el número de nacidos vivos. En la práctica, sin embargo, la RMM es propenso a la medición sesgo porque los datos para el numerador y el denominador se recogen a menudo a través de diferentes medios. Como resultado, a efectos de estimación la OMS aconseja que a menudo es mejor comenzar con los datos sobre la proporción de muertes maternas (PM) de mujeres

en edad reproductiva. Convirtiéndose esta en una medida alternativa de la mortalidad materna; en este caso la proporción de muertes entre las mujeres en edad reproductiva que se deben a causas maternas (PM), se calcula como el número de muertes maternas, dividido por el total de muertes entre mujeres de 15 - 49 años.

$$PM = \frac{\text{Número de muertes maternas}}{\text{Total de muertes entre mujeres de 15 - 49 años}}$$

Por tal motivo la Mortalidad Materna a nivel mundial, en su número total estimado de muertes maternas, disminuyó de aproximadamente 546.000 a 358.000 entre 1990 y 2008. Del mismo modo, Tasa de Mortalidad Materna (MMR) se redujo de 397 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 a 263 en 2008, para una disminución media anual del 2,3%. Dada la escasez de datos disponibles sobre la mortalidad materna en algunos países, los intervalos de incertidumbre en torno a estas estimaciones mundiales son bastante grandes. Mientras que las estimaciones puntuales para la RMM mundial en 1990 y 2008 son 397 y 263, respectivamente, los intervalos de incertidumbre del 95% en torno a estas estimaciones son 290 a 585 en 1990 y 201 a 373 en 2008. Del mismo modo, para la estimación global de las muertes maternas en total, los intervalos de incertidumbre del 95% son 388,000-800.000 en 1990 y 265,000-503,000 en 2008 (Wilmoth J, Mizoguchi N, Oestergaard M, Say L, Mathers C, Zureick S, ET AL, 2012; WHO, UNICEF, UNFPA, THE WORD BANK, 2014).

La Razón de Mortalidad Materna global (RMM) alcanzaba la cifra en 2005 de 400 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos y más aún se creía que a futuro podría llegar a rebasar las 1.800 muertes en Nigeria y Afganistán. En comparación, el promedio para Latinoamérica y el Caribe (LAC) para mediados de la década del 2000, parecía relativamente bajo al ser de 190. Mientras tanto Costa Rica y Cuba, contaban con razones de 30,5 y 39 respectivamente, siendo

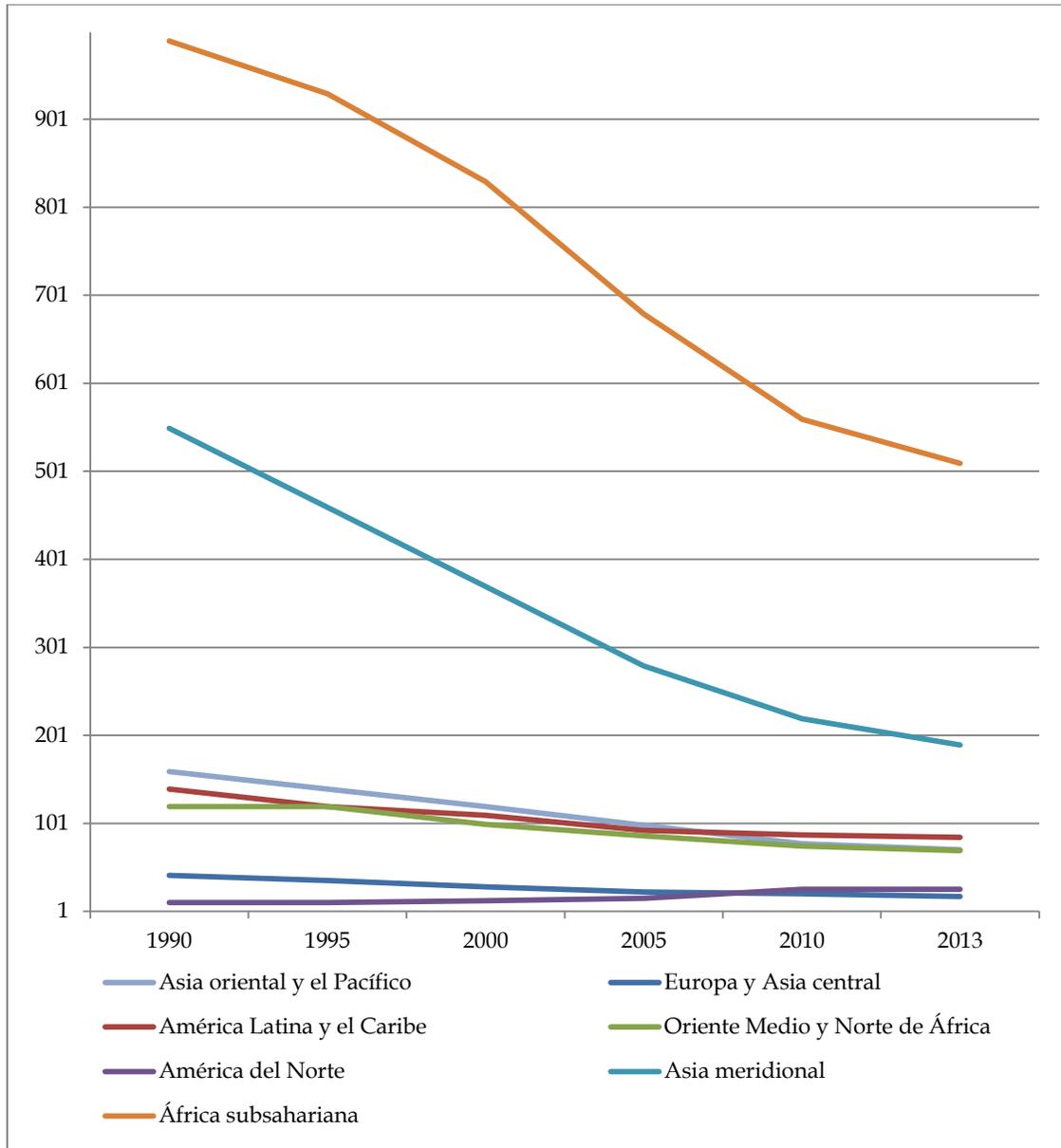
unas de las más bajas de toda la región de América Latina, superadas sólo por Chile y Uruguay. Por su lado, Haití contaba con la RMM más alta de toda América Latina (523 por 100.000 nacidos vivos). El Salvador y Guatemala presentaban para el 2005 las razones más altas de Centroamérica (173 y 153 por 1.000 nacidos vivos), a las cuales les seguía Honduras y Nicaragua (con 108 y 82, respectivamente) (WHO, 2006).

Por otro lado la RMM de mortalidad materna para las regiones desarrolladas del mundo era de sólo 11. En este caso la mortalidad materna es casi totalmente prevenible por medio de intervenciones médicas simples y conocidas. Por lo anterior, la mortalidad materna constituye un indicador claro de las desigualdades entre regiones, así como del contexto más amplio tanto social como de desarrollo económico, y del bajo estatus de las mujeres. Mientras que la atención mundial en torno al tema de mortalidad materna en Latinoamérica y el Caribe (LAC) había sido negligente debido a su relativamente baja tasa de mortalidad materna a niveles nacionales; por tanto LAC constituían una de las regiones con más desigualdades en el mundo según informe de Cepal (2009). En la siguiente gráfica se observa el comportamiento de la Tasa de Mortalidad Materna a nivel mundial y por regiones según la estimación ajustada de acuerdo a los datos obtenidos en el último informe mundial sobre Mortalidad Materna (WHO, UNICEF, UNFPA, THE WORLD BANK, 2014) y la base de datos consultada en el Banco Mundial <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>. Las tablas que se presentan en el presente capítulo fueron reelaboradas por la autora a partir de la base de datos consultada, en este caso Banco Mundial, OMS. Fueron tomadas porque fueron las últimas cifras actualizadas de organizaciones oficiales como la OMS y el Banco Mundial.

Gráfica 2. TASA DE MORTALIDAD MUNDIAL MATERNA POR REGIONES 1990 - 2013



Fuente: OMS, 2014 - Banco Mundial:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT/countries/L4-A5?page=2&display=default>

Gráfica adaptada por la autora.

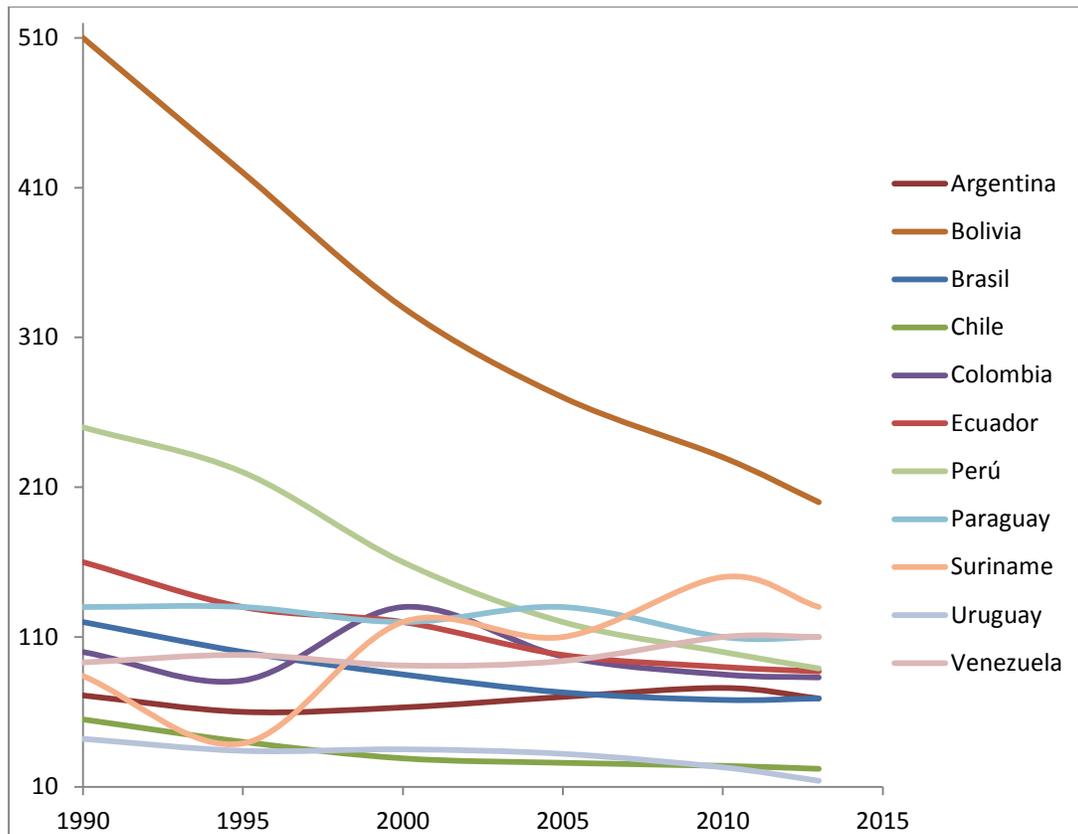
Ya para el 2013 a nivel mundial, el número total de muertes maternas disminuyó en un 45 % a partir de 523 000 en 1990 a 289 000 en 2013. Del mismo modo, la RMM mundial disminuyó en un 45 %; esto a partir de 380 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos en 1990 a 210 en 2013 produciendo un descenso medio

anual del 2,6 % según la OMS. Mientras tanto la Razón de Mortalidad Materna cayó anualmente en un 3,3 % entre 2005 y 2013, más rápido que el 2,2 % disminución promedio anual observado entre 1990 y 2005 (WHO, UNICEF, UNFPA, THE WORD BANK, 2014).

Todas las regiones experimentaron un descenso del 37% o más en RMM entre 1990 y 2013. La mayor reducción en el período de 23 años se encontraba en Asia del Este (65 %), seguida de Asia meridional (64 %), África subsahariana África del Norte (57 %), el sudeste de Asia (57 %), Oceanía (51 %) , ( 49 % ), el Cáucaso y Asia Central ( 44 % ), Asia Occidental ( 43 % ) y América Latina y el Caribe ( 40 %). Por su parte Asia Oriental experimentó el mayor descenso anual promedio entre 2005 y 2013 en el 5,2% mientras que América Latina y el Caribe experimentaron la menor disminución en el mismo período, en 1,1 % (Wilmoth J, ET AL, 2012; WHO, UNICEF, UNFPA, THE WORD BANK, 2014). Al interpretar el cambio en RMM, se debe prestar atención a la relativa facilidad de reducir la RMM cuando los niveles son altos en comparación con cuando son bajos (Wilmoth J, ET AL, 2012; WHO, UNICEF, UNFPA, THE WORD BANK, 2014).

En la siguiente gráfica se muestra el comportamiento de la MM en Suramérica de acuerdo a las estimaciones reportadas en el último informe de la OMS:

Gráfica 3. Tasa de Mortalidad Materna Suramérica 1990 - 2013



Fuente: OMS, 2014 - Banco Mundial:

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT/countries/L4-A5?page=2&display=default>

Gráfica reelaborada por la autora

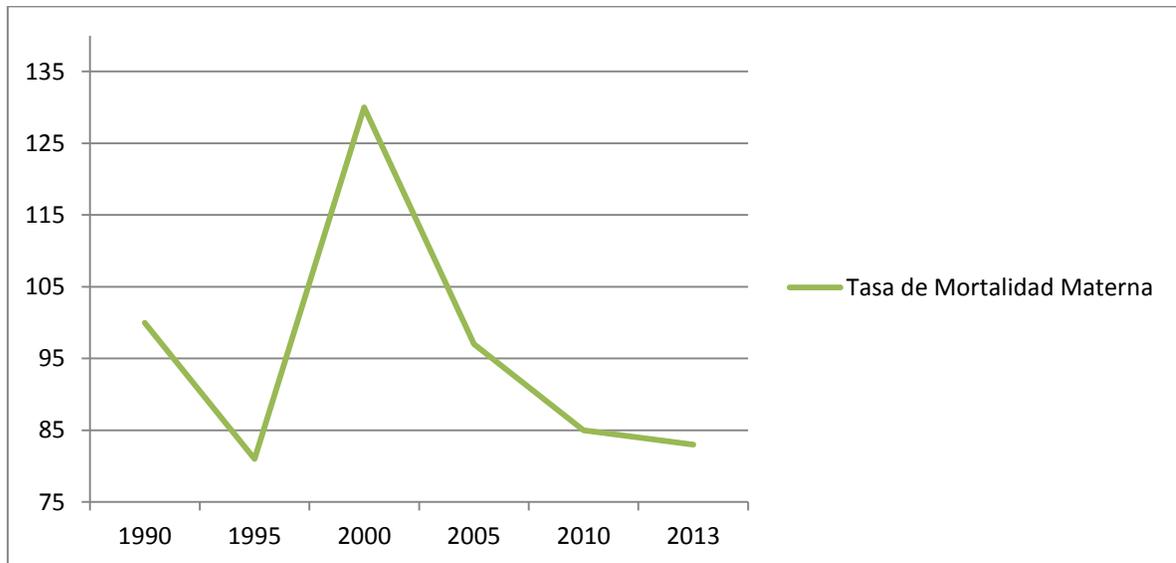
En cuanto al comportamiento de la Mortalidad Materna y a los objetivos alcanzados por parte de los últimos gobiernos Colombianos, es importante recordar que el Sistema Nacional de Salud (SNS) en Colombia operó desde 1974 hasta 1993, basado en los principios del modelo de Estado benefactor, con un direccionamiento centralizado, organizado por niveles de atención, y logró una cobertura de aproximadamente 75% de la población. En este sistema se dio gran impulso a los programas preventivos, que lograron generar un impacto importante en el mejoramiento de la salud pública (Grupo Economía de la Salud, Universidad de Antioquia, 2001; República de Colombia - Ministerio de Salud, 1994; Molina G, Vargas G & Shaw A, 2010).

El Ministerio de Salud quien dirigía un programa centralizado de control prenatal para entonces y que operaba a través de los centros de salud y los hospitales públicos, logró para ese entonces que la mortalidad materna (MM) se redujera progresivamente de 310 por 100.000 nacidos vivos en 1956 (Molina G Et Al, 2010; Torres Y, Montoya L, Cuartas J & Osorio, 2005) a 86,3 por 100.000 nacidos vivos en 1985; y finalmente 68,2 por 100.000 nacidos vivos en 1993 (Quintero A, 2005). Sin embargo, algunos autores refieren que con la implementación de la Ley 100 de 1993, la tasas de MM empezaron a incrementarse para la década de los noventa y para el 2000 alcanzó la cifra de 103,1 en 100.000 nacidos vivos cifra más alta a la obtenida al inicio de los años ochenta (Molina G Et Al, 2010; Torres Y, Et Al 2005; Fino E, 2007; Pazmiño S & Guzman N, 2009).

Bajo la orientación de organismos internacionales, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante la Ley 100 de 1993, cuyo propósito fue avanzar más en cobertura, acceso, calidad y sostenibilidad financiera (Molina G Et Al, 2010). Esta ley estableció el aseguramiento como medio para garantizar el acceso a los servicios; cambió el subsidio de la oferta por el subsidio de la demanda; aumentó la privatización; impulsó los mecanismos de mercado y competencia entre instituciones públicas y privadas; y estimuló la generación de mecanismos de eficiencia y rentabilidad financiera (Colombia - Congreso de la República, 1993). Con esta ley creció el número de actores en el aseguramiento y en la prestación de servicios, y los recursos en salud como porcentaje del PIB aumentaron desde 1,9 en 2000 a 3,4 en el 2006 (Molina G Et Al, 2010); sin embargo, la disponibilidad de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad decrecieron, dado que este tipo de servicios no genera ganancias financieras en un modelo de competencia que privilegia la búsqueda de beneficio económico. En consecuencia según algunos autores consultados, los indicadores de salud pública retrocedieron, con persistencia o incremento de la problemática de la MM (Molina G Et Al, 2010; Fino E, 2007; Pazmiño S & Guzman N, 2009).

A continuación en la gráfica se presenta el estimado de la Tasa de Mortalidad Materna para Colombia y su comportamiento desde 1990 - 2013, ajustado a la nueva forma de estimación utilizada por la OMS (WHO, UNICEF, UNFPA, THE WORD BANK, 2014).

**Gráfica 4. Tasa de Mortalidad Materna Colombia (1990 - 2013)**



Años	1990	1995	2000	2005	2010	2013
TMM - COLOMBIA	100	81	130	97	85	83

Fuente: OMS, 2014 - Banco Mundial: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT/countries/L4-A5?page=2&display=default> Gráfica reelaborada por la autora

Para los últimos años se muestra una tendencia decreciente, más sin embargo por ejemplo entre el 2008 y el 2009, los documentos oficiales informan la tasa de Mortalidad Materna subió de 63 casos a 73 muertes por cada cien mil nacidos vivos. Este retroceso en algunos casos y para algunas regiones del país requiere de explicaciones e interpretaciones urgentes porque no solo dificulta el adecuado cumplimiento de este objetivo del milenio sino afecta a las mujeres y se piensa que un camino a la explicación podría ser las existentes fallas en los servicios de salud que merecen ser adecuadamente solucionados (Boletín, Observatorio en Salud, 2012).

Un pequeño contexto a nivel regional puede dar cuenta de las diferencias sustanciales entre los diferentes departamentos y regiones. Al terminar la década del 2000 el Norte de Santander se presentaba como el departamento con la razón más baja de todo el país, con 27 casos de muertes maternas durante el año 2008. Seguido muy cerca de Quindío con 29 muertes y Meta con 38. Por su parte Bogotá tuvo una razón de mortalidad de 39, 97. Y a su vez los departamentos provenientes de las regiones amazónicas y del pacífico presentaban las cifras más elevadas del país; como por ejemplo Chocó con una tasa 233 casos y Amazonas y Guainía con indicadores de 285 y 351 muertes maternas (Boletín, Observatorio en Salud, 2012).

Durante el año 2010 según el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) ocurrieron 485 muertes maternas en el país. El 40,41% (196 muertes) se debían a afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte, el 21,44% (104 muertes) a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio y el 16,70% (81) a complicaciones del trabajo de parto y del parto. Según el informe la mortalidad materna hasta los 42 días y la tardía mostraban un comportamiento similar en todas las regiones. En el caso de la región Amazonía-Orinoquía mostró un particular comportamiento durante el periodo 2005 a 2010. En el año 2006 presentó un pico alcanzando una razón de 152,94 y otro en el año 2009 subiendo a 160,83 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, el valor de la razón para el año 2010 fue de 138,16. Por otro lado la mortalidad materna en la región Bogotá-Cundinamarca en general, presentaba un descenso aunque se evidenciaba una elevación en el año 2009 alcanzando una razón de 55,30 lo cual significó 16,59 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos más que en el año 2008 y 13,38 menos que en el año 2010 (MSPS, 2013).

Por otro lado según el Ministerio de Salud y la Protección Social, en el departamento de Putumayo la razón de mortalidad materna hasta los 42 días es significativamente más alta que la del país en un 36% para finales del 2010. Por el

contrario no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la razón nacional y las de los departamentos de La Guajira, Chocó y Caquetá. Mientras tanto los departamentos de San Andrés Islas, Amazonas, Guainía y Vaupés no presentaron muertes maternas durante el año 2010. Los demás departamentos y el distrito de Bogotá D.C, no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre sus razones de mortalidad materna departamentales y la nacional (MSPS, 2013).

Dentro de las causas de la mortalidad materna se han descrito debilidades en el acceso a servicios de salud de calidad. En Colombia la atención institucional del parto aumento un 2,01% entre los años 2005 y 2010. Aunque todas las regiones han incrementado la cobertura de atención es más notable en las regiones Oriental y Pacífica donde el incremento fue de 3,43% y 3,06% respectivamente. La región que menor porcentaje de incremento experimento fue la región Bogotá-Cundinamarca con un 0,22% (MSPS, 2013).

De acuerdo con la ENDS, el 95,4% de las mujeres encuestadas manifestaron haber tenido atención de parto institucional. El porcentaje de atención es más bajo entre las mujeres con nivel educativo más bajo o sin educación quienes manifiestan haber tenido el parto en la casa o en otro sitio. Según la ENDS 2010, el 91,7% de las mujeres encuestadas que habían tenido nacimientos en los 5 años previos a la encuesta recibieron atención prenatal de un profesional médico, lo cual representa un 4,6% más que lo encontrado en la ENDS 2005. El 5,3% de las atenciones prenatales fueron brindadas por un profesional de enfermería, un 1,5% menos que lo encontrado en la ENDS 2005. Un 3,0% de las mujeres no recibieron atención prenatal lo cual es un 3,4% menos que lo encontrado en el año 2005. De la misma manera la cobertura de control prenatal también se ha incrementado en Colombia un 3,86% durante el quinquenio 2005-2010. Todas las regiones han aumentado el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales a excepción de Amazonía-Orinoquía donde la cobertura descendió en un 6,30%. Las regiones que

mayor aumento han experimentado son Central, Pacífica y Oriental con un 5,76%, 4,99% y 4,23% respectivamente (MSPS, 2013).

En Colombia la pobreza genera desigualdades en la distribución de la mortalidad materna. El 50% de la población más pobre soporta aproximadamente el 69% de la mortalidad produciendo desigualdad a favor de los más favorecidos en la sociedad, con un índice de concentración de - 0,2258. Según el informe del MSPS (2013) los departamentos de Chocó, La Guajira y Córdoba están dentro de los que tienen mayor proporción de personas en Necesidades Básicas Insatisfechas y a la vez experimentan alta mortalidad materna. A su vez llaman la atención acerca de los departamentos de Putumayo y Caquetá, donde a pesar de que el porcentaje de personas en Necesidades Básicas Insatisfechas no es de los más altos, las razones de mortalidad materna si lo son.

En Colombia existen diferencias territoriales que confirman la relación entre el nivel de desarrollo y la muerte de mujeres gestantes; por ejemplo, mientras que en el departamento del Huila mueren cerca de 20 mujeres por cada cien mil nacidos vivos, en Putumayo mueren 242 mujeres. En estos casos las muertes se asocian a la falta de acceso oportuno a servicios de salud, a la débil infraestructura y dotación de estos servicios y la insuficiente capacitación del personal de salud para atender una emergencia obstétrica. De esta manera en los últimos años al 2015 los 5 departamentos más críticos respecto al promedio nacional entre el 2010 y 2012 fueron: Putumayo (242,2) Caquetá (194,3) Chocó (178,7), La Guajira (154,9) y Córdoba (146,8). Sumado a ello que el embarazo en adolescentes duplica el riesgo de muerte materna en el país y aportan casi el 20% del total de las muertes maternas (ONU - Boletín de prensa, 2013).

Bajo este contexto epidemiológico del país sobre las Tasas de Mortalidad Materna, reducir este indicador se ha convertido en una prioridad de salud pública para Colombia, pues en cifras actuales, la tasa de muerte en mujeres gestantes en 83 por

cien mil nacidos vivos en el 2013 no se compadece con el nivel de desarrollo del país, máxime cuando el 98% de los partos son atendidos en instituciones de salud, lo cual debería garantizar la supervivencia de las gestantes. Si bien ha habido importantes avances, como lo evidencia la disminución ocurrida entre 1998 y 2010 – pasando de 100 muertes por cien mil nacidos vivos en el primer año hasta 83 en el segundo – difícilmente se podrá cumplir la meta fijada para Colombia al final del 2015 de reducir la mortalidad materna a 45 por cien mil nacidos vivos (ONU - Boletín de prensa, 2013).

### **3.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y MORTALIDAD MATERNA**

Para realizar una definición acerca de los Determinantes Sociales de la Salud, se debe acudir prácticamente a la evolución y a la historia de la medicina y la salud pública. En investigaciones previas, realizadas por Cardona (2008, 2005) y Perdiguero y Colaboradores (2001), evidencian que en el siglo XVIII Y XIX en los Estados Europeos eran las difíciles condiciones de vida y de salud de las poblaciones más pobres y generalmente estas se asociaban a factores que tenían que ver con niveles políticos y económicos. Todo esto debido a las migraciones de las personas hacía las grandes ciudades industriales y de la transformación de los procesos productivos de la revolución industrial europea, que condujeron a epidemias, debilitamiento de las condiciones ambientales (Mejía L, 2013).

Investigaciones como la de Mejía (2013) evidencian que perspectivas históricas como la de Sigerist, García, Berlinguer, Turner, Fee, Brown y Cardona recuerdan que los líderes del Movimiento Sanitarista de la primera mitad del siglo xix se interesaron por las altas tasas de morbilidad y mortalidad de aquella época, las cuales interpretaron como resultado de factores estructurales del nuevo orden económico industrial. Tal problemática se veía reflejada en las difíciles condiciones de trabajo en las fábricas; la fatiga, el agotamiento físico y las nuevas

enfermedades debido a las extenuantes jornadas de trabajo; la pobreza, la malnutrición y el hacinamiento en las clases populares; la falta de agua potable; las malas condiciones higiénicas de las viviendas y de los centros industriales, así como en el bajo nivel educativo y cultural de la población, entre otros (Mejía, 2013).

La tradición inaugurada por el Movimiento Sanitarista de principios del siglo XIX, que relacionaba la salud-enfermedad con las condiciones estructurales de la sociedad, se mantuvo en las aportaciones hechas por reconocidos líderes del pensamiento de la salud pública en la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Líderes sanitaristas como Neumann y Virchow sostenían que las condiciones sociales y económicas influían significativamente sobre la salud de la población y que el Estado debía asegurar la protección de salud de todos los ciudadanos. Con base en esas consideraciones Rosen, confirmaba que para superar las desigualdades sociales y mejorar la salud de la población se requerían profundas transformaciones sociales que propiciaran mejores condiciones de vida para las clases menos favorecidas (Rosen, 1958; Berlinguer G, 2007; Turner BS, 2000).

También desde la vertiente filosófica del materialismo histórico Marx y Engels, analizaron los problemas de salud y las condiciones de vida de los trabajadores. La importancia de las condiciones materiales de vida, la organización política de la sociedad, la ideología y la concepción de justicia desencadenaron categorías teóricas que apoyarían los reales problemas de la sociedad capitalistas, estas fueron: modo de producción, estructura de clases de la sociedad capitalista, reproducción de la fuerza de trabajo, entre otras (Marx K, Engels F, 2007; Mejía L, 2013).

A su vez autores como Viselpear (1982), mencionan que Winslow entre 1915 y 1925 ratificaba los problemas estructurales de la sociedad y su relación con la salud de

la población. Afirmaba, que en salud pública eran necesarios los esfuerzos de la comunidad organizada para favorecer el medio ambiente saludable y el desarrollo de mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para preservar la salud. De la misma manera Sigerist (1974) sostuvo que la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación [6]. Para ello, se requieren los esfuerzos coordinados de estadistas, líderes del trabajo, la industria, la educación y el personal sanitario, a fin de establecer medidas de protección en saneamiento básico, control de enfermedades transmisibles y cuidado especial a madres, niños y trabajadores.

En América Latina en el siglo XX, autores como Behm (1979), aportaba un mayor acercamiento a los Determinantes económicos y sociales que condicionaban el comportamiento de la mortalidad en América Latina. Identificaba y confirmaba que en América Latina, los diferenciales de mortalidad existentes entre países, como al interior de los mismos y entre regiones, e incluso entre el nivel urbano-rural, se explicaban a partir de desigualdades sociales y económicas de nivel estructural y que actúan generando "excedentes de mortalidad por etnia, por grupos de edades y por clases sociales.

Por otro lado Asa Cristina Laurell (1977), contribuía también a divulgar y profundizar una concepción acerca del fenómeno salud - enfermedad a nivel colectivo, en este nivel el fenómeno tiene una Determinación Social y debe ser estudiado en el contexto de una teoría social. Donde los factores socioeconómicos juegan un papel más importante en la génesis de la Mortalidad en los países de Latinoamericanos que prevalecen con una mortalidad alta; además añade y aclara la existencia de Determinantes Biológicos en el proceso salud-enfermedad y muerte. Aquí se intenta articular lo biológico, en un contexto social, en las tesis de que las causas sociales pueden desencadenar y transformar los factores biológicos.

A partir de ello e incluso antes de la década de los setenta se inició a conformar en América Latina el llamado Movimiento Latinoamericano de Medicina Social, en donde participan diferentes investigadores Latinoamericanos con una posición y una propuesta contra hegemónica a lo planteado a la epidemiología clásica y tradicional. A partir de ellos se desarrollaron una serie de planteamientos teóricos y epistemológicos centrados en categorías marxistas, para analizar la Determinación de las condiciones de Salud Colectiva (Mejía L, 2013).

Para otros autores en contraposición este la hegemonía del higienismo y su fundamentación biológica que durante décadas y siglos aportaron e nivel del control de enfermedades, agotaron su capacidad para explicar las enfermedades y su eficacia para prevenirlas y tratarlas. Además de ello se argumenta que el modelo unicausal se reforzó en las últimas décadas con la hegemonía del mercado de la prestación de servicios de salud, derivada de las llamadas reformas neoliberales (Alvárez L, 2009).

Desde ese entonces hasta la actualidad el Movimiento Latinoamericano de Medicina Social liderado por investigadores como Breilh (2010), Laurell (1982), Almeida-Filho (2000), cuya concepción de la "salud-enfermedad" se reconoce como una expresión de las condiciones de vida históricamente determinadas/estructuradas, que dependen de las formas de organización social de la producción y que generan diferencias en la calidad de vida de los grupos humanos. En este sentido, comprende que los grupos de cada clase social, de acuerdo a su modo de inserción en la esfera productiva, a sus patrones de consumo, a sus formas específicas de organización e interacción, su cultura, su contexto histórico y su relación con el medio ambiente, pueden soportarse en fuerzas positivas que protegen su salud y les permiten avanzar durante su ciclo vital con calidad de vida, o al contrario, afrontar procesos destructivos que los constriñen y deterioran. A esto es lo que denominan la determinación social de la

salud-enfermedad, resultado del movimiento histórico-social de la reproducción, sus relaciones, sus estructuras de poder y sus contradicciones.

A través del anterior contexto se puede evidenciar que ya de siglos atrás los investigadores hablaban sobre el terreno de los Determinantes y que durante la mitad del siglo XX se dieron mayores discusiones. Es el caso de la realización de la conferencia Alma Ata (1978) y de las posteriores conferencias sobre promoción de la salud lideradas por la OMS. En la conferencia se fijaba la necesidad de aplicar estrategias en salud intersectoriales con fuerte componente de participación ciudadana, basadas en la mejora de la calidad de vida, especialmente de los más pobres. Aunque allí no se mencionaban específicamente el concepto de DSS, si se iniciaron las primeras pautas para garantizar la salud para todos (Mejía L, 2013).

Posterior a ello en 1986 la conferencia de Ottawa afirmaba que para alcanzar adecuadas condiciones de salud y bienestar, físico, mental y social. Allí, la salud fue concebida como fuente de riqueza y el mejor recurso para el progreso personal, económico y social. La educación, la vivienda, la alimentación, la renta, la justicia social, la equidad, un ecosistema estable y la paz, fueron considerados requisitos y determinantes fundamentales para proteger la salud y llevar una vida digna (Primera Conferencia Internacional para la promoción de la salud, 1986).

Luego de esto se sucedieron una serie de conferencias como la de Adelaida en 1988, Sundsvall y Yakarta en 1997 donde se ratificaban los contenidos de Alama Ata y de Ottawa y se solicitaban buscar estrategias para la promoción de la salud. Ye en el 2000 en México se reconoce finalmente la urgencia de abordar los Determinantes Sociales, económicos y medioambientales de la salud con la colaboración de todos los sectores y niveles de la sociedad (Mejía L, 2013).

Es así como en las declaraciones de todas las conferencias internacionales sobre promoción de la salud de la OMS se encuentra explícito el tema de los Determinantes Sociales de la Salud (en adelante (DSS). Ello ha permitido que se

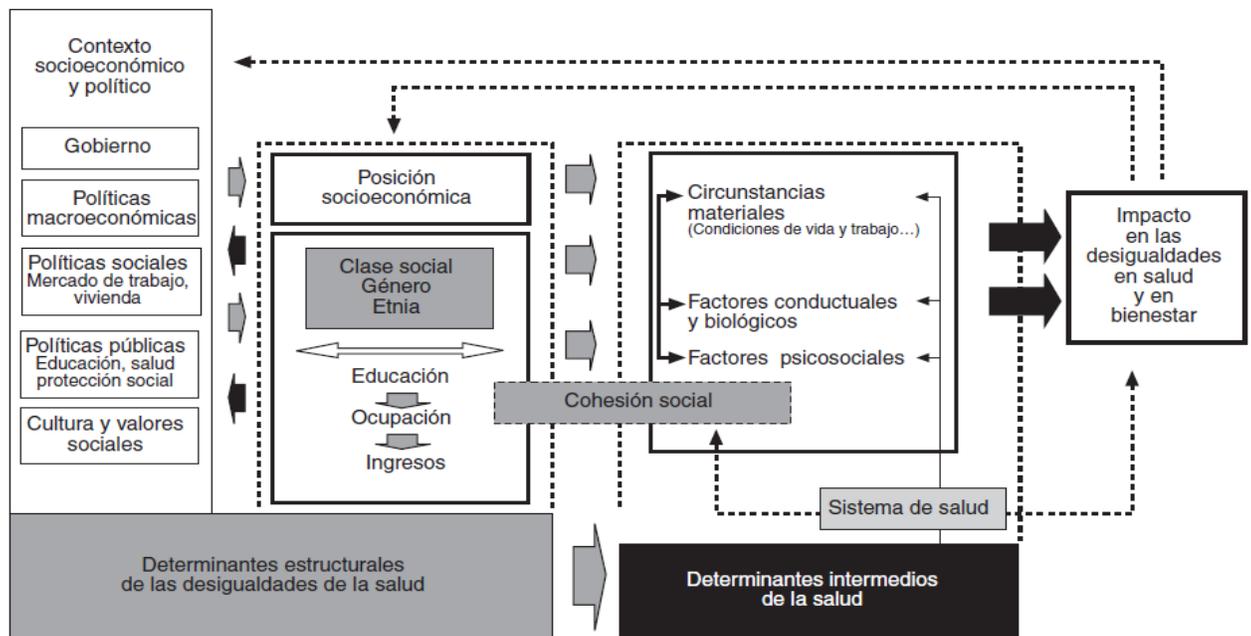
avance en la superación del enfoque exclusivamente biólogo de la salud y que se insista en la necesidad de transformar las estructuras económicas y políticas para superar las desigualdades sociales y alcanzar la salud y el bienestar para todos (Mejía L, 2013; Álvarez L, 2009).

En el año 2003, la OMS propuso establecer una política de relacionamiento entre el conocimiento y la acción, en un intento por conformar una base científica y movilizar sectores de diversas instancias para la formulación de políticas públicas orientadas a reducir las inequidades en salud y recuperar los valores de Alma Alta. Como consecuencia de ello, en 2005 conformó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (en adelante CDSS) y designó como su coordinador a Michael Marmot, un reconocido académico inglés quien desde tiempo atrás venía liderando una vasta producción bibliográfica sobre el concepto de los DSS (Marmot M & Wilkinson R, 1999; Wilkinson R & Marmot M, 1998; Marmot M, 2005; Commission on Social Determinants of Health, 2007)

Desde la perspectiva de la OMS, el concepto de los DSS se ha definió como:

“aquellos factores biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales que inciden, determinan y condicionan la salud-enfermedad de la población y en general, como aquellas condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas.” (Irwin A & Scali E, 2005; Solar O & Irwin A, 2005).

Figura 1. Determinantes Sociales de la Salud (Solar e Irwin)



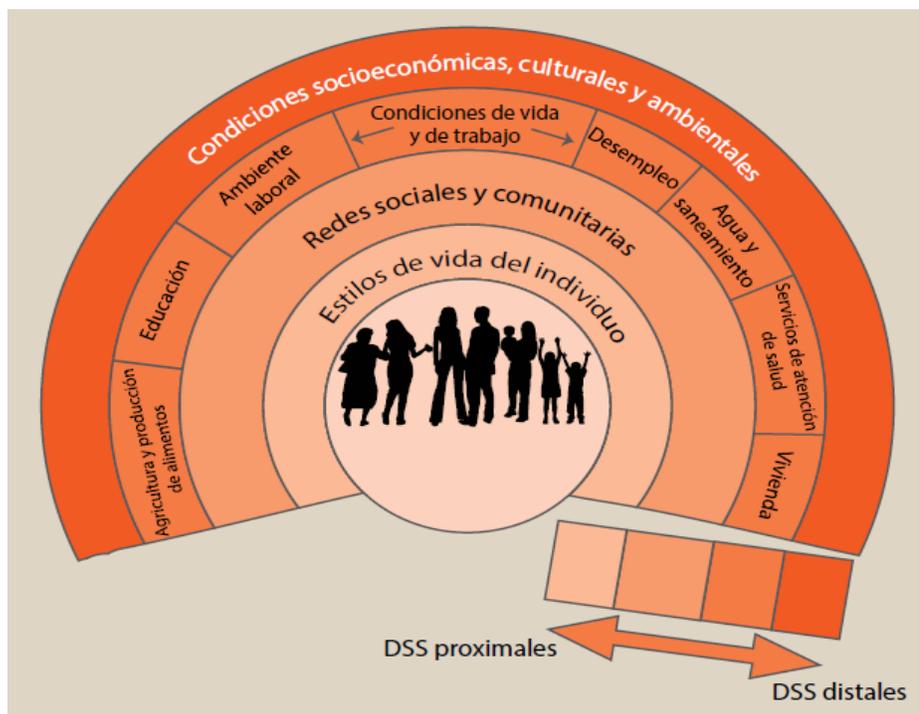
Fuente: Solar e Irwin<sup>1</sup>.

En tanto dichas condiciones pueden ser positivas o negativas, se les reconoce como factores protectores y/o factores de riesgo respectivamente. Dichos factores se soportaron en estudios previos de Wilkinson y Marmot (Marmot M & Wilkinson R, 1999; Wilkinson R & Marmot M, 1998); quienes habían mostrado la relación entre las condiciones de salud de la población y aspectos relacionados con la jerarquía social, el stress, los primeros años de vida, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, las adicciones, la alimentación, las adicciones y el transporte.

Dahlgren y Whitehead (1997) clasificaron previamente los DSS en tres grandes categorías: a) Estructurales: condiciones socioeconómicas, culturales y del medio ambiente que determinan las condiciones de vida y del trabajo entre los cuales incluye el ambiente de trabajo, el desempleo, la educación, la vivienda, los servicios de salud, saneamiento básico, y la producción agrícola y de alimentos. b) Distales: las redes comunitarias y de apoyo social. Y c) Proximales: aquellos factores individuales y biológicos como los estilos de vida, la edad, el sexo, y los

factores genéticos. Desde este enfoque se considera que el contexto social propicia la estratificación social que conduce a diferencias en la posición social de las personas condicionando sus posibilidades de salud y de vida. Esa posición social, como categoría central en esta perspectiva, implica diferencias sustanciales en las oportunidades de acceso al poder y a los recursos, así como en la exposición a riesgos (Mejía L, 2013).

Figura 2. Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: OMS - Comisión de Determinantes Sociales- CDSS, 2008.

Por su parte la CDSS en su informe final de 2008 planteó que los DSS son “las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece”; tales circunstancias a su vez determinadas por la manera como se distribuye el dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local (determinantes estructurales). Para la CDSS, el conjunto de los determinantes estructurales y las condiciones de vida son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y al interior de ellos. Por lo tanto, sostiene que las políticas y los

programas para reducir las inequidades en salud deben englobar a todos los sectores clave de la sociedad (poderes públicos, organismos internacionales, empresas, sociedad civil y comunidad) y deben dirigirse a mejorar las condiciones de vida y a luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos (OMS - CDSS, 2008).

Algunos autores, sin embargo indican que a pesar de que el enfoque de la OMS sobre los DSS remite muy claramente a las condiciones estructurales de la sociedad para explicar las inequidades en salud y en condiciones de vida en los diferentes países o regiones del mundo, la naturaleza multilateral de ese organismo, en el que confluyen países con muy diferentes enfoques de la política y de la sociedad, no hace esperable que sea ese organismo el que promueva el cambio de modo de producción capitalista. Ese será un aspecto que se dirimirá en el complejo escenario de la política, que trasciende en mucho el campo exclusivamente disciplinar de la salud pública (Mejía L, 2013); así mismo que La hegemonía neoliberal relegó a un segundo lugar las directrices de la OMS fijadas en la declaración de Alma Ata, en relación con la necesidad de aplicar estrategias de salud intersectoriales con fuerte componente de participación ciudadana, basadas en la mejora de la calidad de vida, especialmente de los más pobres. Por el contrario, bajo el modelo neoliberal se instauraron sistemas de salud que tienen como núcleo el aseguramiento individual, la atención a la enfermedad más que la prevención y la promoción de la salud, privilegiando a los sectores de la población de mayores ingresos que acceden a pólizas de seguro más costosas y priorizando la rentabilidad de las instituciones financieras participantes de los nuevos sistemas (Álvarez LS, 2005; Almeida C. 2002; Homedes N & Ugalde A, 2005; Gamboa T & Arellano M, 2007).

Por lo anterior la crisis del ensayo neoliberal en que la OMS, en su asamblea de 2004, lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud (Irwin A & Scali E, 2005). Se trata de una estrategia que busca aplicar el

conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud; según algunos autores, es un intento de recuperar las estrategias de Salud para Todos y de Atención Primaria en Salud. La perspectiva de los determinantes se deslinda claramente de las reformas mercantilistas y al mismo tiempo denuncia su estrepitoso fracaso e incapacidad para resolver los complejos problemas de salud contemporáneos (National Institute for Health and Clinical Excellence, Universidad del Desarrollo, 2007; Álvarez L, 2009).

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) define los mismos como las “condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas” y los distingue de los factores de riesgo individuales, esto es, busca las causas de la incidencia y no del caso (OMS, 2007). Propone un análisis de la salud desde una perspectiva de equidad, dirigida a promover la reducción de las diferencias injustas de salud entre los diferentes grupos humanos. Estas diferencias se plantean como consecuencia de la estratificación social, la cual, a su vez, se produce por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios (OMS, 2007).

En este orden de ideas, se reconoce la existencia de un orden social y político injusto que requiere transformaciones estructurales. Se plantea así, la necesidad de una nueva moralidad para la globalización, ya no bajo la imposición de los valores referidos al mercado, correspondientes a un modelo de desarrollo neoliberal, sino en valores universalmente compartidos y en la garantía de los derechos humanos. Es necesario, reconocer la salud como un derecho humano y, por lo tanto, como un asunto de justicia social OMS, 2007 (Baum, 2008; Peñaranda, 2011).

La propuesta de los determinantes sociales de la salud, planteada por la CDSS, ha recibido un gran respaldo en el campo de la salud pública, pero también importantes críticas. Más allá de las divergencias teóricas y políticas, resulta

valioso el haber planteado la justicia social como perspectiva para pensar y actuar en salud pública. Ahora bien, dado que existen diferentes posiciones filosóficas respecto a la justicia social, asimismo, habrá diferencias en la forma de concebir la salud pública según la perspectiva filosófica asumida. En este artículo se muestran las consecuencias que para la salud pública tiene asumir una perspectiva filosófica de la justicia social que tome en consideración lo que sucede en la realidad con la sociedad y las vidas de las personas, en su relación con las instituciones y reglas existentes, tal como lo plantea Amartya Sen (Peñaranda F, 2011; OMS, 2007).

El análisis de la salud pública desde la justicia social no se agota en una perspectiva de esta naturaleza, pues también habrá que reconocer la necesidad de promover transformaciones en los esquemas institucionales injustos que originan las injusticias en el ámbito del escenario político y, en este sentido, centrar la reflexión y la acción en la eliminación de las injusticias detectadas, constituiría una visión reduccionista. Es así como, debido a la restricción del espacio, se plantea recoger los aportes de dicha propuesta filosófica para promover una reflexión sobre la necesidad de rescatar el sujeto en la salud pública, un sujeto más allá del sujeto autónomo, liberal, autodeterminado e individualista, propio de la modernidad. Corresponde más bien a un sujeto situado en una perspectiva histórica-sociocultural-ontológica; es decir, desde una dialéctica entre el sujeto y la sociedad (Peñaranda F, 2011; OMS, 2007).

Finalmente la CDSS presenta su marco conceptual constituido esencialmente por tres componentes: el contexto social, la jerarquía social y los determinantes intermediarios de la salud (Peñaranda, 2011; OMS, 2007).

En el primer componente, se propone el estudio de aspectos como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, la cultura, los valores sociales y todos aquellos elementos que hagan parte del

contexto social donde se constituyen las desigualdades e inequidades sociales (Peñaranda F, 2011; OMS, 2007).

En un segundo componente, se propone el análisis de aspectos como la jerarquía social, la estructura social, la clase social y la posición socioeconómica como mecanismos que inciden directamente en las relaciones de prestigio y poder que afectan las condiciones de salud de los individuos y las comunidades (Peñaranda F, 2011; OMS, 2007).

En un tercer componente, se plantea la investigación de factores intermediarios de la salud, entre los que se deben mencionar las circunstancias materiales, los comportamientos y factores biológicos, los factores psicosociales y los sistemas de salud, es decir una serie de elementos que se pueden ubicar fundamentalmente en el plano individual de la salud, pero que también marcan el perfil de salud de los distintos grupos sociales. La CSDD espera que al retomar en las diferentes investigaciones e intervenciones estos tres componentes, se logre avanzar en la comprensión de la relación entre equidad, salud y bienestar social (Peñaranda F, 2011; OMS, 2007).

Este referente teórico parte del reconocimiento de la existencia de un contexto estructural socioeconómico y político de la sociedad. Este contexto se traduce en una estratificación de la población en clases sociales, en términos de la distribución de los excedentes económicos, así como del poder en diferentes esferas. Como se mencionaba antes, los elementos contextuales resaltados en este marco conceptual son: la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, la cultura, los valores de la sociedad y las condiciones epidemiológicas (Peñaranda F, 2011; OMS, 2007).

A partir de ello y revisando la documentación a nivel de DSS en América Latina, cuando se analiza el desempeño de la región Latinoamericana, medido mediante

el índice de desarrollo humano (IDH), se encuentran diferencias muy pronunciadas, tanto respecto del IDH global, como de los 3 indicadores que lo conforman (esperanza de vida, alfabetización y PIB per cápita). Los gobiernos de América Latina y el Caribe incrementaron los recursos públicos destinados al gasto social como proporción del PIB entre los años noventa y 2003 de 12,8 a 15,1%; sin embargo, el mismo fue insuficiente y no logro alterar las diferencias ya existentes entre los países y en la distribución al interior de los mismos (Silberman M, Moreno L, Kawas V, González E, 2013).

Entre las características de los sistemas de salud de la región para resaltar están la segmentación de los servicios, las deficientes políticas de financiamiento de la salud, la asignación ineficiente de los recursos para salud y el refuerzo en la atención terciaria e individual. Las reformas del sector de salud iniciadas en el decenio de 1990 debilitaron la posición de los ministerios de salud, lo que produjo un notable deterioro de su liderazgo.

Por lo anterior el objetivo como tal es continuar evidenciando acerca de las particularidades de las inequidades en salud en este caso el resultado en salud de las gestantes medido a través del indicador de Mortalidad Materna, desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la salud que muy seguramente en un país como Colombia presentan un comportamiento distinto a los demás países.

### **3.2.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MATERNA**

En base al Marco conceptual de la conferencia de Rio la OMS adaptó un marco para presentar los Determinantes específicos para la salud materna, manteniendo relación entre los factores estructurales que determinan la distribución de la riqueza, el poder y el prestigio entre los grupos sociales; así mismo factores intermediarios, que establecen el grado en que esos grupos s pueden tener acceso a las salud y a los servicios sociales para la prevención y el tratamiento y así

mismo adoptar estilos de vida saludables. En ambos niveles estructurales e intermedios, según el informe hay una separación mayor entre los determinantes formados por estructuras y las instituciones sociales formales (tales como gobiernos, sus leyes, políticas, y la traducción de la política en la prestación de servicios) y los que dependen de las prácticas sociales y culturales (tradicional jerarquías, normas y valores culturales y creencias a nivel comunitario y prácticas) (UNDP, 2011).

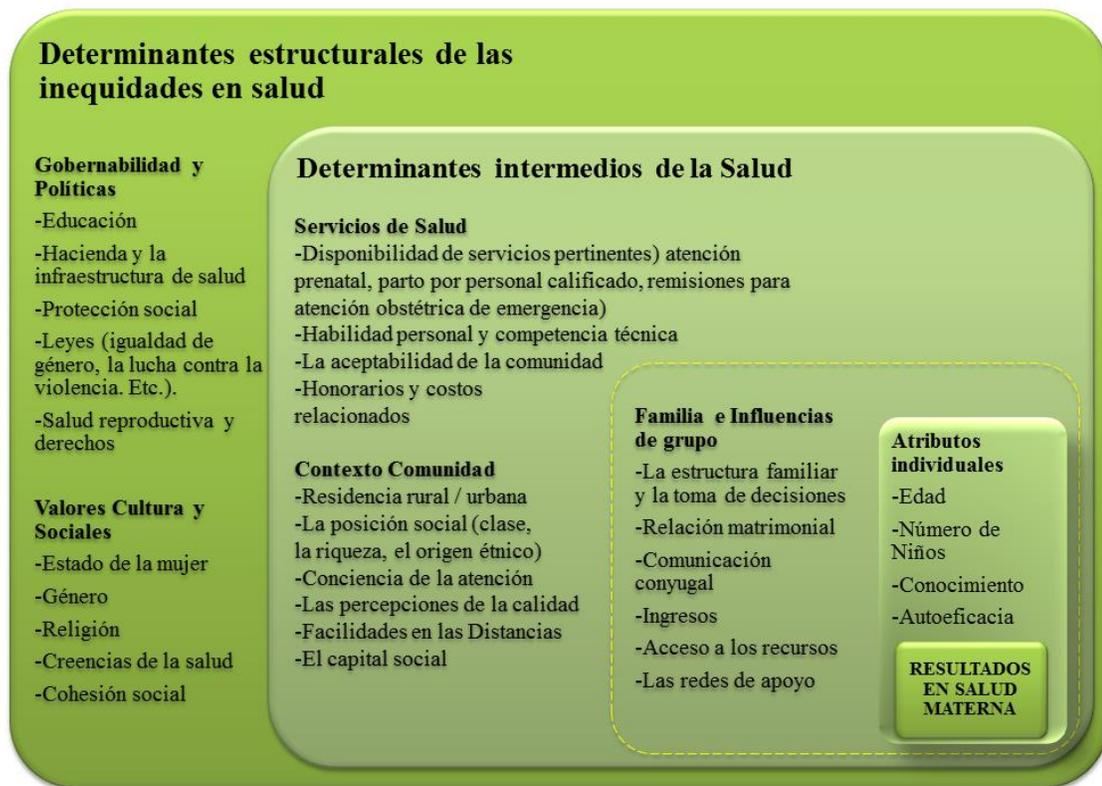
De acuerdo a el ODM 5, se establece que la salud reproductiva y los derechos que la producen, son en sí mismos factores clave de la salud materna y por tal motivo se deben incluir en el marco conceptual dentro de los determinantes estructurales que en este caso fue adaptado para ello (UNDP, 2011).

De las aproximadamente 385.000 muertes maternas que se producen cada año, la gran mayoría se considera que es prevenible, causada por hemorragia, hipertensión, infección, parto obstruido y el aborto inseguro. Por ejemplo, en el África subsahariana y Asia, que en conjunto tienen tanto el mayor número y la mayor prevalencia de la mortalidad materna, la principal causa de mortalidad materna es la hemorragia posparto, lo que representa más del 30% de las muertes maternas (UNDP, 2011).

La mayoría de las muertes maternas ocurren durante el parto, y en el primer par de días después del parto. Esto hace que el período intraparto (definido como el parto, y en las siguientes 24 horas) se convierta en un momento especialmente crítico para reconocer y responder a las complicaciones obstétricas y así mismo a realizar la atención de emergencia para prevenir las muertes maternas. Por tal motivo, la mejor manera de hacerlo es asegurarse de que todas las mujeres reciben atención calificada en el parto de un médico, enfermera o partera. Según UNDP y la OMS la atención debe entregarse dentro de un centro de salud que es la situación más ideal, ya allí es probable que esté disponible la atención básica de

emergencia necesaria. Y si por el contrario la situación sucediera en caso u otro sitio se debe acercar a niveles de atención superiores de atención obstétrica y así dar resolución a las complicaciones de la gestante. Así mismo todas las nuevas madres, deben ser supervisados en los primeros días después del nacimiento, con especial atención a posibles signos de hemorragia (UNDP, 2011).

Figura 3: determinantes Sociales de la Salud Materna



Fuente: Figure 2: The Social Determinants of Maternal Health. Adapted from WHO (2011) Closing the Gap: Policy into Practice on Social Determinants of Health. Discussion Document for the World Conference on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization: page 7.

A nivel de Determinantes Sociales de la Salud Materna algunas investigaciones como la de Rodriguez y colaboradores (2012) mencionan que se ha evidenciado que a nivel de Latinoamérica los trastornos hipertensivos corresponden a la

primera causa de muerte materna y seguida por las hemorragias obstétricas. Según Rodríguez, los estudios se quedan cortos en el análisis contextual y aunque algunos de ellos presentan una aproximación a los determinantes sociales no los refieren explícitamente, por lo cual se hace necesario desarrollar mayor investigación basada en los Determinantes Sociales de la Mortalidad Materna.

En cuanto a las causas para Latinoamérica, están las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio así como intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o debido a una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de los casos. Y otras causas indirectas como resultado de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de enfermedades que evolucionaron durante el embarazo, no debidas a causas obstétricas directas, pero que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Así mismo, en la relación entre causas y muertes también existen factores influyentes como son la baja cobertura de la atención prenatal, la falta de accesibilidad y calidad de los servicios, la baja calidad de la atención y la falta de capacidad resolutive de las emergencias obstétricas (Rodríguez, 2012).

Así es como para Latinoamérica las principales causas de muerte materna son las infecciones bacterianas, toxemia del embarazo, hemorragias obstétricas, embarazo ectópico, sepsis durante el puerperio, embolismo del líquido amniótico y complicaciones de un aborto. Algunas causas secundarias o indirectas de las muertes maternas incluyen la malaria, anemia, infecciones por VIH o SIDA, suicidio y enfermedades cardiovasculares que complican el embarazo o son agravados por el embarazo (Rodríguez, 2012).

En Perú por ejemplo, tipo de muerte materna fue directa en 83% de los casos, incluyendo hemorragia 56%, enfermedad hipertensiva del embarazo 19%, infecciones 7% y aborto 4%. La Razón de Mortalidad Materna entre 1999 y el 2009 tuvo una tendencia a disminuir en forma significativa, pero continuó siendo alta

de acuerdo a los estándares internacionales. La primera causa de muerte materna fue la hemorragia, seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo, las infecciones, y el aborto. La mayoría de mujeres en este estudio realizado en Perú sobre Mortalidad Materna, falleció en su domicilio. Lo que indica según los autores del estudio llevado a cabo en Perú que todavía existe un gran porcentaje de gestantes que prefiere atenderse en sus domicilios, con personal no capacitado ni entrenado, lo que explica en alguna forma el manejo inadecuado de las hemorragias en el puerperio inmediato, determinando que la muerte materna ocurriera con mayor frecuencia en la etapa del puerperio (56%). Es probable que ello según los autores se deba a la idiosincrasia de las comunidades andinas, además del miedo o temor a los servicios de salud, a la postura o privacidad en la atención del parto. Los autores exponen que según el análisis de las fichas de investigación de muerte materna encontraron gestantes captadas, controladas y con seguimiento, de hasta 9 y 11 controles; pero, al momento del parto, ellas prefirieron atenderse en su casa, por un familiar o por la partera tradicional, y que algunos de esos casos las condujeron a la muerte (Wong L, Wong E & Husares Y, 2011).

### 3.2.1.1 Nivel de educación de las maternas

El nivel de educación de una mujer en maternidad y su conocimiento específico sobre la importancia de la atención del embarazo, el parto y el conocimiento de dónde recibir los servicios, también juega un papel en la utilización de los servicios. Aunque el nivel de educación y la situación económica a menudo coinciden, la educación tiene un efecto independiente sobre el comportamiento de la salud materna. Numerosos estudios sobre los determinantes de la asistencia calificada en el parto de contextos tan diversos como Namibia, Kenia, Bangladesh y Tayikistán han identificado el nivel de educación de la mujer como un factor de predicción clave (UNDP, 2011).

En un estudio realizado en México por Calderón y Colaboradores (2007), el 6.2% de las mujeres que murieron por una causa materna no habían asistido a la escuela, el 14% no terminó la primaria, un 22% sí lo hizo y el 58% contaba con estudios de secundaria o más. Resulta interesante analizar cómo el comportamiento de la mortalidad se diversifica cuando se considera la muerte materna según el nivel de escolaridad. Se estimó la tasa de mortalidad materna por nivel de escolaridad, obteniendo que para el 2004, las mujeres sin escolaridad y con primaria incompleta presentaron una tasa de mortalidad materna de 15.4 por 100,000 habitantes; las que cuentan con primaria completa y secundaria de 9.3; y las que habían cursado preparatoria o una carrera técnica de 8.6. Al evaluar el riesgo que representa la escolaridad para la muerte materna, se encontró una asociación negativa con la escolaridad. Es decir, que las mujeres analfabetas tienen, según los datos del estudio, un riesgo de morir 6 veces mayor con respecto a las de que tienen al menos el nivel de preparatoria o más; en las que no concluyeron la primaria el riesgo de morir es 4 veces mayor respecto a la misma población de referencia y en las que sí concluyeron la primaria el riesgo de morir es 3 veces mayor que el grupo de referencia (Calderon M, Bustamante P, Campuzano M, Camarena A, 2007).

Según UNDP, la estrecha relación entre la educación y el uso de los servicios de salud materna en parte es el resultado del hecho de que la educación formal expone a las mujeres a la información sobre salud reproductiva y la atención del embarazo. La educación también aumenta la auto-eficacia de las mujeres (la confianza en la toma de decisiones independientes) y se ha asociado con otras importantes precursoras de llevar una maternidad sin riesgo, como el uso de anticonceptivos, las relaciones de pareja más equitativas, y una mayor independencia económica, una vez más, que ilustra la estrecha relación entre biológica y las explicaciones sociales (UNDP, 2011).

Mientras tanto en el estudio de Determinantes de MM en el Litoral pacífico Colombiano (Aguado L & EtAl, 2007) argumentan que el hecho que la madre trabaje, no hace que tenga mayor posibilidad de hacer uso de los servicios de salud materna.

En el Perú, el tener nivel de educación bajo (60%) dificulta la transferencia de información y educación sobre el cuidado de la salud, determinando ciertas actitudes y creencias sobre el proceso de salud y enfermedad, y siendo un factor muy importante, tal como lo refieren los demás trabajos aquí mencionados sobre muerte materna (Wong L, Wong E & Husares y, 2011).

### 3.2.1.2 Contexto comunitario

Según el informe UNDP (2011), las mujeres y sus familias viven en las comunidades, que varían en importantes formas sociales. Una diferencia importante es el lugar de residencia; hogares urbanos donde utilizan más los servicios de salud materna que las comunidades rurales. Esto se debe en parte a las distancias a las instalaciones de salud y los costos del transporte.

El Recurso humano que provee el servicio en algunos casos no habla la lengua de sus pacientes o no conocen sus creencias y su contexto. Esto puede determinar las percepciones de la calidad de servicio en una comunidad y de la satisfacción de la atención recibida; en el caso de la salud reproductiva las pacientes que acuden al servicio de salud son particularmente sensibles en establecer una buena comunicación interpersonal (UNDP, 2011).

Otras razones por la que las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas naturales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna infantil incluyen el costo, el temor, el maltrato recibido, el tiempo de espera, el desconocimiento, la vergüenza y la distancia al centro asistencial más cercano (Rodríguez, 2012).

En un estudio Colombiano, se analizaron los Determinantes más proximales o de contexto que inciden en el uso de servicios de atención en salud por parte de las madres antes, durante y después del parto en el Litoral Pacífico Colombiano, donde se hace visible la profunda inequidad territorial que exhibe el litoral pacífico colombiano, cuando se analiza en forma específica su situación, frente al promedio nacional y cuando se analiza con respecto a la provisión y acceso a servicios sociales básicos (Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Ahumada J, 2007).

### 3.2.1.3 Servicios de salud

Los servicios de salud eficaces, según UNDP (2011) deberían abordar la salud reproductiva y materna de manera continua. De esta manera evitarían embarazos no deseados, pueden proporcionar atención prenatal, tratar las condiciones subyacentes, maximizar partos institucionales, así como o asistencia calificada durante el parto en el hogar, atender la consulta de mujeres en los servicios de emergencia en caso de complicaciones, para posteriormente monitorear las madres después del parto.

En el estudio de Determinantes de MM en el Litoral pacífico Colombiano (Aguado L & EtAl, 2007) los modelos estimados mostraron que las variables que tienen un fuerte efecto en el uso de dichos servicios son: la afiliación a un régimen de seguridad social en salud, el orden de nacimiento de los hijos, el nivel de educación y el lugar de residencia de la madre.

Un servicio continuo y eficaz posterior al parto continúa apoyando a las mujeres después del nacimiento de un niño en la adopción oportuna de anticonceptivos para evitar otro embarazo antes de que ella este física y emocionalmente preparada. Así mismo un servicio eficaz requiere de seguimientos de abortos seguros para los casos de embarazos no deseados. Con lo anterior se cumpliría con los criterios de "3AQ" de los derechos a la salud, en los que la asistencia

sanitaria sea accesible, asequible, aceptable y de alta calidad de acuerdo como lo establece la Observación General 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (UNDP, 2011).

En el estudio de Determinantes de MM en el Litoral pacífico Colombiano (Aguado L & EtAl, 2007) la probabilidad que una madre haga uso de los servicios de atención prenatal calificada, parto institucional y asistencia posparto se reduce en un 25%, 23% y 12% respectivamente, si no tiene afiliación a un régimen de seguridad social en salud. De igual forma, la probabilidad de tener parto institucional se reduce entre un 27% y 56% si la madre ya ha tenido más de un hijo.

De otro lado, la probabilidad de las madres de hacer uso de atención prenatal calificada y parto institucional, se incrementa en 13% y 28% si residen en áreas urbanas. Así mismo, la probabilidad de tener parto institucional y atención posparto se incrementa en 14% y 7% a medida que las madres tienen una mejor condición económica. Por último, la probabilidad de atención prenatal calificada y asistencia posparto, se incrementa en 9% si en la zona donde reside la madre existe una mayor disponibilidad de servicios de salud de carácter privado (Aguado L & EtAl, 2007).

En realidad, la mayoría de los servicios están muy lejos de este ideal. No sólo por los servicios que a veces no están disponible físicamente, o porque no ofrecen una amplia cobertura de servicios, sino también porque no puede existir aceptación de la comunidad y el acceso económico para adquirirlo. Lo anterior porque la atención de Salud Materna trae costos a las familias en un promedio de 5.1% de los ingresos anuales de los hogares, y que aumenta en el caso de complicaciones lo que permite el aumento de la pobreza en las familias (UNDP, 2011).

Un ejemplo de ello es el estudio Peruano (Wong L, Wong E & Husares Y, 2011), donde 71% de las gestantes que murieron no fue referida a un servicio de salud de

mayor complejidad. El lugar de fallecimiento de la gestante fue en su domicilio en 48% y otras fallecieron en el trayecto al servicio de salud (14%), lo que representa un 62% de todas gestantes que murieron fuera de un establecimiento de salud, sin recibir ayuda o atención médica.

La calidad del personal y los servicios también es crítica; ya que la calidad técnica depende de una adecuada dotación de personal y de equipo, y el uso correcto de los protocolos clínicos. La calidad técnica también puede influir en el uso de los servicios, y aún más si esta se asigna inequitativamente (UNDP, 2011).

Las gestantes procedentes de las zonas rurales del Perú, especialmente las de la sierra (81%) (Wong L, Wong E & Husares y 2011), tienen menos accesibilidad a los servicios de salud. Y por la distancia y falta de medio de transporte, hacen casi imposible llegar a los servicios de salud en forma oportuna. Por otro lado, el no referir a las gestantes que fallecieron (71%) a los servicios de mayor complejidad, determinó que la gestante no recibiera una atención oportuna y especializada que le hubiera podido salvar la vida. Es probable que en este factor intervenga una serie de elementos negativos, como el incumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de las gestantes con riesgo dentro del sistema del control prenatal, la distancia a los servicios de salud, la falta de transporte, falta de medios económicos y la idiosincrasia de la comunidad.

Según (Rodríguez y colaboradores, 2012), en lo que respecta al sistema de salud, la ausencia así como la deficiencia en la calidad de los servicios prestados aumenta tres veces más el riesgo de Mortalidad Materna. Reportan que en estudios latinoamericanos dos de cada cinco mujeres no tienen acceso al sistema de salud y cerca de la mitad de las muertes maternas estuvieron acompañadas de problemas en la prestación de los servicios de salud, principalmente por determinantes de la institución; así mismo en uno de cada diez casos por acciones u omisiones del personal de la salud y deficiencias en la calidad de la atención que

incluyeron el retraso o la falta de ambulancias y de suministros, las fallas por parte del personal administrativo y dificultades administrativas (Rodríguez y Cols 2012).

#### 3.2.1.4 Gobernanza y políticas

Los entornos jurídicos y normativos nacionales pueden permitir o restringir la buena salud de la madre a través de la introducción y aplicación de las leyes, las políticas y la administración de justicia. Dentro del sector de la salud, la priorización inadecuada de salud de la mujer o la falta de financiamiento para la infraestructura de salud en general, da como resultado sistemas débiles que no pueden entregar la prevención y el tratamiento integral. De esta manera no habrá suficientes profesionales calificados que están capacitados, distribuidos o concentrados, en particular en las zonas remotas o rurales. Esto resultado de una mala supervisión, gestión, remuneración, y la falta de seguimiento a lo largo de las políticas de salud, como también puede reflejar la injusta distribución de los recursos a nivel político (UNDP, 2011).

De los determinantes estructurales identificados en una revisión documental revisada por Rodríguez y colaboradores (2012) se pudo señalar que la clase social relacionada con aspectos como son la pobreza y la inequidad de los recursos; así mismo la exclusión social; y el bajo nivel educativo de las maternas, eleva once veces el riesgo de morir en Latinoamérica, convirtiéndose en un condicionante relacionado con la comprensión por parte de la madre y su familia de las implicaciones que tiene la gestación, de los signos de alerta y de los posibles riesgos que se pueden generar, lo que restringe la toma de decisión para consultar al servicio de salud.

Sin embargo, más allá del sector de la salud, otros factores impiden la capacidad de las mujeres para lograr una mejor salud reproductiva y materna posible según el informe UNDP (2011). El entorno jurídico y político más amplio en el que viven

las mujeres debe determinar sus oportunidades de vida en muchas formas superpuestas y hacer cumplir mutuamente, incluidas las vías de acceso a la salud una maternidad segura. Este entorno debe incluir las leyes y políticas en materia de igualdad de género que determinan el acceso de las mujeres a la educación, los medios de subsistencia, y el derecho a poseer y heredar bienes. Esto contribuye a un mayor estatus de la mujer y a mayor poder en la sociedad, lo que reduce las posibilidades de que participen en maternidad no deseada (UNDP, 2011).

### 3.2.1.5 Cultura y valores sociales

La cultura y los valores sociales también dan forma a la interacción humana y la posición dentro de las jerarquías sociales basadas en los ingresos, el origen étnico, el género y otras divisiones sociales específicas del contexto (ocupación, clase, religión, orientación sexual o discapacidad) que los determinan. Estos son los valores que prevalecen en los países o regiones enteras, y se extienden más allá de una comunidad determinada. En algunos casos, las normas sociales o creencias religiosas puede estar en contra de las tradiciones culturales de los grupos minoritarios en el país, que también puede causar tensión y la exclusión social (UNDP, 2011).

Mientras que los valores culturales y religiosos ("tradiciones") a menudo proporcionan apoyo material y psicosocial a las personas a través del acceso al capital social y redes, como son algunas creencias y prácticas de mantener la presión sobre las mujeres y las niñas a abandonar la escuela, casarse jóvenes, iniciar la maternidad poco después del matrimonio o tener numerosos y poco espaciados embarazos para añadir el estado de la familia o asegurar un heredero varón. La introducción de nuevos factores de estrés a una comunidad puede servir como impulsores inmediatos o refuerzos de estos roles sociales de las mujeres y las niñas. En los hogares afectados de SIDA, por ejemplo, las niñas son retiradas de la escuela para cuidar a familiares enfermos. Cierta interpretación de

las enseñanzas religiosas puede oponerse a los derechos reproductivos y desalentar el uso de la planificación familiar, o mantener las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina. En cualquier caso, la cultura es fluida, susceptible de cambio, y raramente homogénea incluso entre los grupos que se consideran a sí mismos para compartir la misma cultura (UNDP, 2011).

Así mismo Rodríguez y colaboradores (2012) identifican que las diferencias étnicas y incrementa tres veces más la posibilidad de morir fuera del hospital, ya que las mujeres que pertenecen a comunidades indígenas no asisten a las institucionales hospitalarias por su cultura, creencias y valores sociales.

Por lo anterior, la condición de la mujer en la sociedad es un determinante social particularmente importante de la salud materna. El nivel de empoderamiento de la mujer determina el acceso a la educación, la independencia económica a la autonomía en la vida cotidiana y en la toma de decisiones; todo lo cual afecta la capacidad de las mujeres para lograr sus derechos y tomar decisiones saludables, incluyendo cuándo y con quién tener relaciones sexuales, el uso de métodos modernos de anticoncepción, y el uso de los servicios de salud durante el embarazo y el parto. Si bien estos son importantes derechos humanos, se traducen directamente en los resultados de salud positivos. Cuando las mujeres tienen acceso a sus propios medios de subsistencia, también son más propensas a ser autosuficientes y ser capaz de tomar decisiones que protejan a sí mismas y sus familias. La independencia financiera ofrece también a las mujeres un medio importante en la protección social y al acceso a un ingreso lo que permite elevar el estatus dentro de sus familias y comunidades (UNDP, 2011).

Existe evidencia empírica de que el potencial de ingresos está asociado con la utilización de servicios de salud, como en Bangladesh, donde las mujeres con empleo son casi 5 veces más probabilidades de tener un médico, enfermera o partera presente en su entrega que los que no (UNDP, 2011).

### 3.2.1.6 Género

Así como la construcción de la sexualidad para los hombres también es importante, y la comprensión cultural de la masculinidad enseña a los hombres a comportarse, de la misma manera las normas sociales restringen la sexualidad femenina y alientan a las niñas y las mujeres a permanecer pasivas, sexualmente ingenuas e incapaces de iniciar la negociación sobre el uso de anticonceptivos y otros métodos de prevención. Mientras que se anima a los hombres a asumir riesgos y a tener varias experiencias sexuales priorizar su placer sobre la preocupación por su salud (UNDP, 2011).

Las normas de género suelen disuadir a los hombres a partir de la búsqueda de atención en salud relacionada con sus propias necesidades sexuales y reproductivas, que mina la salud del hombre y a su vez puede afectar a la salud de sus parejas femeninas; así por ejemplo, a través de la transmisión de infecciones de transmisión sexual. La violencia contra la mujer puede ser tolerada, o en algunos lugares donde hay altos índices de violencia en general, es aceptada como una forma para que los hombres afirmen su control en las relaciones. Es así como si se trabaja desde un enfoque de género, y no sólo desde el empoderamiento de las mujeres, se fomenta programas y políticas que transforman las actitudes y las interacciones de los hombres y las mujeres hacia los demás (UNDP, 2011).

### 3.2.1.7 Otros factores

Dentro de los Determinantes más proximales a las maternas (Rodríguez y colaboradores, 2012) identificaron factores biológicos como la edad en el comportamiento del resultado de la Mortalidad Materna, dado esta se incrementa la probabilidad de morir si se cuenta con más de treinta y cinco años; a ello se suma el número de embarazos previos, en donde el riesgo asciende once veces si se cuenta con dos o tres partos anteriores y quince veces mayor al tener como

antecedente un aborto. El tiempo de gestación se convierte en otro factor determinante, ya que la susceptibilidad es mayor si se encuentra en el tercer trimestre de embarazo, en general los estudios reportan mayor riesgo después de la semana número veinte.

En relación con las circunstancias materiales, (Rodríguez, 2012) evidencia que la ocupación no remunerada, incrementa nueve veces el riesgo de MM y la falta de servicios financieros.

En el Estudio de México relacionado con Los DSS y la Mortalidad Materna, confirman que en buena parte, los factores asociados a las muertes maternas reflejan problemas de la estructura social, donde los servicios de salud, que tienen también una participación importante en la ocurrencia de la muerte materna, son, finalmente, una expresión de esas estructuras sociales. Las causas médicas de muerte materna del 80% son debidas a “causas directas”, sin embargo, se nota una variación en cuanto a que los problemas de toxemia han avanzado al primer lugar, desplazando a las hemorragias, además de que la ocurrencia es mayor en el puerperio posterior a cesáreas. Situación que guarda una estrecha relación con la calidad de los servicios, en particular, cuando son servicios médicos brindados a una población sin derechohabiencia y de escasos recursos económicos, como es el caso de la gran mayoría de mujeres que fallecieron entre el 2004 - 2006 en México (Calderón M & El Al, 2007).

Una vez realizada la revisión de literatura enmarcada en los Determinantes Sociales de la Salud Materna, es importante precisar que son muy pocas la investigaciones encontradas a nivel regional, de país y de orden internacional que hacen evidente los Determinantes ya sean estructurales o intermedios de la Mortalidad Materna. Lo que permite entrever que la Mortalidad Materna debe basar su investigación en esos Determinantes para así dar mayor evidencia de las desigualdades que afectan a las maternas.

### 3.3 TALENTO HUMANO Y MORTALIDAD MATERNA

El tema de los recursos humanos o talento humano en salud ha adquirido una importancia notable en la agenda de las organizaciones sanitarias nacionales e internacionales. El talento humano constituye un recurso excepcional por ser el único con capacidad para manifestar preferencias, tomar decisiones y hacer uso de los demás recursos y, por lo tanto, su adecuada gestión es crucial para el óptimo desempeño de las organizaciones y del sistema de salud en su conjunto. Los trabajadores sanitarios son personas cuyo trabajo es proteger y mejorar la salud de sus comunidades. En conjunto, estos trabajadores de la salud, en toda su diversidad, constituyen la salud mundial fuerza de trabajo. Dicho de otra manera, es gracias al talento humano que se alcanzan los objetivos y las metas de los sistemas de salud (OMS, 2006; Muñoz, Higueta, Molina, Gómez, 2013).

Por recursos humanos, o talento humano, se entiende a las personas que ingresan, permanecen y participan en cualquier organización (Chiavenato I, 2011). De acuerdo con la teoría clásica de la administración de personal, los recursos humanos se distribuyen en tres niveles: institucional o directivo; de gerencia o asesoría (intermedio); operativo (técnicos) (Chiavenato I, 2011). Aplicado al campo de la salud, tanto en la literatura nacional como internacional los términos “recursos humanos en salud”, “trabajadores de la salud” y “talento humano en salud” se asumen como sinónimos, aunque cada uno puede involucrar dimensiones distintas, siendo el primero de ellos el más reconocido a nivel internacional. En su “Informe sobre la salud en el mundo” de 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió al “trabajador sanitario” como “toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud” (OMS, 2006). No obstante, dada la amplitud de este concepto, circunscribió la definición a: “Todos los trabajadores remunerados empleados en

organizaciones o instituciones cuya principal finalidad es mejorar la salud y [...] todos aquéllos cuyas actividades individuales persiguen mayormente ese mismo objetivo pero que trabajan para otro tipo de organizaciones” (OMS, 2006).

La misma organización diferencia entre quienes prestan directamente servicios de salud y quienes no lo hacen, directivos, administrativos o auxiliares. Más recientemente, en 2009, dada la heterogeneidad de perfiles y sus ámbitos de actuación, esta misma organización refina la definición elaborando una clasificación del talento humano actividades individuales persiguen mayormente ese mismo objetivo pero que trabajan para otro tipo de organizaciones” (OMS, 2006:2). La misma organización diferencia entre quienes prestan directamente servicios de salud y quienes no lo hacen, directivos, administrativos o auxiliares (Muñoz, Et Al, 2013).

En 2004, la Joint Learning Initiative (institución apoyada por la Fundación Rockefeller y la Universidad de Harvard, entre otras) emitió un documento en el que exhorta a los sistemas de salud y a los organismos internacionales a prestar una mayor atención al papel que desempeña el talento humano en el logro de las metas en salud, entre las cuales se encuentran los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Papel que se defiende como clave dado que: a) el desarrollo y cualificación de los profesionales han tenido impactos directos en el progreso de los indicadores de salud a través de la historia; b) han sido la punta de lanza en múltiples innovaciones del sector; c) manejan los otros recursos del sector salud (financiamiento, medicamentos e insumos, infraestructura, etc.); d) constituyen el mayor rubro en los presupuestos del sector; e) las estrategias exitosas de gestión del personal en salud han sido catalizadoras para acelerar el desarrollo del sector; f) la densidad y cualificación del talento humano es uno de los mayores determinantes del estado de salud de sus comunidades (OMS, 2004).

La OMS dedicó a este tema el informe sobre la salud en el mundo, en 2006, al tomar como punto de partida la aceptación del protagonismo de los recursos humanos y afirma: “Los proveedores de atención de salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria” (OMS, 2006).

En Colombia, la Ley 1164 de 2007 entiende por talento humano en salud “todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de los habitantes del territorio nacional, dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud” (Colombia, Congreso de la República, 2007: Art. 1). Así, pues, la norma incluye en la definición tanto a quienes laboran en el campo clínico como en SP (Muñoz, Et Al, 2013).

El talento humano y su gestión, al mismo tiempo que la gestión del conocimiento, son los únicos recursos que generan ventajas competitivas a largo plazo en las instituciones (Chiavenato, 2011). Dado el reconocido papel del talento humano para el logro de los objetivos de cualquier organización (Herrera, 2007), en la teoría administrativa han cobrado importancia las actividades y procedimientos relacionados con el manejo de las personas. Según Chiavenato (2011), esta preocupación, llamada administración o gestión de los recursos humanos o talento humano, incluye cinco procesos básicos:

- a) integración, incluye la investigación del mercado de recursos humanos, el reclutamiento y la selección de personas;
- b) organización, comprende la integración a la organización, diseño de puestos, descripción y análisis de puestos y evaluación de desempeño;
- c) retención, es decir, la remuneración y retribuciones, prestaciones y servicios sociales, higiene y seguridad en el trabajo, relaciones sindicales;

d) desarrollo, capacitación y desarrollo organizacional;

e) evaluación, abarca los sistemas de información, controles, constancia, productividad, equilibrio social. Estos procesos están interconectados en forma de ciclo, de manera tal que todo cambio en uno de ellos afecta los demás, y dependen de factores no sólo internos de la organización, sino también ambientales, humanos y tecnológicos, entre otros.

Es así como estos procesos son parte constitutiva de la gestión del talento humano en salud (Chiavenato, 2011; Muñoz, Et Al, 2013). Así mismo la contratación es el elemento central de la relación entre el trabajador y la organización donde labora, y determina cómo se hará la gestión y cómo serán sus condiciones laborales. Además de la gestión y la contratación, componentes del denominado mercado laboral, también influyen en las condiciones laborales del talento humano las características de las instituciones educativas encargadas de la formación y la calidad de ésta (mercado educativo), y las dinámicas propias de la oferta y demanda de servicios entre las diferentes organizaciones del sector, o mercado de servicios. Además de la interrelación de estos tres mercados, es indudable que circunstancias como los modelos de desarrollo y la riqueza de los países, los entornos geográficos, culturales, sociales y de orden público, y especialmente las políticas y normas laborales de cada país, entre otras, determinan la situación de las condiciones laborales y la gestión del talento humano en salud (Muñoz, Et Al, 2013).

Por otra parte, para el logro de los objetivos propuestos por una organización no basta con proveer buenas condiciones laborales al trabajador, sino que se requiere, además, la alineación de los aportes de cada persona con los propósitos institucionales, lo cual es también responsabilidad de los procesos de gestión de recursos humanos (Herrera, 2007); procesos en los que conceptos como

competencia, idoneidad y capacidades cobran un importante valor (Muñoz, Et Al, 2013).

Así mismo la polisemia que encierra el concepto de competencia, al tiempo que destaca tres sentidos fundamentales: 1) la competencia como capacidad real, es decir, tangible, observable y demostrable; 2) la competencia implica las esferas de los conocimientos (saber), las actitudes (saber ser) y las aptitudes (saber hacer); 3) la competencia conlleva una relación, de alineamiento, entre el desempeño individual y los propósitos de la organización. En el mismo sentido, García *et al* (2010:58) definen competencia como “el conjunto de saberes, cualidades y comportamientos puestos en juego para resolver situaciones concretas de trabajo”, definición que, en opinión de los autores, sintetiza la dada por la UNESCO –“el conjunto de comportamientos socio-afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un desempeño, una función, una actividad o una tarea”- y la OIT –“interacción armoniosa de las habilidades, conocimientos, valores, motivaciones, rasgos de personalidad y aptitudes propias de cada persona que determinan y predicen el comportamiento que conduce a la consecución de los resultados u objetivos a alcanzar en la organización” (Herrera, 2007:10-11).

A su vez en el sector de la salud, (Irigoin y Vargas, 2002) entienden por competencias “una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos”; si estas competencias están en coherencia con las funciones del cargo. En Colombia, la Academia Nacional de Medicina define las competencias como: “actuaciones idóneas de un profesional de la salud en su desempeño en un contexto social determinado. Esas capacidades o competencias se configuran mediante la conjunción sistémica de conocimientos, destrezas, aptitudes y actitudes, que expresan valores personales y sociales. Así, las competencias

profesionales representan la capacidad para la actuación o el desempeño en escenarios reales de salud” (Muñoz, Et Al, 2013) .

Este concepto fue retomado por la legislación colombiana en la Ley 1164 de 2007 (Ley de Talento Humano en Salud): competencia es una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber hacer (Colombia, Congreso de de la República, 2007: Art. 12).

Las definiciones anteriores permiten afirmar, entonces, que las nociones de idoneidad y pertinencia se relacionan íntimamente con la noción de competencias, lo que a su vez involucra los procesos relacionados con la cualificación (educación formal y continuada) y la selección del talento humano (Muñoz, Et Al, 2013).

### **3.3.1 REGLAMENTACIÓN TALENTO HUMANO**

En la dinámica del talento humano en salud se conjugan actores e intereses diferentes mediados, entre otros aspectos, por la reglamentación existente. Desde hace varios años, Colombia posee una vasta reglamentación en este tema. En 1975 se crean los seis subsistemas que integran el sistema de salud, entre los que se encuentra el subsistema de personal (Decreto 056), en 1977 se crea el Consejo Nacional de Formación de Recursos Humanos para la Salud (Decreto 2905) y en 1992 el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (Decreto 1849) encargado de la “formulación de la Política Nacional para la capacitación, distribución, desarrollo y desempeño del recurso humano del sector salud” (Ministerio de la Protección Social *et al*, 2007).

Para el 2002, la Ley 789 describe el Sistema de Protección Social como aquél que “debe crear las condiciones para que los trabajadores puedan asumir las nuevas formas de trabajo, organización y jornada laboral y simultáneamente se socialicen

los riesgos que implican los cambios económicos y sociales” (Colombia, Congreso de la República, 2002:Art. 1).

En el 2004, bajo el Viceministro de Salud López (2004), se establecía el Plan Obligatorio de Salud, se decía que bajo el programa de apoyo a la reforma, se identificó rápidamente que uno de los puntos que había que trabajar era el recurso humano, para entonces se establecían dos temas: el recurso humano en el sector salud y las políticas del recurso humano. Allí se planteaba que a partir de los estudios en los recursos humanos, acreditación, modernización de la educación, establecimiento de la oferta y la demanda y los planes a mediano y largo plazo, obtener respuestas y así definir políticas y prioridades a tener en cuenta. Así mismo se debía tener en cuenta que la medicina es la que prácticamente lidera el proceso de especialización con relación al resto de profesiones.

En el 2007 se expide la Ley 1164 o Ley de Talento Humano en Salud, mediante la cual se establecen las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud. Esta ley, al enunciar el principio de calidad define que “la formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe caracterizarse por el logro de los mayores beneficios posibles en la formación y la atención...”, al tiempo que identifica dos componentes que le están directamente relacionados: “el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación en salud y la satisfacción y mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios” (Colombia, Congreso de la República, 2007: Art. 2).

Por último y más recientemente, la Ley 1438 de 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece en el capítulo VI que:

..”el Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definirá la política de Talento

Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Colombia, Congreso de la República, 2011).

Así, pues, la legislación colombiana reconoce la incidencia fundamental de los recursos humanos en el desarrollo de las estrategias en salud y su respectivo cumplimiento de objetivos. Como respuesta a este mandato, el Ministerio de la Protección Social se encuentra adelantando el proceso de construcción de una política nacional del talento humano en salud (Muñoz, Et Al, 2013).

Por otro Lado el talento humano en salud ha constituido el objeto de varios estudios nacionales e internacionales. En ellos se pone en evidencia las características de su desarrollo y la forma como los cambios en el sector salud impactan en las condiciones laborales y el cumplimiento del deber. Algunas de las dificultades mostradas en varios de esos estudios se relacionan con la desigualdad en la distribución del recurso humano, la discordancia en la relación entre la formación del personal y su desempeño laboral, la deficiente planificación y regulación de este recurso y las condiciones laborales que en ocasiones llevan a fenómenos como el pluriempleo (Nigenda *et al*, 2010).

La desigualdad en la distribución del recurso humano está representada en la mayor participación de los profesionales con formación en salud en hospitales y centros de atención, y su menor participación en la prestación de servicios en las comunidades (Nigenda *et al*, 2010:13). La localización geográfica es otro factor de desigualdad, dada la mayor concentración de profesionales en las grandes ciudades y centros urbanos en comparación con las zonas rurales. A los dos factores anteriores se le suma el económico: la región con mayores recursos financieros atrae mayor cantidad de personal médico y especialista a su territorio, lo que le da ventaja sobre las regiones con pocos recursos financieros (Nigenda *et*

*al*, 2010; Rigoli *et al.*, 2005); este factor incide también en la migración del talento humano, dado que aquellos países con una mejor posición económica tienen mayor posibilidad de atraer y retener profesionales en desmedro de los países más desaventajados (Nigenda *et al.*, 2010); migración agravada en muchas ocasiones por la insatisfacción con las características laborales que el modelo de salud brinda al recurso humano capacitado en sus países de origen (OMS, 2006; Muñoz, Et Al, 2013).

Con respecto a la relación entre la formación del personal y su desempeño laboral, algunas investigaciones han puesto en evidencia los impactos negativos que sobre la atención en salud produce la desarticulación entre la formación del personal en salud y las necesidades de la población. En este aspecto juega un papel muy importante el sistema educativo, en tanto es el encargado de entregar al sector salud los auxiliares, técnicos y profesionales con las competencias necesarias para satisfacer la demanda (Nigenda *et al.*, 2010). Es indudable que la articulación entre el sector salud y el sector educación permitiría mejorar la calidad de los servicios y orientar la oferta educativa a las necesidades (Ministerio de la Protección Social *et al.*, 2007).

### **3.3.2 TALENTO HUMANO Y REFORMAS EN SALUD**

En Colombia, han sido varios los esfuerzos que se han desarrollado antes y después de la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de obtener información que clarifique el estado del recurso humano del sector, pero no se ha demostrado que hayan contribuido al diseño, formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas de gestión de los recursos humanos (Sierra, 2004).

Conviene destacar el Estudio nacional de recursos humanos del Ministerio de Salud, en 1968; los elaborados por la Superintendencia Nacional de Salud en 1997; el de Información básica para la planeación del recurso humano en salud; y los

patrocinados por algunas universidades públicas y privadas, como el de Rosselli y colaboradores (Sierra, 2004).

Al inicio del 2000, había sido en el Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud, con apoyo del BID y con fundamento en los hallazgos y recomendaciones contenidas en el informe final La reforma de salud en Colombia y en el Plan Maestro de Implementación, desarrollado por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard en 1996,5 en donde se iniciaban a realizar esfuerzos sobresalientes para comprender la problemática relacionada con los recursos humanos del sector, a través de la ejecución de cuatro proyectos encaminados a conocer la calidad de la formación de recurso humano, las posibilidades de mejoramiento de su calidad y entrenamiento, la posibilidad de modelación de la oferta y demanda a corto y mediano plazo (Sierra, 2004).

A nivel internacional se han realizado diversas investigaciones sobre el impacto que las reformas a los sistemas de salud generan sobre el talento humano; impactos que si bien se presentan de forma diferente en cada país, los efectos en los profesionales y en los resultados en la prestación de los servicios constituyen un fenómeno generalizado. A continuación se muestran los principales aspectos de las reformas y sus implicaciones que estas traen para los trabajadores de la salud:

Figura 4: Implicaciones de las Reformas en Salud sobre Talento Humano

Aspectos principales de las reformas	Implicaciones para el trabajo del personal
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Descentralización</li> <li>– Cambios en los ministerios: funciones y estructuras</li> <li>– Cambios en el financiamiento y en los sistemas de pago</li> <li>– Nuevas modalidades de gestión: externalización o contratación de terceros, compra de servicios, autonomía de servicios, etc.</li> <li>– Cambios en los modelos de atención, tanto en sus aspectos básicos como en su complejidad</li> <li>– Extensión de la cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nuevas funciones y áreas de competencia</li> <li>– Exigencia de mayor calidad y productividad</li> <li>– Cambios en la organización del trabajo y conformación de equipos</li> <li>– Énfasis en el desempeño y su evaluación</li> <li>– Cambios en los sistemas de incentivos</li> <li>– Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos</li> </ul>

Fuente: Extraído de: Muñoz, Et Al, 2013 Fuente Original: Brito, 2000

Otro factor analizado es la deficiente planificación de los recursos humanos y su regulación en cuanto a la calidad del entrenamiento y la práctica (Nigenda *et al*, 2010), lo que interviene en la calidad de los servicios de salud y el desempeño de los profesionales; factor relacionado con los cambios normativos en los sistemas de salud, que generaron un declive en las condiciones laborales, en la formación y en la satisfacción del personal. En efecto, condiciones laborales desfavorables y bajos salarios conducen al pluriempleo, esto es, a realizar varias actividades laborales en diversas instituciones con el fin de mejorar los ingresos (Muñoz, Et Al, 2013).

En Colombia, la reforma al sistema de salud (Ley 100 de 1993) y las reformas laborales dadas paralelamente, han contribuido a deteriorar las condiciones laborales del recurso humano en salud: la Ley 100 provocó un cambio radical en el modelo de salud colombiano, incluyendo las condiciones laborales de los trabajadores del sector: “En efecto, el mercado laboral de los profesionales de la salud sufrió importantes modificaciones a partir de dicha ley sin que ésta

incluyera necesariamente artículos específicos relacionados con la contratación, los salarios o las condiciones de trabajo (Flórez *et al.*, 2009:109).

Es importante resaltar que la ley 100 en Colombia hizo que los modelos de servicios pasaran a modelos de mercado regulado, lo que permitió establecer nuevas condiciones de competitividad y de integración del Recurso Humano al mercado laboral, así como al esquema de regulación bajo el cual funcionaba la oferta educativa.

### **3.3.3 TALENTO HUMANO Y FORMACIÓN**

En el 2004, el viceministro de salud informaba que de 1709 programas, 38 estaban acreditados, la inquietud se trasladaba a la formación del Recurso Humano, ya que al parecer se estaba rigiendo fundamentalmente por los intereses económicos de las instituciones formadoras. Ya que para este año al parecer se estaba vislumbrando que las instituciones formadoras se estaban fundamentando por los intereses económicos (López, 2004).

En cuanto a la oferta educativa en posgrado, se encontraban áreas saturadas y otras que realmente no interesaban o no se consideraban importantes para otros grupos. Por tal razón y de acuerdo a las relaciones entre Estado, organizaciones y el recurso, se iniciaban para el 2004 los nuevos modelos de vinculación laboral, pues era indiscutible que existía flexibilización, inestabilidad y precarización del empleo, se surgía también la corporatización del trabajo profesional, tercerización o subcontratación de servicios y las nuevas modalidades de gestión corporativa, al mismo tiempo que la incorporación de modelos de atención gerenciada (López, 2004).

Con todo ello el Ministerio de Salud y de Bienestar para Colombia para el 2004 buscaban definir mecanismos y políticas que promovieran la articulación efectiva y la cooperación inteligente para garantizar el mejoramiento y el aseguramiento

de la calidad del recurso humano en salud. Para ese entonces. Según López, si se lograban instituciones prestadoras de servicios de salud, sobretodo la red pública, visibilizadas a través de la propuesta de reestructuración, rediseño y modernización, junto con un profesional que concilie con el recurso humano, la oferta y la demanda sin que existan grandes diferencias, se podrían obtener profesionales más satisfechos, con un mejor ingreso que permitirían avanzar muchísimo más al bienestar (López, 2004).

Las dificultades que se presentan en el sector, según Brito y colaboradores (1996) , son aquellas asociadas con los desequilibrios estructurales de la fuerza de trabajo y su mala distribución, salarios bajos y poco competitivos con grandes diferencias entre el mismo sector, incremento de los empleos informales y un inadecuado régimen laboral, bajo nivel de desempeño del personal, conflictos laborales presentes o en potencia, complejidad creciente de los procesos laborales, falta de planeación y control de la innovación de tecnologías, aumento de los costos del trabajo y centralización de la administración del recurso humano.

En Colombia no existe una coordinación adecuada entre los sectores de salud, educación, trabajo y planeación. Las instituciones formadoras deciden preparar recurso humano sin que exista una información suficiente que indique la necesidad de cierto tipo de profesional, técnico o auxiliar, y las instituciones empleadoras no planean sus necesidades con tiempo, lo que puede generar grandes desequilibrios entre la oferta y la demanda, generando eventualmente déficit o exceso con grandes implicaciones en costos, salarios y calidad del recurso humano (Sierra, 2004).

Hay evidencia, entonces, que demanda de los niveles decisorios actuaciones urgentes e inteligentes, para lo cual se requiere un sistema de información en recursos humanos en salud que permita tomar decisiones informadas en relación con las necesidades de salud de la población, la demanda potencial de recurso

humano del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para responder a esas necesidades, la oferta disponible, las formas de interacción entre la oferta y demanda y la búsqueda de unos mecanismos de contratación y pago de salarios justos que estimulen la formación del recurso necesario con buena calidad y comportamiento ético y con el reconocimiento social debido (Sierra, 2004).

Actualmente según algunos académicos el Talento Humano trabajador de la salud, para lograr ser idóneo debe tener competencias para Ser, Saber y Hacer, estos se convierten en aspectos importantes en la toma de decisiones y la ejecución de estas. Estos aspectos están relacionados con la rigurosidad y transparencia en los procesos de selección y contratación. Otro elemento que incide en la idoneidad del talento humano, es su formación en universidades e instituciones de formación técnica y superior. En este sentido, en la formación de los profesionales y técnicos de la salud hay predominio del enfoque clínico biomédico, centrado en la atención de la enfermedad, que deja de lado los temas relacionados con la SP tales como los determinantes sociales de la salud, el trabajo extramural y comunitario, la educación en y para la salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, Atención Primaria en Salud, la ética, entre otras (Muñoz, Et Al, 2013).

Dicho de otra manera: al enfatizar en los aspectos. Clínicos y técnicos, se relega a un segundo plano la formación social, humanística y política del educando, lo que puede conllevar limitaciones del talento humano en su desempeño, trato hacia las personas, toma de decisiones en beneficio del colectivo, entre otros. Asimismo, las carencias en la formación tanto técnico-científica, como política y ética, generan profesionales y técnicos resignados, con poca capacidad crítica y subordinados a las decisiones de otros y sin capacidad de reflexión ética (Muñoz, Et Al, 2013).

### 3.3.4 DIFICULTADES QUE ENFRENTA EL TALENTO HUMANO

Dentro de las dificultades a las cuales se enfrenta el talento humano dentro de su ejercicio laboral se encuentran las reformas del salud, las transformaciones del Estado, las falencias en la planificación del talento humano, y otros determinantes que dan cuenta de la situación laboral actual de los recursos humanos en salud en Colombia. En primer lugar, el efecto de la crisis financiera y las directrices administrativas que presentan las instituciones del sector, debido a lo cual la disminución o supresión de las acciones y servicios se convierte en una oportunidad para ahorrar recursos y, así, asegurar la sobrevivencia institucional. En segundo lugar, la infiltración de intereses ajenos, clientelistas, a los propósitos también de la Salud. El efecto de estos determinantes en el mercado laboral se presenta tanto en el sector público como en el privado e implica condiciones laborales diferentes para perfiles y tareas similares, lo que a su vez genera diferencias en la aplicación de los sistemas de incentivos, situación evidenciada también a nivel internacional (Novick y Rosales, 2006; Muñoz, Et Al, 2013).

Algunos de los principales problemas que genera la flexibilización laboral son la inadecuada distribución y disponibilidad de la fuerza de trabajo y la tendencia a la adopción de nuevas formas de contratación sin protección para el trabajador. Los objetivos de prácticas laborales como la tercerización y subcontratación están relacionados con la maximización de rendimientos financieros, productos y resultados, lo que a su vez significa que es el mercado el que determina los mecanismos de asignación de salarios. Esta condición, aunada a los cambios relacionados con la estabilidad laboral, los incentivos y la capacitación del personal, acarrea problemas tales como el desempeño deficiente, la disminución del interés y la alta rotación del personal (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud y OPS/MOS, 2000; Muñoz, Et Al, 2013).

### 3.3.5 RECURSO HUMANO COMO UN DETERMINANTE DE LA SALUD

En concordancia con el llamado a la acción de Toronto (2006) en donde se hace una apuesta a la máxima recuperación de los resultados en salud, se resalta la importancia del recurso humano en los resultados en salud; constituyéndolo en un determinante estratégico para el desarrollo de lo que se llamó el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública basada en las competencias de los recursos humanos (Bhutta ZA, 2010).

Una Comisión Lancet destaca una llamada de 20 líderes académicos y profesionales de una importante reforma en la formación de los médicos y otros profesionales de la salud para el siglo 21. “Los cambios son necesarios debido a los programas fragmentados, anticuados, y estática que producen graduados mal equipados. La Comisión aboga por una reforma importante en el sistema de educación médica completa, con el fin de elaborar planes de estudio de competencia liderada por el futuro” (Frenk A, Chen L, Bhutta L, Cohen J, Nigel C, Evans T, Et Al, 2010).

Esta comisión recomienda que si el mundo quiere cambios en los resultados en salud, como bajar sus tasas de mortalidad, materna, infantil, reducir inequidades en salud. Definitivamente debe voltear su mirada a la formación del recurso humano en salud, dado que el mundo enfrenta grandes retos en el siglo 21, para lo cual los profesionales en salud no se están formando. Se gradúan de las Universidades descontextualizados de la realidad de sus países y del mundo en general.

Desafortunadamente la formación de profesionales de salud no ha evolucionado al ritmo que requiere el mundo, esto se evidencia en currículos fragmentados, con pocas capacidades de trabajo en equipo entre las diferentes profesiones, lo que dificulta en el momento de enfrentar el campo laboral, en concreto para formar equipos inter disciplinarios para abordar los problemas de salud tanto individual

como problemas poblacionales. Por otra parte este modelo educativo que fue adoptado en el siglo pasado siglo 20 también constituye un impedimento para las dinámicas que plantean las reformas de salud y los sistemas de salud en continua cambio planteados desde las políticas macro de los países.

Solo que se ha dejado de lado el trabajo intersectorial salud- educación para que este recurso humano fruto de Universidades y currículos que dependen del sector Educativo, se nutra de la realidad social y política de los diferentes países, de las reformas en curso o en implementación, para que las Universidades gradúen profesionales contextualizados y con las competencias reales que necesitan para enfrentar los retos de salud de unos individuos inmersos en una población y unos sistemas de salud reales que están cambiando.

Así las cosas el recurso humano en salud se convierte en un determinante de la salud, trazador para el desarrollo de estrategias, que contribuyan a la disminución de estas tasas que nos ocupan, siendo este determinante sujeto a una planeación en cuanto a número y distribución diferencial por zonas geográficas.

De esta manera el recurso humano como determinante de la salud, cobra relevancia desde el marco de la aplicación del pensamiento sistémico en el fortalecimiento de los servicios de salud, en donde se considera a las personas como el centro del sistema con sus cualificaciones (competencias), creando una arquitectura dinámica, y viendo al recurso humano en salud, como un determinante y actor clave que influye en todo el mecanismo y funcionamiento de un sistema. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), define a los sistemas de salud como el “conjunto de organizaciones, personas, y acciones cuya finalidad principal es promover, restaurar o mantener la salud”. Esta organización reconoce seis elementos constitutivos de los sistemas de salud, cada uno de los cuales esta directa e indirectamente relacionado con los demás y en su conjunto conforman un sistema completo (OMS, 2007)

Figura 4. Arquitectura dinámica e interconectividad de los elementos constitutivos de los sistemas de salud



**Fuente:** Frenk J. “Acknowledging the Past, Committing to the Future”. Discurso pronunciado el 5 de Septiembre de 2008.  
Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/multimedia/JulioFrenk/FrenkRemarks.pdf>

En concordancia con este concepto, (Silvina María Malvárez 2012) destacó “que hay en este momento un consenso mundial en el sentido de haber entendido que los sistemas de salud y los modelos de atención, son esencialmente sistemas humanos y afirmó que la operacionalización, sin humanos no existe, los servicios de salud son servicios humanos, de modo que el debate mundial se está desarrollando en torno al desarrollo de recursos humanos en salud. “ Determinantes sociales de la salud y recursos humanos para la salud”

Hace unos diez años o un poco menos, la salud no había adquirido un estatus de prioridad en la agenda política global, hasta antes de esto en realidad era un recurso, era un componente, sin embargo se está entendiendo que la salud ahora es un determinante del desarrollo, así como es una condición central del desarrollo, es una consecuencia del desarrollo y es esencialmente un determinante, un indicador y una consecuencia de la capacidad que tienen los países de promover el máximo potencial humano en las sociedades y en las comunidades.

El recurso humano en salud en este momento está enfrentando una dificultad que tiene que ver con un problema multifactorial: como la súper-especialización de la medicina, la mala distribución de los recursos humanos en los países, problemas que tienen que ver con las reformas de los años 80, por ejemplo, la precarización del empleo, y temas relacionados con las repercusiones de la globalización como son las tasas de migración de recurso humano especializado de países en desarrollo a países desarrollados, la escases de la planificación del recurso humano en salud con enfoques diferenciales por puntos estratégicos como lo geográfico, asuntos de etnia y culturales son puntos para reflexionar, dado que parte del problema es la forma natural como se ha permitido en los países en desarrollo, que el recurso humano se configure dentro de los territorios.

En Colombia desde la implementación de la ley 100 de 1993 el modelo de atención orientado a optimizar costos, centrado en un modelo mercantilista lleva a incentivar una configuración especial de los recursos humanos tanto espacialmente como en su papel dentro del sistema. Dada esta situación el recurso humano se vio abocado a unas nuevas formas de organización, planteadas por la ley y veinte años después de la promulgación de esta ley de 1993, de pronto sin intencionalidad de los promulgadores no se tuvo en cuenta qué pasaría con el recurso humano en la configuración de este nuevo sistema.

Sin embargo y pese a recomendaciones que hace la Universidad de Harvard en el año 1996 la cual tiene recomendaciones puntuales frente a este tema y a que el país invirtió en los años 2000 - 2001 cuatro proyectos que le darían luz y pautas al país para el tratamiento de posibles impactos que el sistema planteado, tendría en el recurso humano, veinte años después el recurso humano en salud sigue siendo un determinante sin una intervención suficiente y clave para mejorar los resultados en salud en Colombia (Pascal Zum, 2002).

Con lo anterior se reafirma como el deterioro de las condiciones de trabajo, representadas en jornadas laborales extensas, bajos salarios y desarticulación de los equipos de trabajo, afectan además de la situación de salud del talento humano en Salud, la calidad y el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud en general, y las acciones de Salud Pública en particular (Novick y Rosales, 2006).

### **3.3.6 TALENTO HUMANO Y MODELO DE ATENCIÓN**

La Organización Panamericana de la Salud en el 2000 preparó una propuesta comprensiva para el análisis de la provisión de servicios de salud, que incluye un marco conceptual para el análisis de la provisión de dichos servicios, una metodología para el análisis de la oferta y la demanda de servicios de salud y de las brechas existentes entre ellas, los modelos de atención, los modelos de organización y gestión de los servicios, el análisis de los recursos humanos y el análisis de los recursos tecnológicos (Ruales, 2004).

Para entender mejor el nivel de adecuación de la respuesta de los servicios, el marco conceptual planteó además el análisis diferenciado, tanto del modelo de atención de salud como de los modelos de organización y gestión de los servicios de salud. En términos generales, el modelo de atención se refiere a los contenidos de la atención de salud, mientras que los modelos de organización y gestión se refieren a los procesos que posibilitan la atención de salud. El análisis más importante es el del modelo de atención de salud. Este modelo determina la interacción entre la oferta y la demanda/uso de los servicios, y por lo tanto debería responder a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las personas y, en consecuencia, debería condicionar el desarrollo de los modelos de organización y gestión, y no en el sentido inverso, como ocurre en la mayoría de los casos. El modelo propuesto para el 2004 se preocupa también de analizar aquellos aspectos más estructurales de los servicios de salud, particularmente los

situados en el nivel sistémico, que pasan inadvertidos en los análisis más tradicionales. Por último, el marco conceptual plantea la necesidad de analizar otras variables sistémicas, más allá del ámbito de la provisión propiamente dicha, las cuales inciden en el comportamiento de los servicios (Ruales, 2004).

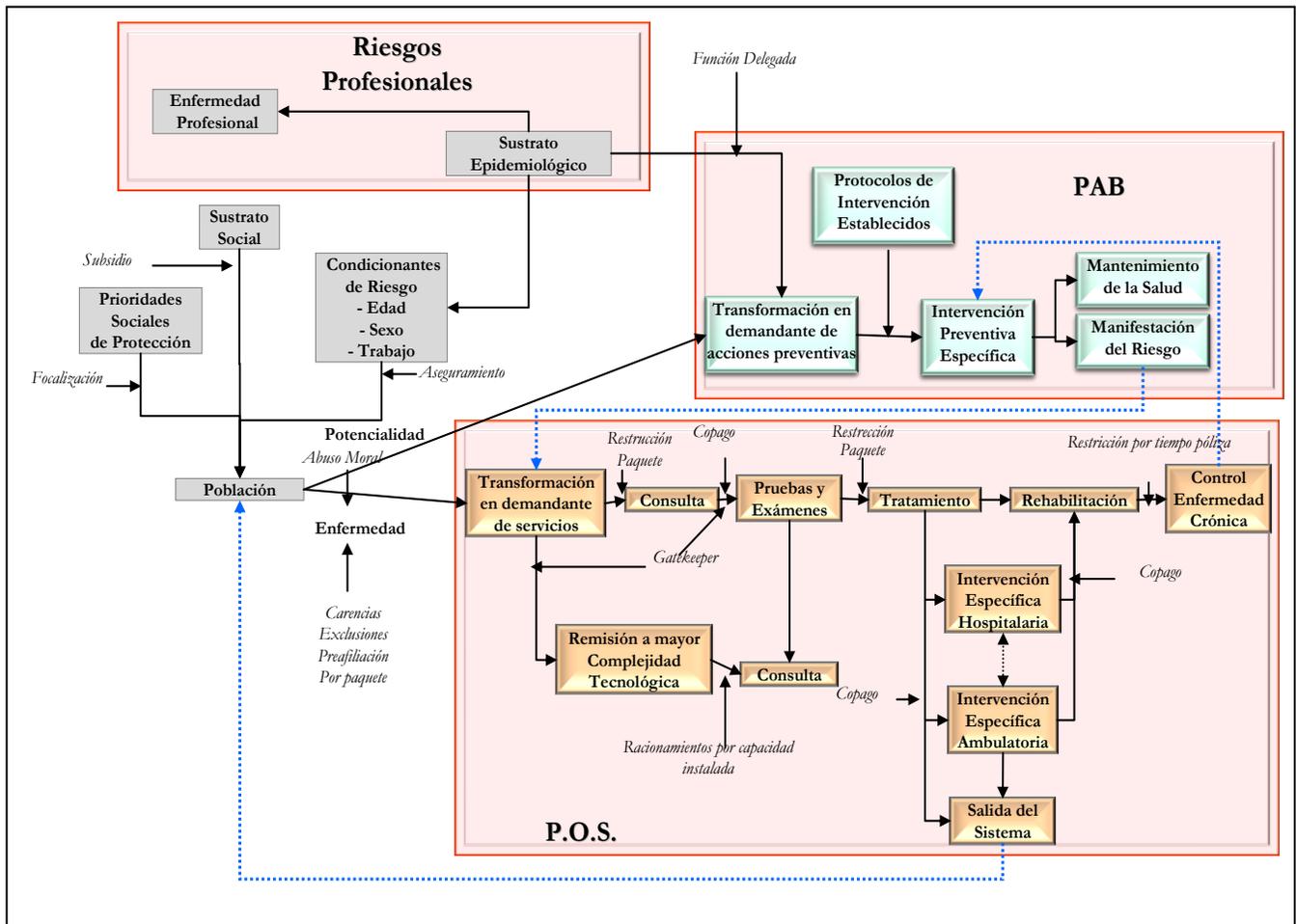
El modelo de atención de salud corresponde al contenido de la atención de salud y las características de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios; es la relación usuario-servicios de salud. El usuario, la familia y la comunidad son también potenciales prestadores de servicios. El concepto se refiere a todo el espectro de servicios de salud del sistema, pero en forma especial a los entregados por la atención primaria. A su vez, el contenido de la atención de salud se refiere al tipo de prestación de salud entregada por el sistema de servicios (Ruales, 2004).

Durante muchos años los ministerios de salud en los países en desarrollo planearon y evaluaron las condiciones de los recursos humanos de salud bajo un esquema de sistema cerrado y normatizado, con base en supuestos sobre necesidades sociales. Este modelo de planeación demostró una rigidez considerable con respecto al desarrollo de las sociedades en la generación de mercados laborales competitivos, mercados mixto público privados y particularmente ante los requerimientos de eficiencia técnica en las organizaciones de servicios (Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR, 2009).

La reforma de salud en Colombia contenida en la Ley 100 de 1993 ha implicado cambios a partir del modelo sistémico determinado por el Sistema Nacional de Salud. Se desarrollaron paquetes cerrados de servicios tanto de prevención como de promoción; asimismo, se segmentó un subsistema cuasi independiente de riesgos profesionales. La integración de los sectores público y privado en un modelo de competencia regulada y el desarrollo del modelo de empresa de

servicios pública o privada, adicionaron elementos importantes de cambio. La relación directa entre el profesional y sus pacientes se vio mediada no solamente por la organización prestadora de servicios, sino por el aseguramiento, un complejo proceso de contratación público privado y un sistema jurídico con cada vez mayor injerencia en dicha relación (Ruiz F, Et Al 2009).

Figura 6. Modelo de Atención Planteado por la Ley 100



Fuente: Ruiz F, Et Al 2009

Un factor básico dentro del nuevo modelo de atención planteado por la Ley 100 es la existencia del aseguramiento como tercer actor, entre el proveedor y el demandante de servicios. Esta condición transforma la relación entre el usuario del servicio y la persona u organización que se la está brindando. La mayor parte

de los cambios son dados por las restricciones propias de un paquete de servicios que busca racionalizar el uso de los recursos humanos y por ende su costo ante los requerimientos de los usuarios, que al estar asegurados tienden a demandar más servicios de los necesarios. Lo mismo sucede con los prestadores de servicios que al estar amparados por un contrato de provisión de servicios facturan al asegurador la mayor cantidad de servicios para asegurar su equilibrio económico. Esta situación es mediada por el asegurador mediante el establecimiento de protocolos administrativos de control de entrada y restricciones a los pacientes o por esquemas de copagos, que actúan como desincentivos para el uso, especialmente el no justificado. En esta interrelación el ejercicio de los recursos humanos se transforma y entra a ser mediado por una serie de protocolos administrativos y económicos que van más allá de los límites propios del ejercicio profesional (Ruiz F, Et Al 2009).

Otra característica del modelo de servicios colombiano es que segmenta los pacientes según capacidad de pago y los organiza de acuerdo con un contrato. En Colombia existen los regímenes subsidiado y contributivo y los vinculados. El modus operandi de la provisión de servicios cambia en cada uno y los recursos humanos deben asumir estas particularidades (Ruiz F, Et Al 2009).

No solamente el análisis de los factores que afectan a los recursos humanos se puede tomar a partir de la interrelación entre las organizaciones, educativas o de servicios, y los propios recursos. Existen diferentes estructuras sociales que ajustan y condicionan su desarrollo. Los mercados son una de esas estructuras. Pero infortunadamente, en el sector social, los mercados de servicios tienden a ser imperfectos y asimétricos en cuanto al manejo de la información. Lo que probablemente impacta de manera directa a los propios recursos (Ruiz F, Et Al 2009).

Las interrelaciones dinámicas de los recursos humanos en salud se pueden analizar a partir de un modelo de mercados interconectados. Se requieren diferentes tipos de recursos e insumos para proveer servicios, así como bienes y agentes que están involucrados en su producción. En consecuencia, la provisión final es el resultado de la interacción de al menos siete diferentes mercados: financiero, de aseguramiento y de provisión de servicios, educativo, farmacéutico, de tecnología médica y de proveedores de insumos médicos (Ruiz F, Et Al 2009).

El mercado de recursos humanos es interdependiente con al menos otros dos mercados: el educativo y el de servicios. En el primero, el bien transable es la educación, que en el caso de la salud, tiende a ser heterogéneo, diversificado y jerarquizado. En el segundo, el bien está constituido por el servicio en sí mismo, también es heterogéneo y su producción se da en forma instantánea, desde el momento que se genera la demanda (Ruiz F, Et Al 2009).

Por otra parte, en el modelo de empresa que abordaron tanto instituciones públicas como privadas, los recursos humanos enfrentan una mayor demanda de productividad de las instituciones ambulatorias y hospitalarias donde trabaja, para lo cual no fueron formados en sus instituciones educativas. Esta situación ha implicado cambios en el trabajo y probablemente impacta a la misma educación en salud (Ruiz F, Et Al 2009).

#### **3.3.6.1 Experiencias Modelos de Atención**

De las experiencias existentes en América Latina un ejemplo rápido es el programa de salud de la familia de Brasil. Este país tiene un sistema único de salud, con algunas características, en que la ejecución de la atención primaria es una responsabilidad de los municipios y donde hay un financiamiento tripartito entre recursos federales, estatales y municipales, con directrices nacionales y prestación de servicios en atención primaria por parte de unidades públicas de salud. La salud de la familia en Brasil tiene un marco legal con normas del

Ministerio de Salud en estas negociaciones tripartitas entre los diversos niveles del Estado. Sus principios son la integralidad de las acciones con énfasis en la promoción; la intersectorialidad; la capacidad para resolver en la práctica el 90% de los problemas demandados en el primer nivel; la responsabilidad y los vínculos de los equipos con una población adscrita, es decir, una definición de adscripción geográfica y poblacional; el carácter sustitutivo de otros niveles, de otros elementos más complejos; y el estímulo de la participación popular y el control social (Ruales, 2004).

Ya a nivel Nacional un ejemplo es el Modelo de Atención Primaria en Salud (APIS), en la ciudad de Bogotá que se implementó desde finales del 2004, lográndose como una estrategia eficaz para lograr los resultados en salud, equidad en salud y disminuir los costos en salud y garantizar el derecho a la salud, junto con la justicia social, ayudando a la transformación del Sistema de Salud. El programa dio inicio en las áreas deprimidas, teniendo como objetivo disminuir las brechas en salud entre los mejor y peor ubicados y finalmente dio en sus resultados importantes diferencias entre las localidades, en resultados de salud, como las tasas de mortalidad, donde su tendencia disminuyó entre localidades de mayor a diferencia de las de menor cobertura (Román, Acosta, Mosquera, Restrepo, 2009).

#### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el análisis del problema planteado se realizó un diseño descriptivo y longitudinal, a partir de información secundaria que permita dar cuenta del comportamiento de las tendencias, así como la asociación entre las variables de salud y las de talento humano (médicos especialistas gineco obstetras).

El diseño contempla dos etapas de trabajo que dan cuenta respuesta a objetivos de la investigación.

En la *metodología para el cálculo de tiempos equivalentes de gineco obstetras* se buscó identificar el conjunto mínimo de procedimientos (*Canastas*) que realiza un gineco obstetra para la atención de morbilidad materna, así como, el tiempo necesario de gineco obstetras para la atención de los principales problemas de la morbilidad materna en el país.

Por otra parte, en la *metodología para analizar la asociación que existe entre variables de contexto y el tiempo equivalente de gineco obstetras con la razón de mortalidad materna*, se pretendió identificar las posibles asociaciones de la mortalidad materna con algunos variables de contexto (PIB, porcentaje de mujeres con educación superior y cobertura de aseguramiento en salud en Colombia) y la cantidad disponible de especialistas en gineco obstetricia, así como la necesidad del país para la atención de la morbilidad materna.

A continuación, se describen las dos metodologías a profundidad.

### 1. Metodología para el cálculo de tiempos equivalentes de gineco obstetras

Este componente metodológico busca construir el tiempo equivalente de los gineco obstetras en Colombia. Esta variable reporta la necesidad de especialistas en el país según la demanda de procedimientos asociados a determinados diagnósticos médicos relacionados con la especialidad de interés.

Para la construcción de la variable, en primer lugar, se seleccionaron los diagnósticos asociados a la morbilidad materna. Para ello, se consultó el estudio de Carga de Enfermedad para Colombia (Peñaloza RE, et al, 2015), en el cual se definen los diagnósticos<sup>2</sup> relacionados a la morbilidad materna que requieren atención médica, como lo muestra la siguiente tabla.

**Tabla 1. Grupo de Diagnósticos asociados a la morbilidad materna según CIE 10.**

DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS A LA MORBILIDAD/MORTALIDAD MATERNA	CÓDIGOS CIE 10
HEMORRAGIA MATERNA	O20, O44-O46, O67, O72
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	O10-O16
PARTO OBSTRUIDO	O64-O66
ABORTO	O00-O08
SEPSIS MATERNA	O85-O86

Fuente: Construcción propia de la autora basada en: Estimación de la carga de la enfermedad para Colombia 2010

Posteriormente, se buscaron los procedimientos, intervenciones y actividades registradas para la atención de mujeres con alguno de estos cinco diagnósticos en

---

2. En el estudio de Carga de enfermedad se encuentran los diagnósticos clasificados con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) a tres dígitos

la base *Registro Individual de Prestaciones de Servicios (RIPS)*<sup>3</sup> del Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2012. El conjunto de procedimientos asociados a cada uno de los diagnósticos se denominó *Canasta*. Por ejemplo, la canasta *hemorragia materna* cuenta con 14 procedimientos relacionados a este diagnóstico, según la base de RIPS año 2012 y después de haber depurado los procedimientos que se encontraban mal clasificados en la base original.

**Tabla 2. Canasta de procedimientos para el diagnóstico "Hemorragia materna", sin validar con expertos**

DX	Nombre del Procedimiento
Hemorragia materna	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSVAGINAL
	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL
	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR
	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMÁTICO
	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS
	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATACION Y CURETAJE
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR Rh
	MONITORIA FETAL ANTEPARTO
	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD
	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SOD

Fuente: Construcción propia de la autora, consultado de la base de RIPS.

3. "Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa." Sistema de Información de Prestaciones de Salud - RIPS. (s.f.). Recuperado el 26 de Marzo de 2015, de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/rips.aspx>.

Una vez definidas las canastas y buscando construir la variable del tiempo equivalente de gineco obstetras, fue necesario elaborar un Instrumento de Consulta a Expertos con el objetivo de indagar por estas canastas en tres aspectos: primero, validar cuáles de los procedimientos de cada canasta requerían la presencia de gineco obstetras en algún momento; segundo, conocer en promedio con qué frecuencia se llevan a cabo estos procedimientos en el día a día; y tercero, preguntar por el tiempo en minutos que tardan estos especialistas en realizar cada uno de los procedimientos en condiciones normales de operación. A continuación, se muestra parte de la estructura del Instrumento. (Ver Instrumento de Consulta a Expertos completo en Anexo 7.1).

**Tabla 3. Contenidos del Instrumento de Consulta a Expertos para la Canasta de Aborto.**

DX	Nombre procedimiento (CUPs) Canasta	El procedimiento lo realiza un Gineco Obstetra	Promedio de la frecuencia estimada por el Gineco obstetra	Promedio Tiempos Gineco Obstetras en minutos			
				Tiempo de preparación	Tiempo piel a piel	Tiempo de cierre	Tiempo Total
Aborto	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO TERAPEUTICO	Sí	60%	17	40	13	70
	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS	No	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

Fuente: Construcción propia de la autora

El Instrumento se aplicó a tres gineco obstetras que dieron cuenta de la información solicitada. El paso a seguir fue re definir los procedimientos que contenía cada canasta, de acuerdo al reporte provisto por los expertos sobre la necesidad de un gineco obstetra. En el caso de la canasta *Hemorragia materna*, los procedimientos se redujeron de 14 a 7 como se enseña a continuación.

**Tabla 4. Canasta "Hemorragia materna", validada con expertos.**

DX	Nombre del Procedimiento
Hemorragia materna	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSVAGINAL
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL
	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O
	POSTABORTO POR DILATACION Y CURETAJE
	MONITORIA FETAL ANTEPARTO
	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD
	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O
POSTABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SOD	

Fuente: Construcción propia de la autora.

El tiempo que tarda un gineco obstetra en realizar cada uno de los procedimientos se preguntó en minutos<sup>4</sup> y se dividió en tres momentos con el fin de estandarizar la duración de los procedimientos y para facilitar la consulta estos tiempos se describen de la siguiente manera:

- Tiempo de preparación que equivale al primer contacto del profesional con el paciente, en el que se realizan actividades como revisión de la historia clínica, instrucción al personal de apoyo para el desarrollo del procedimiento, elaboración de los formatos administrativos y la preparación del paciente;
- Tiempo piel a piel, se contabiliza desde el inicio a la finalización del acto médico propiamente;
- Tiempo de cierre del procedimiento que comprende actividades como la evolución de la historia clínica, instrucciones de manejo post-operatorio del paciente y elaboración de los formatos administrativos (Peñaloza RE, 2012).

Estos tres tiempos sumados dan como resultado el tiempo total esperado para realizar alguno de los procedimientos. Luego se procedió a promediar los

<sup>4</sup>. Los expertos dieron la información en minutos, pero para facilidad del análisis se dividió el valor por 60, para obtener el tiempo en horas.

tiempos totales y las frecuencias de ocurrencia por procedimiento reportadas por los expertos, obteniendo así la estimación del tiempo requerido por los gineco obstetras para la atención de mujeres con morbilidad materna.

Una vez se tuvo la frecuencia de ocurrencia, el tiempo total promedio para realizar un procedimiento y la prevalencia del procedimiento para su atención en consulta, urgencias y hospitalización según RIPS, se estimó la demanda en horas para la atención de mujeres con morbilidad materna en Colombia. Esta demanda a su vez se cruzó con las 1.840 horas laborales de un especialista en promedio al año<sup>5</sup>, para obtener los tiempos equivalentes de gineco obstetras (TE GO MMaterna), es decir, el número de especialistas gineco obstetras necesarios para atender la demanda nacional de mujeres con diagnósticos de morbilidad materna en el año 2012.

Ya que se contaba solo con la información del año 2012 para calcular los TE GO MMaterna, se estimó la serie de 2001 a 2011 de la siguiente manera:

- Mediante el procesamiento de las bases RIPS para los años 2005-2011, se estimaron las prevalencias de los grupos diagnósticos de morbilidad materna definidos, para cada año, y se calcularon sus respectivos TE GO MMaterna, 2005-2011)
- Para obtener TE GO MMaterna de los años restantes de la serie (2001-2004), se estimaron los valores a partir de una regresión lineal.

Asimismo, se tomaron los tiempos equivalentes de gineco obstetras (TE GO Total) para todos los procedimientos que involucran esta especialidad del *“Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia”* (Cendex, GPES/168213) para el año 2011. La

---

<sup>5</sup>. Horas laborales de un especialista = 8 horas al día \* 5 días de la semana \* 4 semanas al mes \* 11.5 meses del año (descontando 15 días de vacaciones)=1.840 horas

serie para el valor de los TE GO Total<sub>2011</sub> se ajustó de acuerdo con las variaciones anuales de la unidad de pago por capitación -UPC para estimar los años 2001-2010 y 2012.

De este componente metodológico se obtienen los siguientes insumos para el análisis de asociaciones:

- Tiempos equivalentes totales para la atención de la morbilidad materna por un Gineco Obstetra (TE GO MMaterna), años 2001 a 2012
- Tiempos equivalentes totales para atención de todas las patologías atendidas por un Gineco Obstetra (TE GO Total) para la serie 2001-2012
- Fuente: cálculos de la autora con la información obtenida en los pasos anteriores.

## *2. Metodología para analizar la asociación que existe entre algunas variables de contexto y el tiempo equivalente de gineco obstetras con la razón de mortalidad materna*

Este componente metodológico busca investigar si hay una asociación del recurso humano disponible, el tiempo equivalente de gineco obstetras y algunos determinantes sociales con la mortalidad materna, medida como la razón de mortalidad materna (RMM). Para determinar las asociaciones entre estas variables con la RMM, se llevó a cabo un análisis de correlación lineal utilizando el Coeficiente de Pearson, el cual define el grado de relación entre dos variables de tipo cuantitativo.

Se tomaron los determinantes sociales estructurales como el producto interno bruto (PIB), el porcentaje de mujeres educadas hasta la secundaria y la cobertura

del aseguramiento en salud, porque la literatura disponible muestra estos pueden afectar la mortalidad materna.

Dado que esta investigación busca determinar si el número de gineco obstetras disponibles y necesarios en el país puede afectar la mortalidad materna, también se incluyeron en el análisis variable como el stock de gineco obstetras, que equivale a la disponibilidad de estos especialistas, y el tiempo equivalente de gineco obstetras, calculado en el primer componente metodológico.

En la siguiente tabla, se describe la información básica de cada una de las variables de interés.

**Tabla 5. Información de las variables de interés**

Variables	Sujeto/objeto	Fuente	Operacionalización	Tipo de análisis	Herramientas para el análisis
Razón de Mortalidad Materna (variable dependiente)	Maternas	Estadística vitales, mortalidad. DANE	Número de muertes <u>maternas por año</u> Número de nacidos vivos por año para Colombia	Descriptivo Análisis de tendencia	Base de datos procesada en Excel
Porcentaje de Afiliados al Sistema General de Seguridad Colombia anual (variable independiente)	Afiliados	Base única de afiliados (BDUA). Ministerio de Salud y Protección Total.	Número de personas afiliadas a los regímenes contributivo y <u>subsidiado</u> *100 Población colombiana e	Análisis de tendencia	Base de datos procesada en Excel
Porcentaje de Mujeres con educación superior (variable independiente)	Educación	Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia	Mujeres que han completado educación <u>superior en el país</u> Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años	Análisis de tendencia	Base de datos procesada en Excel
PIB per cápita (variable independiente)	Unidades monetarias (pesos colombianos)	PIB, producción, salarios y empleo. Banco de la República.	$\frac{\text{PIB Total año}}{\text{Total de población año}}$	Análisis de tendencia	Base de datos procesada en Excel
Tiempo Equivalente gineco obstetras	Gineco obstetras	Elaboración Propia	Horas necesarias de gineco obstetras para <u>realizar procedimientos</u> Horas hábiles gineco obstetras al año	Análisis de tendencia	Base de datos procesada en Excel
Stock de gineco obstetras	Gineco obstetras	Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia.	<u>Número de gineco obstetras en un año</u>	Análisis de tendencia	Base de datos procesada en Excel

---

		Cendex, 2013			
--	--	--------------	--	--	--

#### **4.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El proyecto no implica investigación en seres humanos y se ajusta a las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud establecidas en la Resolución No.008430 de 1993 y la Resolución 2378 de 2008. Para el desarrollo de esta investigación se hará uso de bases de datos con información secundaria, que son de acceso público.

Se realiza una validación de información con tres expertos los cuales fueron informados del estudio sin embargo no implican información de riesgo.

## 5. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan se derivan de ejercicios que se describen en la metodología, los cuales tienen productos intermedios que se utilizan para la construcción de los resultados finales, y dan cuenta de cada uno de los objetivos específicos

El primer producto es la construcción de las canastas de procedimientos para cada uno de los cinco diagnósticos agrupados (Ver Anexo 7.2 Canastas) con estas canastas se identificó el conjunto de procedimientos e intervenciones que requiere del gineco Obstetra para la atención de los diagnósticos de la morbilidad materna este producto se encuentra validado por grupo de expertos (tres Gineco Obstetras).

De estas canastas se obtuvo el tiempo en horas necesarias de Gineco obstetra para dar resolutiveidad a todas las patologías de Gineco Obstetricia.

En cuanto al tiempo que requiere el Gineco Obstetras para la atención de los principales problemas de la Morbilidad Materna, en la siguiente tabla se observan las horas requeridas de Gineco Obstetras

**Tabla 6. Horas necesarias de Gineco obstetras para atender todas las patologías de la especialidad.**

Año	1. Aborto	2. Trastorno hipertensivo del embarazo	3. Hemorragia materna	4. Sepsis materna	5. Parto Obstruido	Total Horas Morbilidad Materna
2001	222.639		130.960			353.600
2002	314.445		188.782			503.228
2003	406.252		246.604	1.348	793	654.996
2004	498.058		304.425	3.187	2.514	808.184
2005	589.864	11.107	362.247	5.025	4.235	972.478

<b>Año</b>	<b>1. Aborto</b>	<b>2. Trastorno hipertensivo del embarazo</b>	<b>3. Hemorragia materna</b>	<b>4. Sepsis materna</b>	<b>5. Parto Obstruido</b>	<b>Total Horas Morbilidad Materna</b>
<b>2006</b>	681.670	51.348	420.069	6.864	5.956	<b>1.165.907</b>
<b>2007</b>	773.476	91.588	477.890	8.703	7.677	<b>1.359.335</b>
<b>2008</b>	865.283	131.829	535.712	10.541	9.398	<b>1.552.763</b>
<b>2009</b>	1.055.550	192.781	623.676	14.153	12.638	<b>1.898.798</b>
<b>2010</b>	1.114.885	234.903	680.455	14.857	13.509	<b>2.058.608</b>
<b>2011</b>	1.174.220	277.024	737.234	15.560	14.380	<b>2.218.418</b>
<b>2012</b>	1.264.979	290.912	768.042	19.032	17.132	<b>2.360.096</b>

Fuente: información Cendex, cálculos propios de la autora, contruidos con las canastas que refirieron los Gineco Obstetras en la consulta de expertos

Se evidenció que los Gineco Obstetras le dedican el mayor tiempo en horas al grupo de diagnósticos asociados a aborto con un requerimiento de 1.264.979 horas necesarias para atender este grupo de Diagnósticos para el 2012, sin embargo esta es la tendencia para todos los años; seguida por Hemorragia materna con un requerimiento de 768.042 horas, Trastorno hipertensivo del embarazo: 290.912 horas, sepsis 19.032 horas y parto obstruido 17.132 horas.

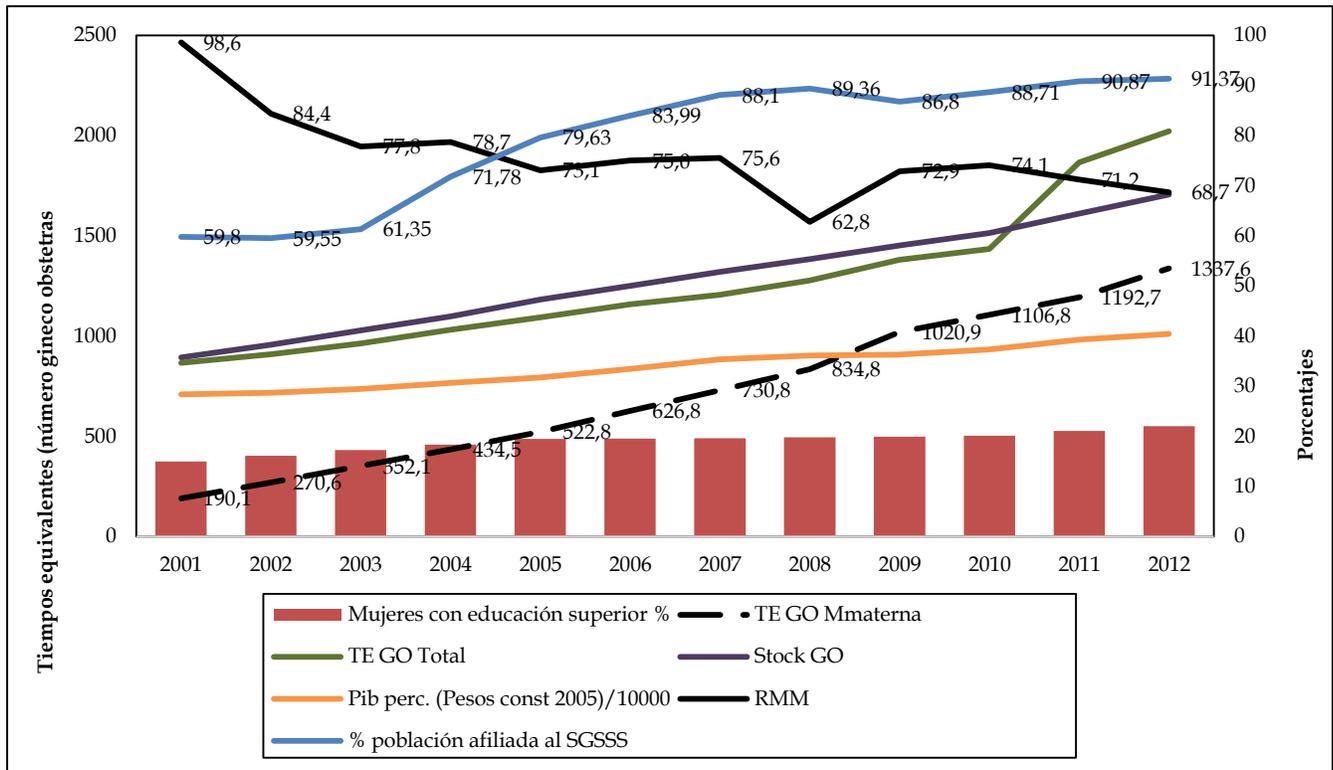
En la tabla 7 se describen los tiempos equivalentes de Gineco Obstetra para la atención de la Morbilidad Materna (TE GO MMaterna) para cada diagnóstico calculado con los tiempos de las canastas validadas en la consulta de expertos, se observa como la demanda de procedimientos traducida en tiempos aumenta, lo que se traduce en un aumento en la demanda de servicios de salud año tras año lo que sugiere que pueden existir otros determinantes que están impactando esta demanda de servicios.

**Tabla 7. Tiempos Equivalentes Gineco Obstetras para diagnósticos de Morbilidad Materna (TE GO MMaterna)**

<b>Año</b>	<b>1. Aborto</b>	<b>2. Trastorno hipertensivo del embarazo</b>	<b>3. Hemorragia materna</b>	<b>4. Sepsis materna</b>	<b>5. Parto Obstruido</b>	<b>(TE GO MMaterna)</b>
<b>2001</b>	120		70			<b>190</b>
<b>2002</b>	169		101			<b>271</b>
<b>2003</b>	218		133	1	0	<b>352</b>
<b>2004</b>	268		164	2	1	<b>435</b>
<b>2005</b>	317	6	195	3	2	<b>523</b>
<b>2006</b>	366	28	226	4	3	<b>627</b>
<b>2007</b>	416	49	257	5	4	<b>731</b>
<b>2008</b>	465	71	288	6	5	<b>835</b>
<b>2009</b>	567	104	335	8	7	<b>1.021</b>
<b>2010</b>	599	126	366	8	7	<b>1.107</b>
<b>2011</b>	631	149	396	8	8	<b>1.193</b>
<b>2012</b>	680	156	413	10	9	<b>1.269</b>

Fuente: información RIPS Ministerio de Salud, cálculos propios de la autora

Gráfica 5. Tendencias de las variables de interés:.



Fuente: Elaboración propia.

Después de realizar los ejercicios descritos en la metodología y observar el comportamiento por variables aisladas, se encuentra que la razón de mortalidad materna (RMM) para Colombia ha disminuido en la serie de años bajo estudio (2001-2012); sin embargo, pese a esta reducción, aún Colombia se encuentra lejos de los objetivos del milenio.

La reducción en RMM no ha ocurrido a la velocidad esperada y se debe en cierta medida a un comportamiento particular de determinantes asociados: PIB per cápita, porcentaje de mujeres con educación superior, nivel de aseguramiento en salud, tiempos equivalentes de Gineco Obstetras para la atención de Morbilidad Materna (TE GO MMaterna), tiempos equivalentes de Gineco Obstetras Totales (TE GO Total) y Stock de Gineco Obstetras.

Al observar las tendencias de las variables de interés, se encuentra que todos los determinantes aumentan durante la serie de 12 años. El PIB per cápita ha tenido

un aumento lineal pasando de 709 a 1011, el porcentaje de mujeres con educación superior tuvo un incremento de 15% a 22%, la cobertura de afiliación al aseguramiento aumentó 31 puntos porcentuales, y el Stock de especialistas Gineco obstetras pasó de 958 en el 2001 a 1705 en 2012.

En cuanto a los tiempos equivalentes de Gineco Obstetras (TE GO total), es decir, los tiempos que el país requiere de Gineco Obstetras para atender el total de diagnósticos, se evidenció que a partir del año 2010 el número de Gineco Obstetras deja de ser suficiente para atender el total de patologías referidas. De igual manera, han aumentado los tiempos equivalentes de Gineco Obstetras dedicados a la morbilidad materna (TE GO Mmaterna), acercándose de una forma amenazante en el año 2012 al Stock de Gineco Obstetras.

Con el fin de evaluar la correlación existente entre la Razón de Mortalidad Materna (RMM) y los determinantes, se aplicó la prueba de correlación de Pearson. Todas las correlaciones resultaron negativas, lo cual indica que hay una relación inversamente proporcional entre la RMM y las determinantes, y por tanto, a medida que disminuye la RMM se incrementa el nivel de los determinantes. En este sentido, se evidencia que a mayor PIB menor razón de mortalidad materna, a mayor porcentaje de mujeres con educación Secundaria menor razón de mortalidad materna, y de manera análoga con todas las variables estudiadas.

**Tabla 8. Correlación de Pearson entre RMM y determinantes de interés**

Pib perc.	Mujeres con educación secundaria (%)	% población afiliada al SGSS	TE GO Mmaterna	TE GO Total	Stock GO
-0,73*	-0,86*	-0,80*	-0,71*	-0,61*	-0,75*

\*p < 0,05

Fuente: elaboración propia por la autora

## 6. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Frente a los resultados evidenciados se puede inferir cómo el modelo de atención actual colapsa, debido a los incrementos de la demanda de servicios que han sido generados a partir del aumento en el aseguramiento, los recursos físicos, la capacidad instalada y en este caso la falta de planificación adecuada del Talento Humano como son los especialistas en Gineco obstetricia. Sin embargo a pesar de esta exigencia en los servicios de salud, los resultados en salud no mejoran con la celeridad que se requiere, aspecto que se evidencia claramente en los resultados presentados; donde se observa una demanda insatisfecha junto con barreras de acceso transformadas en mecanismos de contención de esta.

Por tanto el modelo de atención cobra importancia en la manera en que éste debe ser pensado en cuanto a: recursos necesarios, planificación de recurso humano y regulación en su número y capacidad resolutive (Nigenda et al, 2010), lo anterior ha desencadenado la precarización de la prestación de los servicios de salud, cuyo impacto se ve reflejado en los resultados de la salud Materna en Colombia.

(Ruales, 2004) asevera que como se hace notar en el marco de referencia de este trabajo, el modelo propuesto para el 2004 por la Organización mundial de la salud (OMS) recomienda analizar aquellos aspectos más estructurales de los servicios de salud, particularmente los determinantes situados en el nivel sistémico, que pasan inadvertidos en los análisis más tradicionales, más allá del ámbito de la provisión de servicios. Esto muestra la relevancia en los hallazgos realizados, como soporte para un análisis mucho más sistémico y de contexto, que incorpore variables de contexto como el PIB, el nivel educativo, nivel de

aseguramiento en salud, que permitan repensar en modelos de atención diferenciales teniendo en cuenta estos determinantes y reconociendo a Colombia como un país disímil en su desarrollo económico, si todos estos ingredientes se suman, Colombia podrá tener diseños de modelos de atención diferenciales, que contemplen los determinantes macro, que puedan plasmar las características propias de las regiones y sus contextos particulares, articulado a los resultados del análisis en Talento humano, dentro del modelo de atención como un Determinante Intermedio de la Salud de las maternas.

La literatura evidencia que el uso de diferentes modelos de atención, ofrece beneficios para los resultados en salud, en este caso en términos de razón de mortalidad materna. En la revisión sistemática realizada por (Hatemm y Sandall, 2009) se concluye que el modelo de atención de parto por comadronas ofrece ventajas para la población de maternas en regiones geográficas de difícil acceso, y no se identifican efectos adversos. De hecho algunas de sus recomendaciones para los elaboradores de política, es que deberían contemplar la posibilidad de estudiarlo como un modelo de atención viable en países donde la atención del parto se haga dificultosa por diferentes barreras de acceso geográfico, barreras culturales, de capacidad instalada de recursos físicos entre otros.

Otra experiencia reportada por (UNFPA, 2012) hace referencia a la estrategia de salud reproductiva intercultural la cual se realizó en cinco países de Latino América: Ecuador, Bolivia, Guatemala, Honduras y Perú donde se reporta la efectividad de la estrategia de modelos de atención diferenciados para la atención de comunidades indígenas. Para la puesta en marcha de esta estrategia, uno de los factores reconocidos como claves para el éxito fue el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas, la generación y gestión del conocimiento al talento humano que estaría a cargo de los diseños y de la estrategia diferenciada para cada una de las culturas indígenas abordadas, esta investigación estuvo apoyada

por un equipo interdisciplinario del cual hacían parte médicos generales, especialistas Gineco Obstetras, enfermeras, parteras y personas de acuerdo a cada comunidad, que participaban en el cuidado de la mujer en el embarazo, parto y puerperio .

La experiencia Colombiana reporta el caso del Departamento del Huila en el que se implementa un modelo en el cual se resalta el desarrollo de una estrategia departamental, para disminuir la mortalidad materna; a partir de la cual se hace un diseño con varios elementos: una publicación sobre el manejo de las patologías más frecuentes de la Morbilidad materna extrema para todo el recurso humano del departamento que tuviera contacto con madres en embarazo, parto o puerperio. Se conforma un observatorio para el análisis semestral del comportamiento de la Morbimortalidad materna del departamento y se crea una respuesta organizada a nivel departamental para la atención de la emergencia obstétrica. Como parte de esta respuesta la Secretaria Departamental contrató a dos médicos auditores quienes hacían presencia en los municipios, siendo los encargados de reportar de manera inmediata el caso de morbilidad materna extrema a un ginecólogo que brindaba soporte y atención las 24 horas del día, y que a su vez era soportados por médicos de servicios de baja y mediana complejidad. Este proceso ayudó a que la población de gestantes del departamento tuviera la atención oportuna, a lo largo del proceso de atención y remisión si fuere necesario.

Una vez el departamento conocía del caso de morbilidad materna extrema o embarazo de alto riesgo, se activaban las alarmas a través del centro regulador de urgencias y si la mujer requería remisión a un nivel de mayor complejidad, el Hospital Universitario de referencia le recibía sin que mediara ningún trámite administrativo. Con esta estrategia según lo narraron personas entrevistadas se disminuyó la muerte materna y se logró la conformación de un trabajo en red al

interior del departamento. Esta estrategia funcionó de manera completa hasta el momento en que el Talento Humano interdisciplinario que lideró el diseño y la implementación de la estrategia fuera removido de sus cargos. Lo que tuvo repercusión evidenciable en las cifras de la razón de mortalidad materna, para el departamento (Rodríguez JM, Ariza 2014)

**Tabla 9. Impacto de la estrategia de manejo de la morbilidad materna y el comportamiento de la Razón de Mortalidad Materna en el departamento del Huila con**

DEPTO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HUILA	73,4	86,4	78,4	91,0	60,0	38,3	76,3	66,7	38,9	20,2	48,1

Fuente: DANE

Esta realidad tangible, demuestra que si el Talento Humano no tiene las competencias de diseñar implementar y mantener modelos de atención diferenciados para el contexto, teniendo en cuenta los aspectos: interculturales, geográficos, económicos, población objeto como urbano, rural y contextualizado al modelo de salud en el cual este se implementará, difícilmente se mejorarán los resultados en salud. (Rodríguez JM, 2014).

La mortalidad materna se convierte en uno de los ODM más importantes y cruciales para el mundo, es un asunto de preocupación global. Para la OMS, la mortalidad materna es uno de los indicadores económicos relevantes de los países puesto que el 99% de los casos ocurren en países de ingresos medios y bajos.

Este trabajo se originó por la preocupación de la asociación que el talento humano tiene en la mortalidad materna, dado que como futura profesional de la salud pública, que comprende que las enfermedades son más que un fenómeno biológico, me interesé en indagar primero acerca de los diagnósticos asociados a la Mortalidad Materna, cuáles procedimientos se asociaban a ellos y cuáles de estos procedimientos debe atender el Gineco obstetra. Así desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, perspectiva que afiancé en el transcurso de la

maestría, hice el abordaje del estudio lo cual me permitió comprender los fenómenos y mirar la salud de una manera integral y diferencial.

En busca de un conocimiento adecuado, las cifras configuradas en el estudio contribuyen a evidenciar las tendencias, puesto que las leyes de los grandes números buscan identificar características de las poblaciones. Sin embargo, esto no es suficiente, estas cifras necesitan explicaciones que ayuden a develar las brechas entre la desigualdad social, al enfermar y al morir. Hay que estar alerta ante esta evidencia puesto que las cifras contribuyen a focalizar, pero es responsabilidad del que las analiza el contextualizarlas y buscar alternativas. La muerte de una persona es una tragedia, la muerte de millones de personas es una estadística.

De alguna manera, este trabajo busca, frente a unas cifras puntuales sobre el recurso humano especialista en Gineco obstetricia, vislumbrar mediante experiencias exitosas en otro países y dentro del propio, posibles modelos de acción que pudieran ser aplicados en Colombia con enfoques diferenciales, dada las divergencias de tipo geográfico, cultural, de inequidades y desigualdades existentes en nuestro país.

El hecho de realizar esta investigación me permitió aprender acerca de utilizar las herramientas metodológicas cuantitativas, lo que enriqueció mi conocimiento, no sólo a nivel de búsqueda de explicaciones en particular, sino a nivel de contextos y de condiciones.

## 6.1 CONCLUSIONES

El hallazgo más relevante del estudio es que existe una relación inversamente proporcional entre la Razón de Mortalidad Materna (RMM) y el talento humano de Gineco Obstetras y las variables de contextos, y por tanto, a medida que disminuye la RMM se incrementa el nivel de los determinantes. En este sentido, se evidencia que a mayor PIB menor razón de mortalidad materna, a mayor

porcentaje de mujeres con educación secundaria menor es la razón de mortalidad materna, y de manera análoga con todas las variables estudiadas.

Es necesario contar con una política de planificación del Recurso Humano en salud encargado de movilizar y poner en funcionamiento los modelos de atención y, de esta manera, mejorar los resultados en salud.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

Se recomienda profundizar en el tema del talento humano en salud en cuestiones como: suficiencia, en cuanto a número y competencias para asumir retos y mejorar los resultados en salud de las poblaciones importantes en los sistemas de salud mundiales.

Por otra parte queda pendiente para los salubristas, nuevos trabajos que apunten a dar soluciones para lograr cumplir el ODM 5 dado que claramente con las estrategias actuales no lo ha logrado el país.

## 7. ANEXOS

## 7.1 Documento de validación de información por expertos

DX	Nombre procedimiento (CUPs)	El procedimiento lo realiza un Gineco Obstetra SI/NO	Promedio de la frecuencia estimada por el Gineco obstetra	Promedio Tiempos Gineco Obstetras			
				Tiempo de preparación	Tiempo piel a piel	Tiempo de cierre	Tiempo Total
1. ABORTO	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATAACION Y CURETAJE						
	ULTRASONOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL						
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSVAGINAL						
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL						
	MONITORIA FETAL ANTEPARTO						
	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO DIAGNOSTICO						
	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO TERAPEUTICO						
	CESAREA EXTRAPERITONEAL SOD						
	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO NORMAL (EXPULSIVO)						
	ULTRASONOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA: HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA						
	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA						
	SALPINGO-OOFORRECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA						
	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SOD						
	PARTO INSTRUMENTADO CON FORCEPS O ESPATULAS DE VELASCO BAJOS						
2. TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	MONITORIA FETAL ANTEPARTO						
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL §						
	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD +						
	DOPPLER OBSTETRICO CON EVALUACION DE CIRCULACION PLA-CENTARIA						
	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATAACION Y CURETAJE +						
3. HEMORRAGIA MATERNA	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSVAGINAL +						
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL §						
	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATAACION Y CURETAJE +						
	MONITORIA FETAL ANTEPARTO						
	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD +						
	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATAACION Y CURETAJE +						
	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SOD +						

DX	Nombre procedimiento (CUPs)	El procedimiento lo realiza un Gineco Obstetra SI/NO	Promedio de la frecuencia estimada por el Gineco obstetra	Promedio Tiempos Gineco Obstetras			
				Tiempo de preparación	Tiempo piel a piel	Tiempo de cierre	Tiempo Total
4. SEPSIS MATERNA	ULTRASONOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL +						
	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SOD +						
	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATACION Y CURETAJE +						
5. PARTO OBSTRUIDO	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD +						
	MONITORIA FETAL ANTEPARTO						
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL §						
	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD + CESAREA CORPORAL SOD +						

## 7.2 Canastas de procedimientos

CANASTAS 1	PROCEDIMIENTOS
CANASTA ABORTO	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATACION Y CURETAJE
	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR
	ULTRASONOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL
	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO
	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO
	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] MÉTODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO
	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSVAGINAL
	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR Rh
	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMÁTICO
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL
	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR ASPIRACION AL VACIO
	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]
	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]
	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
	PROTEÍNA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISIÓN
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
	HEMATOCRITO

CANASTAS 1	PROCEDIMIENTOS
	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
	MONITORIA FETAL ANTEPARTO
	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO DIAGNOSTICO
	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO TERAPEUTICO
	CESAREA EXTRAPERITONEAL SOD
	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO NORMAL (EXPULSIVO)
	ULTRASONOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA: HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA
	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA
	SALPINGO-OOFORRECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA
	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SOD
	PARTO INSTRUMENTADO CON FORCEPS O ESPATULAS DE VELASCO BAJOS
Canastas 2	Procedimientos
<b>CANASTA TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO</b>	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]
	TRANSAMINASA GLUTÁMICOPIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]
	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]
	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO
	MONITORIA FETAL ANTEPARTO
	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
	NITROGENO UREICO [BUN]
	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]
	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]
	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL
	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD
	UROBILINOGENO EN ORINA
DOPPLER OBSTETRICO CON EVALUACION DE CIRCULACION PLA-CENTARIA	
LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	

Canastas 3	Procedimientos
<b>CANASTA HEMORRAGIA MATERNA</b>	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSVAGINAL
	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL
	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR
	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL
	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMÁTICO
	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS
	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATACION Y CURETAJE
	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR Rh
	MONITORIA FETAL ANTEPARTO
	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD
	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATACION Y CURETAJE HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SOD
	Canastas 4
<b>CANASTA SEPSIS MATERNA</b>	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO+
	PROTEÍNA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISIÓN
	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] MÉTODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO
	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL
	NITROGENO UREICO [BUN]
	ULTRASONOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL
	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
	PROTEÍNA C REACTIVA, PRUEBA SEMICUANTITATIVA
	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]
	TRANSAMINASA GLUTÁMICOPIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]
	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]
	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]
	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA, ORINA Y HECES
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SOD	
LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	
Canastas 5	Procedimientos
<b>CANASTA PARTO OBSTRUIDO</b>	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD
	MONITORIA FETAL ANTEPARTO
	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL
	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD
	CESAREA CORPORAL SOD

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Ahumada J, (2007). Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Rev Latinoam cienc niñez juv*; 5 (1).
- Alarcón M, Sepúlveda J. (2011). Las Parteras, patrimonio de la Humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 188-95.
- Almeida C (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública*; 905-25.
- Almeida-Filho N (2000). La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; p 157-167.
- Álvarez L (2009). Los Determinantes Sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 8(17): 69-79.
- Álvarez LS (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev Panam Salud Pública*; 18(2): 129-35.
- Annan, K. (2000). *Nosotros los Pueblos. La función de la Naciones Unidas en el Siglo XXI*. Informe del Secretario General para la asamblea del Milenio de las Naciones Unidas.
- Banco Mundial (1993). Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud: Resumen. Washington, USA: Documento Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.
- Baum F (2008). The Commission on the social Determinants of Health: reinviting health promotion for the twenty-first century? *Critical Public Health*,18(4);457-466.

- Bello Alvarez et al, L. M. (2012). Indicadores de Morbilidad Materna Extrema en una Clínica Universitaria de tercer nivel de complejidad. Evaluación retrospectiva. *Revistas Ciencia Biomédicas*, Vol. 3(No. 2), 291-299.
- Behm H (1979). Determinantes Socioeconómicos de la Mortalidad y sus consecuencias. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. N°12.
- Berg C (1996). Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. 1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Washington D.C.
- Berlinguer G (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Rev cub salud pública*; 33(1).
- Bhutta ZA, L. Z. (2010). Systematic Review on Human Resources for Health Interventions to Improve Maternal Health Outcomes: Evidence from Developing Countries. The HRH Global Resource Center, 1-78.
- Breilh, J (2003). *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; p. 18-37
- Breilh J (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*; 6(1):83-101.
- Brito P, Campos F, Novick M (1996). Gestión descentralizada de recursos humanos de salud en la reforma sectorial. En: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Washington: OPS, OMS
- Brito PE (2000). "Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral". En: *Revista Panameña de Salud Pública*, 8(2): 43-54.
- Calderón M, Bustamante M, Campuzano M, Camarena A, (2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. *Medicina Social*; 2(4):205-211.

- Cardona A (2005). La salud pública en España durante el trienio liberal (1820-1823). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; p 13-24.
- Cecchetto S, Nico, R. (2002/2003). Devenir Histórico de la Mortalidad Materna: Una Estimación de la patología "natural" del parto. Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina, 8/9(1/2), 38-55.
- Cendex, 2013 Estudio de disponibilidad de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia” GPES/168213
- CEPAL (2009). Informe De La Reunión De Expertos Sobre Los Determinantes De Mortalidad Materna En México Y América Central: Hacia Un Enfoque Multisectorial. Sede subregional en México. 12 de octubre.
- Chajín O, Monterrosa A. (2012). Institucionalización de la Enseñanza de la Medicina en Cartagena desde la mirada de Horacio Zabaleta Jaspe. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(1), 180-7.
- Chamberlain G. (2006). British maternal mortality in the 19th and early 20th centuries. *Journal of Royal Society of Medicine*, 99:559–563.
- Chiavenato I. (2011). *Administración de Recursos Humanos: El capital humano de las organizaciones*, 9ª ed., México: Mc Graw Hill, Interamericana Editores S.A.
- Colombia, Congreso de la República (2002). Ley 789 de 2002.
- Colombia, Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social. Bogotá: El Congreso.
- Colombia, Congreso de la República. Ley 1164 de 2007., Pub. L. No. Ley 1164 de 2007.

- Colombia, Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>
- Colombia, Ministerio de Salud (1994). La reforma a la seguridad social en salud. Tomo 1: antecedentes y resultados. Bogotá;p. 6.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Anuario Estadístico de América Latina y del Caribe [sitio en internet] [acceso: 14 de octubre de 2014]. Consultado en: [http://websie.eclac.cl/anuario\\_estadistico/anuario\\_2009/esp/default.asp](http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2009/esp/default.asp)
- Conill V (1982). Notas para la Filosofía de la Historia de la Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Real academia de medicina de Barcelona.
- Conpes Social 91, (2005). Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015. [Sitio Internet] [Acceso agosto de 2014]. Consultado en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/pol%C3%ADticas-sociales-transversales/Paginas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio.aspx>
- Dahlgren G, Whitehead M (1997). Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for future studies.
- Dal Poz M, Kinfu Y, Dräger S, & Kunjumen T. (January de 2007). Counting health workers: definitions, data, methods and global results. World Health Organization.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2010). Estudios Postcensales 7. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 - 2020. Bogotá.

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2005-2010 ). Estudios Postcensales 7, Proyecciones Nacionales y departamentales de población . Bogotá.
- Eslava J (2004). Tensiones y confluencias. Una mirada fugaz al triple legado de los estudios histórico sociales sobre la ciencia. *Revista Colombiana de Sociología*, 23, 159 - 80.
- Espinoza K, Restrepo, J y Rodríguez S. (2003). Producción académica en Economía de la Salud en Colombia, 1980-2002. *Lecturas Económicas*, 59, 7-53
- Fino E (2007). Mortalidad relacionada con el embarazo, Colombia, 1985-2005: Orinoquia, Amazonia y Choco (tesis de especialización en Epidemiología). Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Flórez JH, Atehortúa S, Arenas A (2009). “Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín”. En: *Revista Gerencia y políticas en salud*, 8:107-131.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Frenk, J y Londoño, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud. *Boletín Salud y Gerencia*, 15, 6-28.
- Freyermuth M (2010). Mortalidad Materna. Inequidad Institucional y desigualdad entre mujeres. CIESAS-Sureste y CONEVAL.
- Fundación Santa Fe de Bogotá y Corona. (5 de Febrero de 2015). *Así vamos en Salud. Seguimiento al sector salud en Colombia*. Obtenido de <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud>

- Galindo, C. (2007). Capítulo 1: La teoría del Estado en la era de la globalización: algunas aproximaciones y problemas pendientes. p.157-78. En: HOYOS G. Filosofía y teorías políticas entre la crítica y la utopía. Buenos Aires: Ediciones Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Gallego L, Vélez G & Agudelo B (2005). Panorama de la Mortalidad Meterna. Págs: 15 - 31.
- Gallego R, Pérez R, Gallego A. (2010). La institucionalización de la actividad científica en Colombia. Estudio de un caso fallido. *Educador y Educadores*; 13(3): p. 361-5.
- Galliano D (2007). Historia de la Ginecología y Obstetricia. Clase de residentes Hospital Virgen de las Nieves 2007. Disponible En: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/cr07.historia\\_ginecologia\\_obstetricia.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.historia_ginecologia_obstetricia.pdf). [Online].; [citado enero 30 de 2015].
- Gamboa T, Arellano M (2007). Tendencias neoliberales en la reforma de la gestión pública en América Latina. *Rev Gerenc Polit Salud*; 6(13):46-65.
- Gómez A. (2006). Dinámica Poblacional y regímenes de acumulación desde la segunda mitad del siglo XX en Colombia. P. 291-393. En: Ardila, G. Colombia: Migraciones, Transnacionalismo y desplazamiento. Bogotá: Cátedra Manuel Ancízar. Colección CES. Facultad Ciencias Humanas Universidad Nacional Colombia.
- Grupo de Economía de la salud, Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia (2001). Cobertura del seguro en Colombia. *Observatorio de la Seguridad Social en Salud*.(1): 2.
- Hernández M. (2000). El derecho a la salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 121-144.

- Hernández M. (2001). El Enfoque Sociopolítico De Las Reformas Sanitarias En América Latina. *Revista Facultad Nacional Salud Publica Universidad de Antioquia*, 19(1), 57-70.
- Hernández M. (2008). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Ponencia: Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). 29 Sept - 2 Oct, 2008, México DF. Disponible: [http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente/images/salud/linea\\_1/documentos/Documento\\_Taller\\_Determinantes\\_Sociales\\_Mario\\_Hernandez.9.pdf](http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente/images/salud/linea_1/documentos/Documento_Taller_Determinantes_Sociales_Mario_Hernandez.9.pdf). [Consultado 10 de Junio de 2012].
- Hernández M. (2008). El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Revista Salud Pública*, 10(S1), 72-82.
- Herrera Á. (2007). Modelo aplicado de gestión humana basada en competencias. Manual Didáctico, 1ª ed., Cali: Sello Editorial Javeriano.
- Homedes N, Ugalde A (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina, Una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública*; 17(3):210-20.
- Idrovo A, Eslava J, Ruíz M y Rodríguez J. (2008). La otra Transición Epidemiológica: Hitos en el Desarrollo de la Epidemiología de los Factores de Riesgo en Colombia. *Biomédica*, 28, 480-96.
- Irigoien M y Vargas F. (2002). Competencia Laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud, 1ª ed., Montevideo: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Irwin A, Scali E (2005). Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra.

- Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, Koller T, Vega J (2006). The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. *PloS Medicine*.
- James Campbell,<sup>a</sup> James Buchan,<sup>b</sup> Giorgio Cometto,<sup>c</sup> Benedict David,<sup>d</sup> Gilles Dussault,<sup>e</sup> Helga Fogstad,<sup>f</sup> Inês Fronteira,<sup>e</sup> Rafael Lozano,<sup>g</sup> Frank Nyongator,<sup>h</sup> Ariel Pablos-Méndez,<sup>i</sup> Estelle E Quain,<sup>i</sup> Ann Starrs<sup>j</sup> & Viroj Tangcharoensathien<sup>k</sup> “**Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage**” Policy & practice, Equity and effective health coverage after 2015.
- LaFleur M, Vélez J (2014). Determinantes de la salud materna e infantil y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Honduras. Honduras
- Laurell C (1977). Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. 3(6):79-87.
- Laurell C (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*; 19: 1-11.
- López J (2006). Contribución al estudio de la bibliografía cubana sobre obstetricia. *Acimed*, 14(6). Disponible En: [http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14\\_6\\_06/aci11606.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_6_06/aci11606.htm). [Online].; [cited enero 30 de 2015].
- López JG (2004). Oferta y Demanda de recursos humanos en salud. En: Tercer Congreso internacional de Salud Pública - Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano *Rev. Fac Nal Sal Pub*.22 (número especial).
- Loudon I (1984). Maternal mortality: an historical audit. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 34, 585-588.
- Loudon I. (1992). The transformation of maternal mortality. *British Medical Journal*, 305, 1557-60.

- Loudon I. (2000). Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72(S):241S-6S.
- Marmot M (2005). Social Determinants of Health inequalities. *Lancet*; 365(9464):1099-1104.
- Marmot M, Wilkinson R, editors (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Marie Hatem, Jane Sandall, Declan Devane, Hora Soltani, Simón Gates. *Atención por comadronas versus otros modelos de atención para las mujeres durante el parto* (revisión Cochrane traducida) En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3
- Marx K, Engels F (2007). *El manifiesto comunista de Marx y Engels*. Traducción de Jesús Izquierdo. México: Fondo de Cultura Económica; 290 p.
- Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) y Pontificia Universidad Javeriana (2007). *Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y perspectiva*, 2ª ed., Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia (2013). *Exposición de motivos del Proyecto de Ley "Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*. MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social - República de Colombia (2013). *Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia*. pág. 45
- MinProtección, Cendex. (2007). *Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva*. 2nd ed. Social MdP, editor. Bogotá: Colección PARS.
- Molina G, Vargas G, Shaw A (2010). *Atención materna en un ambiente de mercado de servicios de salud, Medellín - Colombia, 2008 -2009*. *Rev. Gerenc Polit Salud*, 9(19): 108-123.

- Morales C, Borde E, Eslava J, Concha S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808.
- Moscucci, O. (2003). Holistic obstetrics: the origins of “natural childbirth” in Britain. *Postgraduate Medical Journal*, 79, 168–173.
- Muñoz I, Higuera H, Molina G, Gómez L (2013). Características de la Gestión del Talento Humano en Salud Pública. En: Molina G, Ramírez A, Ruíz A (2013). Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el Sistema de Salud Colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Facultad Nacional de Salud Pública, U de A – Universidad Nacional De Colombia – Colciencias- UIC – Universidad Santo Tomás (Medellín). Ed Pulso y Letra.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, Universidad del Desarrollo (2007). Measurement and Evidence Knowledge Network. The social determinants of health: developing and evidence base for political action, final report. Geneva: World Health Organization.
- Navarro V. (2001). Crítica a la sabiduría convencional. El informe de la OMS «WHO Health Systems: improving performance» y su relevancia en España. *Gaceta Sanitaria*, 15(5), 461-66.
- Nigenda G, Ruiz J (2010). *Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud*, CENDEX.1ª ed., México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Novick M, Rosales C. (2006). *Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud: 2005-2015*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- O'Brien, P. &. (2011). Health Worker Shortages and Global Justice. Milbank Memorial Fund.

- Observatorio en Salud (2012). Actualidad en Salud: Sobre la Mortalidad Materna en Colombia: Evolución y situación Actual;5(2).
- Ocampo, J. (2007). Historia Económica de Colombia. Bogotá: Editorial Planeta Colombiana.
- OMS/OPS (1988). Segunda Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. 5-9 de abril Adelaida.
- OMS. (2000). Health Systems: improving performance. Ginebra: WHO.
- OMS (2002). Contribución de la OMS a los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Consejo ejecutivo n°11. [Sitio Internet] [Acceso agosto de 2014]. Consultado en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>
- OMS (2007). Plan de acción Regional de Recursos Humanos para la salud 2007 - 2015 . Washington: Sesión comité ejecutivo.
- OMS (2007). Plan de Acción Regional de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. : OMS/OPS. Washington: 140.a Sesión del Comité Ejecutivo.
- OMS (2006). The World Health Report - The Health Workers a Global Profile;17pags
- OMS/OPS (1986). Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. 21 de Noviembre Ottawa.
- OMS-Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la salud. Ginebra.
- OMS-Commission on Social Determinants of Health (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneve.
- OMS-Organización Mundial de la Salud. La Mortalidad materna. Nota descriptiva N. 348 Mayo de 2012. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. Consultado en Octubre de 2013.

- ONU- Colombia (2013). Boletín de prensa. La Salud Materna, Una Tarea Pendiente Para Colombia. [Sitio en internet] [Acceso: 22 de noviembre de 2014]. Consultado en: <http://nacionesunidas.org.co/blog/2013/05/24/la-salud-materna-una-tarea-pendiente-para-colombia/>
- ONU, Comité de Derechos económicos, sociales y culturales. Observación general 14 Apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 - El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva. [Sitio Internet] 2000. [Acceso octubre de 2014]. Consultado en: [http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos\\_hum\\_Base/CESCR/00\\_1\\_obs\\_grales\\_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14](http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14)
- ONU, Derechos Humanos (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Sitio en Internet] [Acceso octubre de 2014]. Consultado en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- OPS/OMS (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata. Kazajistán.
- OPS. (2011). Residencias médicas en América Latina. . Washington, D.C.
- OPS/OMS (1991). Tercera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. 9-15 de junio. Sundsvall.
- OPS/OMS (1997). Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Nueva era, nuevos actores: Adaptar la Promoción de la Salud al siglo XXI. 21-25 de julio. Yakarta.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Human Resources for Health. Overcoming the crisis, Washington D.C.: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data has been applied for.
- Organización Mundial de la salud OMS, Comisión de determinantes sociales. (2009). Comisión sobre determinantes sociales de la salud,

Subsanar las desigualdades en una generación . Buenos Aires, Argentina : Ediciones Journal.

- Organización Mundial de la salud. (2009). Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud, alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud. Francia.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Estadísticas sanitarias mundiales 2009. Personal sanitario, infraestructura, medicamentos esenciales. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. La Mortalidad materna. (Mayo de 2012). (L. M. 348, Productor) Recuperado el 15 de marzo de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la salud. (2007). 140.a Sesión del Comité Ejecutivo. Plan de Acción Regional de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. Washington: OMS/OPS.
- Organización Panamericana de la salud (OPS), Organización mundial de la salud (OMS).Análisis del sector salud, una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Washington Febrero de 2006
- Organización Panamericana de la Salud (2009). "Curso virtual FESP: Enfoques, problemas y perspectivas de la formación de los recursos humanos en salud". Disponible en: <http://ops.oer.bvsalud.org/index.php?P=FullRecordyID=47>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Llamado a la acción de Toronto. 2006-2015: "Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas" OPS
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Migración de recursos humanos en salud. Estudio Subregión Andina. Lima, Perú.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Residencias médicas en América Latina. Washington, D.C.: OPS.

- Organización Panamericana de la Salud. Oficina de la Subdirectora. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. (2007). Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria: Marco Conceptual y Metodológico. Washington DC.
- Organización Panamericana de la Salud/OMS (1995). "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud". Washington, D. C: Edición 2003, 10ª revisión, pp. 139.
- Ortiz, M., L, C., & Cubides, H. (julio de 2009). Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos. Metas Regionales de los Recursos Humanos para la Salud.
- Ospino, L. (2013). Comportamiento de la Mortalidad Materna. Comunicación personal.
- Paredes, N. (2003). Derecho a la Salud, Situación en Colombia. Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular.
- Pascal Zum, M. D. (2002). Imbalances in the health workforce. Whashington DC: World Health organization evidence and information for policy Health Services Provision.
- Pazmiño S, Guzmán N (2009). Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología; 69(1):12-8.
- Peñaranda F (2011). ¿Determinantes o condicionantes de la salud? En: Ardila, Borrero, Cáceres, Escobar, Estrada, Henao &EtAl. Teoría Crítica de la Sociedad y Salud Pública;181-189.
- Perdiguero E, Bernabeu J, Huertas R, Rodríguez-Ocaña E (2001). History of health, a valuable tool in public health. J Epidemiol Community Health; 55:667-667.

- PNUD. (2013). Recuperado el 18 de Noviembre de 2013, de [http://www.pnud.org.co/img\\_upload/33323133323161646164616461646164/LINEA%20DE%20BASE%20ODM%20CARIBE.pdf](http://www.pnud.org.co/img_upload/33323133323161646164616461646164/LINEA%20DE%20BASE%20ODM%20CARIBE.pdf)
- PROFAMILIA. (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS. Bogotá.
- Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud y OPS/OMS (2000). *Observatorio de los recursos humanos de salud*, Quito: OPS/OMS.
- Quevedo E. (1993b). Historia Social de la Ciencia en Colombia. Tomo VIII: Medicina (II) Instituto Colombiano para el Desarrollo y la Tecnología Francisco José de Caldas C, editor. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Quevedo E. (1993a). Historia Social de la Ciencia en Colombia. Tomo VII: Medicina (I) Instituto Colombiano para el Desarrollo y la Tecnología Francisco José de Caldas C, editor. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Quevedo E. (1997). Las relaciones de poder en la Investigación y la construcción de una Comunidad científica. *Nómadas*, 7, 21-37.
- Quevedo, E; Borda, C; Eslava, J; García, C; Guzmán, M; Mejía, P; et al. (2004). *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: El tránsito desde la Higiene hacia la Medicina Tropical y la Salud Pública en Colombia, 1873 - 1953*. Carlos Agudelo, editor. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, instituto de salud pública y Centro de la Historia de la medicina Andrés Soriano Lleras Editores.
- Quintero A (2005). La mortalidad materna como indicador de impacto de la política sanitaria en Colombia. 1985-2002 [tesis de Magíster en Epidemiología] (2005). Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- República de Colombia. Dirección Nacional de Planeación. (2011). (C. S. 140, Productor) Recuperado el Noviembre de 2013, de

<https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloSocial/Pol%C3%ADticasSocialesTransversales/ObjetivosdeDesarrollodelMilenio.aspx>.

- República de Colombia. Ministerio de Protección de Social. ( 2006). Decreto 3518 de 2006.
- Restrepo L (2006). Médicos y Comadronas: La Ginecología y la Obstetricia en Antioquia, 1970 - 1930. Medellín: La Carreta Editores.
- Rigoli F, Foster A, Rocha C (2005). “Desafíos críticos de los recursos humanos en salud: una visión regional”. En: *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 14(1).
- Rodríguez YL, Rodríguez A (2012). Análisis de la Mortalidad Materna desde los Determinantes Sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe. *Mov.cient*;6(1):132-143.
- Rodríguez JM,(2014) “Modelo de la Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema” Documento Cendex/1702-14
- Ronsmans C, GrahamW, Lancet Maternal Survival Series steering group. 2006. “Maternal Mortality: Who, When, Where, and Why.” *Lancet* 368 (9542) (September 30): 1189- 1200. doi:10.1016/S0140-6736(06)69380-X.
- Rosen G (1958). A history of public health. New York: MD publications, Inc;p 172-194.
- Rosselli D, Otero A, Heller D, Calderon C, Moreno I, Pérez A. (2000). La medicina especializada en COlombia: una aproximación diagnóstica Javeriana U, editor. Bogotá: Centro Editorial Javeriano (CEJA).
- Ruales J (2004). Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. *Rev Fac Nal de Salud Púb.* 22(99) pp. 33-39.
- Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR (2009). Recursos Humanos de la Salud en Colombia - 2008 Balance, competencias y prospectiva. Javegraf, 2009.

- Ruiz, F. M. (2008). Recursos humanos de la salud en Colombia, Balance ,Competencias y perspectivas . Bogotá : Javegraf.
- Sabogal, J. (2006). Apuntes Para El Estudio De La Historia Del Pensamiento Económico Latinoamericano Del Siglo XX. Tendencias, *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas Universidad de Nariño*, 2(2), 69-92
- Sánchez F. (1971). La Obstetricia y la Ginecología en Colombia. *Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 37(3), 285-99.
- Sierra O. El Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Colombia: red nacional de producción. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22 (99);111-128.
- Sigerist HE (1974). Historia y sociología de la medicina. Bogotá: Editora Guadalupe; p 72-75.
- Silberman M, Moreno L, Kawas V, González E (2013). Determinantes Sociales de la Salud en los Usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*; 56(4): 24-34.
- Solar O, Irwin A (2005). Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: Commission of Social Determinants of Health, who.
- Torres Y, Montoya L, Cuartas J, Osorio G (2005). Factores asociados a mortalidad materna - Estudio de casos y controles. Medellín 2001-2003. *Rev CES Med*.19(2):19-45.
- Torres, M y Paredes, N. (2005). El caso colombiano: “El Mercado No Es Para Todos Y Todas”. p.85-104. En: ALAMES. Derecho A La Salud: Situación en países de América Latina. Bogotá: Ediciones Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo/Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

- Turner BS (2009). The history of the changing concepts of health and illness outline of a general model of illness categories. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, editors. The handbook of social studies in health and medicine. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications; 9-24.
- UNDP (2011) Discussion Paper - A Social Determinantes Approach to Maternal Health. Roles for Development Actors.
- UNFPA Fondo de poblaciones de las Naciones Unidas 2006 "Salud reproductiva intercultural para mujeres indígenas, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras y Perú".
- Uribe R. (2007). La cirugía mexicana en ginecología y obstetricia durante el siglo XIX. *Cirugía y Cirujanos*, 75(2), 139-144.
- Uribe R. (2009). Mortalidad Materna. Tomado de: [http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01\\_ene\\_2k9.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf). [Online].; [citado el 30 Enero de 2015].
- Vamos en Salud. (15 de Noviembre de 2013). Obtenido de Página 2: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud>
- Vega R, Acosta N, Mosquera P, Restrepo O (2009). Atención Primaria Integral en Salud. Secretaría de Salud Distrital - Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Vega, R. (2010). Igualdad y diversidad: Un enfoque crítico de la justicia social de la salud. Colección gerencia y políticas de salud. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad javeriana.
- Viselstear A (1982). "C.-E.A. Winslow and the Early Years of Public Health at Yale, 1915-1925". *The Yale Journal of Biology and Medicine*; 55: 137-151.
- WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations (2014). Maternal Mortality 1990 to 2013. World Health Organization.
- Wilkinson R, Marmot M, editors (1998). Social Determinants of Health. The solid facts. Geneva: who, Regional Office for Europe.

- Wilmoth J, Mizoguchi N, Oestergaard M, Say L, Mathers C, Zureick S, ET Al (2012). A new Method for deriving global estimates of maternal mortality. *Statics, Politics, and Policy*; 3 (2).
- Wong L, Wong E, Husares Y (2011). Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2011; 57: 237-241.
- World Health Organization (2006), *The World Health Report 2005. Make every mother and child count*, World Health Organization, Ginebra.
- World Health Organization. 2012. "Maternal Mortality Factsheet." World Health Organization. May. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>.
- Wörz M, Thomas F, Reinhard B. 2006. "Access to Health Care in the EU Member States." *Euro Observer: The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies* 8 (2). [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/80377/EuroObserver8\\_2.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/80377/EuroObserver8_2.pdf).