

OTRO ENFOQUE A LA MORTALIDAD MATERNA: *MÁS ALLA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN*¹.

Por: Alejandro Hernán Quintero Galeano

Médico Gineco-Obstetra U. de A.

Magíster en Salud Pública U. de A.

Magíster en Ciencia Política U. de A.

La historia no es un cálculo matemático: no existe en ella un sistema métrico decimal, una numeración progresiva de cantidades iguales que permita las cuatro operaciones, las ecuaciones y la extracción de raíces. La cantidad (estructura económica) se convierte en ella en cualidad porque se hace instrumento de acción en manos de los hombres, de los hombres, que no valen sólo por el peso, la estatura y la energía mecánica desarrollable por los músculos y los nervios, sino que valen especialmente en cuanto son espíritu, en cuanto sufren, comprenden, gozan, quieren o niegan.

Antonio Gramsci

INTRODUCCIÓN

Para nadie es un secreto que en los últimos años se ha presentado un deterioro o estancamiento en algunos de los indicadores de salud del país **(1)**, figurando entre ellos la mortalidad materna MM **(2)**. Por ello, han surgido varios trabajos, tanto desde la esfera gubernamental **(3)** como desde la academia **(4)**, estableciéndose comités de vigilancia para estudiar y dar alternativas a la problemática.

Considero que, a pesar de los loables esfuerzos y el positivo trabajo realizado, la tesis planteada por el *Comité de Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal* centro *Nacer* de la Universidad de Antioquia, asociado al CLAP-OPS/OMS, de que la *baja calidad de la atención* es la causa más importante de la MM, como consecuencia de la aplicación del modelo de análisis *ruta de la vida camino a la supervivencia*, tiene unas consecuencias importantes que implican directamente al personal de la salud con sus respectivas instituciones, haciéndolos el blanco

¹ El presente artículo adiciona unos elementos de reciente aparición con el tema de *Inequidades sociales en la salud materna*, al originalmente publicado en la Revista *Debates* de la Universidad de Antioquia 49(2008) 80-89.

perfecto y penalizando su actuar; soslayando elementos fundamentales en el análisis como son *los factores estructurales*: económicos, históricos, sociales y políticos. Este enfoque de las causas de la MM adquiere así, quierase o no, concientemente o no, en el contexto actual del país, unas connotaciones para la solución del problema que, en consecuencia a esa premisa, descuidan su fondo y se convierten en sustento del sistema de salud, aún con sus documentadas fallas, y ocultan la realidad de un modelo de desarrollo que perpetúa e, incluso, incrementa las condiciones de pobreza, inequidad y falta de derechos existentes hoy en Colombia.

Este trabajo pretende desde un escenario académico: 1) controvertir el modelo de análisis de los tres retrasos: *ruta de la vida camino a la supervivencia*, mostrando cómo, bajo un análisis más integral y dinámico, para el estudio de las causas de la Mortalidad Materna en cualquier país del mundo incluido Colombia, tienen más peso los *factores estructurales* porque, incluso, de ellos hace parte *la calidad de la atención*; y es ahí en donde está el secreto. La metodología propuesta por el modelo *ruta de la vida camino a la supervivencia*, por el contrario, segmenta la información y parcializa el análisis. 2) Es objetivo de este trabajo plantear una propuesta alternativa que permita, aplicando los elementos de análisis que nos brindan la Medicina Social y la Epidemiología Crítica, comprender mejor y enfrentar las verdaderas causas de la problemática.

Consecuente con ello, me basaré en los fundamentos científicos que ofrecen la Medicina Social y la Epidemiología Crítica y sus diferencias con la Epidemiología Clásica, herramienta en la que se sustenta el modelo con la metodología de los tres retrasos para el estudio de la MM.

La secuencia argumentativa se desarrollará a través de los siguientes apartes: 1. Breve historia de la Medicina Social en Latinoamérica, 2. El problema de la

Mortalidad Materna, 3. Principales diferencias entre la Medicina Social y la Epidemiología Clásica, 4. Análisis del *modelo Ruta de la Vida Camino a la supervivencia*, 5. Propuesta: Hacia un nuevo modelo de análisis de la Mortalidad Materna en Colombia.

1. BREVE HISTORIA DE LA MEDICINA SOCIAL EN LATINOAMÉRICA

La Medicina Social en Latinoamérica surgió a principios del siglo XX⁽⁵⁾, pero se puede decir que tuvo su época dorada a partir de 1960, por grupos académicos, investigadores del campo de la salud, practicantes, estudiantes, movimientos de trabajadores y organizaciones populares, disconformes con el modelo económico implementado para la época, denominado desarrollista, el cual representó una importante crisis para el campo de la Salud Pública que se manifestó a fines de esa década. El modelo desarrollista basaba sus esperanzas en el crecimiento económico para la mejoría general de la salud de la población, lo cual en la práctica fue contradicho por la realidad; a pesar del crecimiento de los indicadores macroeconómicos en la mayoría de los países de la región, se deterioraban los indicadores sociales, entre ellos los de la salud ^(6, 7 ,8). Demostraron estos investigadores, además, que a pesar de contar con más y mejores métodos de diagnóstico y tratamiento, y del aumento de los presupuestos del sector, estos no estaban relacionados con el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, en especial cuando existían grandes diferencias en el acceso a los avances ^(9, 10). Por el contrario, pusieron en evidencia que fue a través del modelo del Estado de bienestar, ampliando los derechos de los trabajadores y de los sectores sociales de menores ingresos, lo que implicó una distribución más equitativa a través de los salarios y el acceso a la educación y la salud financiados por el Estado y el desarrollo de programas preventivos, lo que posibilitó la mejoría de los indicadores de salud.

Historia similar a la que vivimos hoy en los albores del siglo XXI, que demuestra el desarrollo en espiral de la historia y las implicaciones del modelo de desarrollo que orienta las diferentes políticas públicas de los países y que tiene implicación directa en la política social y específicamente en la salud de la población.

2. EL PROBLEMA DE LA MORTALIDAD MATERNA

Internacionalmente, a la MM se la ha considerado como uno de los indicadores del grado de desarrollo de un país **(12, 13)** debido a su gran correlación, fuera de los determinantes biológicos, con los económicos, sociales, culturales y ambientales; es decir, con la calidad de vida de la población.

Las cifras lo demuestran: Se considera que cada año mueren en el mundo, a consecuencia del embarazo, el parto y el puerperio, 529.000 mujeres, una cada minuto; de ellas, 68.000 por causa de abortos provocados en situaciones de riesgo. La mayoría de estas muertes sucede en los países en vía de desarrollo, y están francamente asociadas con la pobreza. En África y Asia, estas muertes son más numerosas, en contraposición a los países de altos ingresos, donde se registra menos del 1% del total de las muertes maternas. Haciendo la comparación, el riesgo de morir en el África subsahariana por causas asociadas con la maternidad es de 1 en 16, mientras en los países ricos es de 1 entre 2800.

La mayoría de las causas de muerte materna se encuentran relacionadas con factores de exclusión social y esta última, a su vez, se relaciona con factores socio-económicos, entre ellos: La pobreza, la exclusión de los servicios de salud, la exclusión del acceso a las intervenciones obstétricas, los escasos recursos para

la financiación del sector y el descenso de los salarios reales de los funcionarios públicos, entre otros **(14)**.

La situación en América Latina es igualmente preocupante. Se considera que la probabilidad de que una mujer latinoamericana muera por complicaciones del embarazo y el parto es 1 en 160 durante toda la vida, en comparación con las mujeres de América del Norte cuyo riesgo es de 1 en 3500; un riesgo 21 veces más alto. La tasa de mortalidad materna de Haití, la mayor de la región, es casi 100 veces más alta que la del Canadá, país donde se registra la tasa más baja **(15)**.

Los estudios realizados sobre el tema evidencian la relación directa entre las altas tasas de mortalidad materna y el bajo nivel de desarrollo económico, la exclusión social, la pobreza, el desempleo, el analfabetismo, los niveles de escolaridad deficientes, el acceso difícil a los servicios de salud por razones geográficas y/o administrativas, las bajas coberturas con servicios médicos, la deficiente calidad en la atención y la limitada financiación del sector salud, etc. **(16, 17)**. Colombia no es la excepción a esta regla; en nuestro país, el riesgo que corre una mujer de morir por complicaciones debidas al embarazo, parto y puerperio, dependen del departamento en el cual se viva. Mientras la razón de mortalidad materna en Antioquia es de 56.5 por 100 mil nacidos vivos (n.v.) para el año 2002, la del Chocó es de 331.6 por 100 mil n.v. para el mismo año; es decir, la probabilidad se hace seis veces mayor, sin contar con que en este último departamento se supone un mayor subregistro**(18)**; en los nuevos departamentos, antes llamados territorios nacionales, sobresale el Vichada con una razón de mortalidad materna de 712.8 para el año 2000**(19)**, cifra mayor que la de Haití 523 por 100 mil n.v. para el mismo año**(20)**.

3. PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LA MEDICINA SOCIAL Y LA EPIDEMIOLOGÍA CLÁSICA

Enfoque Teórico-Metodológico

El enfoque teórico-metodológico de la Medicina Social (MS), incluida la Epidemiología Crítica, parte de unas características específicas que lo diferencian de las teorías de Salud Pública (SP) y la Epidemiología Clásica. Los elementos más representativos son:

Epistemológico: No es la intención de este artículo profundizar acerca de los conocimientos epistemológicos ni de sus principales corrientes: positivista, histórico-hermenéutica y crítico-social, a pesar de que en la actualidad esté de moda en las facultades del área de la salud, la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), expresión del positivismo. Pretendo resaltar, las otras posibilidades de aproximarse a la verdad, batalla ganada por las ciencias sociales y humanas con la investigación cualitativa; y la posibilidad, incluso en la actualidad, de traspasar las fronteras de ambas, combinando los métodos en pro del conocimiento, en lo que se ha denominado la investigación total.

En las áreas de la salud, el positivismo se caracteriza por su enfoque morbicéntrico, el cual considera que la enfermedad está determinada principalmente por factores biológicos, los cuales se deben intervenir para procurar la salud de las personas afectadas. Ese debate fue superado hace más de medio siglo, al demostrarse que en el proceso salud-enfermedad influyen además otros factores, los económicos, sociales, ambientales, mentales, dando origen a la teoría de los diferentes determinantes del proceso salud-enfermedad; los cuales se conjugan en mayor o menor medida de acuerdo a cada entidad y al contexto histórico determinado.

Con estos elementos se puede entender el debate teórico-metodológico partiendo del contraste entre los modelos empírico-funcionalistas (positivistas) e histórico analíticos, y entre los enfoques macropolíticos y micropolíticos, así como el equilibrio entre las metodologías de investigación cuantitativas y cualitativas, entre lo individual, lo grupal y lo colectivo como unidad de análisis.

Mientras la Epidemiología Clásica considera a la población como unidad de análisis, pero definiéndola como una suma de individuos que pueden ser clasificados en grupos (sexo, edad, educación, ingreso, raza, etnia) dando porcentajes calculados aritméticamente según la selección a priori del investigador, la MS considera a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen. De esta forma, la MS define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo, es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina.

Neutralidad de la ciencia. La MS argumenta que la falta de explicitación de los supuestos teóricos en la medicina y la SP anglosajonas de corte empírico no significa ausencia de teoría. Por el contrario, una postura ateórica o antiteórica significa que la teoría fundamental está implícita y que muchas veces la desconocen los propios investigadores. Por lo tanto, el conocimiento no es neutral. Los planteamientos de la escuela crítico-social de Frankfurt, donde se busca la emancipación por medio del conocimiento, debelan la premisa de que cualquier conocimiento tiene un interés(21), que la ciencia no es neutral, hecho que se ha demostrado a través de la historia y en la actualidad.

Conceptualización del proceso salud-enfermedad. La MS conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica. La Epidemiología Crítica estudia el proceso salud-enfermedad en el contexto social, considerando los efectos de los cambios de las condiciones sociales a lo largo del tiempo. En un nivel básico, los pensadores de la MS han criticado el modelo monocausal de explicación de la enfermedad. Los investigadores latinoamericanos mantienen la perspectiva de que las explicaciones simplistas por las cuales un agente específico es la causa necesaria y suficiente para producir una enfermedad, no consideran adecuadamente las condiciones sociales que son determinantes para el desarrollo de la enfermedad.

La MS ha sugerido un enfoque más complejo de la causalidad, en el cual las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales, es decir, que existen antes del problema analizado, y su comprensión permite especificar las dimensiones del mismo. Los determinantes sociales e históricos no son variables cuya única diferencia es el peso que el investigador les atribuye en la cadena causal.

Problema vs. Técnica. Para la MS el punto de partida es un replanteamiento teórico del problema, a la luz del cual los métodos y técnicas se subordinan a una lógica analítica de procesos dinámicos considerados en conjunto, y no a la inversa; es decir, no se subordinan a la preeminencia de una lógica empírica que asocia, a través de la metodología y de las técnicas, mayoritariamente cuantitativas o cualitativas cuantificadas, fragmentos de la realidad. En pocas palabras, la prioridad es buscar la solución del problema que afecta a la comunidad por encima del método o la técnica, sin que esto represente el perder la rigurosidad.

4. ANÁLISIS DEL MODELO RUTA DE LA VIDA CAMINO A LA SUPERVIVENCIA

Principales sustentos teóricos del Modelo

A continuación se extraen literalmente, con su respectiva página, por su importancia y consecuencias de su aplicación, los sustentos del modelo consignados en el texto: ***Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna***, elaborado por Deborah Maine, Murat Z. Akalin, Victoria M. Ward, Ángela Kamara del Centro para la población y salud familiar de la Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia, Junio 1997 (22):

“Las mujeres de cualquier país y de cualquier tipo de población pueden desarrollar complicaciones, pero es menos probable que las mujeres de los países en desarrollo obtengan tratamiento rápido y adecuado; por lo tanto, es más probable que mueran”. Página 7.

“La estrategia propuesta en este manual se basa en dos conceptos centrales. Primero, las mujeres con complicaciones obstétricas deben tener acceso al tratamiento médico de emergencia si se quieren reducir las muertes maternas. Segundo, la mejor forma de evaluar el progreso en cuanto a la reducción de las muertes maternas es a través del uso de los indicadores de proceso y resultado”. Página 10.

“Es posible reducir las muertes maternas antes que dar solución a todos estos problemas (pobreza, analfabetismo, bajo estatus de la mujer, higiene y nutrición deficiente, transporte deficiente, servicios médicos inadecuados). Por lo tanto, lo que quieren los planificadores de los programas es saber si, “¿Cuáles son las 3 o

4 actividades factibles que reducirán sustancialmente las muertes maternas en nuestra población en el futuro cercano?:

- Reducir las posibilidades de embarazarse;*
- Reducir las posibilidades que la mujer embarazada experimente graves complicaciones durante el embarazo o parto; o*
- Reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimenten complicaciones”. Página 10.*

“Aunque no se puede predecir ni prevenir las complicaciones obstétricas, estas pueden ser tratadas. Ya que todas las mujeres embarazadas corren el riesgo de sufrir complicaciones obstétricas, necesitan tener acceso a Cuidados Obstétricos de Emergencia, COE, (Emergency Obstetric Care, EmOC). Con el tratamiento adecuado, la vasta mayoría de muertes maternas puede evitarse. Por lo tanto, acceso rápido a los cuidados obstétricos de emergencia debe ser el esfuerzo principal para reducir muertes entre mujeres embarazadas. Por estas razones, las intervenciones diseñadas para reducir muertes maternas al mejorar el acceso a las COE son el enfoque de este manual”. Página 13.

“Mientras que los servicios de COE son necesarios si se quiere reducir la mortalidad materna, puede que no sean suficientes. Incluso, cuando los servicios están funcionando bien, las mujeres con complicaciones obstétricas enfrentan una variedad de barreras para poder utilizarlas. Algunas de las cuales son económicas –por ejemplo, falta de dinero para pagar el transporte o los servicios. Algunas son geográficas –por ejemplo, distancias largas y vías en mal estado. Algunas son culturales –por ejemplo, la vida de las mujeres tiene un bajo valor. Cualquier cosa que cause demora en que la mujer reciba un tratamiento adecuado le puede costar la vida”. Página 15.

Como podemos apreciar en las anteriores premisas, se resaltan los factores asistencialistas, curativos y morbicéntricos propios de la Epidemiología Clásica descritos anteriormente y se minimiza en el análisis el peso de los factores estructurales y sociales; en la práctica, se reduce el análisis de salud a elementos individuales y a la ausencia de enfermedad. Desde esta perspectiva, establece este modelo su metodología con base en el análisis de los tres retrasos en la atención como los causales de la MM(22). Las características principales de cada retraso son las siguientes:

- Retraso 1:** Tomar la decisión de buscar ayuda.
- Retraso 2:** Llegar a la institución de atención.
- Retraso 3:** Recibir el tratamiento adecuado en la institución.

El retraso 1 tiene que ver con el entorno de la mujer y su comunidad, sus habilidades y hábitos. Ocurre cuando la mujer no buscó la atención o lo hizo tardíamente debido a que ella o su familia no reconocieron los signos de las complicaciones del embarazo o no tomaron la decisión o la acción de consultar *por factores culturales, económicos o experiencias negativas anteriores con el sistema de salud.*

El retraso 2 tiene que ver con falta de accesibilidad a los servicios de salud, que puede darse por *circunstancias geográficas, de orden público o de infraestructura vial.*

El retraso 3 tiene que ver con la *atención deficiente por el sistema de salud*, por ejemplo, por tratamientos médicos inadecuados e inoportunos, falta de oportunidad en la atención, subestimación o no identificación del riesgo, personal insuficiente o poco capacitado, falta de protocolos de atención o incumplimiento de los mismos, falta de recursos como medicamentos y hemoderivados, entre otros.

Resultados de la aplicación del Modelo

Se parte del hecho de que las investigaciones internacionales han encontrado una evitabilidad de la MM en aproximadamente 90% en los países en vía de desarrollo; que la mayoría de las muertes ocurre por complicaciones como hemorragia, hipertensión arterial inducida por el embarazo, aborto inducido inseguro, sepsis, parto obstruido y de que de ellas la mayoría son finalmente intrahospitalarias. Por lo tanto, que las muertes finalmente ocurren en el último eslabón de la cadena, en los centros de atención y por causa biológica, pero se olvidan las historias y las cargas desfavorables previas, los determinantes estructurales previos de cada gestante, responsables en la mayoría de los casos de que el manejo de esas complicaciones sea demasiado complejo y difícil de remediar.

Según una investigación reciente realizada sobre las causas de la Mortalidad Materna durante los años 2004 y 2005, realizada en el Departamento de Antioquia, por el *Centro Nacer* de la Universidad de Antioquia asociado al CLAP-OPS/OMS, en donde se aplicó este modelo *ruta de la vida camino a la supervivencia*, el resultado encontrado fue que la categoría de la *calidad de la atención* que representa el *tercer retraso* correspondió al mayor porcentaje (Gráfico 1).

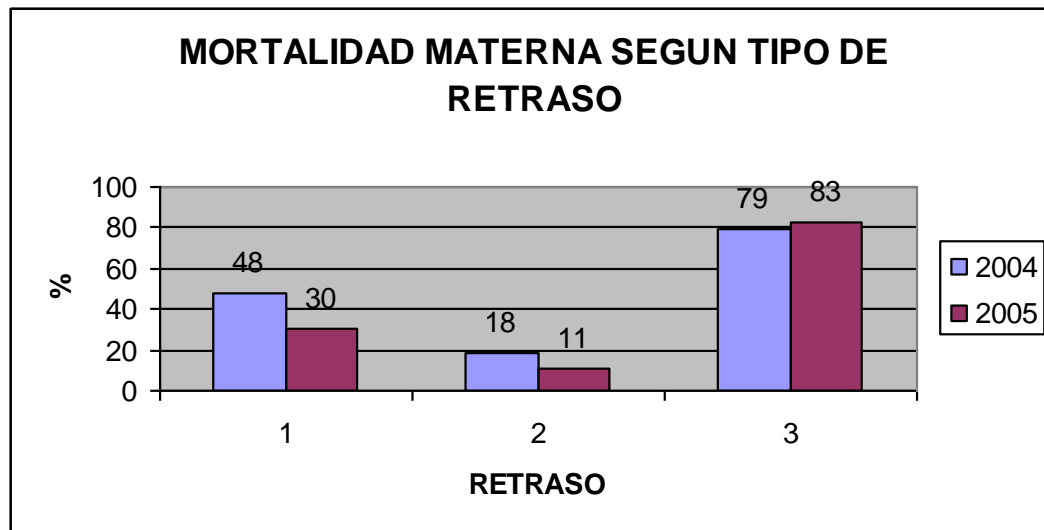


Gráfico 1. Mortalidad Materna en Antioquia según el tipo de retraso, años 2004-2005. Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS, Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia.

Este hallazgo se ha replicado en diferentes foros y eventos académicos sin mayor discusión; pero, ¿cuáles han sido sus consecuencias a través de estos últimos tres años?

Consecuencias de la aplicación del Modelo

- Penalización del quehacer del personal de salud.
- Penalización a las instituciones de salud (¿Cuál es la responsabilidad de las instituciones formadoras?).
- Coerción y control del personal a través de los protocolos de atención.
- Enseñanza basada en modelos morbicéntricos, con métodos estadísticos, que ocultan la realidad social.
- Énfasis en métodos de diagnóstico y terapéutica de punta con beneficio directo para las multinacionales y los monopolios que se nutren del mercado en el sector.

- Incentivo a las atenciones asistenciales, intrahospitalarias, de cuidados obstétricos especiales COE y de cuarto nivel Unidades de Cuidados Intensivos UCI.
- Se legitima el sistema de salud basado en el mercado, pues el problema es el personal encargado de la atención; *la calidad de la atención*, no el sistema, no la política social.
- Se acepta el modelo de desarrollo neoliberal impuesto.
- Se incumple con la función social de la universidad pública.
- Se respalda, de hecho, el desarrollo de la política hegemónica a costa de la salud de la población.

Otra interpretación:

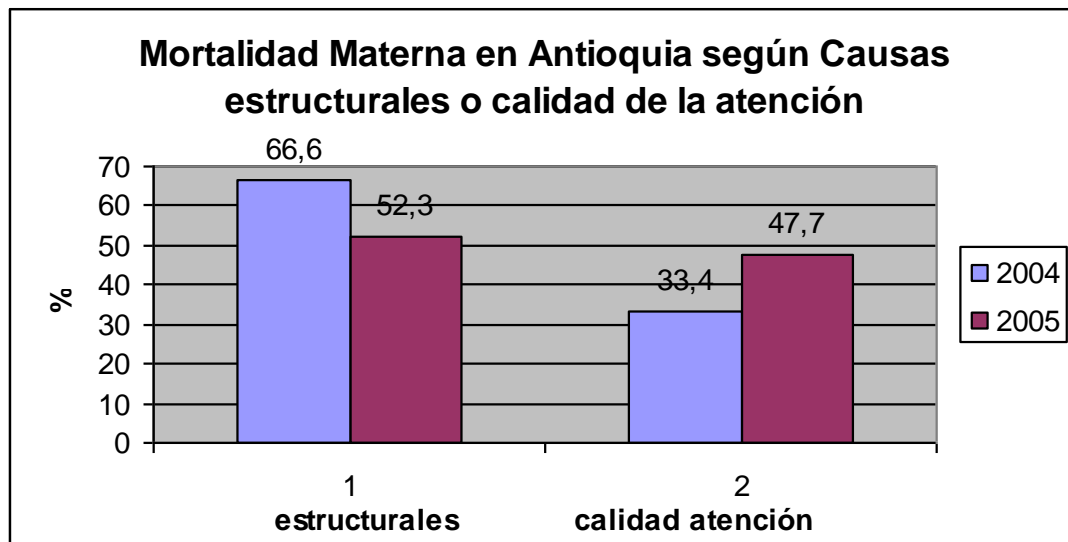
Si analizamos con más detalle el modelo, podemos decir que los retrasos uno y dos están compuestos por factores estructurales y sociales, como son *los educativos, culturales, sociales, económicos, condiciones geográficas, de violencia y de infraestructura vial*, resaltados por la MS. Y para el tercer retraso, la *calidad de la atención*, se incluyen doce variables, de las cuales siete tienen que ver con *el funcionamiento del Sistema de Salud (SS)*, problema también estructural, y cinco variables con la *calidad de atención* por el personal de la salud propiamente dicho (tabla 1)

VARIABLES QUE COMPONEN EL TERCER RETRASO O CALIDAD DE LA ATENCIÓN	SEGÚN EL MODELO RUTA DE LA VIDA CAMINO A LA SUPERVIVENCIA
Funcionamiento del Sistema de Salud	Calidad de la Atención propiamente dicho
Dificultades en los traslados	Intervenciones y/o conducta inadecuada
Barreras administrativas para el acceso	Valoración inadecuada
Promoción y prevención	Subvaloración de los cuadros clínicos

Nivel inadecuado	Deficiencias en interrogatorio y examen clínico
Hemoderivados	Trabajo en equipo
Exámenes	
Recursos no acordados	

Tabla 1. Variables que componen el tercer retraso de atención según el modelo Ruta de la Vida Camino a la supervivencia.

En consecuencia, al considerar el conjunto y la preponderancia de los *factores estructurales* en los tres retrasos, el panorama del análisis cambia y sus implicaciones aún más. (Gráfico 2).



Gráfica 2. Elaborada a partir de los mismos datos obtenidos en la investigación sobre la Mortalidad Materna en Antioquia años 2004-2005. Capítulo 5. Mortalidad Materna por regiones: Tipos de retraso por municipios de ocurrencia. Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Se consideraron los factores estructurales en un solo grupo frente a la calidad de la atención propiamente dicha, que es parte del tercer retraso, no se excluyeron las muertes no evitables, las cuales aumentarían el porcentaje de las causas estructurales.

Y si a ello sumamos que de las cinco variables de la *calidad de la atención* propiamente dichas, ellas también tienen relación con los *factores estructurales*, en la medida en que, como consecuencia de la aplicación de las reformas

educativas, laborales y del sector salud que impone el modelo de desarrollo, se presentan carencias en la formación y el ejercicio del recurso humano en salud: dificultad con los centros de práctica que no permite desarrollar el número suficiente de procedimientos al personal en entrenamiento, ambientes laborales hostiles al personal asistencial y en formación por la finalidad de producción, flexibilización laboral con contratos a destajo que representan una gran inestabilidad y rotación del personal, coerción a los médicos por parte de las Empresas Promotoras de Salud (23), dilación de la oportunidad de los servicios, carencia de suministros y recursos para una atención adecuada a los pacientes, etc., todos estos elementos desmotivan al personal y dificultan un verdadero trabajo interdisciplinario y con calidad.

Ante estas características, la pregunta siguiente es: ¿Qué implicaciones académicas, sociales y políticas tendría el expresar que el problema de la MM está determinado fundamentalmente por las causas estructurales como lo hemos podido corroborar? ¿Por qué evitar esta discusión y este análisis? ¿Se puede expresar que bajo los adelantos científicos con los que contamos en la actualidad, para superar ese 90% de mortalidad evitable, lo que se debe atacar son los factores estructurales, pues tienen una mayor preponderancia e incluso influyen en la calidad de la atención?

5. PROPUESTA: HACIA UN NUEVO MODELO DE ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA

Por lo tanto, se propone cambiar el análisis mecánico, como consecuencia de la aplicación del modelo *Ruta de la Vida camino a la Supervivencia*, que oculta la jerarquía de las verdaderas causas del problema, lo presenta fragmentado, no permite la relación ni la conjugación de las variables en la realidad del contexto

social y político colombiano. Con unas consecuencias que centran su atención sobre el recurso humano responsable de la atención, pero olvidan los *factores estructurales*, de pobreza, vivienda y alimentación inadecuada, carencia de servicios públicos básicos como acueducto y alcantarillado, bajo nivel educativo, desempleo o subempleo, exclusión social, falta de derechos sociales, económicos y culturales, etc. En otras palabras, lo que todo el mundo ha reconocido a través de la literatura mundial como crucial a la hora de afrontar la problemática y que es corroborable en Colombia. Además, que permite el no cuestionamiento a fondo del Sistema de Salud, su finalidad de rentabilidad económica, el no reclamo al Estado del cumplimiento del derecho a la salud de la población, el no cuestionar el impacto del modelo de desarrollo sobre los determinantes sociales que atentan contra la salud de las gestantes y la población en general. Pero sí permite hacer blanco en el elemento más frágil de la cadena, el personal responsable de la atención, aún a sabiendas de que éste, la mayoría de las veces, se bate ante una cascada de condiciones desfavorables para ejercer una práctica adecuada.

¿Se podrá disminuir contundentemente la MM con los protocolos de manejo actualizados, pero sin suministros ni recursos hospitalarios suficientes? ¿Se podrá disminuir con tecnología de punta y creando las Unidades de Cuidado Obstétrico Especiales COE en hospitales de segundo y tercer nivel, sin quitar las barreras económicas, administrativas, geográficas y culturales de acceso al Sistema? ¿Cuánto se puede disminuir la MM a punta de técnica en poblaciones con altos niveles de inequidad, pobreza y exclusión? ¿A quién conviene, si no es a las multinacionales de la salud, este énfasis asistencialista, intrahospitalario, el utilizar la tecnología de punta y las últimas drogas? ¿Qué pasaría con la MM si asumimos un modelo de desarrollo más justo, que inspire todas las políticas públicas, con redistribución de la riqueza y cumplimiento de los derechos fundamentales del ser humano, es decir, los derechos económicos y sociales,

civiles y políticos, en donde la prioridad sea la dignidad de la vida de los habitantes del territorio nacional por encima de los intereses del mercado?

Todas las respuestas a estas preguntas ya se han dado, con fundamentación científica, como lo veíamos al principio de este texto; esas fueron las razones del surgimiento de la MS y siguen siendo su motivo de persistencia ante la política hegemónica.

Por lo tanto, nuestra propuesta se basa en las premisas de la MS(24), en el rescate de los *factores estructurales* y los determinantes sociales como condicionantes del proceso salud-enfermedad(25) (Ver Gráficos 3 y 4). De esta forma, se puede realizar un análisis más completo de lo que es la realidad de la MM, consecuentemente, se pueden enfrentar sus causas con una perspectiva amplia, dinámica e incluyente. La calidad de la atención es sólo una parte de todos los elementos que están involucrados en la muerte de una gestante, mas no lo único; es importante, comprendiendo esta realidad, buscar superar todos los factores involucrados con la MM y dejar en claro que lo hacemos comprometidos con el significado de la vida digna y, por lo tanto, con el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales, civiles y políticos que deben caracterizar a toda sociedad moderna.

Gráfico 3. Dahlgren and Whitehead: layered influences

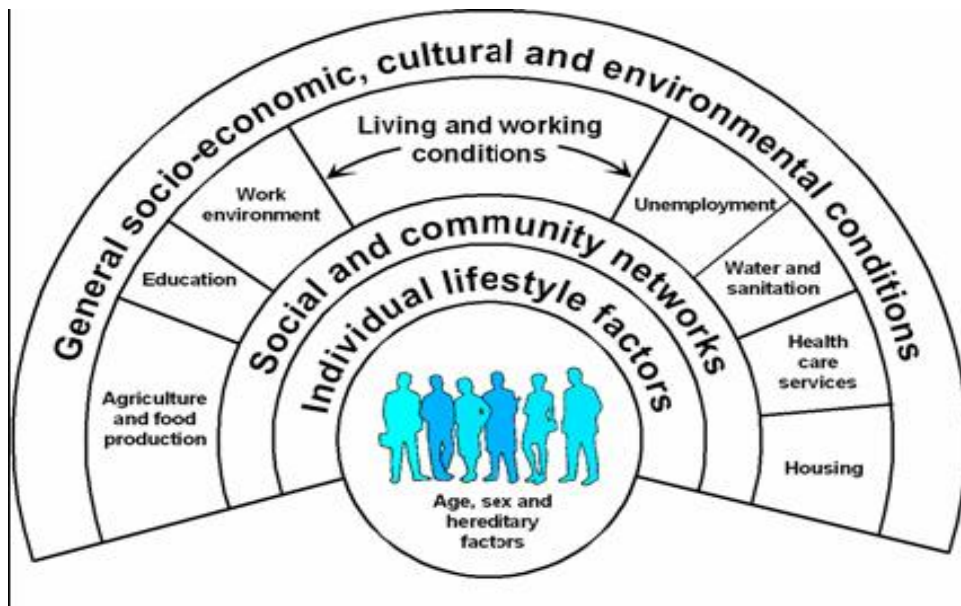


Gráfico 3. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health World Health Organization Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health. Second meeting. May 5 2005

Desde la *Epidemiología Crítica* se proponen cuatro líneas innovadoras para la transformación de la ciencia y su método (26):

- La lucha contra el reduccionismo empírico y formal cuantitativista, contra el método fragmentador y morbicéntrico.
- La lucha contra el predominio de una racionalidad hegemónica con la uniculturalidad de la ciencia. La búsqueda de la ciencia como herramienta de emancipación, no de dominación.
- La lucha contra el predominio de las teorías totalizantes o mega-relatos impositivos.

- La lucha por un replanteamiento de la relación entre el conocimiento académico y la realidad social, es decir, la relación entre teoría-práctica, entre conocimiento “científico” y popular.

Gráfico 4.

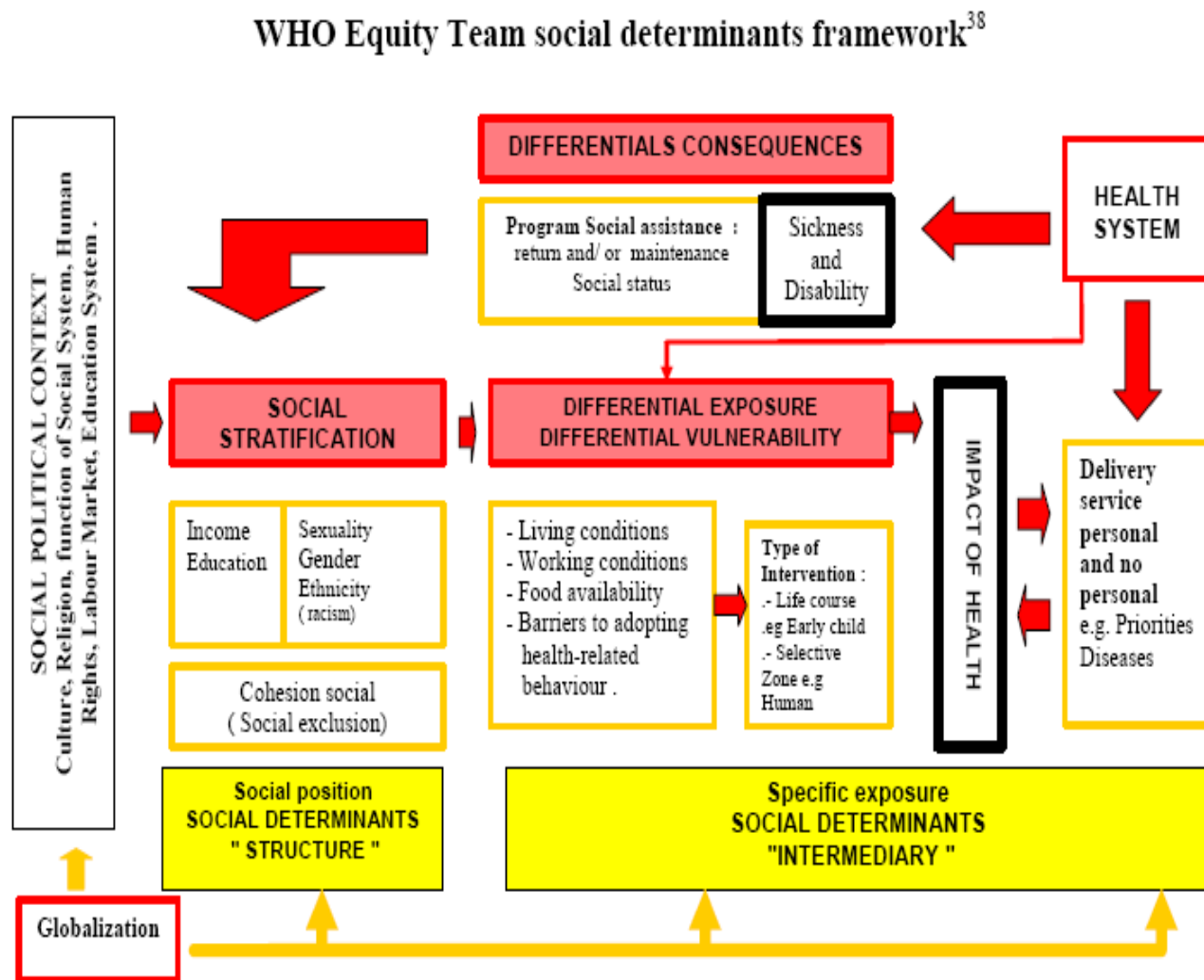


Gráfico 4. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health World Health Organization Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health. Second meeting. May 5 2005

“La unidad coherente de la Epidemiología crítica es la concepción de la realidad como un proceso que se desarrolla como movimiento organizado alrededor de modos de vida o reproducción social con sus contradicciones y relaciones, la concepción de que ellos, son determinantes de las condiciones de vida y de las confrontaciones que finalmente ocurran en los genotipos o fenotipos. De esa forma se propone realizar acciones en salud como una ruptura contra los procesos que atentan contra ella y nos impiden prevenirla, incentivando procesos que nos protejan y perfeccionen tanto colectiva como individualmente...”

...Es necesario aclarar que no se trata de argumentar a favor de una investigación epidemiológica en la que se prescindiera de variables y modelos matemáticos; de lo que se trata es de que estos instrumentos y operaciones no sustituyan ni se anticipen al análisis de las determinaciones del movimiento y las relaciones generativas del proceso salud-enfermedad.” J. BREILH. (26)

PROPUESTAS:

1. Se propone **cambiar el modelo** de análisis *ruta de la vida camino a la supervivencia* por otro que permita un análisis más completo e integral que sin fragmentaciones refleje mejor la realidad de la *Mortalidad Materna* a nivel local, regional y nacional. Recientemente se han hecho avances en este sentido a través del desarrollo del tema **inequidades sociales en la salud materna** que posibilitan una ruta de viaje a desarrollar (27, 28).
2. Se propone **un análisis que parta desde las causas estructurales y los determinantes sociales** que determinan las condiciones de vida y, por

ende, el proceso salud-enfermedad de las poblaciones y de sus miembros, incluido el personal encargado de la atención en salud.

3. Se propone ***superar el método positivista hegemónico, la reducción de lo válido sólo a lo estadístico, el modelo morbicéntrico y asistencialista***, priorizando el problema social a resolver y utilizar el método más conveniente, bien sea cualitativo o cuantitativo. En el ejercicio de la profesión médica, rescatar la clínica, la semiología, la fisiología, fisiopatología, ***el arte de la medicina, su práctica dentro de nuestro contexto social real.***

4. Para ello se requiere una ***Universidad Pública activa y crítica***, comprometida con la comunidad, que busque a través de la investigación estrategias para alcanzar el ***bienestar general de la población*** y no de pequeños grupos de privilegiados; que proponga y denuncie. Rescatamos así el valor de lo público frente a lo privado, de lo público frente a los intereses del mercado. Consideramos que es ***responsabilidad del Estado dar cumplimiento al derecho a la salud de la población y que la salud es mucho más que la ausencia de la enfermedad.***

5. ***El personal de salud y la calidad de atención constituyen sólo un elemento más dentro de la cadena del sistema de salud, la política social y económica del Estado***; y como tal se debe analizar su papel y ***ayudar, en vez de penalizar, de forma crítica frente a los diferentes factores que influyen en su actuar***, para que pueda brindar una atención integral, no de mínimos sino de máximos resultados esperados, para la salud de toda la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)** Cardona A., Mejía L., Nieto E. y Restrepo R. Temas críticos en la reforma de la Ley de Seguridad Social de Colombia en el capítulo de salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 23(1): 117-134. Enero-junio de 2005.
- (2)** López, A. Muerte ronda a maternas en Colombia. Periódico El Pulso. 2004 (72). P. 14.
- (3)** Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan de choque para la reducción de la Mortalidad Materna. Bogotá: El Ministerio; 2004.
- (4)** Londoño, JG. El Drama de la Maternidad en Colombia. Periódico Alma Máter. Universidad de Antioquia 2005; (534):33.
- (5)** Cueto M. El valor de la Salud: Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica. OPS. 2004.
- (6)** Iriart C., Nervi L., Oliver B., Testa M. Tecnoburocracia sanitaria. Ciencia, Ideología y Profesionalización. Buenos Aires: Lugar Editorial 1994.
- (7)** Menéndez E. Salud Pública: Sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Organización Panamericana de la Salud. La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate. Washington, DC OPS; 1992. Publicación científica # 540. Págs. 103-122.
- (8)** Testa M. Salud Pública y Atención Primaria en Salud: Una evolución crítica. En: Organización Panamericana de la Salud. La Crisis de la salud Pública: Reflexiones para el debate. Washington, DC OPS; 1992. Publicación científica # 540. Págs. 205-229.
- (9)** Laurell AC. La Salud y la Enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud. México DF. Abril 1982. #2. Págs. 7-25.
- (10)** Breilh J., Granda E. Acumulación económica y salud-enfermedad: La morbimortalidad en la era del petróleo. Revista Salud y Trabajo. Quito. Junio de 1982. # 2 págs. 2-29.

- (11) Castellanos, P. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En: Martínez F, Antó J, Castellanos P, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. Madrid. Mc Graw Hill. 1998; 81-102.
- (12) Abouzahr, C Royston, E. Los riesgos excesivos del embarazo y del parto en el tercer mundo. Foro Mundial de la Salud. 1992; (3): 340-342.
- (13) Viegas O, Wiknsosastro G, Sahagun G, Chaturachinda K, Ratnam S. Para un parto sin riesgo se requiere algo más que servicios médicos. Foro Mundial de la Salud. 1992; 13:. 58-64.
- (14) OMS. Informe sobre la Salud en el mundo 2005: Cada madre y cada niños contarán: Las madres y los niños son importantes y su salud también. Suiza: OMS; 2005. Páginas 4-18
- (15) OMS-OPS. La Salud en Las Américas. Maternidad sin Riesgo. Edición de 2002. Volumen 1.
- (16) OMS. Ob.Cit. Cuestiones de Contexto, La Pobreza malogra los progresos. Páginas 24-25.
- (17) Crónica de la OMS. Mortalidad Materna: Ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Vol. 40 Nro. 5. Páginas 195-205. (1986).
- (18) [www.dane.gov.co/población/estadísticas vitales](http://www.dane.gov.co/población/estadísticas_vitales).
- (19) [www.dane.gov.co/población/estadísticas vitales](http://www.dane.gov.co/población/estadísticas_vitales).
- (20) www.clap.ops-oms.org.
- (21) Habermas, J. Conocimiento e interés. Ideas y Valores. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. # 42-45. 1973-1975. Págs. 61-76.
- (22) Berg C., Danel I., Mora, Editores. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
- (23) Defensoría del Pueblo. El 39.5% de los médicos sin autonomía. Ámbito Médico. Vol. 9 #116. Febrero de 2008.
- (24). Iriart C., Waitzkin H., Breilh J., Estrada A. y Merthy E. Medicina Social Latinoamericana: Aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública* 12(2) 2002; 128-136.

(25) OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores. Washington, marzo de 2005.

(26) Breilh J. Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2003.

(27) Eslava-Schmalbach J. *Inequidades sociales en la salud materna*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 61(3) 2010; 193-194.

(28) Cáceres F. y Molina G. *Inequidades sociales en atención materna*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 61(3) 2010; 231-238.