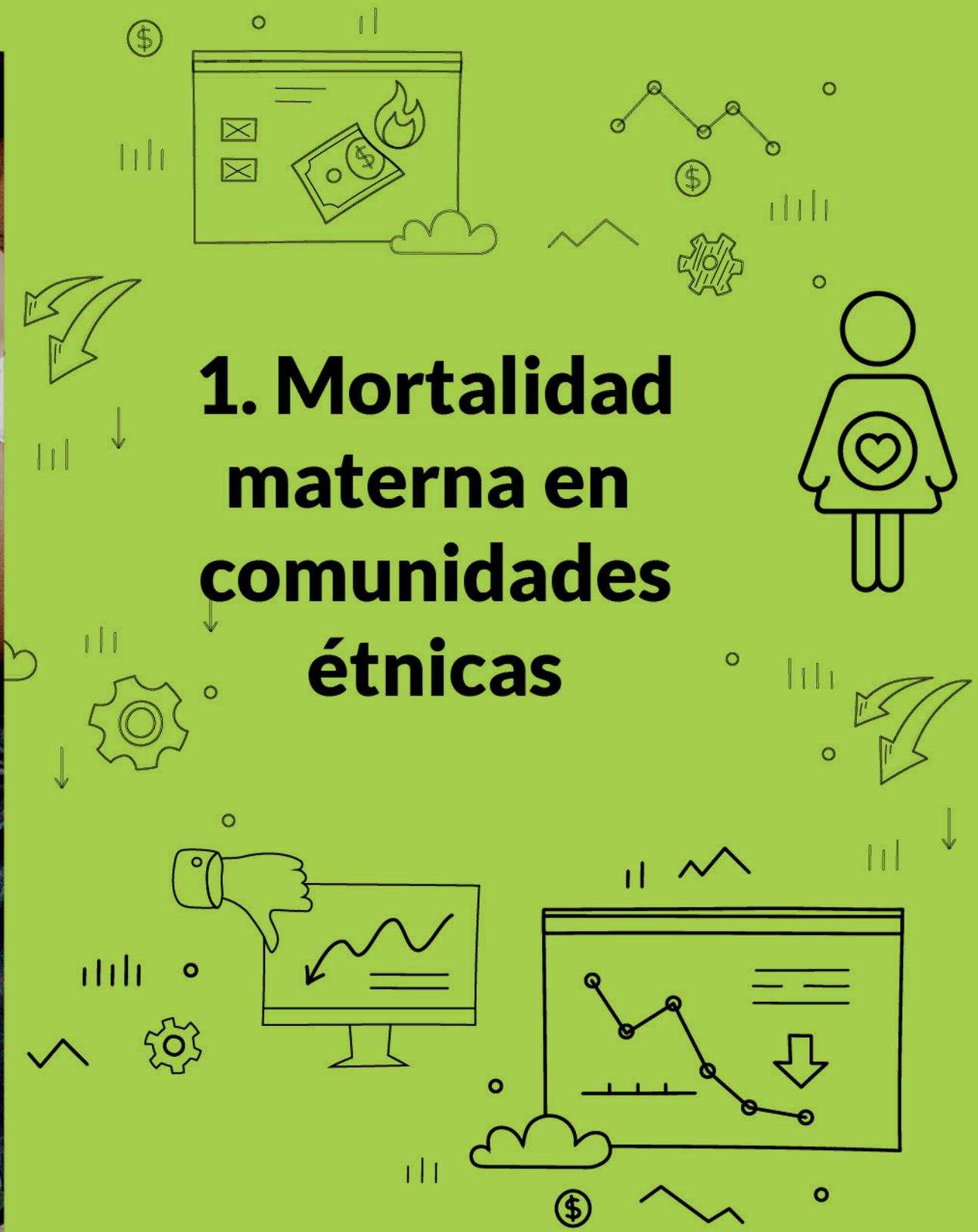




1. Mortalidad materna en comunidades étnicas



1.1 Análisis de desigualdades de la mortalidad materna según etnia, Colombia 2008-2020

Diana Díaz-Jiménez
 Karol Cotes-Cantillo
 Carlos Castañeda-Orjuela

Palabras clave: Mortalidad materna, grupos étnicos, monitoreo de las desigualdades en salud, Colombia

Abreviaturas

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

EEVV: Estadísticas vitales

INS: Instituto Nacional de Salud

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCA: Porcentaje de cambio anual

RAP: Riesgo atribuible poblacional

RMM: Razón de mortalidad materna

En el mundo, en 2017, 295.000 mujeres murieron durante o después del embarazo y el parto. Según el informe “Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), aproximadamente 810 mujeres murieron cada día durante 2017, por causas prevenibles. El 94%, ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos (2).

El elevado número de muertes maternas en algunos países y regiones refleja las desigualdades en el acceso a los servicios de salud de calidad y son evidencia de las brechas socioeconómicas. La razón de mortalidad materna (RMM) en países de bajos ingresos para 2017 fue de 462 muertes por 100.000 nacidos vivos frente a una RMM de 11 por 100.000 nacidos vivos en países de ingresos altos (1).

$$\text{Razón de mortalidad materna} = \frac{\text{No total de muertes maternas durante un período dado}}{\text{No total de nacidos vivos durante el mismo período}} \cdot 100.000$$

La Razón de Mortalidad Materna (RMM), es el número de mujeres que mueren durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación y debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, por cada 100.000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país o área geográfica.



INTRODUCCIÓN

Existe el reconocimiento de la problemática de la mortalidad materna en población indígena y hay estudios que se han aproximado a la comprensión de sus causas, particularmente desde enfoques cualitativos (5,6,8,9), sin embargo, es necesario describir el panorama actual y realizar un análisis de la magnitud de las desigualdades.



METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo, a partir de la información histórica de muertes maternas y nacidos vivos del periodo 2008 a 2020 del DANE. Se calcularon medidas de desigualdades simples (absolutas, relativas y riesgo atribuible poblacional - RAP) en la mortalidad materna según pertenencia étnica.



RESULTADOS

La RMM es más alta para el grupo de mujeres indígenas y afrodescendientes, con RMM de 293,4 y 181,0 respectivamente para 2020. Al comparar con la RMM de las mujeres sin un autorreconocimiento étnico, que fue de 89,4 por cada 100.000 nacidos vivos para el mismo año. Aunque se observa una disminución en las RMM tanto en el grupo de mujeres indígenas como en el grupo de mujeres afrodescendientes, persisten las desigualdades con respecto al grupo de muertes maternas sin pertenencia étnica.



RECOMENDACIONES

El manejo de algunos determinantes estructurales y la articulación de diferentes sistemas médicos tradicionales con el sistema de salud oficial podrían reducir la mortalidad y ayudar en la superación de las dificultades de acceso a los servicios de salud, ya sea por las características geográficas o prácticas tradicionales.

Considerar estrategias como entrenamiento a parteras tradicionales, creación de hogares de paso maternos y adaptación intercultural de los servicios de salud obstétrica.

Realizar seguimiento continuo frente al comportamiento de la RMM y el logro de los ODS en la reducción de la RMM a 2030.



CONCLUSIONES

Las mujeres indígenas y afrodescendientes en Colombia reportan mayor mortalidad en comparación con otros grupos étnicos.

Se observa un incremento de las muertes maternas y la RMM entre 2019 y 2020, posiblemente asociado a la emergencia sanitaria de la pandemia por COVID-19.

Colombia no ha sido ajena a esta situación, según los datos reportados por el Instituto Nacional de Salud (INS) (3,4), en 2021 se presentaron un total de 480 muertes maternas, 77 casos adicionales que en 2020 (un aumento del 19,1%) (4). Por otro lado, los análisis del comportamiento de este evento muestran amplias desigualdades según variables de posición social, como el nivel educativo de la madre, área de residencia, nivel de riqueza, régimen de afiliación al sistema de salud o la pertenencia étnica (5-7). Con respecto a este último aspecto, algunos análisis han señalado mayores RMM en grupos indígenas comparados con población no indígena (5,6). Por ejemplo, para 2021, según el informe de mortalidad materna del INS, la RMM en población indígena fue de 183,6 casos por 100.000 nacidos vivos mientras que en la categoría otros, esta RMM es de 68,5 por 100.000 nacidos vivos (3). Existe reconocimiento de la problemática de la mortalidad materna en población indígena y hay estudios que se han aproximado a la comprensión de sus causas, particularmente desde enfoques cualitativos (5,6,8,9), sin embargo, es necesario describir el panorama actual y realizar un análisis de la magnitud de las desigualdades. Por lo que es de interés explorar el comportamiento de la mortalidad materna según la pertenencia étnica y la magnitud de las desigualdades para el periodo 2008-2020.

Este análisis es un estudio descriptivo retrospectivo a partir de la información de los registros de muertes maternas y nacidos vivos del periodo 2008 a 2020 del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) (10). En la primera parte, se hace un análisis de tendencias de la mortalidad materna, mediante el cálculo de razones anuales de mortalidad según la pertenencia étnica y análisis de regresión de puntos de inflexión (Joinpoint). En la segunda parte, se realiza un análisis de desigualdades sociales para lo cual se agrupa en cuatro categorías los grupos étnicos según el autorreconocimiento: 1) Indígenas; 2) negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente; 3) Rom (gitano), palenquero de San Basilio y raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia; y 4) sin pertenencia étnica. Posteriormente, se estima las medidas de desigualdad simples (absolutas, relativas y riesgo atribuible poblacional - RAP) con el propósito de hacer una aproximación exploratoria de estas desigualdades.

Comportamiento de la mortalidad materna entre 2008 y 2020 en Colombia

Durante el periodo 2008 a 2020, se registró un total de 6.386 muertes maternas, de las cuales el 19,97% (1.275) sucedieron en población con alguna pertenencia étnica. En indígenas, se presentaron 613 muertes (9,6%), en negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente 650 muertes (10,18%), y en menor proporción en las mujeres que se identifican como Rom (gitano), palenquero de San Basilio y raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia 12 muertes (0,19%) (Tabla1).

En la tabla 1 se presenta una descripción de la mortalidad materna según variables de caracterización de la madre. Se observa que del total de muertes que ocurrieron en el grupo de mujeres indígenas, el 76% se presentó en el área rural y según los grupos de edad la proporción más alta fue en las edades de 20 a 34 años (53,5%). No obstante, un 20,1% de las muertes ocurren en menores de 19 años (17,6% entre 15-19 años y 2,4% en menores de 14 años). En cuanto a la población que se identifica como negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente, al igual que en la población indígena, el mayor porcentaje de muertes maternas ocurre entre las edades de 20 a 34 años (62,8%) y un 15,1% en menores de 19 años, por el contrario, un 70% de las muertes maternas en mujeres afrodescendientes sucedieron en el área urbana (Tabla1).

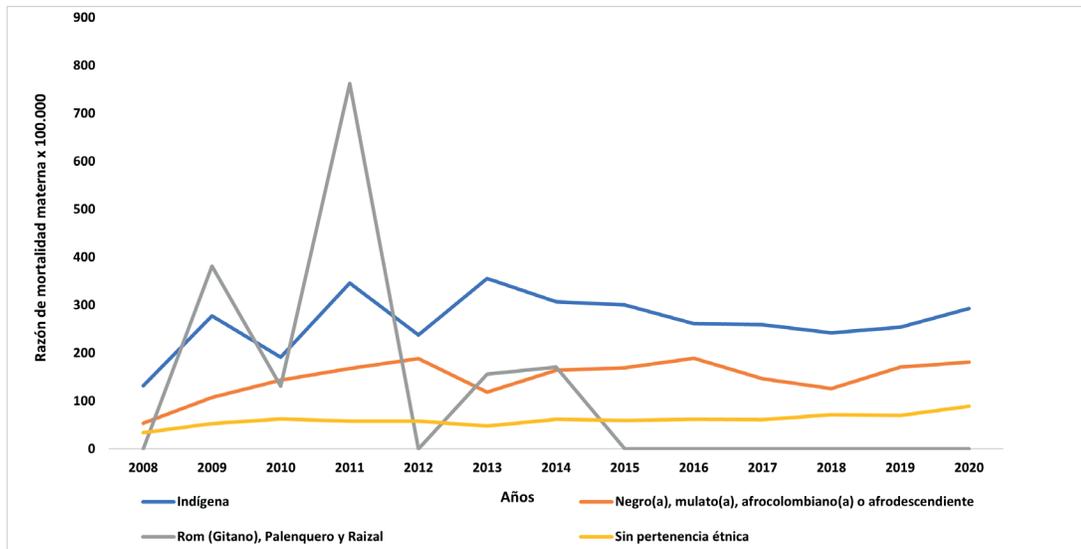
Tabla 1. Características de la mortalidad materna según grupos étnicos, Colombia, 2008-2020

Periodo de análisis 2008-2020	Nacional		Indígena		Negra, mulata, afrocolombiana o afrodescen- diente		Rom (Gitano), Palenquero y Raizal		Sin pertenencia étnica		Sin información	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	6.386	100	613	9,6	650	10,2	12	0,2	4.700	73,6	411	6,4
Área												
Urbano	4.297	67,3	125	20,4	455	70,0	7	58,3	3.468	73,8	242	58,9
Rural	1.914	30,0	466	76,0	186	28,6	4	33,3	1.132	24,1	126	30,7
Sin información	175	2,7	22	3,6	9	1,4	1	8,3	100	2,1	43	10,5
Grupos de edad												
Menores de 14 años	63	1,0	15	2,4	9	1,4	-	-	29	0,6	10	2,4
15-19	915	14,3	108	17,6	89	13,7	3	25,0	653	13,9	62	15,1
20-34	3.912	61,3	328	53,5	408	62,8	9	75,0	2.914	62,0	253	61,6
35 o más	1.491	23,3	161	26,3	143	22,0	-	-	1.104	23,5	83	20,2
Sin información	5	0,1	1	0,2	1	0,2	-	-	-	-	3	0,7
Seguridad social												
Contributivo	1.485	23,3	14	2,3	108	16,6	2	16,7	1.312	27,9	49	11,9
Subsidiado	3.903	61,1	512	83,5	455	70,0	6	50,0	2.696	57,4	234	56,9
Excepción	98	1,5	3	0,5	8	1,2	1	8,3	84	1,8	2	0,5
Especial	10	0,2	-	-	1	0,2	1	8,3	6	0,1	2	0,5
No asegurado	644	10,1	72	11,7	68	10,5	2	16,7	451	9,6	51	12,4
Sin información	246	3,9	12	2,0	10	1,5	-	-	151	3,2	73	17,8
Nivel educativo												
Preescolar y primaria	1.463	22,9	203	33,1	176	27,1	3	25,0	965	20,5	116	28,2
Secundaria	2.371	37,1	71	11,6	251	38,6	6	50,0	1.935	41,2	108	26,3
Superior	637	10,0	4	0,7	41	6,3	1	8,3	566	12,0	25	6,1
Ninguno	272	4,3	130	21,2	23	3,5	-	-	92	2,0	27	6,6
Sin información	1.643	25,7	205	33,4	159	24,5	2	16,7	1.142	24,3	135	32,8

Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de la información de estadísticas vitales - EEVV del DANE.

Para la mayoría de los años del periodo analizado, la RMM más alta se presentó en mujeres indígenas, seguida por las mujeres de la población negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente, a excepción de 2009 y 2011, donde las mujeres Rom tuvieron las mayores RMM (Gráfico 1). También, se observa que para todos los años las RMM fueron más altas en las mujeres indígenas y en las mujeres negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente con respecto a la mortalidad que ocurrió en mujeres sin pertenencia étnica.

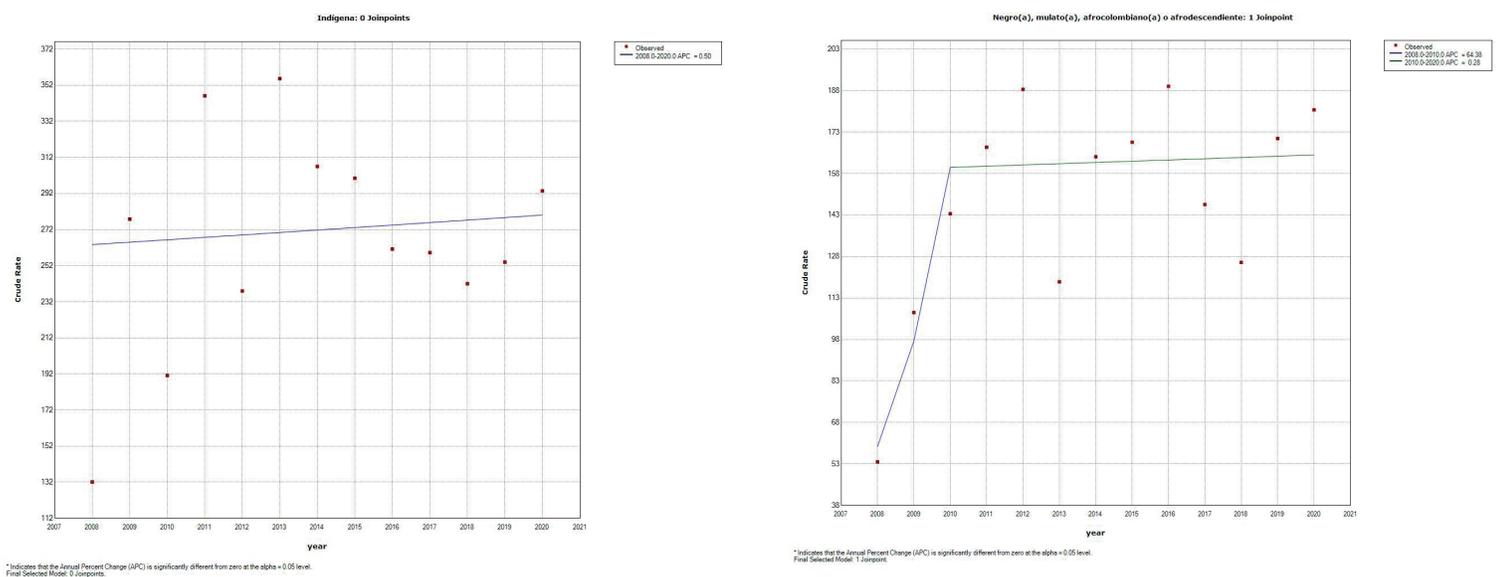
Gráfico 1. Comportamiento de las razones de mortalidad materna según pertenencia étnica, Colombia, 2008-2020



Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de la información de estadísticas vitales – EEVV del DANE.

Con respecto a los hallazgos de la tendencia de la RMM por etnia, modelada mediante análisis de regresión de puntos de inflexión (Joinpoint), se observa un leve aumento, pero no estadísticamente significativo, en el porcentaje de cambio anual (PCA) de la tendencia de la RMM en mujeres indígenas en el periodo 2008-2020 (Gráfico 2). Una situación similar se presenta en la tendencia de la RMM de mujeres afrodescendientes, donde el PCA para el periodo 2008 a 2010 es de 64,38% y para el periodo restante 0,28%. No obstante, ambos cambios porcentuales no son estadísticamente significativos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Razones de mortalidad materna por etnia, con variación porcentual anual estimado a partir de modelos de regresión Joinpoint, Colombia, 2008-2020



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level. Final Selected Model: 0 Joinpoints.

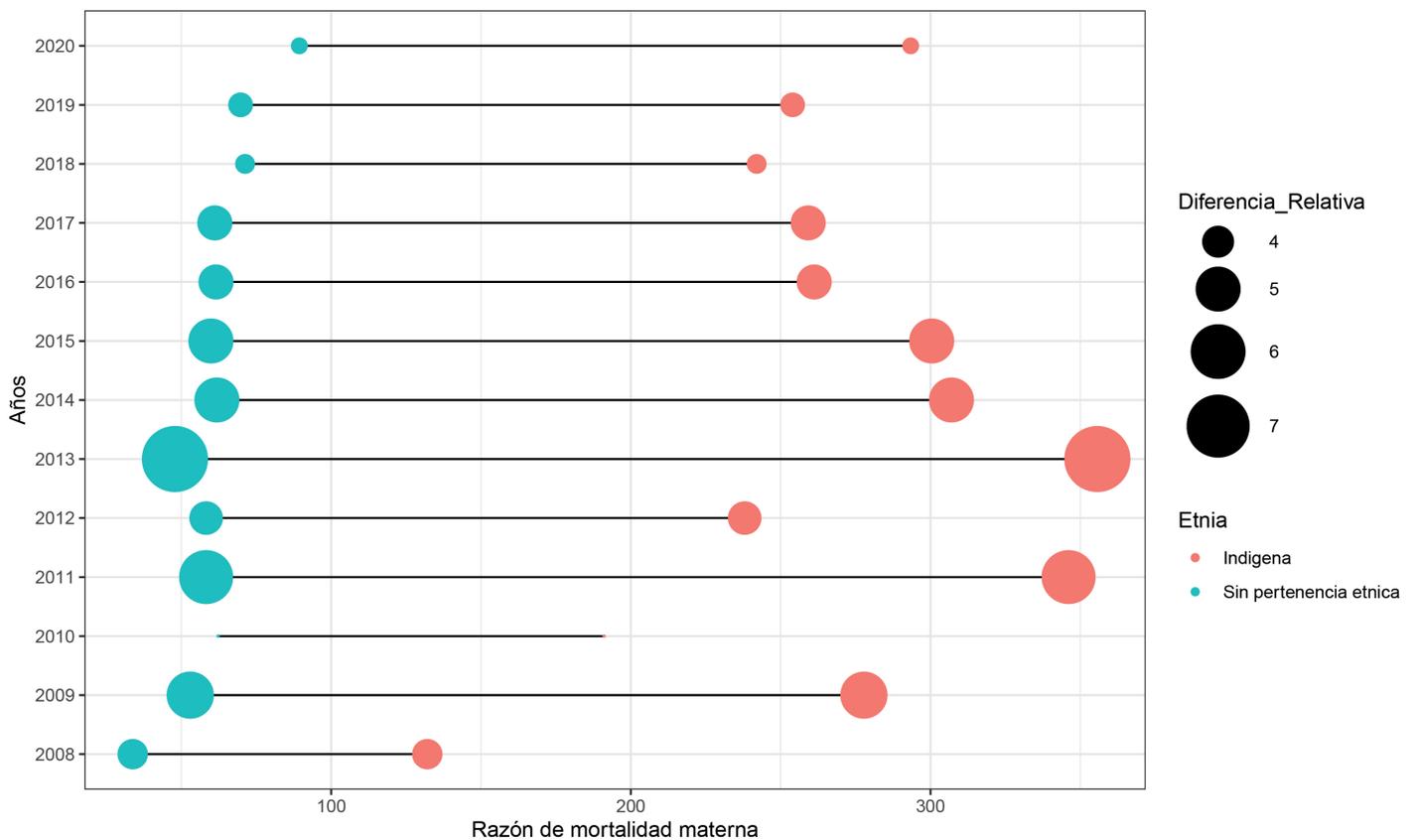
* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level. Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de la información de estadísticas vitales – EEVV del DANE.

Desigualdades en la mortalidad materna por pertenencia étnica

Los siguientes resultados reflejan la magnitud de la desigualdad social en el indicador de salud y su respectiva brecha relativa. En el gráfico 3, se puede observar que las RMM, tanto en el grupo de mujeres indígenas como en aquel sin pertenencia étnica, han tenido una disminución desde 2013. No obstante, cuando se analiza el periodo 2008 a 2020 se observa que las brechas persisten y tienen magnitudes diferentes a través de los años y continúa la desigualdad en contra de las mujeres indígenas (Gráfico 3).

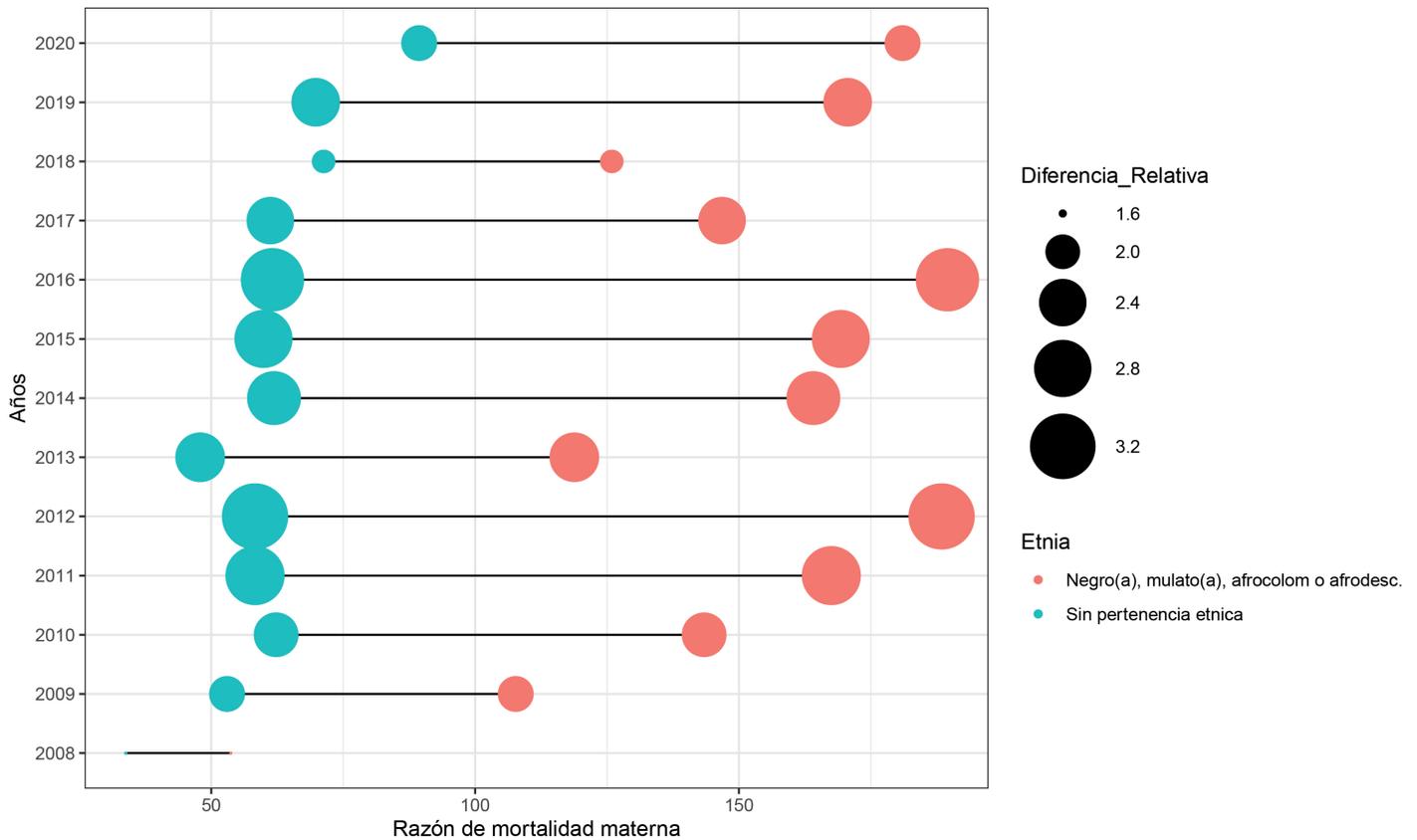
Gráfico 3. Desigualdad relativa y razón de mortalidad materna en población indígena versus mujeres sin pertenencia étnica, Colombia, 2008-2020



Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de la información de estadísticas vitales – EEVV del DANE.

Con respecto al comportamiento de las RMM de mujeres que se autoreconocen como población negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente, en comparación con mujeres sin pertenencia étnica, se observa que la brecha relativa entre estos dos grupos ha variado entre 1,6 y 3,2 en el periodo analizado (Gráfico 4), brecha algo menor que la de las mujeres indígenas.

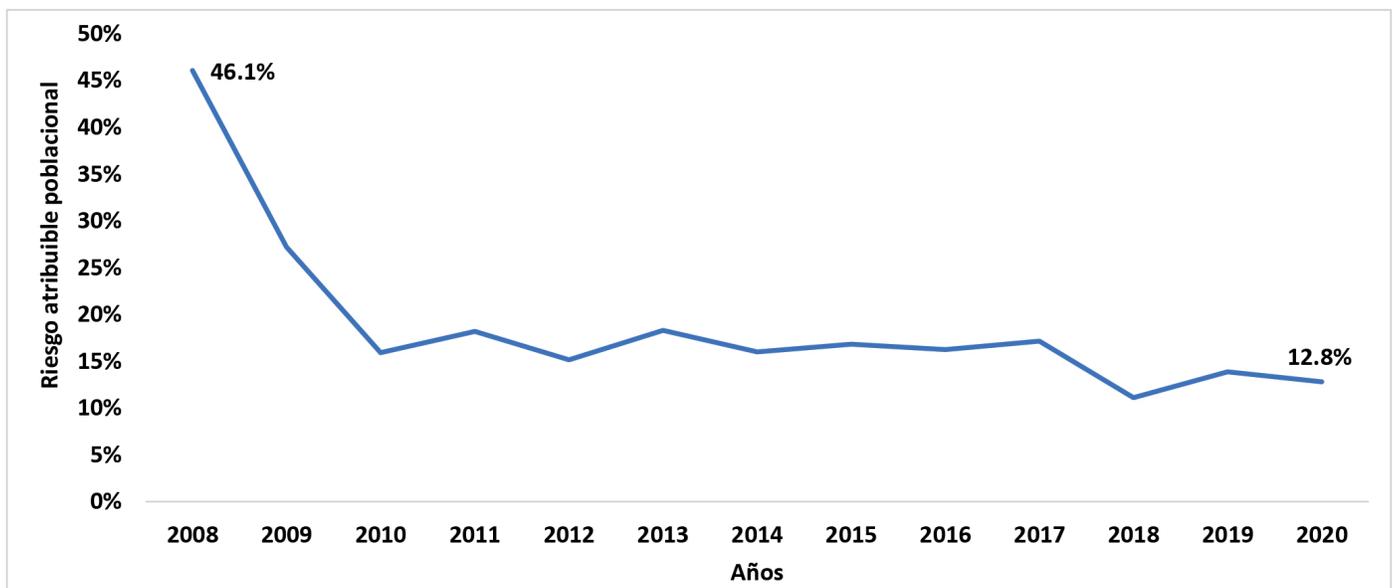
Gráfico 4. Desigualdad relativa y razón de mortalidad materna en población negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente versus mujeres sin pertenencia étnica, Colombia, 2008-2020



Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de la información de estadísticas vitales – EEVV del DANE.

En cuanto a los resultados del riesgo atribuible poblacional (RAP), este indicador muestra la proporción de las muertes maternas evitadas si todos los grupos étnicos tuvieran las mismas condiciones del grupo de mujeres sin pertenencia étnica. En 2008, se podría haber evitado un 46,1% de la RMM del país y para el 2020 un 12,8% (Gráfico 5).

Gráfico 5. Riesgo atribuible poblacional, Colombia, 2008-2020

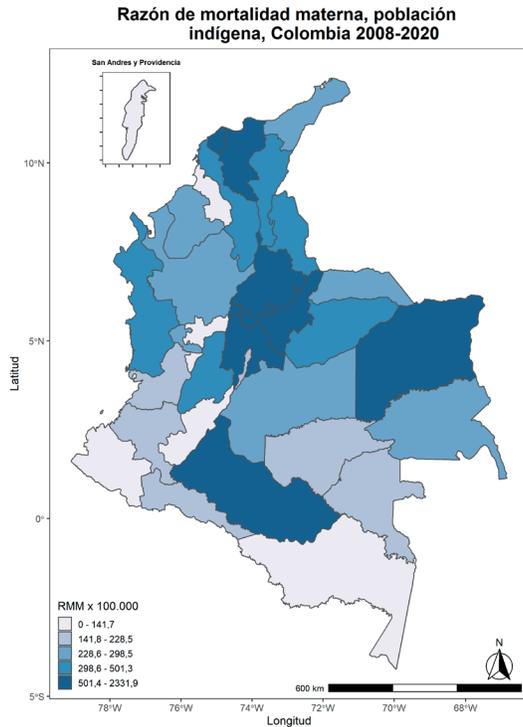


Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de la información de estadísticas vitales – EEVV del DANE.

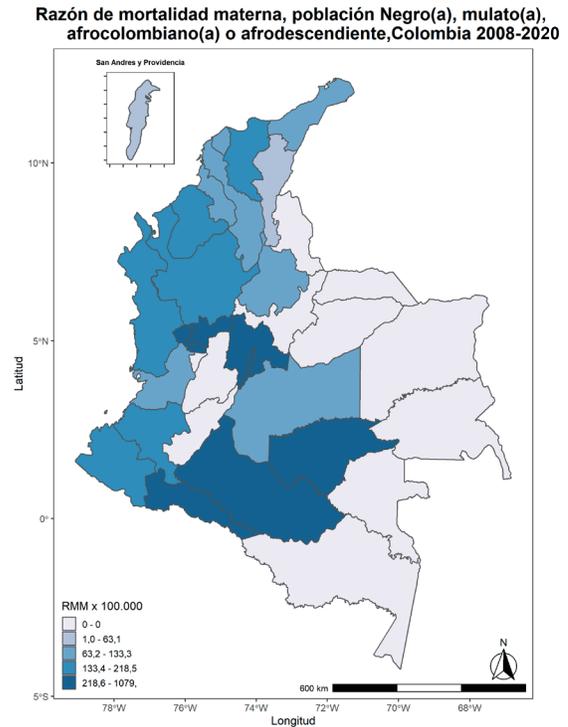
Respecto al comportamiento de las RMM del periodo 2008 a 2020 según departamento y grupo étnico, la población indígena presenta la RMM más alta en Atlántico, Vichada, Boyacá, Caquetá, Cundinamarca, Santander y Magdalena. En tanto que en la población negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente, las RMM más altas se ubican en Cundinamarca, Risaralda, Guaviare, Caquetá, Putumayo y Caldas (Gráfico 6).

Gráfica 6. Distribución geográfica de la razón de mortalidad materna promedio por 100.000 nacidos vivos, Colombia 2008 a 2020

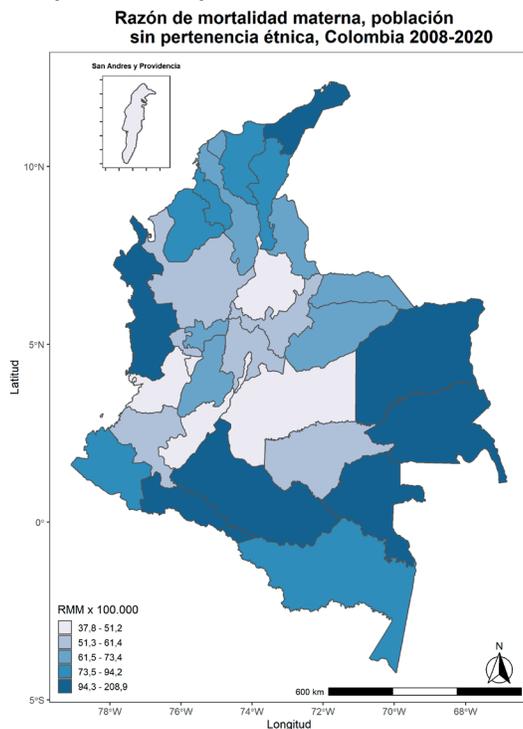
A) RMM mujeres indígenas



B) RMM mujeres afrodescendientes



C) RMM población sin pertenencia étnica



Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de la información de estadísticas vitales - EEVV del DANE.

La reducción de la mortalidad materna es aún un reto en salud pública

Los resultados presentados en este apartado muestran que las RMM en población indígena fueron más altas durante todo el periodo con respecto a la población sin pertenencia a un grupo étnico, lo cual debería servir de insumo a los tomadores de decisiones para generar mecanismos que permitan reducir brechas entre estos grupos. La RMM es mucho más alta para los grupos indígenas y mujeres afrodescendientes, con RMM de 293,4 y 181,0 respectivamente para 2020, al comparar con la RMM de las mujeres sin un autorreconocimiento étnico, que fue de 89,4 por cada 100.000 nacidos vivos para el mismo año. Las muertes ocurridas en las mujeres indígenas se presentaron en una mayor proporción en el grupo de edad entre 20 a 34 años, del área rural, con bajo nivel educativo y afiliadas al régimen de salud subsidiado. Estos hallazgos son similares a estudios previos realizados en Colombia (5,6,11,12).

Si bien en Colombia la RMM ha venido en disminución en los últimos años en todos los grupos étnicos, se observa un aumento para 2020, esto posiblemente debido a la pandemia por COVID-19, lo que generó una reducción en la atención prenatal por baja asistencia a los servicios de ginecología y obstetricia, así como complicaciones durante el embarazo y parto (12,13), lo cual causó un aumento en las muertes maternas, embarazos ectópicos y depresión materna (14), además del incremento de la mortalidad tardía (12).

Persisten las brechas de desigualdad entre los grupos étnicos para la mortalidad materna. En muchas ocasiones, existen aspectos como los determinantes estructurales que conllevan a la mortalidad materna como la pobreza, pobreza extrema e inequidad de los recursos, la exclusión social, el analfabetismo y bajo nivel educativo de las madres (5,7). Otras explicaciones causales sobre las desigualdades relacionadas con el bajo acceso a agua potable y alimentos que, en ausencia de un sistema de salud con cobertura universal y acceso efectivo e intercultural, explican en buena medida los malos desenlaces en salud y muertes (5).

Estos hallazgos son un llamado a reflexionar respecto a la persistencia de la desigualdad social en salud en Colombia y las acciones que se han llevado a cabo para cerrar las brechas que persisten entre los grupos étnicos, además del reto que se tiene en la reducción de la RMM, la cual es un indicador del funcionamiento del sistema de salud y desarrollo de un país (12,15). La muerte de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio reflejan inequidad hacia las mujeres y sus condiciones de vida (15).

También, se hace necesario repensar las acciones que permitan, como país, el logro del compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la reducción de la RMM mundial a menos de 70 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos para 2030 (16). Algunos países de Latinoamérica han realizado acciones tendientes a la reducción de la mortalidad materna en comunidades indígenas y rurales, entre ellas se encuentran el entrenamiento a parteras tradicionales, la creación de hogares de paso maternos y la adaptación intercultural de servicios de salud obstétrica (5), acciones que podrían ser consideradas en Colombia al momento de tomar decisiones frente a la reducción de la mortalidad materna.

Recomendaciones

- El manejo de algunos determinantes estructurales que han sido descritos puede contribuir en el cierre de las brechas existentes en la RMM entre los grupos étnicos.
- Articular los diferentes sistemas médicos tradicionales con el sistema de salud oficial con el fin de reducir la mortalidad, como ha sido recomendado por la OMS, podría ayudar en la superación de las dificultades de acceso a los servicios de salud, ya sea por las características geográficas de las regiones o a las prácticas tradicionales de las comunidades indígenas.
- Contar con hablantes intérpretes en los servicios de salud en aquellas regiones donde existe gran población indígena que permita tener una comunicación con las mujeres gestantes, es decir, una adaptación intercultural de servicios de salud obstétrica.
- Pensar en otro tipo de estrategias para el cuidado de las gestantes de las comunidades indígenas y afrodescendientes, como el entrenamiento a parteras tradicionales o comadronas, ya que una de las barreras de acceso a los servicios de salud es la geográfica. Así, las grandes distancias que deben recorrer las mujeres gestantes para acceder a los servicios de salud podrían generar en muchas ocasiones un inadecuado seguimiento en los controles prenatales y complicaciones del parto.
- Contar con estudios cualitativos que brinden insumos a los tomadores de decisiones frente a estos aspectos, pues poco se conoce sobre el impacto que tienen las prácticas, creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio de las comunidades indígenas.
- Realizar seguimiento continuo frente comportamiento de la RMM y el logro de los ODS en la reducción de la RMM a 2030.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017: cálculos de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU): resumen de orientación [Internet]. Ginebra PP - Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332475>
2. World Health Organization (WHO). Maternal mortality [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=94%25 of all maternal deaths,lives of women and newborns.>
3. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Mortalidad Materna Temprana [Internet]. 2021 [cited 2022 May 18], p. 0–1. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD MATERNA PE XIII 2021.pdf>
4. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Mortalidad Materna [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 23]. p. 23. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD MATERNA 2020.pdf>
5. Hernández Bello A, Rodríguez Hernández JM, Cubillos Novella AF, Santacruz Caicedo M, Van der Werf Cuadros L, Vega Romero R, García Becerra A. Determinantes sociales de las desigualdades en Mortalidad Materna y Neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayuu [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 25]. p. 57–81. Available from: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/determinantes-sociales-de-las-desigualdades-en-mortalidad-materna-y-neonatal-en-las>
6. Bello-álvarez LM, Parada-baños AJ. Characterisation of maternal mortality in Colombian indigenous communities , 2011 to 2013. Study of cases based on sentinel surveillance. *Rev Colomb Obstet y Ginecol.* 2017;68(4):256–65.
7. Rodríguez Rojas YL, Hernández A. Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe. *Moviento Cient.* 2012;6(1):132–43.
8. Oviedo M, Hernández A, Mantilla BP, Arias KN, Florez NZ. Comunidades Embera y Wounaan del departamento de Chocó : prácticas de cuidado durante el proceso de gestación. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2014;32(2):17–25.
9. Bula Romero JA, Galarza K. Mortalidad materna en la gestante Wayúu de Uribí, departamento de la guajira, Colombia. Estudio descriptivo año 2016. *Enfermería Cuid Humaniz.* 2017;6.
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Estadísticas Vitales [Internet]. [cited 2022 May 18]. Available from: http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/MICRODATOS/about_collection/22/5
11. Sandoval-Vargas YG, Eslava-Schmalbach JH. Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años 2000-2001, 2005-2006 y 2008-2009. *Rev Salud Pública.* 2013;15(4):529–41.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Mortalidad Materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19 [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 12]. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>
13. Justman N, Shahak G, Gutzeit O, Ben Zvi D, Ginsberg Y, Solt I, Vitner D, Beloosesky R, Weiner Z ZY. Lockdown with a Price: The impact of the COVID-19 Pandemic on Prenatal Care and Perinatal Outcomes in a Tertiary Care Center. *Isr Med Assoc J.* 2020;22(9):533-537.
14. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal.* 2021 Jun;9(6):e759–72.
15. Tullo E, Lerea MJ, González R, Galeano J, Insfrán MD. Desigualdades sanitarias y sociales en la salud materna y del niño en Paraguay. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;1–7.
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. [cited 2020 Oct 15]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

1.2 Muertes maternas de mujeres indígenas: desarmonías en el ejercicio de sus derechos

Daniela Rangel Gil

Palabras clave: mortalidad materna indígena, derechos sexuales y reproductivos, autonomía, enfoque de derechos, multiparidad.

Abreviaturas

EPS: Entidad promotora de salud

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

IPM: Índice de Pobreza Multidimensional

IPS: Instituciones prestadoras de servicios de salud

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas

RMM: Razón de mortalidad materna

SGSSS: Sistema General de Salud y Seguridad Social

La mortalidad materna es entendida como el fallecimiento de una mujer en gestación o dentro de los 42 días siguientes al término del embarazo, independientemente de la duración, sitio y resultado del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, mas no por causas accidentales o incidentales (1). Según el análisis de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Latinoamérica y el Caribe constituyen la región más desigual del mundo y aunque los índices de Gini reflejan disminución de la desigualdad económica (2), en 2018, las muertes maternas en los países latinoamericanos no logran las reducciones esperadas para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) asociados a la equidad de género y la garantía de acceso a los servicios de salud (3).

En Colombia, la mortalidad materna se concentra entre las mujeres con menores recursos económicos ubicadas en el quintil más pobre según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), habitantes de las áreas rurales dispersas con acceso limitado a los servicios de salud y baja afiliación y cobertura del sistema general de salud y seguridad social (SGSSS) (4). En 2018, diversos reportes nacionales indican las marcadas brechas de razones de mortalidad materna (RMM) a nivel territorial con una concentración en las áreas rurales del 71,1 por cada 100.000 nacidos vivos respecto a 45 en la zona urbana (5). Además, en comparación con la tendencia de la RMM hasta 2019, en 2020 y asociado a la pandemia por COVID-19, se identifica un incremento en la mortalidad materna en la población general y, particularmente, en mujeres indígenas afiliadas al régimen subsidiado con RMM de 332,7 para el 2020 (4),

con lo cual una de cada cuatro muertes maternas en el país ocurre en mujeres indígenas (6).



INTRODUCCIÓN

En Colombia, una de cada cuatro muertes maternas ocurre entre mujeres indígenas.

En general, las RMM son más altas en poblaciones vulnerables como jóvenes y adultas mayores y aquellas con limitada garantía de derechos, este es el caso de las mujeres indígenas.



METODOLOGÍA

Investigación cualitativa de corte fenomenológico hermenéutico a partir de entrevistas semi-estructuradas con autoridades indígenas en salud y personal institucional y revisión de fuentes secundarias.



RESULTADOS

La mortalidad materna indígena está mediada por el ejercicio autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el inicio de su fecundidad, la multiparidad y las desigualdades en acceso oportuno a servicios de salud.



RECOMENDACIONES

Generación de abordajes interculturales y de adecuación de servicios en salud dirigidos a las mujeres y familias indígenas con programas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos.



CONCLUSIONES

La ausencia de servicios de salud reproductiva de calidad adecuados socioculturalmente es un determinante en la mortalidad materna indígena.

Es necesario entender la mortalidad materna indígena bajo la intersección de pertenencia étnica, contexto sociodemográfico y enfoque diferencial etario.

La literatura científica sobre la caracterización de la mortalidad materna en los pueblos indígenas en el país se ha centrado en correlacionar factores socioeconómicos y otros determinantes sociales en salud. También, se ha estudiado la adherencia a controles prenatales, el uso de guías de práctica clínica que impactan el acceso y la calidad del servicio en salud de las mujeres indígenas gestantes, y se retoma la relación con las desigualdades e inequidades de acceso a salud a nivel territorial en este análisis (7,8). Otros estudios relacionan la presencia de condiciones cardiovasculares y condiciones crónicas no transmisibles en los pueblos indígenas, producto de la colonización, los cambios en los patrones dietarios y de actividad física, por lo cual atribuyen impactos negativos de estas condiciones en los periodos perinatales y hacen más frecuentes las complicaciones durante los embarazos y partos, respecto a la población mayoritaria (9–11). Asimismo, es común la asociación de mortalidad materna e infantil en indígenas con las prácticas tradicionales de partería, la calidad de la atención y respuesta ante emergencia de los partos en las viviendas (4,6).

Aunque la mortalidad materna indígena ha sido abordada en cuanto a capacidad, oportunidad y calidad de acceso a servicios de salud y atención médica y algunos factores culturales, es necesario indagar aún más sobre las concepciones propias de la fecundidad, las decisiones de las mujeres indígenas sobre su sexualidad y reproducción y las condiciones socioculturales en las que se ejerce la maternidad. En adición a estos aspectos, es clave considerar los momentos de concepción de las mujeres indígenas y la edad, puesto que entre los pueblos indígenas se dan uniones a partir de la menarquia y asimismo se inician las gestaciones (2,11). Una de cada cinco gestantes que fallece tiene entre 10 y 19 años (6), es decir, el fenómeno de mortalidad materna está ampliamente extendido entre adolescentes y jóvenes. Por esto, es crucial indagar por las causas de la mortalidad materna indígena a partir de un enfoque de derechos, centrado en los derechos sexuales y reproductivos y los ciclos de vida de las mujeres indígenas.

La finalidad de este análisis es aproximarse a los factores culturales y las dinámicas de la sexualidad y la reproducción en los pueblos indígenas y su relación con la muerte materna indígena. Se busca ahondar en los retos que plantea analizar el fenómeno de salud pública bajo los enfoques y metodologías para la población general y realizar aportes desde una óptica intercultural y preventiva. Este es un estudio de corte cualitativo descriptivo a partir de dos estudios de caso territoriales: los departamentos de Vichada y Córdoba, los cuales se seleccionaron por criterio de diversidad geográfica y sociodemográfica, alta tasa de población indígena respecto al panorama nacional (12) y con elevada mortalidad materna indígena (13). Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a concejeras de salud indígenas de las etnias Sáliba, Amorúa, Emberá Katío y Zenú y a referentes de las secretarías de salud departamentales y municipales. Asimismo, se realizó una revisión bibliográfica de fuentes secundarias de información como artículos científicos y datos oficiales de entidades nacionales en salud con el fin de proponer un análisis interpretativo del fenómeno.

Caracterización del departamento de Vichada

Está ubicado al oriente colombiano, es el segundo departamento más extenso del país con 105.947 kilómetros cuadrados, pero solo está conformado por cuatro municipios. De acuerdo con las estimaciones a partir de los datos del DANE para el 2020, la RMM fue de 166,57, cifra superior a la RMM nacional de 102,48, con una RMM entre mujeres indígenas de 262,93, mientras que entre mujeres sin pertenencia étnica no se presentaron muertes.

En Vichada, se encuentran las etnias Sikuni, Piaroa, Puinave, Amorúa, Cuiva, Sáliba, Curripaco, Wamonae y Jiw (14). Se destaca la concentración de asentamientos urbanos multiétnicos en Puerto Carreño con el estimado de 3.000 indígenas de todas las edades víctimas de desplazamiento interno y migrantes venezolanos, según refiere la autoridad Cabildo Gobernadora mediante comunicación personal. Estas personas enfrentan graves vulneraciones de derechos humanos y de riesgo de exterminio físico y cultural como ha denunciado dicha lideresa indígena en distintas instancias (15–17). Sobre el estado de las niñas y mujeres indígenas señala que las adversidades más críticas enfrentadas son por inseguridad alimentaria y nutricional y por explotación sexual que mayoritariamente resulta en embarazos no deseados, lo cual conduce a un riesgo de mortalidad materna al ser gestaciones en contextos de precariedad y violencias de género reiteradas.

Esta situación la corrobora las referentes de salud pública y epidemiología departamental, a lo que agregan que en el contexto urbano de Puerto Carreño es posible realizar seguimientos cuando existen las denuncias correspondientes, así como generar campañas e intervenciones de prevención de violencias basadas en género, violencias intrafamiliares y estrategias pedagógicas sobre salud sexual y reproductiva, planificación y métodos anticonceptivos. El caso es contrario en las áreas rurales donde se encuentra mayoritariamente la población indígena y donde la única vía de acceso a las comunidades y resguardos es mediante los grupos extramurales en las agendas del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) por cuestiones presupuestales. Las profesionales refieren esta circunstancia como la principal limitación para conocer oportunamente las necesidades de las gestantes indígenas y prevenir los eventos de mortalidad materna.

Caracterización del departamento de Córdoba

Ubicado en la región, ocupa el cuarto puesto en cuanto a concentración de población indígena a nivel nacional (12), allí se encuentran las etnias Zenú y Emberá Katío. Aunque la primera tiene presencia en los treinta municipios del departamento, hay mayor concentración de resguardos en San Andrés de Sotavento, Tuchín, Puerto Libertador y Montelíbano, por el otro lado, la población Emberá Katío se encuentra en Puerto Libertador, Montelíbano y San José de Uré (18). En 2020, se registra una RMM de 121,13 para el departamento, cifra por encima del valor nacional (18). En este año, la RMM entre mujeres indígenas fue de 361, mientras que en entre mujeres sin pertenencia étnica fue de 116,38.

En Córdoba, las referentes de salud sexual y reproductiva y de vigilancia epidemiológica del departamento asocian la mortalidad materna indígena principalmente con las condiciones de alta dispersión territorial y demográfica en el departamento. Asimismo, referencian como un problema la falta de interés por los cuidados de la salud materna durante la gestación manifestada en que las mujeres no atienden las citas establecidas. Llama la atención que esto no lo relacionan directamente con los largos desplazamientos a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y hospitales o los costos, sino a las dificultades para ausentarse de las casas porque tienen a cargo labores del hogar y crianza que otras personas de la familia no pueden cubrir.

Mortalidad materna indígena bajo un enfoque de garantía de derechos individuales y colectivos

La garantía de derechos de los pueblos indígenas en Colombia enfrenta constantes amenazas dado que la ruralidad y las zonas dispersas implican dificultades de acceso a

servicios de atención primaria en salud, obstétricos y de emergencias (19). En el caso de los pueblos del Vichada y en especial de Puerto Carreño, la identificación de las vulneraciones comienza por la ausencia de lugares residenciales fijos y condiciones de vivienda dignas donde sea posible constituir hogares y tener comunidades cohesionadas y autónomas:

“Es muy doloroso ver a mi pueblo enfrentarse al exterminio por no contar con un techo ni una comida diaria, lo mínimo para subsistir. (...) Por eso, recurren a los residuos en la basura para alimentarse y sobrevivir, nada lo justifica, pero es por hambre y cualquier dinero que se da la prostitución de las niñas y jóvenes” (Lideresa Sáliba).

Las situaciones de explotación sexual de niñas y jóvenes indígenas devienen en numerosos casos en gestaciones desde el inicio de la fertilidad, lo cual genera proclividad a la multiparidad a lo largo de sus vidas, como corroboran funcionarias de protección social y seguridad materna de Puerto Carreño y como identifica el plan de Gobierno actual del Vichada, que hace énfasis en la problemática de elevada tasa de embarazos en menores de 19 años -con mayoría en la población indígena-, de la ruralidad en condiciones de pobreza y vulnerabilidad. Esto lo sustentan las tasas específicas de fecundidad en la niñez (10 a 14 años) que es de 4,3 en el Vichada mientras el nacional es de 2,8. Adicionalmente, en la adolescencia (15 a 19 años) la tasa en el Vichada es de 66 y la nacional de 61,1 (14). Asimismo, se configura la sexualidad no en el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, sino como mecanismo de subsistencia. La exposición al contagio de infecciones y enfermedades de transmisión sexual también incrementa, lo cual constituye graves riesgos durante las gestaciones. Tanto en Córdoba como en Vichada, existen marcadas barreras de acceso para la población indígena en búsqueda de servicios de salud de forma integral y de calidad. Por ejemplo, debido a los largos desplazamientos entre los resguardos y comunidades a los centros de atención en salud, el estado de las vías y los costos de desplazamiento que no son reintegrados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) (20). Desde una EPS indígena en Montelíbano (Córdoba), se reconoce que las principales dificultades radican en el establecimiento de contacto con las gestantes indígenas directamente en los territorios donde residen, pues al ser zona rural dispersa la asignación presupuestal es insuficiente para realizar recorridos periódicos a los resguardos y no cuentan con capacidad de captación de información actualizada, signos de alarma y remisiones oportunas.

Otro aspecto a considerar sobre la garantía y efectividad de atención en salud para las mujeres indígenas gestantes -y para la población de la ruralidad de los departamentos de este estudio de caso-, tiene que ver con el debilitamiento y pérdida institucional. La desaparición de las IPS indígenas por el incumplimiento de los requisitos y manejos administrativos ha devenido en períodos de colapso ante la pérdida de aseguramiento de la población indígena:

“Entre el 2017 y el 2018, desconocimos el paradero de los afiliados por la liquidación de la EPS Manetska, no hubo traslados inmediatos, miles de indígenas y otros afiliados quedaron a la deriva en sus tratamientos clínicos (...), de hecho, parte de las justificaciones para liquidarla fueron los indicadores críticos de mortalidad materno-infantil” (Enfermera etnia Zenú).

Las fuentes institucionales e indígenas que informan sobre esta situación hacen un llamado al acompañamiento que deben recibir los operadores de las EPS e IPS indígenas en materia financiera y de gestión administrativa con el fin de prevenir estos desenlaces en otras entidades.

También, se presentan dificultades para garantizar el talento humano requerido en el personal de los PIC: *“conseguir talento humano está cada año más difícil, en especial desde la pandemia, no tenemos ni siquiera suficientes rurales, la rotación permanente también afecta directamente a la población atendida”* (Referente maternidad segura Secretaría de Salud Departamental del Vichada). Dicha situación impacta la planeación y el tiempo de las brigadas en los territorios con lo cual relacionan la ocurrencia de los casos de mortalidad materna particularmente en las áreas más apartadas del departamento del Vichada.

Garantías de enfoque intercultural

Dentro de las posibles explicaciones para la mortalidad materna indígena, están ampliamente documentadas las de corte cultural (6,19,21,22). En particular, algunas de las referidas por las fuentes primarias de este estudio aluden a los partos domiciliarios que no están bien instrumentados y por tanto no son asépticos, los cuales ocurren en los lugares más apartados y se asocian con la conservación de las tradiciones. El espectro de lo que se entiende por las tradiciones de la gestación y las prácticas y cuidados durante este periodo es vasto y específico para cada cultura, aun observándose variaciones entre la misma etnia en distintas regiones del país (22). En el caso de Córdoba, las dos etnias más representativas del departamento, Zenú y Embera Katío, tienen marcadas diferencias en cuanto a la conformación de las familias y la gestación. La primera sostiene que los lazos de unión y la gestación se dan en la edad adulta, mientras que en la etnia Embera la transición de niña a mujer está atribuida a la menarquia, con lo cual ya es viable y aceptada socialmente la maternidad.

Entre las mujeres Zenú, las figuras a las que se acude cuando hay sospecha de embarazo es al sobandero, cabe anotar que esto se da alrededor del cuarto o quinto mes: *“acá está la costumbre que uno espera que el embarazo esté ‘pegado’, que es como decir que ya es viable”* (mujer Zenú). Al estar próximas al parto, se hace acomodación del feto, son santiguadas y se hacen prevenciones con remedios propios contra males en el ambiente. Algunas mujeres Embera Katío sostienen que tradicionalmente se recibía un acompañamiento de parte de las jaibanás (mayoras espirituales) sobre qué esperar y cómo afrontar *“el albergar la semilla, o sea concebir a los hijos”* (mujer Emberá Katío), pero que esta transmisión cultural, producto de los desarraigos y resquebrajamiento sociales, ha recaído en los últimos años sobre las mujeres madres y abuelas con las que se convive: *“se ha perdido la tradición del encierro, los baños especiales, las fiestas, las visitas del jaibaná y las tomas de remedios para las protecciones de las madres y los hijos (...) conservamos que tenemos el parto vertical con la partera”* (mujer Emberá Katío). Estos testimonios evidencian los desafíos de la preservación de las tradiciones asociadas a la gestación en dos cosmovisiones indígenas.

Ahora bien, desde el lado institucional materializar el enfoque intercultural enfrenta sus propios retos. Se identifica como punto de partida para contrarrestar la mortalidad materna indígena la articulación del sistema de salud nacional con las prácticas propias directamente en las comunidades:

“Existe una necesidad porque las EAPB adopten verdaderamente las adecuaciones socioculturales (...) Las discusiones sobre medicina propia no aterrizan en las personas como tal, en las gestantes con riesgos hipertensivos, con úteros desprendidos, con varias enfermedades desatendidas encima y entre los dos sistemas podríamos actuar eficientemente porque los médicos tradicionales son los que están allá en los territorios y pueden actuar” (Referente maternidad segura Secretaría de Salud Departamental del Vichada).

De igual forma, tanto en Córdoba como en Vichada, se refieren a la caracterización de las parteras, sobanderos y demás personal de salud de las comunidades, reconociendo que son ellos quienes tienen acceso directo las mujeres indígenas en edad fértil y gestantes. Asimismo, hay coincidencia en la necesidad de reforzar procesos pedagógicos que resalten la importancia de la higiene en los partos y de incorporar un enfoque preventivo que fortalezca la asistencia a los controles prenatales y sienta diálogos en las comunidades sobre planificación y métodos anticonceptivos, de esta forma se ampliaría la discusión sobre las diversas posibilidades de proyecto de vida diferentes a la maternidad para las mujeres indígenas.

La autonomía en las decisiones sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas y las cargas de cuidado

Los pueblos indígenas, acogidos en la normativa nacional e internacional que propende por su protección y salvaguarda, han generado pronunciamientos públicos sobre el imperativo de contrarrestar el exterminio físico y cultural al que han estado sometidos en distintos momentos de la historia a partir de la reproducción y el no control de la natalidad (2,21). Esta práctica de resistencia ha significado simultáneamente la imposición sobre las mujeres de concebir hijos e hijas, pues permite la pervivencia biológica y cultural de cada pueblo indígena y la alta fecundidad adquiere una valoración positiva socialmente (22). No obstante, se origina el interrogante sobre la autodeterminación de la mujer indígena sobre su fecundidad y el ejercicio libre y que contemple la dimensión colectiva e individual de las prácticas y modelos de bienestar propios sobre la sexualidad y la reproducción.

En los estudios de caso realizados, se identifican elementos adicionales relacionados con la autonomía y ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres indígenas. En algunos pueblos indígenas, se presentan delitos y graves violaciones a los derechos humanos a causa de la explotación sexual y el proxenetismo, que a su vez generan otros problemas de salud pública como la alta dispersión de infecciones por transmisión sexual como la sífilis y el VIH (19). Otro elemento a considerar corresponde a las uniones tempranas, es el caso del pueblo Embera Katío y para algunas etnias del Orinoco como la Wamonae, Sikuani, Amorua y Jiw tienen una fundamentación como usos y costumbres de sus cosmovisiones: *“cada cultura es única y aunque compartamos territorio no todos tenemos las mismas creencias, en esos pueblos formar hogar y tener hijos desde los 12 años era lo tradicional y algunos lo mantienen, desde que sean edades parejas está bien visto, ya un hombre que le dobla la edad a la muchacha eso ya no es costumbre”* (lideresa Sáliba).

Las uniones tempranas dan origen a embarazos adolescentes y algunos de estos resultan en muertes maternas (19,22). Los registros de mortalidad materna en el país de la población general entre los 10 y los 19 años sitúa la RMM del 13,4% (4) y el porcentaje de la maternidad a los 20 años de las mujeres indígenas casadas o en unión libre a nivel nacional se estima en el 45% (23). Una mujer indígena amorúa del Vichada reporta que, en su comunidad de alrededor de 150 personas, en los últimos años han fallecido cuatro jóvenes en gestación. La referente de maternidad segura lo considera posible, pues conoce del alto subregistro sobre la mortalidad por diversas causas en las comunidades. La misma colaboradora amorúa sostiene que lo habitual es que las mujeres de su pueblo tengan hasta ocho o diez hijos a lo largo de su vida: *“si uno distingue a una niña acá en el municipio desde chiquita, Jiw, Amorúa, Mapayerri, y después la ve ya como a mi edad -32 años-, carga con sus 6 hijos”* (lideresa Sáliba). En relación con las creencias tradicionales asociadas a la multiparidad, en conversación con mujeres entrevistadas del pueblo Zenú, se conoció una práctica de la partería del pasado: se tenía la costumbre de inspeccionar el cordón umbilical del primer parto pues los nudos que tuviese representaban la cantidad de hijos que tendría esa mujer.

Otro aspecto del ejercicio libre de los derechos sexuales y reproductivos tiene que ver con la mediación que ejercen los hombres, generalmente los esposos, en la traducción e interlocución de los espacios de consultas y brigadas de salud: *“sí está la necesidad de traducción porque muchas mujeres no hablan español, pero pasa también por práctica cultural que no puede haber privacidad médico – paciente entre los indígenas, se da la vulneración a ese derecho también”* (Referente promoción social Secretaría departamental de Salud de Córdoba). Esto significa el condicionamiento de las interacciones a las voluntades e intereses de los traductores tanto en la vía paciente a tratante y viceversa, y genera particular sospecha con los temas de planificación y métodos anticonceptivos (22). Una alternativa para este escenario es el refuerzo de los espacios comunitarios con las campañas de educación sexual, prevención y promoción donde se desestigmaticen los métodos anticonceptivos y se entiendan como mecanismo no para frenar la natalidad sino para espaciar los periodos intergenésicos que fomenten la salud de la mujer (19).

Por último, se ha tomado como otro factor cultural de la mortalidad materna indígena la sobrecarga de cuidados de otras personas (niños, niñas, adultos mayores) y del hogar, que son impuestas sobre las mujeres indígenas. Esto debido a que restringe notablemente la posibilidad de desplazarse por largos trayectos o inclusive ausentarse por días del hogar, en la búsqueda por un servicio de atención en salud como los controles prenatales (21) o consultas ante dolencias y complicaciones: *“cuando hay complicaciones mayores y nos notifican a tiempo buscamos los traslados a Villavicencio, son muy solicitados por municipios de toda la región esas remisiones y a veces cuando las conseguimos las gestantes se rehúsan porque no pueden dejar a todos sus otros hijos”* (Referente maternidad segura Secretaría de Salud Departamental del Vichada). Eso implica retomar la discusión de la mortalidad materna indígena en torno a la inequidad y desigualdad de oportunidades de acceso frente a la población urbana, los efectos sociales y no solamente clínicos de la multiparidad, así como los mandatos de género al interior de las sociedades indígenas.

En suma, el exacerbado problema de mortalidad materna indígena en el país requiere de un abordaje diferencial que combine los enfoques de derechos entendidos de manera amplia, tanto los derechos humanos como los derechos colectivos de autodeterminación y autogobierno de los pueblos indígenas. Por otro lado, debe tenerse en cuenta el enfoque de género que garantice la autonomía de fecundidad de las mujeres indígenas y la distribución de los cuidados, y el enfoque territorial que adecue los servicios de salud a los contextos de la población étnica. Así pues, este análisis señala aspectos asociados al acceso a los servicios de salud, el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos por parte de mujeres indígenas, además de aspectos de orden estructural de condiciones de vida de los pueblos indígenas en los departamentos de Vichada y Córdoba que pueden estar vinculados a la mortalidad materna y que requieren analizarse con mayor profundidad para generar acciones de mayor pertinencia y con participación de las comunidades.

Recomendaciones

- Abordar la mortalidad materna indígena como un problema de salud pública producto de la desigualdad bajo los determinantes sociales en salud y mitigarlo mediante el mejoramiento de la conectividad de las áreas rurales dispersas del país, la construcción de infraestructura y la incorporación de talento humano suficiente para la cobertura de demanda poblacional.
- Generar normatividad y guías de práctica en salud de corte intercultural que reconozcan los saberes de los sistemas médicos tradicionales de los pueblos indígenas y cualificar el talento humano con este enfoque.
- Coconstruir intervenciones situadas y adecuadas socioculturalmente entre entidades promotoras de salud y lideresas, mayores y sabedoras indígenas sobre educación y derechos sexuales y reproductivos que relacionen métodos anticonceptivos, periodos intergenésicos, salud y cuidado de la mujer, etapas y riesgos de la fecundidad.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2019 [citado 2022 oct 18]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos: Alcances y desafíos para su medición en países de América Latina. Santiago de Chile; 2017.
3. Instituto Nacional de Salud, Ministerio Nacional de Salud y Protección Social. Informe de evento mortalidad materna, Colombia, 2018. 2019;04:19.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Mortalidad materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19. 2021.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Salud Rural [Internet]. [citado 2022 oct 30]. Available from: <https://www.portalparalapaz.gov.co/loader.php?Servicio=Tools2&ITipo=descargas&IFuncion=descargar&idFile=755>
6. Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS. Reducción de la mortalidad materna y neonatal con enfoque intercultural, de derechos y de género. 2016.
7. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Segundo informe Observatorio Nacional de Salud: Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia. 2013. 237 p.
8. Cárdenas-Cárdenas LM, Cotes-Cantillo K, Chaparro-Narváez PE, Fernández-Niño JA, Paternina-Caicedo A, Castañeda-Orjuela C, et al. Maternal mortality in Colombia in 2011: A two level ecological study. PLoS One. 2015 mar 18;10(3).
9. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. Vol. 374, The Lancet. Elsevier B.V.; 2009. p. 65–75.
10. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous Health 2 Indigenous health in Latin America and the Caribbean. The Lancet [Internet]. 2006 jun [citado 2022 oct 30];367(9525):1859–69. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68808-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68808-9/fulltext)
11. Banco Interamericano de Desarrollo. Salud de la mujer indígena : intervenciones para reducir la muerte materna. 2010. 266.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo nacional de población y vivienda 2018. 2019.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2021. 2021. p. 318.
14. Gobernación del Vichada. Plan Departamental de Desarrollo Trabajo para todo Vichada 2020-2023. 2020.
15. Defensoría del Pueblo. Denuncia Henny Gutiérrez, gobernadora indígena de Puerto Carreño - Vichada [Internet]. 2022 [citado 2022 ago 2]. Available from: <https://www.facebook.com/Defensoriadelpueblocolombia/videos/4532624963531226/>
16. ONIC. Reiteración denuncia: Vulneraciones a los derechos fundamentales a los Pueblos Indígenas en frontera [Internet]. 2019 [citado 2022 ago 2]. Available from: <https://www.onic.org.co/noticias/70-destacadas/3435-reiteracion-denuncia-vulneraciones-a-los-derechos-fundamentales-a-los-pueblos-indigenas-en-frontera>
17. Vichada comunidad indígena Puerto Carreño: No son de aquí ni son de allá: El drama de miles de indígenas en el Vichada | 6AM Hoy por Hoy | Caracol Radio [Internet]. [citado 2022 ago 2]. Available from: https://caracol.com.co/programa/2022/07/19/6am_hoy_por_hoy/1658247008_298504.html
18. Gobernación de Córdoba. Plan de Desarrollo Departamental 2020-2023 “Ahora le Toca a Córdoba: Oportunidades, Bienestar y Seguridad”. 2020.
19. Bello Álvarez LM. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas. 2016.
20. Bula JA, Urzola Vertel KDC. Madres ausentes: La voz de los profesionales de salud ante las muertes maternas del departamento de Córdoba – Colombia. Enfermería actual en Costa Rica. 2020 jul 1;(39).
21. UNFPA, OPS/OMS, UNICEF, PMA, Pontificia Universidad Javeriana. Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayuu. Bogotá, Colombia; 2017.
22. García Velásquez I. Análisis del proceso de implementación de acciones de anticoncepción, maternidad y embarazo adolescente para los pueblos indígenas 2010-2016. [Bogotá, Colombia]: Universidad Externado de Colombia; 2020.
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estudios Poscensales de Jóvenes Investigadores Tiempos de vida - Fecundidad de los pueblos indígenas de Colombia en el periodo intercensal 2005-2018. Bogotá; 2022.