



FLACSO
MÉXICO

Facultad Latinoamericana De Ciencias Sociales

Sede Académica México

Maestría en Población y Desarrollo

Seminario de Población y Salud

VIII promoción

2008-2010

**LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:
UNA APROXIMACIÓN A LA MEDICIÓN DE ACCESO
AL DERECHO A LA SALUD MATERNA EN COLOMBIA***

Tesis que para obtener el grado de Maestra en Población y Desarrollo

Presenta:

Luz Angela Cardona Acuña

Director: Dr. Luis Daniel Vázquez Valencia

México D.F., Agosto, 2010

* Para cursar este posgrado se contó con una beca otorgada por Consejo de Ciencia y Tecnología de México – CONACYT.

*A Edelberto, Mireya y Andrea,
por la sabiduría compartida,
la paciencia infinita
y la compañía constante.*

AGRADECIMIENTO

Esta investigación fue posible gracias al trabajo intenso con mi director Dr. Luis Daniel Vázquez Valencia, y mis lectores el Dr. Carlos Echarrí Cánovas y la Mtra. Marisol Luna Contreras, quienes con su lectura, su trayectoria, su rigurosidad y su disposición a la enseñanza, me interpelaron y motivaron en el desarrollo de esta investigación. A ellos mis sinceros agradecimientos y mi admiración.

Agradezco las enseñanzas de la Mtra. Cecilia Gayet quien durante la maestría, y en el Seminario de Población y Salud, hizo parte de mi proceso de formación, brindándome de manera generosa sus conocimientos y su experiencia. A mis profesores de maestría, quienes supieron entregar lo mejor de sí mismos en las clases, entregaron su tiempo incondicionalmente y motivaron el mejor de mis esfuerzos.

Al equipo a cargo de la biblioteca, quienes certeros en su apoyo y constantes en su trabajo, fueron pilares para el desarrollo de mis tareas académicas. Asimismo al personal administrativo y de servicios escolares, que hacen fluir el excelente funcionamiento de FLACSO, especialmente al Dr. Fernando Saavedra y la Lic. Dorothy Okumura Nagay.

Agradezco al gobierno de México, por su generosidad con los estudiantes Latinoamericanos.

A mis compañeros de maestría por las vivencias de estos dos años, en particular a Ixchel Valencia, Rocío Verdugo, Carmen Herrera y Sergio Velarde por ser mi familia adoptiva en este México monumental.

A Huascar Salazar por su paciencia infinita y su interpelación constante, su compañía y su afecto fueron el motor de este proceso.

Resumen

En esta investigación se analizan las diferencias en el acceso a los servicios relativos al Derecho a la Salud Materna, existentes entre las mujeres colombianas que fueron madres durante el periodo 1999-2005, usando información de la Encuesta de Demografía y Salud de 2005. Desde el enfoque de Derechos Humanos se analizó el marco normativo que define las obligaciones de acceso del Estado colombiano respecto al acceso al derecho a la Salud Materna. Se construyeron cuatro indicadores según el estándar de las Normas Técnicas de Atención para medir el nivel de acceso al derecho a la Salud Materna y el nivel de barreras de acceso, se aplicó el método de Análisis de Clasificación Múltiple para analizar las variaciones en dichos índices de acuerdo a las siguientes características sociodemográficas: el nivel socioeconómico, el máximo nivel de escolaridad, la edad en grupos quinquenales, la región de residencia, el tipo de región de residencia y el estado civil. Los resultados indican que las dos primeras variables explican la mayor proporción de varianza de los índices. Los resultados interpretados desde el enfoque de derechos podrían estar indicando situaciones de discriminación y desigualdad.

Summary

This research examines the differences in access to services concerning the right to maternal health between Colombian women were mothers during the period 1999-2005, using data from the Demographic and Health Survey 2005. By the approach of Human Rights this work review the regulatory framework that defines the access obligations of the Colombian State for access to the right to maternal health. Four indicators were constructed according to the Technical Standards of Care to measure the level of access to the maternal health right and the level of access barriers. The multiple classification analysis was applied to analyze the variations in these indices according to the following sociodemographic variables: socioeconomic status, the highest level of education, the five-year age groups, region of residence, type residence region and marital status. The results indicate the first two variables explain the largest proportion of variance of the indices. The results interpreted from a human rights approach could be a sign of discrimination and inequality.

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO 1. UN ENFOQUE DE DERECHOS PARA LA INVESTIGACIÓN | 5 |
| 1.1. DERECHO A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN | 13 |
| 1.2. DERECHO A LA SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS | 19 |
| 1.3. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EL DERECHO A LA SALUD MATERNA EN LA NORMATIVIDAD COLOMBIANA | 26 |
| 1.4. EL ACCESO AL DERECHO A LA SALUD MATERNA: EL OBJETO DE ESTUDIO, SU DEFINICIÓN Y EL ALCANCE | 30 |
| 1.5. LA SALUD MATERNA Y EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANA | 36 |
| 1.5.1. LAS REFORMAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE | 37 |
| 1.5.2. LAS PARTICULARIDADES DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA | 40 |
| 1.5.3. INEQUIDADES SOSTENIDAS EN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO | 41 |
| 1.5.4. ACCESO A LA SALUD MATERNA Y MORTALIDAD MATERNA | 44 |
| 1.6. LA MEDICIÓN DE LOS DERECHOS Y EL ACCESO | 45 |
| 1.6.1. EN EL ÁMBITO UNIVERSAL | 48 |
| 1.6.2. EN EL SISTEMA INTERAMERICANO | 52 |
| CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN | 55 |
| 2.1. OBJETIVOS | 55 |
| 2.2. HIPÓTESIS | 56 |
| 2.3. UNIDADES DE ANÁLISIS | 56 |
| 2.4. FUENTE DE INFORMACIÓN | 57 |
| 2.5. LA PERTINENCIA DE LA INFORMACIÓN DE LA ENDS 2005 EN EL ESTUDIO DEL DERECHO A LA SALUD MATERNA | 58 |
| 2.5.1. DEL ACCESO A LA SALUD MATERNA | 59 |
| 2.5.2. ÍNDICE DE BARRERAS DE ACCESO AL DERECHO A LA SALUD MATERNA (IBADSM) | 64 |
| 2.5.3. SOBRE LAS MUJERES EMBARAZADAS AL MOMENTO DE LA ENCUESTA | 65 |

| | |
|---|------------|
| 2.6. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: UNA APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS DE LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN | 66 |
| 2.7. ANÁLISIS DE CLASIFICACIÓN MÚLTIPLE (ACM) | 68 |
| 2.7.1. TABLA ANOVA DEL ANÁLISIS DE CLASIFICACIÓN MÚLTIPLE (ACM) | 69 |
| | |
| <u>CAPÍTULO 3. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO</u> | 71 |
| | |
| 3.1. DE LOS ÍNDICES DE ACCESO Y DE BARRERAS DE ACCESO AL DERECHO A LA SALUD MATERNA | 73 |
| 3.2. DEL ACCESO Y NO ACCESO A LA SALUD MATERNA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS AL MOMENTO DE LA ENCUESTA | 77 |
| | |
| <u>CAPÍTULO 4. ANÁLISIS MULTIVARIADO DEL ACCESO A LA SALUD MATERNA SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</u> | 80 |
| | |
| 4.1. ÍNDICE DE ACCESO AL DERECHO A LA SALUD MATERNA: IASM | 81 |
| 4.2. ÍNDICE DE BARRERAS DE ACCESO AL DERECHO A LA SALUD MATERNA: IBADSM | 89 |
| | |
| <u>CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN</u> | 94 |
| | |
| 5.1. DE LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES A LAS NORMAS NACIONALES COLOMBIANAS | 94 |
| 5.2. LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS ENCONTRADAS TANTO EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS ÍNDICES COMO EN LA TÉCNICA ESTADÍSTICA | 98 |
| 5.3. UNA APROXIMACIÓN A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN EN EL ACCESO AL DERECHO A LA SALUD MATERNA | 100 |
| 5.4. CUESTIONES PENDIENTES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES | 102 |
| | |
| <u>BIBLIOGRAFÍA</u> | 104 |

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|--|----|
| CUADRO 1. RESUMEN DE INDICADORES DE LA PLATAFORMA DE ACCIÓN DE BEIJING - NACIONES UNIDAS | 48 |
| CUADRO 2. RESUMEN DE INDICADORES DE LA COMISIÓN DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES | 50 |
| CUADRO 3. ALGUNOS INDICADORES SOBRE SALUD MATERNA DE LA CEPAL | 51 |
| CUADRO 4. RESUMEN DE INDICADORES CUANTITATIVOS Y SEÑALES DE PROGRESOS CUALITATIVOS | 52 |
| CUADRO 5. VARIABLES PARA LA APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE CLASIFICACIÓN MÚLTIPLE | 70 |
| CUADRO 6. COLOMBIA 2005: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | 71 |
| CUADRO 7. COLOMBIA 2005: PORCENTAJE DE MUJERES QUE REPORTARON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES RAZONES DE NO ACCESO SEGÚN DIMENSIONES DEL DERECHO A LA SALUD MATERNA | 76 |
| CUADRO 8. COLOMBIA 2005: PORCENTAJE DE MUJERES QUE REPORTARON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES RAZONES DE NO ACCESO SEGÚN DIMENSIONES DEL DERECHO A LA SALUD MATERNA | 79 |
| CUADRO 9. COLOMBIA 2005: ANÁLISIS DE CLASIFICACIÓN MÚLTIPLE PARA EL ÍNDICE DE ACCESO AL DERECHO A LA SALUD MATERNA Y ALGUNAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | 81 |
| CUADRO 10. COLOMBIA 2005: ANÁLISIS DE CLASIFICACIÓN MÚLTIPLE. VALORES <i>BETA</i> Y <i>ETA</i> PARA LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | 88 |
| CUADRO 11. COLOMBIA 2005: ANÁLISIS DE CLASIFICACIÓN MÚLTIPLE PARA EL ÍNDICE DE BARRERAS DE ACCESO AL DERECHO A LA SALUD MATERNA Y ALGUNAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | 89 |
| CUADRO 12. COLOMBIA 2005: ANÁLISIS DE CLASIFICACIÓN MÚLTIPLE. VALORES <i>BETA</i> Y <i>ETA</i> PARA LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | 93 |

ÍNDICE DE GRÁFICAS

| | |
|---|----|
| GRÁFICA 1. Colombia 2005: Distribución Porcentual del Índice de Acceso a la Salud Materna de mujeres con último hijo nacido vivo en el período 1999-2005 | 74 |
| GRÁFICA 2. COLOMBIA 2005: Distribución Porcentual del Índice de Barreras de Acceso al Derecho a la Salud Materna (IBADSM) según mujeres con último hijo nacido vivo en el período 1999-2005 | 75 |
| GRÁFICA 3. COLOMBIA 2005: Distribución Porcentual de las mujeres embarazadas según el Índice de Acceso al Control Prenatal. | 78 |
| GRÁFICA 4. COLOMBIA 2005: Distribución Porcentual de Mujeres Embarazadas según Índice de No Acceso Al Control Prenatal | 78 |
| GRÁFICA 5. Análisis de Clasificación Múltiple. Medias Ajustadas y Sin Ajustar - Índice De Acceso A La Salud Materna según características sociodemográficas seleccionadas | 87 |
| GRÁFICA 6. Análisis de Clasificación Múltiple. Desviaciones respecto a la media del IBADSM según características sociodemográficas seleccionadas | 92 |

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

| | |
|---|----|
| DIAGRAMA 1. ESQUEMA DEL ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN | 35 |
| DIAGRAMA 2. ASPECTOS GENERALES DE LA CONCRECIÓN DE RECOMENDACIONES INTERNACIONALES EN ACCIONES NACIONALES PARA LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MATERNA | 95 |

INTRODUCCIÓN

Este trabajo resulta de decantar, durante algunos meses, diferentes preocupaciones sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, y en general, sobre los derechos humanos en Colombia. Algunas de las preocupaciones surgen del trabajo mismo en el tema de política pública en derechos humanos, otras de los aprendizajes académicos de la Maestría en Población y Desarrollo en particular del Seminario de Salud y Población. Lo primero se pueden resumir en la pregunta ¿Cómo es posible medir los avances de las políticas en términos de avances en la protección y garantía de los derechos?; los aprendizajes académicos pueden acotarse en las preguntas ¿Cómo inciden las reformas estructurales de los sistemas de salud en la salud?, ¿Qué factores deben considerarse en un análisis de la salud y cuáles de ellos se corresponden con el enfoque de los derechos humanos? y ¿Qué relaciones hay entre los derechos humanos y los problemas de estudio en Población y Desarrollo?. Es necesario reconocer que otra inquietud sobre el tema ha sido la de ¿Cómo medir el ejercicio o el goce de los derechos humanos a fin de superar las medidas centradas en el descenso de su vulneración?

Muchas de estas cuestiones no se responden en este trabajo, dado que algunas de ellas no son estrictamente un asunto de una Maestría en Población y Desarrollo, en el mismo sentido, las restricciones de tiempo y de información obligaron a situarlas en una pregunta de investigación que definiera un objeto de estudio concreto, una problemática central y unas unidades de análisis claras, relacionadas con las preguntas anteriores.

La selección y definición del objeto de estudio *el acceso al derecho a la Salud Materna*, resulta de descartar unos y otros derechos sexuales y reproductivos, en función a dos asuntos: 1) las relaciones de éstos con la perspectiva de los estudios de población; y 2) la disponibilidad de información sobre el tema en una fuente de datos demográfica validada y estandarizada.

La problematización del objeto de estudio fue construida alrededor de las siguientes cuestiones: 1) las diferencias en el acceso a la salud en virtud de las desigualdades en el acceso al Sistema de Salud Colombiana; 2) el impacto de la Salud Materna sobre la morbimortalidad materna; 3) la necesidad de contar con medidas que permitan analizar los avances del Estado colombiano respecto a los derechos humanos, desde una perspectiva de niveles de acceso; y 4) el cumplimiento de la obligación de acceso con base en los principios de igualdad y no discriminación.

Finalmente la selección de las unidades de análisis - las mujeres que eran madres al momento de la encuesta - fue hecha en razón a que es respecto a estas mujeres que se cuenta con la información más completa asociada al objeto de estudio. Asimismo la inclusión de un somero análisis sobre aquellas mujeres que estaban embarazadas al momento de la encuesta surge del interés de aprovechar al máximo la poca información disponible.

Las anteriores cuestiones se constituyen en los antecedentes inmediatos que dan origen a la pregunta de investigación que se trata de responder en este trabajo, ¿Cuáles son los niveles de acceso al derecho a la Salud Materna de mujeres colombianas embarazadas o que han sido madres, que se identifican a partir de sus diferencias sociodemográficas?

Para responderla se analizó el marco normativo que define las obligaciones de acceso del Estado colombiano respecto al acceso al derecho a la Salud Materna; se identificaron aquellas medidas que con base en la Encuesta de Demografía y Salud 2005 (ENDS, 2005) se puede construir para medir los niveles de acceso y de barreras de

acceso al derecho a la Salud Materna; se analizaron variaciones de las medidas de niveles de acceso y de barreras de acceso, respecto a las características sociodemográficas.

Previo a la descripción de la estructura del texto es importante señalar que en este trabajo reconoce que el Enfoque de Derechos Humanos es una construcción sociopolítica, histórica y contextual, por lo tanto un marco de referencia analítico en constante ampliación y redefinición. Por lo cual se sugiere reconocer que es un enfoque limitado en sus explicaciones y recordar que los análisis que se hacen sobre el acceso al derecho a la Salud Materna, son producto de la interpretación de ciertos datos estadísticos con el lente de los derechos, lo que deja fuera del análisis algunas cuestiones relativas al estudio de los derechos sexuales y reproductivos en general y sobre la salud materna en particular. Es decir, se reconoce que la selección de este enfoque supone acotar el análisis por lo que el lector notará que no se profundiza sobre temas tradicionalmente estudiados sobre los derechos trabajados.

El texto se organiza en cinco apartados, en el primero se presentan las generalidades del enfoque de derechos humanos, los conceptos de no discriminación e igualdad, así como las obligaciones y componentes de los Derechos Económicos y Sociales. Se define el objeto de estudio, el derecho a la Salud Materna, en el marco del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y se problematiza la situación de Salud Materna en el marco del Sistema de Salud Colombiana. Este capítulo concluye con una presentación de las medidas recomendadas para la medición de las obligaciones respecto al derecho analizado, y con algunas reflexiones sobre el alcance de dichas mediciones.

En el segundo capítulo se presentan las variables de análisis y se describe el proceso de construcción de los índices para analizar los niveles de acceso y las barreras de acceso, así como el método de análisis de clasificación múltiple usado para estudiar las variaciones de los niveles de acceso y no acceso, respecto a las características

sociodemográficas seleccionadas. En este apartado el lector encontrará además la descripción de la fuente de información utilizada.

El tercer y cuarto capítulos contienen el análisis estadístico descriptivo de las características sociodemográficas de las mujeres estudiadas; de los índices de acceso a la Salud Materna, de barreras de acceso a la Salud Materna; y de los índices de acceso y no acceso al control prenatal; así como el análisis multivariado de los dos primeros índices.

Finalmente el trabajo ofrece una discusión sobre las ventajas y desventajas encontradas tanto en la construcción de los índices como en la técnica estadística usada; y sobre cómo los resultados estadísticos podrían estar dando cuenta de posibles situaciones de discriminación. Finalmente se presentan algunas preguntas relacionadas con el objeto de estudio, no abordadas por razones de enfoque, de técnica estadística o disponibilidad de información que podrían ser abordadas en estudios posteriores.

CAPÍTULO 1. UN ENFOQUE DE DERECHOS PARA LA INVESTIGACIÓN

Para la realización de esta investigación se parte de reconocer que existen unos derechos humanos en población que pueden ser definidos como “aquellos derechos que habilitan a los seres humanos para tomar decisiones libres e informadas sobre su fecundidad, mortalidad y migración, y actuar en consecuencia” (Ferrer, 2007: 7)¹. Como señalan Correa y Parker, estos derechos son un referente que impone a la demografía nuevos retos y oportunidades de reflexión y apertura, por lo tanto un campo que impone retos en la construcción de conocimiento y la investigación.

Estos derechos se constituyen en “un referente ético de posible construcción de los contratos sociales (...) remueven temas de origen, como la vinculación entre la cuantificación del cuerpo político y la constitución de tramas discursivas, de juegos de poder, de sujetos con más o menos legitimidad y derechos frente a los contratos sociales de la modernidad” (Correa y Parker, 2004: 537).

Estas reflexiones señalan elementos importantes sobre el enfoque, aunque no bastan para comprender la dimensión del mismo, su relación con los estudios de población y con acceso al derecho a la Salud Materna. En primer lugar hay que recordar

¹ Los derechos humanos en población pueden ser descritos, desde su pertinencia constitutiva o desde su pertinencia instrumental, en el primer casos se trata de derechos “que *habilitan* a los seres humanos para actuar y tomar decisiones libres e informadas sobre su fecundidad, mortalidad y migración [en el segundo caso] de derechos humanos que *contribuyen* a actuar o tomar decisiones libres e informadas sobre aspectos relacionados con su fecundidad, mortalidad y migración, o cuya ausencia incide negativamente en esto” (Ferrer, 2005: 63). Más adelante veremos que nuestro objeto de estudio la salud materna, es un derecho instrumental, en tanto contribuye positivamente al goce de derecho a la maternidad que es un derecho constitutivo; en tanto que el derecho al acceso a la salud materna, es de pertinencia instrumental pues pretende que el derecho a la maternidad trascorra sin riesgos para la vida o la salud de la madre y su hijo.

que la noción de derechos se corresponde con la afirmación de la dignidad de las personas frente al Estado. Desde esta perspectiva el poder público debe ejercerse al servicio del ser humano (Nikken, 1997), dicho de otra forma la efectividad del contrato social cobra sentido en tanto el ejercicio del poder público se guía por la protección de la dignidad humana. En este orden de ideas toda persona tiene derechos frente al Estado y el Estado tiene el deber de respetarlos y garantizarlos.

Para una mejor comprensión del enfoque de derechos “es importante diferenciar entre los derechos humanos (...) entendidos como aspiración (objetiva) y exigencia (subjetiva) para lograr u obtener el bien jurídicamente reconocido, y el Enfoque de los derechos humanos, entendido (...) como "forma de ver" y "manera de hacer" para lograr la concreción de esos derechos” (Jiménez, 2007: 35). Siguiendo lo propuesto por este autor es relevante señalar que el enfoque se fundamenta, entre otras cosas, en que los derechos son un prerrequisito para el bienestar de la sociedad; suponen el reconocimiento de derechos de grupos que han sido tradicionalmente excluidos; está centrado en la dignidad de las personas; y son un elemento central de la construcción tanto de la democracia como del ámbito público (Jiménez, 2007).

Los derechos como medios y fines suponen entender que “tienen un carácter puramente instrumental (...) son instrumentos para el logro de la libertad o, si se quiere, manifestaciones concretas de la misma” (García, 1994: 259). Los postulados de Jiménez y García develan uno de los principales debates sobre los derechos humanos, respecto al doble significado que se les atribuye como valores éticos y morales como marco de acción programático de los Estados. Interesa a los fines de esta investigación los desarrollos en el segundo sentido, es decir la perspectiva desde la cual se entiende que los derechos “suponen el desarrollo de un conjunto de conceptos y la consiguiente determinación de un marco institucional y programático asociado a la realización de cada derecho, sea por separado o como conjunto de derechos” (Tejada, 2005: 10).

Desde la perspectiva programática se establecen los vínculos más estrechos con el enfoque demográfico y los estudios sobre el desarrollo. En los debates actuales

sobre los asuntos de población prevalece el reconocimiento del derecho a no ser pobre que, supone ante todo el goce efectivo de derechos, así como el derecho al desarrollo² (Abramovich, 2006). El enfoque de derechos y la población han venido encontrándose incluso desde la década de los ochenta en diferentes áreas: a) el énfasis del sujeto como objeto de la legislación; b) la necesidad de un balance entre libertad individual y derechos colectivos; c) el énfasis en la igualdad y la no discriminación; la preocupación por grupos vulnerables (Ferrer, 2005). Desde los años noventa, se incluyeron dentro de la demografía como objeto de estudio los derechos humanos, articulando en sus análisis temas y variables desde la perspectiva del bienestar y las necesidades de las personas (Szasz, 2004).

Se debe recordar que los derechos humanos son producto de un proceso histórico-político y que sin dicho proceso no serían posibles reflexiones precedentes. Siguiendo a Vásquez y Delaplace (2009) la evolución del enfoque como se comprende actualmente tiene como antecedentes los siguientes: la Carta Magna de Inglaterra del año 1215, las revoluciones liberales y los documentos constitutivos de derecho positivo provenientes de Inglaterra entre 1640 y 1688, Estados Unidos (1776) y Francia (1789); las declaraciones Americana y Universal de los Derechos Humanos que elevan al nivel de norma del derecho internacional obligaciones internacionales a cargo del Estado que conforman el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH).

² Los primeros antecedente del derecho al desarrollo se encuentran en la Declaración de Filadelfia (1944) donde se resalta que todos los seres humanos tienen derecho al bienestar material, el desarrollo espiritual, en condiciones de libertad y dignidad, de seguridad económica y de igualdad de oportunidades (Díaz, 2004). Hacia el año 1968 con la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, se reconoce que la persona humana es el sujeto central del desarrollo, en este orden de ideas se reconoce que no es posible el goce de los derechos civiles y políticos, sin el disfrute de los derechos económicos sociales y culturales. Se define el derecho al desarrollo en el artículo uno como: “un derecho humano inalienable en virtud del cual todo ser humano y todos los pueblos están facultados para participar en un desarrollo económico, social, cultural y político en el que puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, a contribuir a ese desarrollo y a disfrutar del él (...) implica también la plena realización del derecho de los pueblos a la libre determinación, que incluye, con sujeción a las disposiciones pertinentes de ambos Pactos internacionales de derechos humanos, el ejercicio de su derecho inalienable a la plena soberanía sobre todas sus riquezas y recursos naturales”. (Naciones Unidas, 1986) En: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/desarrollo.htm>. Revisado el 19 de mayo de 2010.

Finalmente estos autores refieren como antecedente central la celebración en Viena de la II Conferencia Mundial de Derechos Humanos en 1993 (Vázquez y Delaplace, 2009).

En dicha historia hay dos giros trascendentes en la forma en que se construye el significado de los derechos humanos, el primero supuso resaltar los derechos como una forma de emancipación del ciudadano frente a una dominación inaceptable del Estado, perspectiva desde la cual se eleva a principio democrático la igualdad entre las personas [en un principio sólo entre los hombres blancos y propietarios]; el segundo será el de posicionar los derechos como demanda social objetiva respecto de la cual el Estado debe lograr igualdad de resultados en la satisfacción de dichas demandas (Gimbernat, 1998).

De los anteriores hechos se resalta que ha sido una historia de reivindicaciones sociales, de “generalización de los derechos individuales, civiles y políticos a partir de su interpretación en clave social (...) [y la] proclamación de unos derechos sociales dirigidos a la satisfacción de las condiciones materiales e intelectuales mínimas que permitían el ejercicio del resto de los derechos y el disfrute de una vida digna” (Monereo, 2006: 4), así como un logro en la inclusión de los derechos en normas y la concreción de diferentes obligaciones del Estado sobre los mismos.

Con fines prácticos, los diferentes derechos pueden ser agrupados, como señala Monereo (2006), en los derechos individuales, civiles y políticos y los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). La fundamentación de estos dos grupos de derechos a criterio de algunos autores es distinta, siendo los derechos sociales vistos como derechos de igualdad y los individuales como derechos de libertad. Sin embargo, esta definición aunque expone algunas visiones sobre los derechos, no aporta mayor claridad a esta investigación. Por ello aceptando que los dos grupos de derechos son derechos de libertad y de igualdad³, interesa revisar una postura según la cual “los

³ Es importante anotar que los derechos de igualdad y libertad se diferencian en varios sentidos, “la libertad es una cualidad o propiedad de la persona (...) la igualdad es pura y simplemente un tipo de relación formal, que se puede colmar de las más diversos contenidos (...) [esta última] se refiere a un tipo

derechos individuales, civiles y políticos se fundamentan en una libertad formal y una igualdad ante la ley; y los derechos económicos, sociales y culturales se justifican principalmente a partir de una libertad real entendida como capacidad y una igualdad sustancial entendida como igualdad en el punto de llegada” (Monereo, 2006: 6).

En otras palabras los derechos individuales se atienden en función de la igualdad ante la ley como principio y como limitación de la fuerza del Estado contra el sujeto; los DESC sugieren aquellos esfuerzos que un Estado debe abocar para que todas las personas tengan los mismos derechos, los cuales se hacen visibles en las capacidades de las personas, así como en sus condiciones materiales y simbólicas. La igualdad como punto de llegada será central a lo que interesa explorar, asunto que será mucho más claro en apartados siguientes cuando se analice y defina el derecho objeto de ésta investigación.

“El enfoque de los derechos humanos concibe las generaciones de derechos como un proceso histórico de ampliación del contenido jurídico de la dignidad humana, pero al momento de la concreción de tales derechos, se hace necesaria la imbricación e interdependencia de unos y otros para garantizar el bien jurídico protegido: la persona humana” (Jiménez, 2007: 25). Aceptando que esta conexidad existe entre los derechos, esta investigación concentra su atención en el segundo grupo de derechos y, por tanto, como se verá más adelante en la reflexión, sobre las prestaciones positivas de los mismos. Baste aquí con recordar que de ésta conexidad se configuran los derechos fundamentales, de los “vínculos negativos, generados por los derechos de libertad que ninguna mayoría puede violar; vínculos positivos, generados por los derechos sociales que ninguna mayoría puede dejar de satisfacer” (Ferrajoli, 2006: 24).

de relación entre los entes que forman parte de la categoría abstracta de humanidad (...) mientras que la libertad es, en general, un valor para el hombre en cuanto a individuo (...) [así] la libertad es cualidad de un ente y la igualdad un modo de establecer un determinado tipo de relación entre los entes de una totalidad, a pesar de que la única característica común de estos entes sea el hecho de ser libres” (Bobbio, 1993: 53-56).

En este orden de ideas es posible señalar que “para los derechos sociales (...) la prestación estatal representa verdaderamente la sustancia, el núcleo, el contenido esencial del derecho; en casos como el derecho a la asistencia sanitaria (...), la intervención estatal tiene lugar todas y cada una de las veces que el derecho es ejercitado; la inexistencia de prestación estatal supone automáticamente la negación de un derecho” (Contreras, 1994, citado en Abramovich y Courtis, 2004: 25).

La relevancia de los DESC “está dada en que su garantía permite el ejercicio pleno de los derechos (...) crean las condiciones materiales mínimas (educación, salud, trabajo, seguridad social, etc.) para que se puedan ejercer los derechos civiles y políticos” (Jiménez, 2006: 35). Una reflexión obligada en esta investigación es acerca de cuáles son esas condiciones materiales que dan vigencia al derecho a la Salud Materna como fin, como medio y como resultado, asunto que se intenta resolver en el apartado dedicado a la definición del objeto de estudio.

Las obligaciones del Estado respecto a los DESC han sido consignadas en diferentes instrumentos internacionales. Abramovich y Courtis (2004) reconstruyen el panorama de las obligaciones de la siguiente manera:

1) Adoptar medidas y usar recursos, que puede ser desagregada en: a) utilizar el máximo uso de recursos disponibles para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos; b) garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación; c) adoptar medidas o diseñar planes concretos una vez ratificados los respectivos tratados en la materia;

2) Garantizar niveles esenciales de cada uno de los derechos, que supone acciones positivas cuando el grado de satisfacción no alcance los mínimos exigibles, dichos mínimos han sido establecidos por instancias internacionales, aquí interesan los relativos a la salud dentro de los cuales se han señalado, entre otros: garantizar el acceso a los servicios, centros y bienes de salud sobre una base no discriminatoria,

especialmente para grupos vulnerables o marginados; facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS); y

3) La obligación de progresividad y la prohibición de la regresividad, el primero supone que la satisfacción plena de los DESC es gradual y debe haber progreso en las condiciones de goce y ejercicio de los DESC; el segundo se refiere a que ninguna norma puede empeorar una situación de reglamentación del derecho vigente, es decir que toda norma que se acepte debe ser aquella que suponga avances en los DESC.

El contenido de los instrumentos normativos constituye el marco de referencia para hacer seguimiento y evaluar la efectividad y progresividad de la política pública de salud desde la perspectiva de los derechos humanos (Defensoría del Pueblo, 2006^a). Estas obligaciones son, ante todo, una definición de aquello que el Estado no debe hacer, con el objetivo de evitar violaciones, y de aquello que debe hacer para lograr la plena materialización de los derechos (Abramovich, 2006).

De este marco de obligaciones, interesan las referidas a la Salud Materna, que siguiendo lo anterior, pueden ser entendidas como acciones que garanticen el acceso a los servicios de asesoramiento, información, educación, comunicaciones apropiados para el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto. Como se trata de un derecho incluido en los DESC, resulta pertinente nombrar y definir los componentes de los DESC, pues dan contenido a las obligaciones antes expuestas, permiten medir el grado de cumplimiento progresivo de las metas y objetivos que impone la realización del derecho a la salud y sirven como referente en la definición de las obligaciones estatales.

Estos componentes de los DESC serán considerados teniendo en cuenta lo expuesto por la Defensoría del Pueblo (2006^b), como:

a) Disponibilidad: el Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, programas, servicios públicos de salud y de centros de salud.

Deberán incluirse en su diseño y puesta en marcha diversos factores determinantes de la salud (...), centros de atención en salud como clínicas y hospitales, personal especializado y bien remunerado según las condiciones del país, y los medicamentos determinados en el programa de acción sobre medicamentos esenciales de la OMS;

b) Accesibilidad: consiste en asegurar que los establecimientos, servicios y programas médicos, (...) al alcance de todos, sin discriminación alguna. Ello supone la satisfacción de cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: todos los sectores de la población, incluyendo los más vulnerables, deben poder acceder –de hecho y de derecho- a los establecimientos, bienes y servicios de salud, (...) sin que puedan establecerse restricciones o limitaciones discriminatorias;

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance geográfico y físico de todos los sectores de la población, incluyendo los de mayor marginalidad y vulnerabilidad. Ello supone, que los establecimientos se adecuen para facilitar el acceso de las personas discapacitadas (...) deban ubicarse a distancias geográficas razonables, incluso en lo que se refiere a las áreas rurales, y en lugares seguros, de manera que el acceso pueda llevarse a cabo sin riesgos para la integridad personal de la población;

iii) Accesibilidad económica (Asequibilidad): la equidad debe ser el principio que determine el monto que se debe pagar por los servicios de atención en salud y por los servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud;

iv) Acceso a la información: Comprende los derechos de solicitar, recibir y difundir información e ideas relacionadas con la salud y sus factores básicos

determinantes. En todo caso, debe respetarse y garantizarse el derecho de las personas a mantener bajo reserva los datos respecto de su propia salud;

c) Aceptabilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben respetar las normas que prescriben la ética médica y deben ser respetuosos de las diferencias culturales, las particularidades de ciertas comunidades, así como las diversas condiciones de género y ciclo de vida. La confidencialidad y el mejoramiento del estado de salud de los sujetos deberán ser los imperativos que determinen su actuar;

d) Calidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico. Es decir, deben contar con personal médico capacitado, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados y en buen estado, condiciones sanitarias adecuadas y agua de calidad.

Como se ha indicado, interesa entender el acceso al derecho a la Salud Materna, con la información que disponemos en la ENDS 2005, con la cual fue posible analizar algunos componentes del acceso, en términos de servicios recibidos y de barreras de acceso declaradas por las mujeres. La ampliación sobre cómo será medido el acceso tiene lugar en el capítulo de metodología. Interesa a continuación comprender que un principio central en la garantía de los DESC es la igualdad en el acceso a servicios o dicho en otras palabras, la no discriminación en el acceso a los servicios a la Salud Materna.

1.1. Derecho a la igualdad y no discriminación

Las obligaciones antes señaladas así como los componente de los DESC han ilustrado que asumir el enfoque de derechos es aceptar los principios transversales de igualdad y no discriminación, los cuales “crean condiciones para asegurar el goce efectivo de los derechos humanos, permitiendo unificar a los sujetos en la universalidad a través de

derechos específicos vinculados a la aplicación de condiciones igualitarias en el cumplimiento de ciertas garantías” (Gutiérrez, 2006: 163). Un principio liminar en materia de DESC, es la obligación estatal de no discriminar en el ejercicio de estos derechos (Abarmovich y Courtis, 2004).

La discriminación puede ser definida como una “limitación injusta de las libertades y protecciones fundamentales de las personas de su derecho a la participación social y política, y de su acceso a un sistema de bienestar adecuado a sus necesidades (...) el derecho a la no discriminación se presenta como una suerte de derecho a los derechos” (Rodríguez, 2006: 25). En términos del derecho de interés, el Estado colombiano está obligado a garantizar las condiciones necesarias para un ejercicio pleno de la maternidad, en lo que respecta a su salud, sin que ninguna mujer viva una limitación injusta de aquellas condiciones y por tanto acceda a servicios adecuados a las necesidades propias de su condición de mujer embarazada o mujer en proceso de parto o postparto.

La no discriminación puede ser entendida como “el derecho que tiene toda persona a ser tratada de manera homogénea, sin exclusión o restricción arbitraria, de tal modo que haga posible el aprovechamiento de sus derechos y libertades fundamentales y el libre acceso a todas la oportunidades socialmente disponibles” (Rodríguez, 2006: 30). Desde esta perspectiva, la discriminación se haría evidente en “tratos diferenciados, marginación o exclusión, sobre todo de grupos vulnerables o minorías” (Sen, 2007: 76), dado que la discriminación se reproduce al interior de la relaciones sociales, no puede ser explicada en términos de prejuicios y estereotipos únicamente, desconociendo el complejo conjunto de las dinámicas económicas, históricas permanente en la vida social. Aunque se reconoce que la discriminación puede ser entendida en diferentes dimensiones, interesa a los fines de esta investigación resaltar la discriminación como diferencias injustificadas en el acceso a

los derechos, es decir, en como desigualdades⁴ entre individuos que afectan la igualdad de oportunidades y de resultados. Más aún desigualdad de oportunidades en el acceso a los servicios, como esenciales en el cuidado de la Salud Materna.

El derecho a la no discriminación sólo puede ser definido en contraposición por el derecho a la igualdad que es potencialmente el más amplio de todos los derechos (Rodríguez, 2006). La igualdad supone que todas las personas: “1) tendrán garantizados los *mismos* derechos constitucionales, y 2) serán iguales ante y en la ley o, dicho de otra forma, tendrán derecho a la *igual protección* de la ley.” (Rosenfeld, 2003: 79). Esto sugiere en términos del objeto de estudio de este trabajo que todas las mujeres embarazadas, en parto o postparto, deben estar protegidas por la ley de tal forma que accedan a los mismos servicios. Sin embargo, no basta con la protección de la ley, el paso de la igualdad jurídica a la igualdad fáctica supone la verificación del ejercicio efectivo del derecho. En buena parte, la intención de esta investigación es observar si el acceso a los servicios que integran el núcleo del derecho a la Salud Materna es igualitario, o existe un acceso diferenciado que permite suponer procesos sociales de discriminación en contra de ciertos grupos en situación de vulnerabilidad por razones sociodemográficas.

Una forma de comprender el alcance de la igualdad, es desagregarla en igual trato, igual consideración e igual de resultado, principios que le dan contenido. El primero hace referencia a la consecución de la igualdad marginal⁵; el segundo a la igualdad global⁶; el tercero a la igualdad de oportunidades⁷ (Rosenfeld, 2003). Lo

⁴ “El debate sobre la desigualdad se ha dado en dos pistas (...) como polémica ética y política (...) y como indagación sociológica. [Desde la primera] se han discutido sobre la conveniencia o inconveniencia de la desigualdad, si es justa o no, legítima o ilegítima (...) desde la segunda se han analizado las causas de la desigualdad y se han propuesto estrategias para reducirla” (Reygadas, 2008: 13-14), los límites de esta investigación es indagar que desigualdades existen, sin establecer por qué se producen, puesto que no se dispone de información para tal fin.

⁵ “La igualdad marginal se define con relación a (a menudo pequeños) cambios de *statu quo*, con cambios que son iguales en magnitud para todos” (Rae, *et al*, 1981 citado por Rosefeld, 1993: 80).

⁶ “La igualdad global se define con relación a tendencias superiores a cero, siendo sus cantidades o estados finales iguales”. (Rae, *et al*, 1981 citado por Rosefeld, 1993: 80).

central de un análisis desde la idea de igualdad y no discriminación es comprender que “constituyen un derecho de acceso, o si se prefiere, un meta-derecho que se coloca por encima del resto de los derechos y cuya función principal es garantizar que todas las personas (...) puedan gozar y ejercer sus derechos fundamentales en igualdad de condiciones” (De la Torre, 2006: 123).

Los principios de igualdad se consideran requisitos para lograr que, en efecto, todas las personas accedan a sus derechos. Así como se establece la discriminación en términos de prácticas directas que generan discriminación, existen causas indirectas asociadas, es decir situaciones en las que “una práctica común, una norma, una acción política (...) no constituye una discriminación en sí misma pero sus efectos o resultados constituyen una cierta desventaja para un determinado grupo de personas” (De la Torre, 2006: 145).

La discriminación indirecta permite atender fenómenos, que parecerían neutrales, que en virtud de las discriminaciones históricamente extendidas y vigentes aún sostienen situaciones de vulnerabilidad frente a ciertos grupos. Permite ver cómo las normas diseñadas, generan situaciones desiguales inaceptables (Carbonell, 2007). El concepto de discriminación indirecta permite reflexionar críticamente sobre situaciones derivadas, por ejemplo de las leyes que se consideran “normales”, pero que suponen desventajas para ciertos grupos poblacionales. Es posible afirmar que toda ley que dificulte dicho acceso en virtud de su nivel socioeconómico, su pertenencia étnica, su ubicación geográfica, entre otras, supondría una discriminación indirecta y a los derechos a la vida y la maternidad de las mujeres. Dado que el derecho fundamental a la vida faculta a la mujer en embarazo y parto, para acceder a los servicios médicos apropiados a su condición (Cook, 1994).

⁷ “igualdad de oportunidades, elevado a principio general, apunta a situar a todos los miembros de una determinada sociedad en las condiciones de participación en la competición de la vida, o en la conquista de lo que es vitalmente más significativo partiendo de posiciones iguales”. (Bobbio, 1993 citado por Kemelmajer de Carlucci, 2003: 236)

De presentarse alguna desventaja, el Estado debe emprender acciones particulares para su superación, así las cosas se incluye dentro de sus obligaciones “tomar las medidas necesarias para eliminar los contextos de discriminación en los que se encuentran cierto grupos de personas (...) implica la implementación de acciones afirmativas que tengan como objetivo principal revertir las situaciones de desventaja en la que se encuentran ciertas personas en cuanto al goce efectivo de sus derechos” (De la Torre, 2006: 146).

Las acciones afirmativas pueden ser definidas como “un conjunto coherente de medidas de carácter temporal dirigidas a remediar una situación de los miembros del grupo al cual están destinadas en uno o varios aspectos de su vida social para alcanzar la igualdad efectiva” (Cisneros, 2007: 70). Buscan la igualdad real entre los grupos, a diferencia de aquellas medidas que podrían promover la igualación entre grupos. Estas últimas, también llamadas, de igualación positiva, tienen por objeto lograr la igualdad real de los derechos fundamentales entre las personas.

Carbonell (2007) sugiere una clasificación de las medidas de igualación positiva en: acciones positivas moderadas y medidas de discriminación inversa. Las primeras buscan favorecer el valor de la igualdad con medidas de igualación, removiendo los obstáculos de selección social que enfrentan algunos grupos para lograr igualdad con todos los grupos sociales; las segundas son cuotas reservadas a ciertos grupos con el objeto de que alcancen bienes sociales escasos.

En este orden de ideas es posible afirmar que la discriminación inversa es una forma de diferenciación para la igualdad, existen situaciones que exigen políticas que traten desigualmente a quienes son desiguales. “La diferenciación aquí, y en su caso la discriminación, produce desigualdad como medio para conseguir el fin de una situación más igualitaria o justa (...) la igualdad no es necesariamente justa, ni la igualdad injusta, algo tan antiguo como la noción aristotélica de justicia (...) la igualdad para los iguales y la desigualdad para los desiguales” (Ruiz, 1994: 79).

Es de anotar que la distinción no es, en todos los casos, una acción negativa, existen razones por las cuales se puede hacer diferenciación, por lo cual es importante establecer: a) qué acciones discriminan; y b) cuáles son resultados de la discriminación, puesto que cuando las acciones producen una distinción correctamente fundada, no deben producir efectos discriminatorios, de tal forma que en cualquier caso “la regulación de la discriminación tiene por objeto combatirla” (Huerta, 2006: 187).

El principio de igualdad supone que dos personas con diferencias irrelevantes, deben recibir el mismo trato, sin embargo cuando entre dos personas las diferencias son relevantes, el trato debe ser diferente (Carbonell, 2006). Se trata de hacer juicio sobre aquellas condiciones con base en los cuáles se pueden hacer distinciones, es decir, de establecer criterios objetivos, razonables y proporcionales, que permitan trazar tratos diferenciados, mas no discriminatorios, para la lograr igualdad (González, 2006; CIDH, 2003).

No basta con reconocer la igualdad en una persona, es necesario conocer que existen diferencias y desigualdades fácticas que en los hechos limitan o incluso anulan toda posibilidad del goce de derechos en ciertos grupos sociales (Salazar, 2005). En materia de Salud Materna, por ejemplo, este trato diferenciado supondría que aquellas mujeres con menos capacidad de pago de los servicios, se vean beneficiadas de tal forma que accedan sin restricciones provenientes de su condición, asimismo que dada su condición de embarazo todas las mujeres reciban los mínimos servicios estipulados en ley para su atención independientemente de su capacidad de pago, lugar de residencia, nivel educativo o cualquier otra.

La fuente de información usada en este estudio permite aproximarse al análisis de dos cuestiones sobre la desigualdad y no discriminación: a) la igualdad de trato y de resultados, en el sentido de servicios recibidos por las mujeres; y b) posibles situaciones de discriminación indirecta, es decir situaciones donde la norma parece no hacer ninguna distinción discriminante, aunque si genera situaciones de discriminación, provenientes de la articulación del Sistema de Salud Colombiana.

Para concluir este apartado es importante resaltar que se entienden los derechos, en particular los DESC, como prestaciones sociales, frente a las cuales el Estado debe asegurar condiciones de acceso en condiciones de igualdad y no discriminación a todas las personas. En el siguiente apartado se acota y define el objeto de estudio, el acceso al derecho a la Salud Materna, para ello es necesario primero responder qué es el derecho a la salud y qué son los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, para luego establecer una definición del objeto de estudio que pueda ser operacionalizado en términos de variables para el análisis estadístico.

1.2. Derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos

La salud es concebida en diferentes instrumentos internacionales⁸ como un derecho humano fundamental, universal, interdependiente de todos los derechos humanos, que comporta tanto libertades como derechos. Ha sido definida como un estado que supera la ausencia de enfermedades, “entendida como derecho humano, la salud involucra la responsabilidad del Estado en el aseguramiento de las condiciones normativas y materiales que garanticen su ejercicio y goce efectivo por todos los habitantes del territorio nacional” (Defensoría del Pueblo, 2006: 18).

La salud puede ser entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 1946: 1).

⁸ En el artículo 25 de la Declaración Universal de los derechos humanos; el artículo 12 del Pacto Internacional de los DESC; en el artículo 9 de la Declaración Americana de derechos y deberes del hombre; el artículo 14 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; el artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial; el artículo 25 de la Convención N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre pueblos Indígenas y tribales en países independientes, sólo por mencionar aquellas que guardan relación con este estudio.

El Comité de DESC de Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de DESC, en la Observación número 14, señala que la salud abarca la atención de salud oportuna y apropiada; y como principales factores determinantes de la salud, el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente; así como también el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas, 2000).

En esta definición propuesta por Naciones Unidas, se resalta la salud sexual y reproductiva como elemento de la salud, pero lo único que estaría indicando sobre la misma es que un buen nivel de salud general, incluye la educación e información en salud sexual y reproductiva, asunto que resulta algo incompleto. La definición de los derechos sexuales y reproductivos obliga a hablar de las conferencias mundiales de población, dado que estas amplían su contenido, definición y su estudio, “la referencia a los programas de El Cairo⁹ y Beijing¹⁰, es inevitable, no sólo porque recogieron las ideas que han sido defendidas y llevadas a ámbitos internacionales desde distintos campos del quehacer teórico, político y práctico, sino porque los derechos sexuales y reproductivos, al formar parte de los acuerdo internacionales, ganan legitimidad como esferas de la interacción humana” (Ortiz-Ortega 2004: 606).

⁹ En el informe de la Conferencia mundial de Población del Cairo, se refieren a este asunto en el siguiente sentido: “ (...) cabe mencionar los grandes cambios de actitud de la población del mundo y de sus dirigentes por lo que hace a la salud reproductiva, la planificación de la familia y el crecimiento de la población, que, entre otras cosas, han dado como resultado el nuevo concepto amplio de la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual, tal como se definen en el presente Programa de Acción. Una tendencia particularmente alentadora ha sido la renovada voluntad política de muchos gobiernos de adoptar programas de planificación de la familia y políticas relacionadas con la población” (Naciones Unidas, 1994: 7).

¹⁰ En la cual se señala “el reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, es básico para su empoderamiento”; así como la voluntad de “asegurar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención a la salud y promover tanto la salud sexual y reproductiva de las mujeres como la educación (Naciones Unidas, 1995: 3-5)

El posicionamiento de estos derechos ha sido resultado además de luchas de los movimientos feministas, así como objeto de tensiones políticas y éticas (Correa y Parker, 2004; Correa, 2001). La aparición de estos derechos en el debate internacional y como campo de estudio, tienen como punto de partida las tensiones morales y éticas que motivan a lo largo del siglo veinte las políticas controlistas de población, promovidas por demógrafos de corte neomaltusiano; así como los debates promovidos por los movimientos feministas (Salinas, 2001) que reclaman los derechos reproductivos definidos en “la necesidad de demandar abortos no penalizados como derecho, así como acceso a la anticoncepción, a una maternidad segura sin riesgos y a un sistema de atención materno-infantil segura para mujeres de bajos ingresos” (Ortiz-Ortega, 2004: 613). El término derechos empieza a ser usado como demanda de protección del Estado y de los sistemas de protección de la sexualidad y a la reproducción de las mujeres. Las demandas de los movimientos feministas respecto al reconocimiento de los derechos de las mujeres han sido centrales en la progresiva definición de los derechos sexuales y reproductivos.

Las conferencias señaladas consignan acuerdos logrados por los movimientos feministas y sociales, los dos logros más evidentes son la definición de los derechos reproductivos en el Plan de Acción del Cairo como:

“derechos [que] se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a la satisfacción de las necesidades adicionales y de servicios de los adolescentes con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable” (Naciones Unidas, 1994: 37),

así como la definición de los derechos sexuales en la Plataforma de Acción de Beijing, como “la salud sexual y los derechos sexuales corresponden a los principios de

equidad, no discriminación y acceso a estándares más altos de salud” (Ortiz-Ortega, 2004: 617).

El interés de este estudio se centra en los derechos reproductivos y las reflexiones sobre la salud reproductiva, esta última orientada por tres principios, el respeto por la libre elección, la aceptación de los vínculos con la sexualidad y la influencia del contexto sociocultural en las prácticas tanto del cuidado de la salud como de la reproducción (Salles y Tuirán 2004: 94). Se debe advertir que aunque se reconoce la influencia de dichos principios, no serán objeto de mayor profundización, dado que como se ha señalado en el apartado anterior será explorado lo relativo a la prestación del servicio antes que lo que suponen estos tres principios, por ejemplo en términos de autodeterminación y ejercicio de derechos.

En el concepto de salud reproductiva se reconocen los vínculos entre la sexualidad, la reproducción y la salud de los individuos, recuperando asuntos como la salud materno-infantil, la infertilidad, la esterilidad, las enfermedades de transmisión sexual, lo que obliga a cualquier estudioso sobre el tema a integrar en su estudio aspectos institucionales, políticos y culturales, como señalan Salles y Tuirán (2004) el concepto invita “a dar notoriedad a los procesos económicos, sociales e institucionales y culturales, y a explorar la influencia que éstos ejercen en las decisiones, elecciones y comportamientos individuales” (Salles y Tuirán, 2004: 96).

De todas las formas posibles de abordar el estudio de los derechos reproductivos se optó en este trabajo por revisar el “proceso de institucionalización de las respuestas sociales [ya que en ese proceso] se produce acuerdos básicos sobre las respuestas y soluciones más pertinentes” (Salles y Tuirán, 2004: 104). Sin embargo se reconoce que esta postura entraña el riesgo de reforzar en prácticas institucionales bajo la forma de recetas para la conducta, “de prácticas que se consideran más convenientes para la población sin que se involucre, se corresponsabilice y se las incorporen en la vida cotidiana (...) sin tomar integralmente en cuenta las aspiraciones, necesidades y deseos de la población” (Salles y Tuirán, 2004: 111).

Si bien los derechos reproductivos son reconocidos tanto para hombres como para mujeres, serán vistos como un eje del derecho a salud de la mujer, el cual puede entenderse, como una conjunción de derechos, tales “como el derecho a estar libre de toda discriminación, la libertad y autonomías individuales, incluidos los derechos a la vida, la libertad, la seguridad y la educación; los derechos de asistencia médica y a los beneficios de los adelantos científicos. Además de aquellos que suponen la provisión de servicios médicos, de enfermería y de otros servicios conexos” (Cook, 1994: 4).

La salud reproductiva de la mujer se entiende como un momento en el que la reproducción se lleva en condiciones de bienestar físico, mental y social, supone la capacidad de reproducirse, de regular su fertilidad y de practicar y disfrutar relaciones sexuales, así como supone que “la mujer pueda vivir con seguridad el embarazo y el parto, que puede conseguir la regulación de su fertilidad sin riesgos para la salud” (Cook, 1994: 13).

Es de anotar que el concepto de salud de la mujer es objeto de amplio debate, Leslie, Rubin-Kurtzman y Goldani (2004) recuerdan que no hay una definición aceptada universalmente, como ocurre con la mayoría de conceptos, generalmente las definiciones incorporan dos ideas: la noción de las diferencias biológicas entre sexos, y los factores de riesgos y diferencias de género en los ámbitos social, económico y cultural. Estas autoras coinciden con Cook (1994), en los elementos antes citados, al tiempo que hacen un recorrido por los estudios que en materia de salud de las mujeres se han hecho con perspectiva de género, estudios que por lo demás han dado contenido al debate que permitió la definición anotada, no obstante para el caso de esta investigación no se profundizará sobre los mismos.

En este orden de ideas el derecho a la Salud Materna, usando la terminología de conjuntos, es subconjunto del derecho a la salud de las mujeres, que a la vez es subconjunto del derecho a la salud, que a la vez hace parte de los derechos económicos y sociales. Esto sugiere que aún siendo subconjuntos unos de otros, no deben ser

asumidos, estudiados o vistos como sinónimos (Leslie, Rubin-Kurtzman y Goldani, 2004: 178).

El derecho a la Salud Materna tiene que ver con el cuidado prenatal u obstétrico, la atención post parto, la higiene, el transporte y el acceso a los medicamentos a costos accesibles, asimismo condiciones psicosociales favorables para el desarrollo del embarazo y el nacimiento (Ortiz-Ortega, 2004). Valga aquí reiterar que estos derechos, vistos desde una perspectiva institucional, obligan a reiterar los contenidos de estos derechos como se menciona en los instrumentos internacionales:

- Se deben ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la maternidad segura, especialmente en zonas rurales (OG14CDESC¹¹, párr. 36);
- Adoptar medidas para asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres (CDN¹², art. 24.2.d, CETFDCM¹³, art. 12.2);
- Adoptar medidas para reducir la morbilidad materna¹⁴ y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas (OG4CDN¹⁵ párr. 31);
- Reducir y eliminar la mortalidad materna e infantil (OG14CDESC, párr. 21, IRE, párr. 47). Garantizar que exista un número suficiente de hospitales, clínicas, centros de salud y servicios de salud, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país (OG14CDESC, párr. 36).

¹¹ Observación general 14 de Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

¹² Convención de los Derechos del Niño.

¹³ Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

¹⁴ La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (WHO, 2001: 10). En: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf. Revisado el 10 de mayo de 2010.

¹⁵ Observación general N° 4 del Comité de los Derechos del Niño.

En lo que al derecho a la atención de la Salud Materna se refiere, serán de interés la atención prenatal, el parto institucional y la atención postparto. La atención prenatal consiste en “un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico” (Pécora, San Martín, *et al*, 2008: 114). La atención institucional del parto sugiere que éste sea atendido por personal médico calificado, y la atención postparto corresponde a la atención que recibe la mujer una vez ha pasado el parto, en el mismo sentido que la atención prenatal es un conjunto de acciones médicas para identificar riesgos en la salud de la madre (Family Health International, 2010).

Este énfasis en derechos, como se ha mencionado en el primer apartado está puesto en la prestación de los servicios, lo que de ninguna manera supone “interpretar la influencia de las instituciones en las formas de actuar y decidir de los individuos [pues estaríamos limitando] la importancia del análisis del proceso en los cuales los individuos se resisten, confrontan y trasgreden los marcos normativos a los que están expuestos permanentemente” (Figueroa y Yanes 2001: 11).

La apuesta central de esta investigación se sostiene en reconocer que unos mínimos de servicios e información deben ser garantizados como parte de las obligaciones del Estado y son necesarios para proteger a la mujer durante el embarazo, el parto y el postparto. Dichos mínimos deben lograrse para todas las mujeres, en particular y de manera completa a aquellas mujeres que deciden acudir a la asistencia médica sobre estos temas. Igualmente el Estado debe garantizar medidas para que aquellas que desconocen sus derechos se informen y sean atendidas.

La presentación del enfoque que orienta esta investigación ha permitido establecer el interés sobre las obligaciones de acceso que tiene el Estado respecto a los derechos, el apartado anterior sirvió para delimitar cómo se ubica el objeto de esta investigación en el marco de los DESC.

Se ha presentado cómo los contenidos de los instrumentos internacionales se constituyen en el marco de referencia para dar seguimiento y evaluar la efectividad y progresividad de la política pública de salud desde la perspectiva de los derechos humanos (Defensoría del Pueblo 2006^a). En ellos se reconocen derechos y libertades fundamentales a favor de los individuos, se regulan las relaciones entre el individuo y el Estado, imponiendo a este último las siguientes obligaciones: prevenir, investigar y sancionar violaciones, organizando instituciones que cumplan con dichas obligaciones (Henderson, 2005).

En este orden de ideas es necesario para la definición del objeto de estudio exponer cómo se ha incorporado en las normas nacionales colombianas los mandatos internacionales y explorar la forma en la que los compromisos del Estado colombiano se traducen en acciones concretas y normas técnicas que regulan la atención en Salud Materna.

1.3. Los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la Salud Materna en la normatividad colombiana

En la legislación colombiana estas obligaciones y compromisos se ven reflejadas en la Ley 51 de 1981, por medio de la cual se ratifica la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; la Ley 823 de 2003, mediante la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres, en su artículo sexto establece que “el Gobierno ejecutará acciones orientadas a mejorar e incrementar el acceso de las mujeres a los servicios de salud integral, inclusive de salud sexual y reproductiva y salud mental, durante todo el ciclo vital, en especial de las niñas y adolescentes”, además de establecer que el Gobierno ejecutaría programas para

“preventivamente reducir las tasas de morbilidad¹⁶ y mortalidad femenina relacionadas con la salud sexual y reproductiva, salud mental y discapacidad” (Villanueva 2006: 396).

En el artículo 166 de ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, se anota que “el Plan Obligatorio de Salud (POS)¹⁷ para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia”. En el POS se consignan algunas de las acciones relacionadas con la Salud Materna, como “el control prenatal y vacunación con toxoide tetánico, atención al parto y al puerperio con enfoque de riesgo, complementación nutricional, exámenes de laboratorio y ecografía, citología cérvico uterina y examen de mamas, y oferta anticonceptiva completa, prevención, atención y control de ITS-VIH/SIDA” (Carrillo, 2007: 81).

Durante el período presidencial de 1998-2002 se estableció en el Plan de Desarrollo que el Ministerio de Salud lideraría “la puesta en marcha de una estrategia integral de promoción de la maternidad y paternidad responsables y de la salud sexual, con énfasis en la población adolescente y con perspectiva de género”. Igualmente en aquel momento el Estado colombiano informó, en la reunión de Seguimiento y

¹⁶ “Los mismos factores que redundan en la mortalidad de las madres hacen que las enfermedades y lesiones durante el embarazo y el parto sean la segunda causa, por orden de importancia después del VIH/SIDA, de años perdidos de vida saludable entre las mujeres en edad de procrear en los países en desarrollo; esto representa casi 31 millones de “años de vida ajustados por la discapacidad (DALY)” que se pierden cada año (...) 15% de las embarazadas experimentarán complicaciones del embarazo o del parto suficientemente graves como para requerir atención obstétrica de emergencia en un establecimiento de salud. Las causas directas de la mortalidad (...) son las complicaciones obstétricas durante el embarazo, el trabajo de parto o el puerperio, debido a intervenciones, omisiones o tratamientos incorrectos. Las causas indirectas (...) son trastornos o enfermedades preexistentes, agravadas por el embarazo; este tipo de discapacidad puede ocurrir en cualquier momento y perdurar a lo largo de la vida de la mujer. La morbilidad de las madres también puede ser de índole psicológica, manifestada con frecuencia por depresión, que puede ser resultante de complicaciones obstétricas, intervenciones, prácticas culturales o coacción. (FNUAP, 2004: 54).

¹⁷ “Es el plan de beneficios a que tienen derecho las personas y las familias vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Comprende la atención preventiva, protección, promoción y fomento integral de la salud, la atención médico-quirúrgica y la rehabilitación para todas las patologías, según niveles de atención y complejidad, así como los medicamentos esenciales” (Defensoría del Pueblo, 2006a: 186)

Evaluación de la Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia internacional Sobre la Población y el Desarrollo El Cairo 1994, lo siguiente:

“Para subsanar al vacío frente a la provisión de servicios de planificación familiar, atención prenatal y del parto, control del crecimiento y desarrollo del niño, detección temprana de cánceres reproductivos y de [infecciones] de transmisión sexual, en particular en los sectores más pobres de la población, se expidió una nueva normatividad emanada en 1998, que confiere carácter obligatorio a la prestación de servicios considerados de interés en salud pública, que se hace extensiva a la población aun no asegurada y que es atendida en la transición en forma directa por el Estado” (República de Colombia 1999).

Hacia el año 2002, en el Plan Nacional de Desarrollo se estableció “la salud sexual y reproductiva (SSR) como una prioridad en las intervenciones en salud pública. Entre las metas contempla la cobertura universal en el aseguramiento, consecución de coberturas útiles en vacunación y mayores logros en la atención materno infantil” (Carrillo, 2007: 82). En el año 2003 se adoptó la Política de Salud Sexual y Reproductiva que trazaba como objetivo “promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas” (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2003: 8).

La política estableció como objetivos específicos “la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con la ampliación de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), con el fortalecimiento de la red de servicios, con la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiológica, con el impulso al Sistema de Información en Salud (SIIS), con la promoción de la investigación para la toma de decisiones y con la vinculación de diferentes actores sectoriales y de la sociedad civil para el logro de las metas propuestas” (Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas 2003: 8).

Las metas apuntaban a “la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en

planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual” (Ministerio de la Protección Social y Fondo de población de Naciones Unidas, 2003: 8).

Se reconocía que para lograr la disminución de la tasa de mortalidad materna se “requería mejorar sustancialmente la calidad de la atención del parto institucional y de los controles prenatales, implementar mecanismos que permitan la captación temprana de las mujeres gestantes, identificar y tratar los riesgos biológicos y psicosociales, e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes de las zonas rurales” (Ministerio de la Protección Social y Fondo de población de Naciones Unidas, 2003: 16).

La revisión de literatura indica que serán las Normas/Guías Técnicas¹⁸ para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, la atención al parto¹⁹ y de la planificación familiar²⁰, las que caractericen y definan los servicios y la información concreta que en materia de Salud Materna garantiza el Estado colombiano. En relación a la detección de alteraciones del embarazo, la norma tiene por objeto “Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo” (Ministerio de la Salud 2000^b: 5).

¹⁸ La Norma Técnica se entiende como un parámetro mínimo que garantiza una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones médicas (Ministerio de la protección Social, 2000^b).

¹⁹ La Norma Técnica está actualizada a 2007 para atención del embarazo, comprende dos Guías de acuerdo con las alteraciones Hipertensivas y Hemorrágicas durante el embarazo, sin embargo se tomará en cuenta la norma vigente al año preliminar a la fecha de aplicación de la Encuesta de Demografía y Salud del 2005 (ENDS, 2005) al igual que la Norma Técnica de Atención del Parto.

²⁰ Teniendo en cuenta la fecha de aplicación de la encuesta (2005), esta investigación tendrán como punto de referencia para el análisis las normas técnicas del año 2000, en tanto que las del 2007 serán consideradas marco de referencia y consulta general.

La citada norma refiere que las acciones en este sentido son: vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsico-sociales que incidan en el mencionado proceso; detectar tempranamente las complicaciones del embarazo, en consecuencia, orientar el tratamiento adecuado de las mismas; y ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación. Igualmente define como población objeto las mujeres gestantes afiliadas a los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Finalmente, respecto a la atención del parto se refiere como objetivo general garantizar condiciones de calidad (oportunidad, acceso, pertinencia, seguridad y continuidad) en la atención institucional del parto para impactar las causas de morbilidad maternas y perinatales (Ministerio de la Salud 2000^c). La misma Norma define que para lograr dicho objetivo se debe acotar la definición de un marco técnico-científico para la atención institucional del parto; la reducción y el control de complicaciones del proceso del parto y la prevención de complicaciones del alumbramiento y el puerperio como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal; la disminución de los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer gestante y del recién nacido a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto. Según la Norma las acciones estaban dirigidas a todas las gestantes en trabajo de parto en el territorio colombiano.

1.4. El acceso al derecho a la Salud Materna: el objeto de estudio, su definición y el alcance

La definición del acceso al derecho a la Salud Materna tiene como referencia los instrumentos y conferencias internacionales, las Leyes y las Normas Técnicas de Atención, en cuatro sentidos: a) Respecto a las obligaciones del Estado frente a los DESC: garantizar niveles esenciales de los derechos; b) Respecto al contenido de los

componentes de los DESC: accesibilidad; c) Respeto a los principios de igualdad y no discriminación: la igualdad de oportunidades, resultados, y la discriminación indirecta; y d) Respeto al contenido del derecho a la Salud Materna: atención prenatal, atención institucional del parto y atención postparto (Ilanuzova, 2004; Cook, Dickens, Mahamoud, 2004; Defensoría del Pueblo, 2006; Cook, 1994; Gálvez, 1999; OEA, 2007; Centro de Derechos Reproductivos, 2008; Ferrer, 2007 y 2005).

De estos cuatro aspectos se deriva una definición compleja que resulta amplia y que exige para su estudio la revisión de asuntos como: a) los presupuestos asignados para la atención de la Salud Materna; la definición del contenido esencial en la norma y documentos técnicos y el análisis histórico de cómo progresivamente se ha ampliado el derecho; b) la oferta y cobertura de centros médicos hospitalarios, el personal médico especializado por mujer, tarifas de pago por servicios, la calidad de los servicios ofrecidos y las percepciones de las mujeres atendidas respecto a estos; c) el acceso de las mujeres a dichos servicios y el cumplimiento de los estándares de atención respecto al control prenatal, el parto institucional y la atención post parto; finalmente d) asumiendo como eje transversal para el análisis los derechos a la igualdad y no discriminación, las tendencias y diferencias entre las características de los tres puntos anteriores respecto características étnicas, socioeconómicas, etarias, geográficas de las mujeres.

La definición que se asume en esta investigación ha sido construida considerando los elementos de las referencias señaladas que se pueden explorar en la ENDS 2005, así se entenderá por *acceso al derecho a la Salud Materna* aquel que tienen todas las mujeres de recibir los servicios médicos que permitan identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin restricciones de acceso por razones económicas, geográficas, por desconocimiento del derecho o ineficiencia administrativa del prestador del servicio.

Las dimensiones de esta definición respecto al contenido del derecho son el control prenatal, la atención institucional del parto y postparto, los elementos esenciales de cada dimensión han sido definidos con base en las Normas Técnicas de atención de la siguiente manera:

I) Control prenatal: son los servicios médicos mínimos e información sobre los mismos, que cualquier mujer debe recibir desde el primer trimestre de embarazo, por parte de un profesional capacitado (médico) para la detección de las alteraciones o riesgos. Son parte de los servicios e información mínimos:

- i) Exámenes físicos: la medición del peso, la altura uterina, la tensión;
- ii) Exámenes paraclínicos: pruebas de sangre, orina, prueba de VIH;
- iii) La receta de micronutrientes: sulfato ferroso, ácido fólico, calcio²¹;
- iv) Administración del toxoide tetánico²²;
- v) Controles mensuales por médico hasta la semana 36 (9 controles);
- i) Conocer qué complicaciones se presentan;
- ii) Conocer qué hacer que hacer en caso de que se presenten complicaciones.

II) Atención institucional del parto y postparto: incluye parto en institución de salud con personal médico calificado y el seguimiento general a la salud de la mujer después del parto, con el objeto de impactar las causas evitables de la mortalidad materna. Son elementos de esta dimensión:

- i) el parto institucional;
- ii) el parto atendido por un médico especializado;
- iii) control postparto dentro de los 7 días después del parto y en especial si la mujer presenta alguna complicación;

²¹ Los tres micronutrientes incluidos en el Acuerdo 228 de 2000, por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones del Ministerio de Salud - Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

²² Incluido en el apartado de vacunas del Acuerdo 228 de 2000.

iv) Atención de control postparto por profesional.

En relación a los componentes de los DESC las dimensiones son:

La accesibilidad económica: de acuerdo a la Ley 100 de 1993²³ y el acuerdo 30 de 1993, los Programas de control en atención materno infantil están cubiertos por el sistema en cualquiera de los tres regímenes y exento de copagos²⁴. Así que según dicho marco normativo no se justifica el pago total o parcial del servicio, con excepción de medicina privada, y mucho menos se justifica el no acceso por costos.

La accesibilidad geográfica con base en el principio de universalidad de la ley 100 de 1993, es injustificado el no acceso al servicio por razones de distancia; bajo el principio de eficiencia de la misma ley, es inaceptable el no acceso por razones de trámites frente a los prestadores de servicios de salud (EPS/ARS) o la demora en la asignación de citas. Igualmente resulta inaceptable el no acceso a los servicios por desconocimiento de las mujeres a este derecho.

En relación a las obligaciones, las dimensiones del derecho se entienden como niveles esenciales o servicios mínimos, respecto de los cuales no se podría cuenta del conjunto total de servicios incluidos en la norma técnica *del control prenatal* pues no fueron recolectados en la ENDS 2005. Los temas excluidos son:

- a) una historia clínica que permita identificar los siguientes factores de riesgo: antecedentes personales, antecedentes obstétricos, ginecológico, familiares, valoración de la gestación actual;
- b) otros exámenes del control físico como la valoración nutricional;
- c) otros paraclínicos como el frotis de flujo vaginal y la citología cervical;
- d) la educación en pareja;

²³ Artículo 166. Atención Materno Infantil. El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

²⁴ Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

- e) la remisión a odontología general;
- f) la valoración del médico en los últimos dos controles prenatales antes del parto;
- g) la educación de la pareja y su entorno respecto al apoyo psicosocial que debe recibir la mujer durante el embarazo (Ministerio de Salud, 2000^b).

Dado que no se cuenta con la información necesaria en la ENDS 2005, en este estudio no se analizan aquellos servicios que deben recibir las mujeres embarazadas que presentan o complicaciones hipertensivas o hemorrágicas asociadas al embarazo (Ministerio de la protección Social, 2007). En lo que a la *atención institucional de parto* se refiere, en esta investigación no se analizan aquellos procedimientos de la norma técnica sobre el primer, segundo o tercer periodo del parto (dilatación y borramiento; expulsivo; o alumbramiento), tampoco aquellos procedimientos del puerperio inmediato²⁵, o aquellos exámenes del puerperio mediato²⁶ (Ministerio de Salud, 2000^c).

Sobre los principios de igualdad y no discriminación veremos que toda mujer debería acceder a estos servicios mínimos, sin discriminación alguna derivada de razones como pertenencia étnica, edad, nivel socioeconómico, ubicación geográfica o estado civil. Para el análisis de estos principios se han considerado algunas variables sociodemográficas que, de acuerdo a tendencias o patrones de acceso a las dimensiones anteriores, podrían estar indicando presumibles situaciones de discriminación. Una limitación para el análisis de estos principios es que la ENDS 2005, no recolectó información sobre pertenencia étnica o filiación religiosa, características sociodemográficas asociadas a tradicionales procesos de discriminación.

A manera de síntesis se ha presentado el alcance de este estudio respecto al derecho al acceso a la atención a la Salud Materna, en términos de las dimensiones a estudiar y en relación a los elementos mínimos. Las dimensiones a estudiar con las

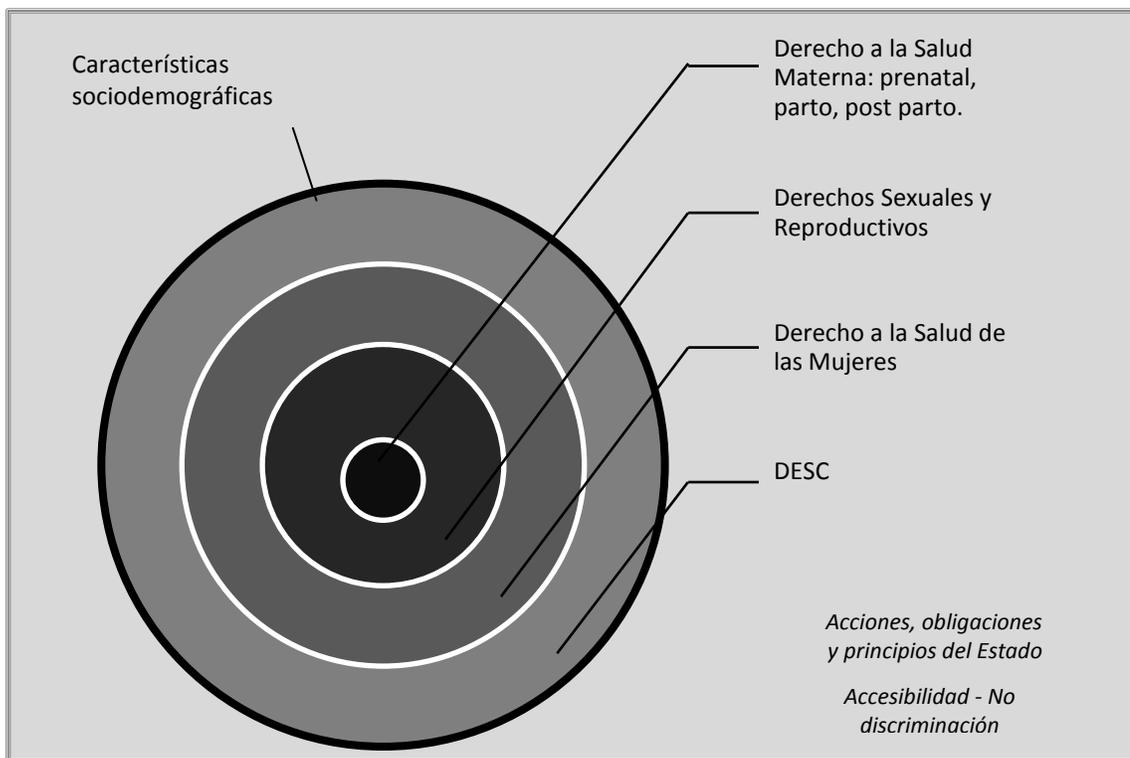
²⁵ Equivale a las dos primeras horas postparto (Ministerio de Salud, 2000^c).

²⁶ Comprende las primeras 2 hasta las 48 horas postparto (Ministerio de Salud, 2000^c).

variables de la ENDS 2005 serán explicadas en el apartado siguiente. Reiteramos que en tanto es un estudio sobre las diferencias sociodemográficas respecto al derecho desde perspectiva de las obligaciones de acceso, el lector encontrará descripciones sobre dichas asociaciones, antes que explicaciones causales de las mismas.

El enfoque de investigación, así como el objeto de estudio de este trabajo pueden ser resumidos, como se muestra en el siguiente diagrama:

Diagrama 1. Esquema del Enfoque de Investigación



Elaboración propia adaptado de Leslie, Rubin-Kurtzman y Goldani, (2004).

En el centro del diagrama está el derecho a la Salud Materna como objeto central de estudio en esta investigación. Éste hace parte del conjunto de derechos sexuales y reproductivos, que a su vez pueden ser entendidos como subconjunto del derecho a la salud de las mujeres, que como se ha dicho antes es parte de los DESC.

Una membrana negra, etiquetada con características sociodemográficas rodea el conjunto de DESC, en tanto se consideran como asunto interviniente tanto en la garantía como en el ejercicio. En la sombra gris del cuadrado se han colocado los principios y obligaciones como asuntos transversales a todos los conjuntos y como campo de acción en el cual el Estado que debe operar a fin de que ninguna característica sociodemográfica sea un obstáculo para el goce de los derechos que circunda. Este diagrama muestra cómo está acotado el objeto de estudio, cómo pueden ser entendidas las relaciones del objeto con las variables sociodemográficas y el enfoque de derechos humanos. Nótese que la gráfica no contiene más elementos o conjuntos pues no hacen parte de la delimitación del campo de estudio y podrían ser abordados en futuras investigaciones.

1.5. La Salud Materna y el Sistema de Salud Colombiana

Un análisis sobre el acceso al derecho a la Salud Materna requiere tomar en cuenta las características del sistema de salud vigente, por lo menos, a los años previos a la aplicación de la encuesta. Pensar una interpretación de los resultados de cualquier investigación en salud, sin considerar el sistema del país, resulta incompleto y por tanto inadecuado.

En este apartado se ofrecen elementos para entender cómo funciona el Sistema de Salud Colombiana, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: a) las reformas estructurales en salud en América Latina y el Caribe; b) las particularidades de la estructura del sistema colombiano; c) las inequidades que se sostienen en la estructura del mismo; y d) La situación de la mortalidad materna y del acceso a la Salud Materna.

En América Latina y el Caribe, de la cual se pueden identificar tres momentos clave en la evolución de los sistemas de salud, el caso colombiano no ha sido ajeno, siguiendo a Granados (2002) éstos pueden ser resumidos de la siguiente forma:

- *El espíritu del Alma Ata*: corre a partir de la década de los setenta hasta mediados de los ochenta. Se promovía la salud para todos a través de la cobertura universal de servicios en salud. La salud estaba asociada con la idea de un Estado benefactor o de bienestar, según el cual el Estado tenía un rol central en la administración y prestación de los servicios.
- *Las reformas estructurales*: ocurre a mediados de la década de los ochenta y noventa, las ideas imperantes fueron la modernización, la privatización y la descentralización. Primaban los principios de mercado regulado, gerencia en salud, libre elección y control de costos.
- *Una visión crítica a las etapas anteriores*: etapa actual para algunos países de la región, en la que se analiza la ineficiencia de las reformas estructurales y se ha centrado el interés en estudios sobre la materia.

Interesa profundizar sobre la segunda etapa, atendiendo a algunas producciones intelectuales que se ubican en la tercera, en particular dar cuenta del espíritu de la época que reinaba cuando se impuso el modelo de salud actual, así como establecer cuáles son los posibles efectos de dicho momento. Para esto se revisaron algunas cuestiones sobre las reformas estructurales, las condiciones en las que se imponen dichas reformas en los países de la región y cómo dicha reforma se impulsa en Colombia.

1.5.1. Las reformas en América Latina y el Caribe

La década de los setenta fue determinante para atender la crisis del sector salud en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe y la declaración del Alma Ata es el mejor reflejo de ello: con fundamento en ésta se orientaron una serie de políticas garantistas por parte de los Estados de la región. La premisa de la salud para todos se tradujo en extensión de servicios, en los principios de solidaridad y universalidad, la

promoción de servicios y la participación comunitaria, dando origen a la llamada democratización en salud (Homedes y Ugalde, 2005).

Estos propósitos se vieron truncados por la emergencia del modelo biomédico en salud, así como por la crisis económica de los setenta. Esta crisis impacta en América Latina hasta los 80, elemento constitutivo de la crisis de la deuda. El obstáculo puesto a la democratización de la salud se consolidó con las políticas de reforma estructural impuestas por el Fondo Monetario internacional y el Banco Mundial que en realidad se observan hasta finales de los 80 y principios de los 90. Si bien, estas reformas fueron impulsadas a nivel mundial, “en Latinoamérica predominó la versión de la reforma que ponía el énfasis en la reestructuración de la organización y las finanzas del aparato institucional de ministerios y seguros de salud” (Granados, 2002: 23), dichas reformas suponían dos acciones concretas: la descentralización de las funciones del Estado a los gobiernos locales y el impulso a la privatización de los servicios de salud.

El predominio de políticas de corte neoliberal, permeó los sistemas de salud de la región,

“del proceso salud-enfermedad se mutiló toda la complejidad, de un lado del estado de salud de la población y, de otro, de la respuesta social frente a los problemas de salud de la población que se reduce a un ámbito institucional. Se planteó que el rol del Estado es subsidiario, que la responsabilidad fundamental de la salud, es del individuo y de la familia y que el Estado entra a actuar cuando el individuo y la familia no pueden responder” (Granados, 2002: 25).

Acompañadas de limitaciones en el rol del Estado, las reformas impusieron nuevas formas de relación entre el sector público y privado, en particular para el sector salud se impulsó “la integración de programas verticales a la entrega predominante; semi-autonomía hospitalaria; mayor diversidad en la financiación de servicios de salud; nuevos incentivos para los trabajadores de la salud, y orientación a los consumidores sobre suministro de servicios y participación comunitaria (Green y Collins, 2003 citados por Riutort y Cabarca, 2006: 23).

Siguiendo a Homedes y Ugalde (2006), dichas reformas se adoptaron en Colombia con la expedición de la ley 100 de 1993, se reformó el sistema de salud con un sentido de competencia regulada o pluralismo estructurado, se creó un fondo de solidaridad y un plan obligatorio de servicios. Basada en un sistema de aseguramiento dividido en tres regímenes, “la Ley 100 modificó el sistema de provisión de servicios de salud, cambiando el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, planteándose como meta para el año 2001 un aseguramiento de cobertura universal” (OPS, 2002: 8). Se buscaba la cobertura universal de la prestación de servicios a través de la descentralización del gasto y la competencia regulada entre aseguradores y prestadores en un sistema de seguridad social solidario (Sojo, 2000; Castaño *et al*, 2001 citados por Pérez, Bentacourt y Suárez, 2006). Sin embargo, la cobertura alcanzada al año 2002 estaba lejos de cumplir con la meta trazada, estando fuera del sistema cerca del 40% de la población nacional (Riutort y Cabarca, 2006: 30); siendo particularmente crítico el acceso para personas en condiciones de pobreza, al mismo año había más de 20 millones de personas que no consiguieron afiliación al sistema subsidiado, al cual se accede por asignación de cupos por parte del Estado, que rara vez responden a las necesidades de la población (Esteban, Amaro y Basallo, 2004).

El ambiente de la nueva constitución de 1991 era propicio para el impulso de la descentralización, así se devolvieron las instalaciones de salud, personal y responsabilidades a los 32 departamentos equivalentes a 1070 municipios. A estos últimos se les hace responsable de la prevención y la promoción en salud, de la administración del primer nivel de atención; a los primeros se les otorga el control sobre el nivel secundario y terciario de la atención en salud. Este proceso se llevó a cabo a través de la certificación de las entidades territoriales, de las cuales sólo 19 municipios al año 1994 habían logrado, y sólo un tercio del total hacia el año 1997 (Bossert, 2000).

1.5.2. Las particularidades de la estructura del sistema

De acuerdo con la Ley 100 de 1993, el Sistema de Salud colombiano se divide en tres regímenes:

a) El contributivo: personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago;

b) El subsidiado: personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por ser la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tiene particular importancia, por ejemplo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias²⁷, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, desempleados y en general personas sin capacidad de pago;

c) Los vinculados: son aquellas personas sin capacidad de pago, que mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

La prestación de los servicios se hace a través de Entidades Promotoras de Salud (EPS) o Administradoras del régimen subsidiado (ARS), las primeras son de carácter público y privado, administran servicios y contratan a los proveedores de servicios para los dos primeros regímenes. La prestación tiene lugar a través de instituciones prestadoras de salud, que ofrecen el denominado POS, que difiere para cada uno de los regímenes en los que se divide el sistema (Homedes y Ugalde, 2006).

²⁷ “Mujeres que prestan sus servicios al Estado cuidando niños y niñas que pertenecen a los niveles 1, 2 y 3 del Sisben, bajo la coordinación de una organización comunitaria. Su labor la adelanta bajo la supervisión del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (...) Por su actividad perciben una retribución económica” (Congreso de la República de Colombia, 2009: 1).

Con la reforma se hizo obligatorio el aseguramiento, se creó un fondo único al que confluyen todos los recursos (Fondo de Solidaridad y Garantía), se exigió un plan mínimo de beneficios (Plan Obligatorio de Salud) y se estableció el pago de los aseguradores *per capita* ajustado por riesgos (Unidad de Pago por Capitación). Con el nuevo sistema se separó la administración del aseguramiento de la prestación de servicios, y se esperó que las instituciones públicas y privadas confluyeran en un ambiente de competencia (OPS, 2006).

La regulación del sistema está al frente del actual Ministerio de la Protección Social, ente que define las políticas y emite las normas; la Superintendencia de Salud, que se encarga de la inspección y del control de los agentes que actúan en el sistema; y el Consejo Nacional de Salud, que define el contenido de los planes, cotizaciones y la distribución de recursos. Sin embargo, pese a la evidente separación de funciones, se han documentado problemas importantes en el control del sistema (Homedes y Ugalde, 2006).

1.5.3. Inequidades sostenidas en la estructura del Sistema de Salud Colombiano

Interesa resaltar algunas inequidades que se configuran con base a las características del Sistema de Salud Colombiana. Éste último ha sido concebido como “modelo” en la adopción de las medidas del Banco Mundial; sin embargo, varios autores coinciden en que es un sistema que sostiene serias inequidades. Para comprender mejor a qué se hace referencia, es importante definir la equidad en salud, la cual puede entenderse como,

“la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de salud a través de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente [y] *la inequidad* [como] las diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de salud a través de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (...) cuando se habla de equidad en relación con el estado de salud de una población, se trata de niveles de mortalidad y morbilidad que afectan a los grupos sociales de dicha población. Equidad en la entrega de servicios de salud se refiere a

niveles de acceso, utilización y financiación de servicios de salud, que afectan a los diferentes grupos sociales.” (Riutort y Cabarca, 2006: 25).

Desde esta perspectiva se pueden señalar diferentes inequidades en el acceso, la primera sustentada en la misma división del sistema en tres regímenes según la capacidad de pago, así como la subsiguiente diferenciación en la cantidad y calidad de servicios que cada régimen supone. “La división del sistema en regímenes es resultado de criterios que no dependen de las necesidades de la población sino más bien se basan en el estatus de ingreso o estatus laboral de las personas” (Riutort y Cabarca, 2006: 30).

Una aproximación a estas diferencias puede encontrarse en el análisis del comportamiento de las tutelas²⁸ contra los prestadores de servicios de salud. Según un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo (2007^b) sobre las tutelas interpuestas en el país en el período 2003-2005, “el indicador de número de tutelas por cada 10.000 afiliados es más bajo en las EPS que prestan servicios en el régimen subsidiado que en aquellas que lo prestan en el contributivo” (Defensorías del Pueblo 2007^b: 78). Según la región se estableció que “la falta de cobertura en el aseguramiento y lo limitado del POS subsidiado, hacen que el 14,6% de las tutelas en salud se instaure contra los entes territoriales (...) Antioquia origina más de la tercera parte de las tutelas en salud; le siguen Bogotá, Valle y Santander. En el caso de Antioquia, se invocan en promedio 47 tutelas por cada 10.000 habitantes, cada año” (Defensoría del Pueblo 2007^b: 77-78).

Si bien hay un paquete universal básico, los paquetes privados adicionales representan una diferencia en servicios. Estas diferencias pueden incrementar aún más la inequidad, al permitir la adquisición de paquetes adicionales privados por la población rica. Es más, se informa sobre barreras de acceso para la población pobre,

²⁸ La Acción de Tutela es un derecho fundamental consagrado en la constitución política de 1991, tiene por objeto reclamar la protección judicial inmediata de los derechos fundamentales. “Puede aplicarse cuando se amenaza un derecho fundamental, bien sea por parte de una autoridad pública o por parte de particulares. Además, la acción de tutela puede utilizarse como un mecanismo transitorio para evitar un daño irremediable sobre las personas” En: <http://www.lablaa.org/blaavirtual/ayudadetareas/poli/poli47.htm>. Revisado el 8 de abril de 2010.

debido a los altos co-pagos de esos servicios incluidos en sus paquetes (Mejía, Sánchez y Ramírez, 2007).

Estas inequidades no sólo se presentan entre los regímenes de afiliación, sino entre diferentes grupos poblacionales, respecto de los cuales se han identificado vulnerabilidades particulares, como en el caso de los habitantes de zonas rurales, las minorías étnicas, los jóvenes²⁹, y las mujeres (en particular aquellas en condiciones de pobreza y cabezas de familia). Dichas vulnerabilidades estarían siendo explicadas por su ubicación en zonas dispersas y de difícil acceso, en su incapacidad de sostener los copagos y costos de afiliación, la falta de adaptabilidad del sistema respecto a su cultura y lengua, por ejemplo (Echeverri, 2002).

“Desde esta perspectiva en las desigualdades socio sanitarias se reflejan la deuda social acumulada del desarrollo, de la orientación y de los resultados de las políticas sociales en Colombia (...) [dado que] la selección de la población pobre beneficiaria del régimen subsidiado no considera las reales cifras de pobreza del país; de acuerdo con la lógica de la focalización no todos los que allí están asegurados, deberían estar; y los vinculados cada vez son más numerosos y tienen menos posibilidades reales de aseguramiento” (Echeverri 2002: 87).

Se instauró un sistema de tipo individualista que “legaliza las desigualdades asociadas a la capacidad de pago de las personas, consolidándose desigualdades tradicionales y distanciando a algunos grupos poblacionales de una garantía plena, equitativa y universal del derecho a la salud” (Hernández 2002), se puede afirmar en términos generales que el Sistema de Salud Colombiana es considerado como un sistema que profundiza desigualdades.

²⁹ Estos niveles de vulnerabilidad podrían estar incrementándose cuando se trata de jóvenes desescolarizados, que no acceden a la educación superior, y no están empleados para ser afiliados en el sistema como trabajadores o como independiente, ya que la ley estipula que solo los Hijos de cualquiera de los cónyuges entre 18 y 25 años que sean estudiantes de dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado, están afiliados al sistema.

1.5.4. Acceso a la Salud Materna y mortalidad materna

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte de las mujeres colombianas³⁰; la falta de cuidado en el embarazo, parto y postparto, es ante todo una falla del Estado en la protección del Derechos a la Salud Materna, dentro de las barreras de acceso identificadas para el país se observa que incluyen: a) la distancia o falta de transporte, (cerca de un 80% de las mujeres vive a más de 5 kilómetros del hospital más cercano y deben sufragar altos costos en su movilización); b) muchas mujeres no cuentan con los ingresos para cubrir los copagos, los costos de elementos médicos e incluso el alimento o alojamiento de ellas y sus acompañantes en la ciudades donde está el centro de salud más cercano; c) la interacción con los proveedores: un trato poco acogedor y descuidado de las mujeres; d) factores culturales que sostienen prácticas de alejamiento de los sistema de salud (lanuzonva, 2004).

Las desigualdades y barreras son también visibles en el comportamiento diferenciado de la mortalidad materna por regiones,

“[Hacia el año 1999] las regiones que presentaron la tasa más alta de mortalidad materna fueron la Orinoquía y la Amazonía (141 por cien mil nacidos vivos), que comprenden las vastas planicies y zonas selváticas del suroriente, seguidas por las regiones Oriental y Pacífica con [razón de mortalidad materna] de 111 y 106 por cien mil nacidos vivos. Con valores por debajo del promedio nacional se encontraron las tres regiones restantes: Central, Atlántica y Bogotá. Según la división político administrativa por departamentos, un poco más de la tercera parte de ellos presentó niveles de mortalidad materna extremadamente altos frente al promedio del país” (Carrillo, 2007: 75)

³⁰ Existen problemas para la medición de la mortalidad materna en Colombia debido a problemas de cobertura y calidad de los registros de defunción, por lo que es difícil contar con una medida confiable de la mortalidad, se encontró que hacia el año 1990 se estimaba en 88 muertes materna por cada cien mil nacidos vivos; en 1997 de 60 por cada cien mil, un considerable mejoramiento estadísticas hacia 1998, modificó esta tendencia, así, se estimaba que fueron 100 muertes por cada cien mil nacidos vivos en 1997 y en el año 2000 se calculaban 99 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. (Núñez y González, 2006). De acuerdo con datos para América Latina al año 2000, Colombia estaría por debajo del patrón regional, según el cual hay 190 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos y el riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida es 1 en 160 (En Europa esta cifra era de 1 en 2400 mientras que en África de 1 en 20).(FNUAP, 2004)

Los avances en la atención materna no han tenido mayores progresos, pese al objetivo de universalización y pese a la reforma lo que se observa que todavía no es altamente satisfactoria la atención del parto, en la ENDS 2005, se observa que:

“El nivel de la atención por parte de médicos en el 2005 es igual a la observada en el año 2000 y la de las enfermeras aumentó en tres puntos porcentuales. Las parteras atendieron muy pocos embarazos (menos del 1%) y el 6% de las embarazadas no fue atendido por nadie. Para las cabeceras de los antiguos Territorios Nacionales se tiene información de la encuesta de 1990: en 15 años el porcentaje de atención médica en esa región pasó de 79 a 88 por ciento y el de atención de enfermera de menos del 1 por ciento al 6 por ciento; los embarazos sin atención bajaron de 20 a 6 por ciento.” (Profamilia, 2005: 197).

Se observa que algunas características de las mujeres como la ubicación rural, la afiliación al sistema o la edad, siguen siendo determinantes para un acceso diferenciado al acceso al derecho a la Salud Materna, las cifras estarían indicando que algunos grupos de mujeres están en desventaja en relación a otras y que dicha desventaja podría asociarse a las garantías de acceso a los servicios que se han mencionado anteriormente. Veremos que el reto fundamental será desentrañar si dichas desventajas están sostenidas en las diferencias sociodemográficas de las mujeres.

1.6. La medición de los derechos y el acceso

En este apartado se exponen elementos sobre las medidas usadas para verificar el cumplimiento de las obligaciones de acceso al derecho a la Salud Materna bajo los principios de igualdad y no discriminación. Esto supone revisar qué herramientas hay en el ámbito de las Naciones Unidas) y en el ámbito de la Organización de Estados Americanos, para la medición de esta obligación en concreto y con qué dificultades se enfrenta la medición. Posteriormente en el apartado metodológico, se establecerá una medida que permita analizar niveles de acceso al derecho a la Salud Materna y posibles desigualdades en el no acceso.

La tendencia en la medición ha sido la de dar cuenta de las acciones del Estado en virtud de los compromisos internacionales adquiridos y ratificados en leyes nacionales, así como de las inversiones, programas y metas alcanzadas. La atención se ha centrado en dar cuenta de la existencia de leyes, el número de programas diseñados, los porcentajes de cobertura de los programas, de número de afiliaciones, de porcentaje del PIB invertido en la materia, o del número de centros de salud y personal médico por número de personas (Ferrer, 2007).

Dichas evaluaciones han sido complementadas con mediciones propias del estudio la dinámica demográfica relativa a la fecundidad y la mortalidad; o con mediciones propiamente epidemiológicas preocupadas por los componentes biológicos de la salud sexual y reproductiva (prevalencia de ITS y VIH). En el caso de las primeras se trata medidas globales que dan cuenta del comportamiento general de las poblaciones o de grupos poblacionales, las segundas parten de una visión centrada en las dinámicas de la salud y la enfermedad. Ambas con avances significativos en su técnica y metodología han sido abanderadas en el seguimiento de la salud sexual y reproductiva (Defensoría del Pueblo, 2006^b). Estas tendencias podrían deberse a cuatro asuntos:

1) La autonomía que reconoce el derecho internacional de los derechos humanos a los Estados respecto a la adopción de los tratados internacionales y la libertad de adopción de recomendaciones internacionales como las consignadas en las Conferencias de población, “el número elevado de convenios de derechos humanos se constituye, (...) en elemento para la imprecisión de las obligaciones asumidas por los Estados Parte, facilita las lagunas, incoherencias y contradicciones, agravadas en algunas ocasiones por la aparición paralela de convenciones regionales en las mismas materias que las reguladas por convenciones específicas universales” (Rodríguez-Pinzón, 2003: 66);

2) Las dificultades de los Estados para traducir en su política nacional los más altos estándares que trazan los tratados internacionales a fin de superar la visión de la

oferta del servicio por la garantía del derecho, “los derechos humanos nos distancian del tradicional enfoque obsequioso de la caridad por el cual las personas son vistas como receptoras de la caridad hacia una situación de derechos humanos donde la gente es reconocida como titular de derechos humanos cuyos derechos básicos han sido violados” (Win, 2006: 65);

3) Las distancias entre las políticas diseñadas y las realidades de los sujetos, “es bien sabido que los tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos están llenos de jerga jurídica, un hecho que ha alienado a muchas personas. Si no se realizan esfuerzos significativos para que la gente se apropie realmente de los derechos humanos, se corre el riesgo de que se conviertan en un corpus muerto dentro del derecho internacional” (Win, 2006: 63);

4) La diversidad de los sujetos, de sus características particulares y de las libertades que los enviste de ejercer sus derechos. Todas las personas empiezan su vida con diferentes niveles de riqueza, de aprendizajes, en contextos sociales y naturales diferentes, así como con ofertas sociales disponibles diferentes (Sen, 1992), lo que dificulta no sólo el diseño de las políticas públicas con perspectiva de derechos, sino también su medición. Este es uno de los debates actuales en materia de políticas públicas, cómo atender demandas particulares con normas generales, por tanto cómo hacer seguimiento a particularidades con medidas globales.

Se observa que el seguimiento a los derechos humanos, y en particular a los derechos sexuales y reproductivos, se caracteriza por un análisis macro, desde el cual las realidades de grupos particulares o situaciones de especial vulnerabilidad pudieran ser insuficientes, así como podría ser insuficiente identificar si ha sido realmente efectivo el esfuerzo de los Estados en relación al acceso a cada derecho bajo los principios de igualdad y no discriminación (Green y Merrick, 2005). Como forma de superar estas dificultades tanto en el ámbito interamericano como en el universal, se han hechos esfuerzos por diseñar medidas que den cuenta de las obligaciones del Estado y de la salvaguarda de los principios de igualdad y no discriminación.

1.6.1. En el ámbito Universal

En el marco del trabajo de las Naciones Unidas (1999) se ha diseñado una batería de indicadores relativos a evaluación del programa de acción regional de Beijing. Dicho documento centra su atención en dos aspectos del programa: a) la necesidad de avanzar en el mejoramiento de la situación de las mujeres; b) los resultados que debían alcanzarse para lograr la equidad de género.

Resalta que los indicadores no pretenden describir un fenómeno, sino indicar y alertar sobre el sentido en el que evoluciona. Se debe destacar también la importancia de cinco principios en el diseño de los indicadores, tres orientados a la medición de las diferencias de género y dos a la comparabilidad periódica y entre países. Los indicadores fueron diseñados según la disponibilidad de información estadística de los países y según las 12 áreas priorizadas en Beijing. Algunos indicadores para hacer seguimiento a la Salud Materna son:

Cuadro 1. Resumen de indicadores de la Plataforma de Acción de Beijing - Naciones Unidas

| Área de trabajo | Indicador | Descripción y fuente de información |
|-----------------|--|---|
| Mujer y Salud | Porcentaje de partos atendidos por personal de salud idóneo. | Partos atendidos en los servicios de salud, dividido por el total de nacimientos registrados en las estadísticas vitales, por 100 |
| | Población con acceso a servicios de salud, por sexo. | Sin información en el documento consultado. |
| | Tasa de Mortalidad derivada de la maternidad | Número de muertes de madres por cada 1000 nacidos vivos, debido a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Información en estadísticas demográficas. |
| | Proporción de casos de VIH en embarazadas de 15 a 24 años de edad. | Número de casos de VIH en embarazadas de 15 a 24 años de edad registrados en un período (por ejemplo, el año), dividido por el total de embarazadas atendidas en el mismo período, por 100. |

Fuente: Elaboración propia, con información de (Gálvez 1999).

Igualmente la Asamblea General de las Naciones Unidas redactó las “Medidas para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo”, en las cuales se recomienda como acción necesaria, la de supervisar los progresos respecto a la reducción de la mortalidad materna, para lo cual se sugiere, “usar el porcentaje de partos asistidos por personas calificadas como

indicador de referencia (...) calcular los costos para la sociedad de las defunciones derivadas de la maternidad” (Naciones Unidas, 1999: 19).

El relator especial de la Comisión de Derechos Humanos sugirió hacia el año 2003 que los indicadores en salud debían hacer explícita su relación con las normas en derechos humanos así como lograr que los responsables en la materia hicieran la respectiva rendición de cuentas sobre los compromisos asumidos en el marco de dichas normas (Naciones Unidas, 2003).

Dos años después y producto de la cuarta reunión de los Comités, en el año 2005, se formulan algunas recomendaciones generales sobre la presentación de avances sobre los diversos instrumentos internacionales de DDHH. Se sugería ordenar la información por sexo y por edad (refiriéndose por lo menos a los niños y jóvenes menores de 18 años), permitir la comparación en el tiempo e indicar la fuente de los datos que deberían agruparse con otros criterios demográficos, por ejemplo grupos raciales, étnicos, indígenas, lingüísticos o religiosos, personas con discapacidades, minorías, desplazados internos y no ciudadanos (no nacionales), incluidos refugiados o migrantes (Naciones Unidas 2006^b: 11). En lo que a Salud Materna se refiere sólo se hace mención a su mejoramiento como uno de Objetivos de Desarrollo del Milenio³¹, documento en el cual se recomienda la medición de partos atendidos por profesional especializado y el seguimiento a la tasa de mortalidad materna.

Hacia el año 2006 la Asamblea “esboza un marco conceptual y metodológico para definir indicadores cuantitativos para la vigilancia del cumplimiento de los tratados internacionales de derechos humanos por los Estados Partes” (Naciones Unidas, 2006^a: 2). En dicho documento se reconoce que la demanda de indicadores responde a la necesidad de contar con instrumentos útiles para reforzar la rendición de

³¹ La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de Estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000. Los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), ocho objetivos que se intenta alcanzar para 2015, se basan directamente en las actividades y metas incluidas en la Declaración del Milenio. En: <http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>. Revisado el 15 de mayo de 2010.

cuentas, articular y presentar reclamaciones sobre las entidades encargadas y formular las políticas y programas públicos necesarios para facilitar la realización de los derechos humanos.

Siguiendo estos lineamientos, los indicadores en derechos humanos deben ofrecer información concreta sobre el estado de un acontecimiento, actividad o resultado, que pueden estar relacionadas con las normas de derechos humanos; abordar y reflejar las preocupaciones y principios en materia de derechos humanos y estar disponibles para evaluar y vigilar la promoción y protección de los derechos humanos.

Respecto a los indicadores asociados a la salud y la salud sexual y reproductiva fueron contruidos atendiendo lo estipulado en el artículo 12 del Pacto Internacional de DESC y los lineamientos de la Comisión DESC³² sobre la necesidad de asegurar el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Estos indicadores se clasifican en estructurales que indican la ratificación de los instrumentos internacionales; de proceso que relacionan la política de los Estados con hitos que se convierten en indicadores de resultados; estos últimos reflejan los logros y el estado de realización de un derecho. Algunos indicadores relacionados con el objeto de estudio son:

Cuadro 2. Resumen de indicadores de la Comisión del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

| ESTRUCTURALES | PROCESO | RESULTADO |
|--|---|------------------------------------|
| Vigencia y alcance de la política nacional sobre la Salud Materna y reproductiva | Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado | Tasa total de fecundidad y tasa de |

³² Refiere el artículo: “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.” En: <http://www.cinu.org.mx/onu/documents/pidesc.htm> Revisado el 8 de octubre de 2009.

| ESTRUCTURALES | PROCESO | RESULTADO |
|--|--|--|
| | Porcentaje de mujeres que reciben asistencia prenatal y posnatal Porcentaje de mujeres en edad de procrear que usan anticonceptivos o cuya pareja usa anticonceptivos | fecundidad de la población adolescente |
| Instrumentos internacionales de derechos humanos pertinentes al derecho a la salud ratificados por el Estado Vigencia y alcance de las leyes nacionales pertinentes a la aplicación del derecho a la salud. | Número de denuncias relativas al derecho a la salud recibidas, investigadas y resueltas por la institución nacional de derechos humanos, el <i>Ombudsman</i> de derechos humanos, una institución especializada y otros mecanismos administrativos (creados para proteger los intereses de grupos concretos de la población) en el período señalado. | Razón de mortalidad materna |

Fuente: Elaboración propia, con información de Naciones Unidas (2006)

Finalmente se identificó una batería de indicadores en la cual se consolidan las recomendaciones anteriores. Igualmente se definen tres dimensiones que deben incorporarse a los todos los indicadores en derechos humanos, a) el contexto sociopolítico: deben dar cuenta de las normas internacionales y nacionales asociadas a los derechos a medir; b) el contexto demográfico: deben dar cuenta de la situación del derecho en la población; y c) el contexto socioeconómico: deben dar cuenta de situaciones de discriminación respecto a variables demográficas, a nivel nacional y desagregadas (Ferrer 2007). Como parte de los servicios en salud sexual y productiva, se proponen los siguientes indicadores sobre Salud Materna:

Cuadro 3. Algunos indicadores sobre Salud Materna de la CEPAL

| Indicador | Definición /Meta | Categorías o valores | Desagregación, periodicidad y fuente |
|---|---|----------------------|---|
| Resultado: Porcentaje de atención Institucional prenatal | Porcentaje de mujeres que fueron atendidas al menos una vez durante su embarazo por personal calificado. Meta: Aumento progresivo respecto del año base. | Porcentaje | Desagregación: Nacional, urbano-rural, divisiones político administrativas o regiones sanitarias, grupos quinquenales de edad, étnicos y socioeconómicos. Periodicidad: Anual. Fuente: Encuestas DHS. |
| Resultados: Porcentaje de atención Institucional del parto | Porcentaje de partos atendidos por personal calificado o recintos de salud. Meta: Aumento progresivo respecto del año base. | Porcentaje | Desagregación: Nacional, urbano-rural, divisiones político administrativas o regiones sanitarias, grupos quinquenales de edad, étnicos y socioeconómicos. Periodicidad: Anual. Fuente: Encuestas DHS. |

Fuente: Elaboración propia, con información de (Ferrer, 2007: 43).

1.6.2. En el sistema Interamericano

Con la entrada en vigor del Protocolo de San Salvador en el año 1999, se establece la obligación de presentar informes periódicos sobre las medidas adoptadas por los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos, pero sólo hasta el año 2005 la Asamblea General traza las “Normas para la confección de los informes periódicos previstos en el artículo 19 del Protocolo de San Salvador”; sin embargo, dichas normas no establecen con claridad los criterios que deben seguirse para el diseño de los indicadores de progreso, es decir aquellos que permiten establecer las distancias entre la realidad y los estándares o metas deseadas (OEA, 2007).

En 2006 se desarrolla una propuesta metodológica de indicadores cuantitativos y señales de progreso cualitativas, clasificados en tres tipos: estructurales (sobre las medidas del Estado para implementar el Protocolo); de proceso (medición del alcance, cobertura y contenido de programas y proyectos); y de resultado (miden el impacto real de las estrategias y programas del Estado). Las funciones atribuidas a estos indicadores son la posibilidad de examinar situaciones generales, identificar eventuales retrocesos, identificar situaciones de grave afectación así como patrones o prácticas reiteradas en este sentido que pueden afectar a cierta población. En el mismo sentido el objetivo central es que estos indicadores permitan verificar el cumplimiento de obligaciones suscritas por un tratado internacional (OEA, 2007). Algunos ejemplos de estos indicadores se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 4. Resumen de indicadores cuantitativos y señales de progresos cualitativos

| ESTRUCTURALES | PROCESO | RESULTADO |
|---|---|--|
| Recepción del derecho Ratificación o no de CEDAW y su protocolo facultativo | Porcentaje estimado de nacimientos, defunciones y matrimonios inscritos mediante el registro civil. | Tasa de fecundidad Esperanza de vida por zonas geográficas de un país Tasa de mortalidad por sexo y grupos de edad |
| Capacidades estatales Existencia de documentos oficiales en los que se reconozca el concepto básico de atención primaria en salud. | | Número de afiliados a planes de seguro de salud en calidad de cotizantes o beneficiados |
| Contexto financiero básico Fuentes de financiación del sector salud | Distribución del gasto en salud por zonas geográficas. | Cantidad de partos atendidos por profesionales Porcentaje de mujeres en edad |

| ESTRUCTURALES | PROCESO | RESULTADO |
|---|--|--|
| | | reproductiva con anemia |
| Igualdad Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Instrumentos jurídicos y alcance. | Existencia e implementación de un programa de salud sexual y reproductiva. Alcances y coberturas | Tasa de mortalidad perinatal Tasa de mortalidad materna |

Fuente: Elaboración propia, con información de OEA (2007)

Dado que el enfoque priorizado en la realización de informes ha sido reportar avances respecto a los compromisos internacionales en términos de leyes nacionales, asignaciones presupuestales y diseños de programas, se observa que gran parte de estos indicadores busca dar cuenta de la gestión del Estado y de la operación general del sistema de salud (médicos, camas y hospitales especializados disponibles). Igualmente se observa que se reporta el porcentaje de mujeres que accedieron a uno u otro servicio, por ejemplo, a la citología o la atención prenatal y postparto, o aquellas que están afiliadas al sistema de salud, pero en ningún caso de los indicadores revisados se establece un nivel de acceso a los servicios que las normas nacionales estipulan como obligatorias en la atención.

En relación a los indicadores propuestos como indicadores de resultado y de procesos, vemos que la perspectiva de derechos estaría considerándose en la medida en la que se sugiere a los Estados suficientes niveles de desagregación para dar cuenta de poblaciones especialmente vulnerables, como mujeres jóvenes, indígenas, con discapacidad, entre otros, igualmente cuando se relaciona el indicador con el derecho o campo de observación que implica la conferencia internacional respecto de la cual se rinde el informe.

Finalmente, llama la atención que en la mayoría de los casos son coincidentes los indicadores propuestos en los campos de proceso y de resultados; asimismo, que los indicadores propuestos permitirían hacer una descripción del estado de un derecho que ha sido vulnerado o en riesgo de vulneración, y sobre algunas medidas que se toman para reducir dicha vulneración, mas no de los niveles de ejercicio o protección

de los derechos. Los documentos revisados dan cuenta también de las dificultades que existen para entender las razones por las cuales las mujeres no estarían accediendo a ciertos servicios, lo que limita las posibilidades de análisis sobre las barreras de acceso que podrían estar enfrentado.

Lo que sigue es la presentación de la metodología usada en esta investigación, las variables que han sido consideradas en la medición y la técnica estadística que permite analizar las diferencias en el acceso y el no acceso al derecho a la Salud Materna según características sociodemográficas. También se señala cómo los procedimientos e índices utilizados en este trabajo podrían estar ofreciendo una alternativa complementaria a las mediciones tradicionales señaladas en este apartado.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Una vez expuestos los elementos conceptuales así como la delimitación del objeto de estudio, se presentan los objetivos trazados en este trabajo, las hipótesis que se sostienen, las unidades de análisis y las características de la fuente de información utilizada. Interesa en este apartado describir las variables que serán usadas así como el tratamiento que se ha dado a cada una de ellas, los índices que han sido construidos para el análisis y el modelo estadístico usado para dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los niveles de acceso al derecho a la Salud Materna de mujeres colombianas embarazadas o que han sido madres, que se identifican a partir de sus diferencias sociodemográficas?

2.1. Objetivos

Objetivo general

Analizar las diferencias en el acceso a los servicios e información relativos al derecho a la Salud Materna que existen entre las mujeres colombianas embarazadas al momento de la ENDS 2005 o que han tenido hijos cinco años antes de la aplicación de la encuesta.

Objetivos específicos

Analizar el marco normativo que define las obligaciones de acceso del Estado colombiano respecto al acceso al derecho a la Salud Materna.

Identificar aquellos indicadores que con base a la ENDS 2005 se pueden construir para medir el nivel de acceso al derecho a la Salud Materna.

Analizar las diferencias respecto al acceso a los servicios e información relativos al derecho a la Salud Materna entre mujeres colombianas con diferentes características sociodemográficas según información de la ENDS 2005.

2.2. Hipótesis

Existen diferentes niveles de acceso a los servicios del derecho a la Salud Materna de las mujeres, según la ubicación geográfica y la edad.

Las regiones Pacífica y Atlántica son las de mayor desventaja.

Las mujeres de 13 a 19 años presentan menores niveles de acceso a los servicios.

Las mujeres del nivel socioeconómico bajo presentan menores niveles de acceso que aquellas de otros niveles socioeconómicos.

Las mujeres de menor nivel de escolaridad están por debajo de los niveles de acceso que aquellas mujeres que tienen un nivel o más de años de escolaridad.

2.3. Unidades de Análisis

Son grupos de interés para esta investigación aquellas mujeres según información de su último hijo nacido vivo cinco años antes de la aplicación de la ENDS 2005 (mujeres que serán denominadas también como madres) y aquellas mujeres que estaban embarazadas al momento de la encuesta.

2.4. Fuente de Información

La Encuesta de Demografía y Salud es “un estudio epidemiológico, de carácter descriptivo cuantitativo, cuyo alcance consiste en identificar los problemas y características, además de describir situaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva en Colombia, sus regiones, subregiones y departamentos” (Profamilia, 2005: 3).

La ENDS 2005 tiene una cobertura nacional con representatividad urbana y rural, contiene información de hogares e individuos, sobre los segundos se trata de “mujeres en edad fértil (13 a 49 años), su esposo o compañero, si lo tiene, y los hijos menores de cinco años” (Profamilia 2005: 4). Se entrevistaron 37,211 hogares; y de las mujeres de 13 a 49 años se entrevistaron 41,344 mujeres.

La muestra es una ampliación de la muestra maestra de población colombiana, hecha por Profamilia utilizando como marco muestral el Censo de 1985, es probabilística, estratificada, por conglomerados y multietápica de la población civil, no institucional, del conjunto del país. Está conformada por 3,935 segmentos que se distribuyen en 200 municipios seleccionados de forma probabilística del total de los municipios del país. Para la selección de la muestra de la ENDS 2005 se dividió el país en 6 regiones¹: Atlántica, Oriental, Bogotá, Pacífica, Amazonía y Orinoquía y 16 subregiones (Profamilia, 2005).

La información de la encuesta se recolectó a través de cuatro cuestionarios de los cuales interesan algunas preguntas del cuestionario individual, el cual fue “aplicado a todas las mujeres en edad fértil (13 a 49 años) encontradas en los hogares, abarca los

¹ “Las grandes regiones geográficas del país siguen patrones culturales y comparten condiciones socioeconómicas y demográficas bastante similares, con variaciones urbanas y rurales alrededor de los grandes centros metropolitanos. La subdivisión de cada región en subregiones, para efectos muestrales, sigue una continuidad geográfica y, de nuevo, resultan muy similares en sus comportamientos demográficos y sociales. Dentro de los cuadros de resultados se decidió incluir a Bogotá entre las regiones Oriental (de la que hace parte) y Central (con la que comparte el mayor desarrollo económico) y mostrar como sexta región la de los departamentos más orientales del país, creados en 1991, anteriormente denominados Territorios Nacionales y ahora Orinoquía-Amazónica” (Profamilia 2005).

siguiente temas: antecedentes de la entrevistada, historia reproductiva de la mujer, anticoncepción, atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, lactancia materna, inmunización de los niños, higiene para los nacimientos desde enero del 2000, nupcialidad; características de la pareja; VIH/SIDA; violencia intrafamiliar” (Profamilia 2005: 4). Se usó información de los siguientes apartados:

- Identificación de la mujer a través de datos sociodemográficos;
- 1ª Sección: antecedentes de la entrevistada;
- 2ª Sección: Reproducción;
- 4ª Sección: Embarazo parto y puerperio.

2.5. La pertinencia de la información de la ENDS 2005 en el estudio del Derecho a la Salud Materna

La ENDS 2005 es la cuarta de una serie de encuestas que han sido aplicadas con una periodicidad de 5 años en Colombia, para estudiar temas asociados a la salud sexual y reproductiva. El estudio reconoce estos temas como “procesos integrales de atención para grandes grupos de la población, con un enfoque social y de desarrollo humano, transformándose en una de las especialidades más importantes de la salud pública” (Profamilia 2005: 1).

Igualmente en el informe final de la ENDS 2005, se reconoce que tanto la salud sexual como la salud reproductiva son derechos que debe ser promovidos por planes de acción en campos como “la educación sexual, la atención perinatal (prenatal, parto y postparto), la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, cáncer ginecológico y de próstata, acciones para disminuir la mortalidad materna, acciones para favorecer un climaterio adecuado, violencia intrafamiliar y desarrollo de todos los procesos educativos necesarios para una óptima salud reproductiva” (Profamilia 2005: 2).

La revisión de los cuestionarios, el informe final y la base de datos de la encuesta permitió identificar que se recolectó información sobre los temas de interés para este estudio, aunque no con la amplitud y profundidad necesarios. La definición del acceso al derecho a la Salud Materna ha sido construida para esta investigación en virtud de la disponibilidad de información de la ENDS 2005.

La información de la encuesta fue útil en la construcción de dos índices:

a) *Índice de Acceso al Derecho a la Salud Materna (IASM)*: calculado como el promedio del número de servicios recibidos sobre el total de los servicios asociados al derecho a la Salud Materna, es una medida que aplica para aquellas mujeres que reportaron control prenatal y atención institucional del parto y postparto; este índice es interpretado como nivel de acceso al derecho y fue calculado con la información disponible para las madres.

b) *Índice de Barreras de Acceso al Derecho a la Salud Materna (IBADSM)*: fue calculado como un promedio del número de razones de no acceso al control prenatal y atención institucional del parto y postparto reportadas por las madres y el total de razones de no acceso. Este índice se calcula con la información de aquellas madres que declararon no acceder a ninguno de los servicios anotados.

Se observó que la información consignada en el ENDS 2005 requería recodificaciones, razón por la cual a continuación se presentan las variables construidas para el cálculo de los índices señalados. Igualmente se presenta el tratamiento dado a la información disponible para aquellas mujeres que estaban embarazadas al momento de la encuesta.

2.5.1. Del Acceso a la Salud Materna

Las variables consideradas para el cálculo del índice de acceso se presentan agrupadas en las dos dimensiones del derecho a la Salud Materna: el control prenatal y el parto y

postparto institucionales, en el caso dichas variables son clasificadas en servicios e información, en el segundo se trata sólo de servicios.

En cada caso se ha construido una variable con el nombre del servicio de interés, de valor inicial cero o uno, el valor final de las variables resulta de:

- a) La suma de los subservicios asociados: en caso de reportar recepción del servicio en los términos señalados en la Norma Técnica colombiana, se asigna un punto, en caso contrario se asigna cero;
- b) El valor asignado a la recodificación de la variable original.

2.5.1.1. Servicios mínimos del Control Prenatal

- Primer control prenatal atendido por profesional: se asignó un punto a la mujer que refirió recibir el control prenatal por parte de médico, cero cuando el control lo realiza otro agente; este servicio lo recibieron 86 de cada 100 mujeres.
- Pago: los servicios asociados a la Salud Materna están exentos de pago, por ello se construyó una variable de valor inicial uno, que toma valor cero cuando la mujer ha pagado total o parcialmente el control prenatal; 87% de las mujeres se vieron beneficiadas por la gratuidad del servicio.
- Exámenes físicos: corresponde a la suma de los puntos asignados por medición del peso, la altura uterina y la toma de tensión. La mayoría de las mujeres (91%) recibió los tres exámenes.
- Exámenes paraclínicos: por cada examen realizado (pruebas de sangre, orina y prueba de VIH) se asigna un punto. Así el valor final es la suma de los tres exámenes, este servicio fue recibido sólo por 31% de las mujeres.
- La receta de micronutrientes: su valor varía en función de los micronutrientes declarados por la mujer. Los micronutrientes considerados fueron: sulfato ferroso, ácido fólico, calcio; 30% de las mujeres recibieron los tres.

- Administración del toxoide tetánico: dado que su evaluación depende del cuadro de vacunación previo al embarazo este es un servicio respecto del cual hay dificultades en su medición. Por ello, los valores asignado, tienen como punto de partida una nueva variable de valor uno, que toma valor cero cuando la mujer reporta no haber recibido una dosis de la vacuna y reporta no haber asistido a por lo menos un control prenatal, 89 de cada 100 mujeres recibieron este servicio.
- Trimestre de embarazo del primer control prenatal: toma valor cero cuando la mujer reporta haber recibido el control después del tercer mes de embarazo y uno cuando el control tuvo lugar en el primer trimestre, 74% de las mujeres recibieron el control prenatal en el primer trimestre de embarazo.
- Controles mensuales hasta la semana 36 (9 controles): se decidió asignar un valor de uno para mujeres que recibieron 9 o más controles prenatales, cero para aquellas que refieren menos controles. Se observa que 18 de cada 100 mujeres recibieron el total de controles².

2.5.1.2. Información mínima del control prenatal

- Conocer qué complicaciones se presentan: toma valor uno cuando las mujeres reportan haber recibido información sobre las complicaciones en el embarazo, cero cuando las mujeres responde no o no sabe. Se encontró que 59% de las mujeres reportó recibir información sobre las complicaciones.
- Conocer qué hacer en caso de presentar complicaciones: toma valor uno cuando las mujeres reportan haber sido informadas del lugar al cual podían acudir en caso de complicaciones en el embarazo, cero cuando las mujeres responde no o no sabe. Sólo la mitad de las mujeres (49 de cada 100 mujeres) sabía qué hacer en caso de presentarse complicaciones.

² Esto tal vez se debe a la percepción de algunas mujeres de no requerir el servicio, a embarazos de bajo riesgo o a la no remisión a consultas de control, desafortunadamente la información disponible no permite descifrar el motivo o las razones.

2.5.1.3. Servicios de la atención del parto y postparto

- El parto institucional: toma valor uno cuando la mujer reporta haber tenido el parto en una clínica, hospital, centro de salud público, EPS/ARS, o médico privado. Aunque se asumen estos valores³. La mayoría de las mujeres (91%) tuvo parto institucional.
- El parto atendido por un médico: siguiendo la norma técnica se asume como máximo nivel de garantía la atención del parto por un médico, así la variable asume valor uno en este caso y cero cuando las mujeres reportan haber recibido atención por parte de otras personas (enfermeras, parteras, familiares y conocidos)⁴. Se encontró que 89% de los casos fueron partos atendidos por médico.
- Control postparto dentro de los 7 días después del parto: el tiempo de control se recolectó preguntando cuántos días o cuántas semanas después del parto se hizo el control. Se asignó un valor de uno a las mujeres que respondieron entre 1 y 7 días o una semana después del parto, cualquier cantidad superior a estas dos unidades de tiempo, toma el valor de cero pues supera la cantidad aceptable según la norma técnica. Sólo un 4% recibió el control prenatal en el lapso estipulado en la Norma.
- Atención de postparto por médico: toma valor uno cuando la mujer refirió haber recibido atención postparto por parte de un médico cero en cualquier otro caso. Se encontró que 58% de las mujeres recibió atención médica en el control postparto.
- Pago Parto: el no pago del parto se asume como máximo nivel de acceso, así la variable toma valor uno cuando no pago nada, y cero cuando pagó total o

³ Se reconoce que en casos como el parto en el hogar o en otros lugares pudo deberse a situaciones de parto inminente mas no a falta de acceso, pero como no se cuenta con información sobre el mismo se asume el estándar de la norma.

⁴ Existe una limitación respecto a considerar condiciones culturales, pues la encuesta no recolecta información sobre la misma, por lo tanto no se analiza qué motiva la atención de parteras o familiares, por qué no es aceptable la atención médica o qué tradiciones explican no recurrir a personal médico.

parcialmente el parto. Se identificó que 68 de cada 100 mujeres se benefició de la atención del parto gratuito, el restante asumió el costo total o parcial.

- *Pago control postparto*: el no pago del control postparto se asume como máximo nivel de acceso, así la variable toma valor uno cuando no pagó nada y cero cuando pago total o parcialmente el control postparto. 56 de cada 100 mujeres se beneficiaron de la gratuidad del control postparto.

Con estas variables se construyó el índice de acceso a la Salud Materna (IASM), el cual toma valores entre 0 y 1, su valor máximo estará indicando pleno acceso a los servicios e información relacionados con el control prenatal y la atención institucional del parto y el postparto, el lector deberá recordar aquí la restricción de información de la ENDS 2005 respecto a todas las dimensiones del derecho estudiado.

Ecuación 1. Índice de Acceso a la Salud Materna (IASM)

$$IASM = \left(\frac{\text{serv. e info. del control prenatal} + \text{serv. de la atención del parto y postparto}}{\text{total de servicios del derecho a la salud materna}} \right)$$

En este orden de ideas, el valor máximo del IASM estará indicando que las madres recibieron el control prenatal y la atención institucional del parto y postparto oportuno, fueron beneficiadas por los servicios e información mínimos necesarios para el desarrollo de un embarazo normal, así como tuvieron parto institucional atendido por médico, postparto atendido por profesional siete días después del parto y cubiertos los costos de los servicios.

La ENDS 2005 no permitió establecer conclusiones o análisis sobre la calidad, oportunidad o intercambio de información que ha recibido la mujer; por ello, el índice no permite conclusiones en este sentido, aunque si permitió establecer el porcentaje de mujeres que no accedieron al control prenatal, se trataría de aquellas mujeres en nivel cero, respecto de las cuales se hizo un análisis particular, con la intención de hacer una aproximación al análisis sobre la no accesibilidad según razones de no acceso reportadas por las mujeres embarazadas.

2.5.2. Índice de Barreras de Acceso al Derecho a la Salud Materna (IBADSM)

La ENDS 2005 recolectó información sobre las razones de no acceso al control prenatal y al parto y postparto institucional, reportadas por aquellas mujeres que están en el nivel cero en el IASM y que respondiendo a las preguntas: ¿Por qué no fueron al control prenatal? ¿Por qué no recibió atención del parto? y ¿Por qué no fueron al control postparto? Se probaron cuatro formas para la construcción de un índice que cuantificara el no acceso, buscando una medición para dar cuenta de la gravedad de los motivos, a continuación se presenta la medida que será usada.

Se decidió la creación de un índice con las razones⁵ del no control prenatal, la no atención institucional del parto y el control postparto. Se identificó que por esta vía se valoran igual todas las razones con el mismo peso lo que entraña dificultades de interpretación en términos de accesibilidad como se muestra en el capítulo de análisis descriptivo.

Los resultados del índice podrían ser interpretados como barreras para el acceso, esta medida considera cualquier razón de no acceso como importante, la simplicidad de la medida y su fácil interpretación fueron las razones por la cuales se optó por esta forma de cuantificar el acceso. La expresión final de índice es:

Ecuación 2. Índice de No Acceso a la Salud Materna.

$$IBADSM = \left(\frac{\text{suma de razones reportadas}}{\text{total de razones de la ENDS 2005}} \right)$$

La interpretación de la no accesibilidad por razones económicas, de distancia o de información, queda encubierta por efecto del promedio simple sin ponderación,

⁵ Las opciones de respuesta en el ENDS 2005: Muy costoso; Muchos trámites en la EPS/ARS; Los horarios de atención son inconvenientes; No confía en la médicos, Ha sido Maltratada por el personal médico; No hay confidencialidad de la información en la consulta, Demora en la asignación de cita; Muy lejos, No conocía que tenía derecho al servicio; Por razones de seguridad, Cree que no necesita el control; Su pareja no la deja; Otras. En caso de reportar una razón se asigna uno y cero en caso contrario.

esto como se indica en los resultados, se intentó contrarrestar reportando los porcentajes de mujeres que mencionan dichas razones.

2.5.3. Sobre las mujeres embarazadas al momento de la Encuesta

Se intentó hacer uso de la información disponible para las mujeres embarazadas, sin embargo no se puede realizar un análisis análogo al expuesto anteriormente. La encuesta no indaga por las mismas dimensiones con las cuales se han construido el IASM, así mismo el número de mujeres es insuficiente para usar el modelo estadístico que hemos escogido. La falta de información y la insuficiencia de casos llevaron a hacer uso del análisis descriptivo de un Índice de Acceso al Control Prenatal (IACP), que ha sido incluido en aras de sacar provecho máximo a la información disponible. El índice resulta de un promedio simple de las siguientes variables:

- *El acceso al control:* vale uno cuando la mujer reporta acceder a control prenatal, vale cero si la mujer refiere no recibirlo, 75 de cada 100 mujeres embarazadas al momento de la encuesta accedieron al control prenatal.
- *El pago del servicio:* considerando que la ley estipula gratuidad para los servicios asociados a salud materna, se asigna valor cero para aquellas mujeres que reportan pago total o parcial del control y uno para aquellas que no pagaron. De las mujeres embarazadas al momento de la encuesta 85% fue atendida sin costos.
- *El acceso al primer control en el primer trimestre de embarazo:* esta variable resulta del cruce del mes de embarazo de la mujer y el mes en el que ha recibido el control. Si la mujeres refieren recepción del servicio en el primer trimestre, se asigna un valor de uno, de lo contrario el valor es cero. Sólo 15 de cada 100 había recibido el control oportunamente.

El valor final del índice de acceso al control prenatal para mujeres embarazadas al momento de la encuesta resulta de:

Ecuación 3. Índice de Acceso al control Prenatal

$$IACP = \left(\frac{\text{acces} + \text{conpre} + \text{contrpre}}{\text{total de servicios}} \right)$$

El valor de este índice de acceso al control prenatal (IACP) oscilará entre 0 y 1, éste último indica el nivel máximo de acceso, es decir, *acceso al control prenatal sin pago durante el primer trimestre de embarazo*. Cualquier valor es menor a 1 evidencia falla de oportunidad, de costo o de acceso al control prenatal. En relación a las razones de no acceso se procedió con el cálculo de un promedio simple de las razones reportadas por las mujeres al momento de la encuesta. El análisis de estos índices, tanto del acceso como del no acceso, no pueden ser más que descritos en términos de distribución porcentual como se verá en la sección de resultados.

2.6. Variables sociodemográficas: una aproximación al análisis de la igualdad y no discriminación

Como se señaló en el capítulo del Sistema de Salud Colombiano, algunas de las características de la población se constituyen en factores de vulnerabilidad. Se mencionaron las relativas al nivel socioeconómico, la edad, la ubicación geográfica y la etnia, todas excepto la última, son incluidas como variables independientes en el modelo estadístico pues la ENDS 2005 no ofrece información al respecto.

En lo que a las variables sociodemográficas se refiere, la ENDS ofrece información sobre las siguientes características:

- Edad en grupos quinquenales: para los dos grupos de mujeres 13 a 49 años.

- Estado Civil: mujeres nunca unidas, unidas al momento de la encuesta y exunidas, sin importar el estatus legal de la unión.
- Tipo de lugar de residencia: agrupado en rural o urbano, según la ENDS 2005, se utiliza el término urbano para el caso de las cabeceras municipales; rurales para el resto del municipio.
- Máximo nivel de escolaridad: Se mide en términos de haber cursado al menos un año de educación al momento de la encuesta, en cada uno de los siguientes nivel de formación: i) sin educación: mujeres que no ingresaron al sistema; ii) primaria: haber cursado entre 1 y 5 grados de formación básica primaria; iii) secundaria: haber cursado entre 1 y 6 grados de formación secundaria; y iv) superior que incluye por lo menos un año formación profesional o técnica.
- Región de residencia: corresponde a las 5 regiones que agrupan al total de departamentos del país Atlántica, Oriental, Pacífica, Amazonía, Territorios Nacionales, Orinoquía y una región que representa la capital Bogotá.
- Nivel Socioeconómico⁶: dividido en Muy Pobre, Pobre, Medio, Rico y Muy Rico. Esta clasificación fue construida según un índice de riqueza definido como activos de riqueza, en vez de ingresos o consumo. Con la información sobre la vivienda y la posesión de bienes de consumo duradero⁷, se asignan valores al hogar derivados de la aplicación de la técnica de componentes principales, así son creados “quintiles poblacionales de "bienestar" o de "riqueza", es decir, cinco grupos con el mismo número de personas en cada uno” (Profamilia, 2005: 35).

⁶ “La riqueza se presenta más en la zona urbana, en Bogotá y en la región Central, mientras los niveles de mayor pobreza (quintiles más bajo y bajo) pertenecen a la zona rural, a las regiones Atlántica, Pacífica y Oriental” (Profamilia, 2005: 36).

⁷ “Los bienes de consumo duradero y las características de las viviendas que se utilizaron para la división de la población de los hogares en quintiles de "bienestar" o "riqueza": si el hogar tiene servicio doméstico, si son trabajadores agrícolas, el tipo de agua para beber, la clase de sanitario, si no es sanitario compartido, el tipo de combustible utilizado para cocinar, el tipo de material de los pisos, el número de miembros del hogar por cuartos para dormir” (Profamilia, 2005: 36).

Se han incluido el estado civil y el nivel de escolaridad, pues es posible que estas variables se asocien a ciertos niveles de vulnerabilidad, en el primer caso posiblemente asociadas con una afiliación al sistema diferenciada entre unidas y nunca unidas o exunidas; en el segundo posiblemente relacionado con conocimientos e información diferenciados según nivel escolar.

2.7. Análisis de clasificación Múltiple (ACM)

Se ha elegido la técnica estadística de Análisis de Clasificación Múltiple (ACM), ya que permite mirar efectos separados y conjuntos de las variables independientes; hacer un análisis de las diferencias respecto a una media global de la variable dependiente; y por la fácil interpretación de los resultados obtenidos con los paquetes estadísticos.

El ACM consiste en una técnica que examina las relaciones entre varias variables independientes y una variable dependiente en el contexto de un modelo aditivo. A diferencia de otras técnicas multivariadas, permite usar variables predictoras categóricas para determinar la relación de cada una de las categorías de éstas con la variable dependiente, controlando y sin controlar los efectos de las demás categorías (Adrews, Morgan *et al*, 1967). Con lo cual es posible ver la contribución de cada uno de las variables independientes en la explicación de los efectos sobre la variable dependiente (Gallardo y Jiménez 1997). Algunos de los objetivos del modelo son: conocer que tan bien explican la variación de la variable dependiente cada predictor, individualmente y en conjunto; y conocer que tan significativa es una variable independiente en la explicación de la varianza de la variable dependiente (Adrews, Morgan *et al*, 1967).

El modelo permite la inclusión de variables que controlan los efectos de las variables independientes, se trata de variables que podrían estar causando distorsiones en los resultados y que al ser incluidas ofrecen resultados más cercanos a la realidad (Retherford y Choe 1993).

2.7.1. Tabla ANOVA del Análisis de Clasificación Múltiple (ACM)

Usando el programa SPSS se obtiene una tabla ANOVA similar a la de regresión logística, que permite ver la significancia de cada variable en el modelo, así como la significancia global del mismo.

Se cuenta además con una tabla ACM, con información sobre las variables independientes ajustadas y no ajustadas y las desviaciones de estas respecto a la media global de la variable dependiente, siguiendo a De la Puente (1993) esta información es:

Para cada categoría de cada variable:

- La desviación no ajustada de la media de la categoría sobre la media total;
- La desviación de la media de la categoría sobre la media total, pero ajustada por los otros factores;
- La desviación de la media de la categoría sobre la media total, ajustada por los otros factores y las covarianzas.

Para cada variable:

- El coeficiente de correlación *eta*, el cual indica la proporción de la varianza “explicada” por todas las categorías de las variables independientes;
- Un coeficiente *beta* parcial que incluye las covarianzas de los factores, “es equivalente al coeficiente de regresión estandarizado obtenido al asignar las desviaciones brutas a cada categoría y ajustando una curva de regresión a la variable dependiente” (Echarri 2003: 230).

Igualmente los resultados del modelo ofrecen una R múltiple y una R múltiple al cuadrado, la cual señala la proporción de varianza de la variable dependiente “explicada” por las variables independientes y sus categorías. Como se mencionó anteriormente, el objetivo de este trabajo es analizar las diferencias en el acceso respecto a las características sociodemográficas de las mujeres, siguiendo dicho objetivo las variables incluidas en el modelo para dicho fin son:

Cuadro 5. Variables para la aplicación del Análisis de Clasificación Múltiple

| | |
|---------------------------------|--|
| Variables dependientes | Índice de Acceso a la Salud Materna (IASM) (0 - 1) |
| | Índice de Barreras de Acceso al Derecho a la Salud Materna (IBADSM) (0-0.25) |
| Variables Independientes | Nivel Socioeconómico: Muy pobre, Pobre, Medio, Rico, Muy rico |
| | Región: Atlántica, Oriental, Central, Pacífica, Bogotá y Territorios Nacionales |
| | Edad: 13-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-49. |
| | Estado Civil: Nunca Unida, Unida y Exunida. |
| | Tipo de región de residencia: urbano y rural. |
| | Máximo Nivel escolaridad: sin Educación, Primaria, Secundaria, Superior |
| Variable de control | La variable de control usada en este caso es el número de hijos, pues se considera que aquellas mujeres que han tenido menos hijos, al tener más experiencia en el desarrollo del embarazo y el parto, se podrían considerar menos necesitadas de atención médica, generando menor acceso. |

Elaboración propia.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO¹

En este apartado el lector encontrará un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de las unidades de análisis y del total de mujeres, así como de los Índices De Acceso y de Barreras de Acceso al derecho a la Salud Materna y una descripción de la distribución porcentual de éstas en los índices de acceso y de no acceso al control prenatal.

Cuadro 6. Colombia 2005: Distribución porcentual de las mujeres según características sociodemográficas

| | Todas las mujeres | Mujeres Embarazadas | Mujeres ² Madres |
|------------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------|
| Índice de riqueza | | | |
| Muy pobre | 15.3 | 23.2 | 21.4 |
| Pobre | 19.3 | 24.1 | 24.1 |
| Medio | 20.9 | 22.6 | 22.3 |
| Rico | 22 | 16.4 | 18.2 |
| Muy rico | 22.5 | 13.7 | 14.1 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Región | | | |
| Atlántica | 21.2 | 25.3 | 22.7 |
| Oriental | 17.2 | 19.1 | 18.6 |
| Central | 25.4 | 21.2 | 23.6 |
| Pacífica | 17.7 | 16 | 17.4 |
| Bogotá | 17.3 | 17 | 16.4 |
| Territorios Nacionales | 1.3 | 1.4 | 1.4 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Edad en grupos quinquenales | | | |
| 13-19 | 23.9 | 24.7 | 10.2 |
| 20-24 | 15.3 | 30.2 | 26.9 |
| 25-29 | 13.7 | 20.3 | 24.9 |
| 30-34 | 12.4 | 14.6 | 18.5 |
| 35-39 | 12.6 | 8.7 | 12.9 |
| 40-49 | 22.1 | 1.4 | 6.5 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

¹ El procesamiento de los datos se hace con el ponderador reescalado sugerido por Profamilia.

² Según información para su último hijo nacido vivo en el período 1999-2005.

| | Todas las mujeres | Mujeres Embarazadas | Mujeres ² Madres |
|-------------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------|
| Estado Civil | | | |
| Nunca Unida | 37.6 | 18.2 | 12.2 |
| Unida | 47.9 | 73.6 | 72.8 |
| Exunida | 14.5 | 8.1 | 1.5 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Tipo de región de residencia | | | |
| Urbano | 77.3 | 69.8 | 71.6 |
| Rural | 22.7 | 30.2 | 28.4 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Máximo nivel de escolaridad | | | |
| Sin Educación | 2.6 | 3.5 | 3.2 |
| Primaria | 26.7 | 28.8 | 31 |
| Secundaria | 52.6 | 51.9 | 51.5 |
| Superior | 18.1 | 15.8 | 14.4 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDS 2005.

De acuerdo con la información del cuadro anterior, 55.5% del total de las encuestadas en la ENDS 2005 estaba por debajo del nivel socioeconómico medio; de acuerdo con la región de residencia al momento de la encuesta se observó que 46.9% de las mujeres residía en las regiones Central y Atlántica.

Según los grupos quinquenales, se observa una distribución equilibrada en todos los grupos de edad excepto en el primero y el segundo que tienen 23.9% y 22.2% de las mujeres respectivamente; 48 de cada 100 mujeres estaban unidas al momento de la encuesta y 37 de cada 100 no había estado unida hasta ese momento; 29% no contaba con ningún nivel escolar o tenía al menos un año de primaria; 50 de cada 100 al menos un curso de secundaria y apenas 18 de cada 100 algún nivel de educación superior. Considerando que 76.1% de las mujeres está por encima de los 20 años, edad a la que se espera la culminación de la secundaria y el inicio de la educación superior, se puede afirmar que en términos generales el nivel de escolaridad de estas mujeres es bajo. Finalmente, se observa que cerca de 77.3% de las mujeres residía en zonas urbanas.

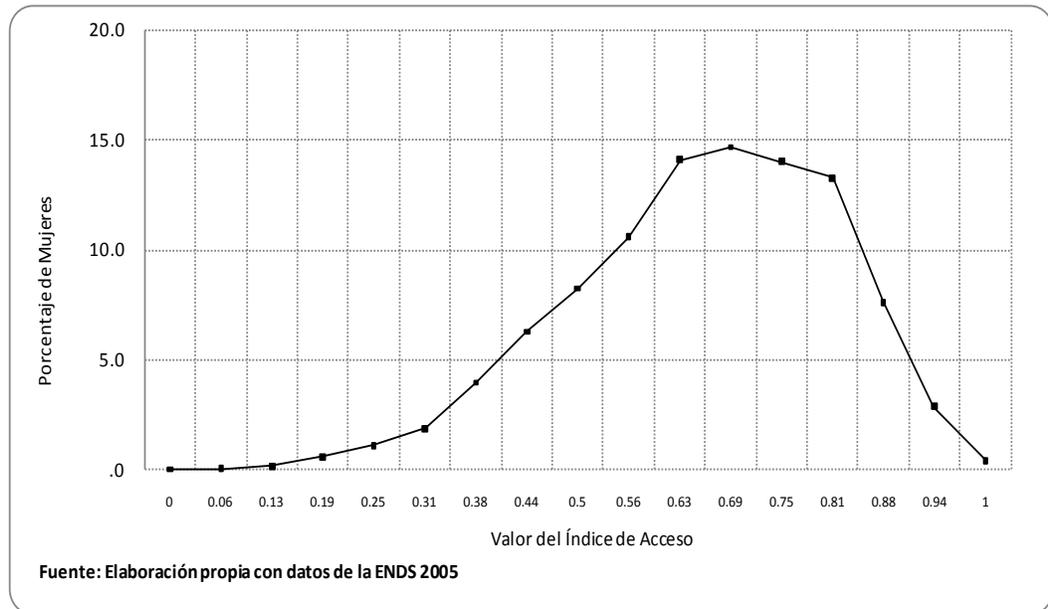
El cuadro número seis también presenta información sobre las mujeres embarazadas al momento de la encuesta, de éstas un poco más de la mitad (57.3%) están por debajo del nivel socioeconómico pobre. Según la región de residencia 25.3% vivía en la región Atlántica y 21.2% en la Central, 53% restante en las otras regiones. En relación a la edad se encontró que la mitad de las mujeres estaba entre los 20 y los 29 años de edad; la mayoría de las mujeres (73.6%) estaba unida y 69.8% residía en zonas urbanas. En lo que al nivel de escolaridad se refiere, 28.8% de las mujeres reporta haber cursado algún grado de primaria y 51.9% alguno de secundaria.

Finalmente 67.8% de las madres estaba por debajo del nivel socioeconómico medio; al igual que en los dos casos anteriores, la mayoría de las madres habitaba en las regiones Central y Atlántica; una de cada dos mujeres estaba entre los 20 y 29 años de edad. Según el estado civil se observa que 7 de cada 10 estaban unida al momento de la encuesta, 71.6% habitaba en zonas urbanas. Según el nivel de escolaridad la mayoría de las mujeres (65.9%) contaba con educación secundaria o superior, con 51.5% y 14.4% respectivamente.

3.1. De los Índices de Acceso y de Barreras de Acceso al derecho a la Salud Materna

A continuación se presenta un análisis de la distribución porcentual en cada uno de los índices para aquellas mujeres madres, según información obtenida sobre su último hijo nacido vivo en el período 1999-2005.

Gráfica 1. Colombia 2005: Distribución porcentual del Índice de Acceso a la Salud Materna de mujeres con último hijo nacido vivo en el período 1999-2005

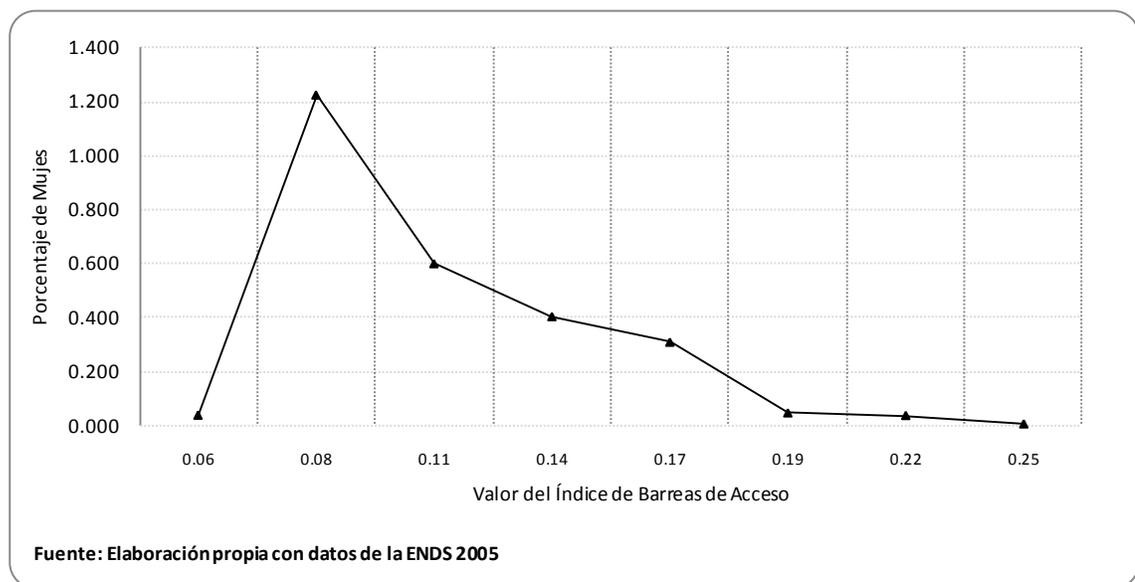


Para hacer la descripción de este Índice de Acceso es necesario recordar que en su valor máximo (1) indica que las mujeres, cuando estaba embarazadas del último hijo nacido en el período 1999-2005, recibieron el control prenatal y la atención institucional del parto y el postparto oportunamente, fueron beneficiadas por los servicios e información mínimos necesarios para el desarrollo de un embarazo normal, así como tuvieron parto institucional atendido por médico, postparto atendido por profesional siete días después del parto y cubiertos los costos de los servicios.

Siguiendo la gráfica N° 1, se tiene que 0.4% de las mujeres está en el nivel 1, sólo ellas tienen acceso pleno al derecho a la Salud Materna. Teniendo en cuenta que la media del IASM es de 0.65 puntos, se observa que un 53% de las mujeres estaría por encima de la media de acceso. Lo que indica que cerca de la mitad de las mujeres tuvieron déficit de atención en alguno de las dimensiones de la Salud Materna que fueron incluidas para este estudio en la construcción del índice. A medida que este índice baja, lo que se observa es una falla en la recepción de algunos de los servicios señalados en el capítulo metodológico.

El Índice de Barreras de Acceso al Derecho a la Salud Materna (IBADSM) indica que a mayor valor del índice, mayor nivel de vulnerabilidad del acceso al derecho a la Salud Materna, en términos de barreras para el acceso. Este índice tiene como valor mínimo 0.06 y como valor máximo 0.25. Para garantizar un número de casos suficiente para los fines del ACM, este índice se ha corrido para el total de las madres, aquellas que recibieron los servicios del control prenatal se ubican en el valor cero del no acceso y corresponde a un 97%; (sin embargo, para la construcción de la gráfica N° 2 fueron excluidas, con el objeto de ilustrar mejor el comportamiento del índice en aquellas que si reportaron razones de no acceso). Las otras mujeres están distribuidas en valores por encima de la media 0.003 del índice de no acceso, 3% de las mujeres tienen más barreras de acceso al derecho a la Salud Materna que aquellas que están por debajo de la media global del índice.

Gráfica 2. Colombia 2005: Distribución porcentual del Índice de Barreras de Acceso al Derecho a la Salud Materna (IBADSM) según mujeres con último hijo nacido vivo en el período 1999-2005



Una debilidad del IBADSM, como lo es de toda medida resumen, es la de no reflejar de manera adecuada cuáles fueron las razones de no acceso que más mencionaron las mujeres. Por ello se presentan los porcentajes de mujeres que

anotaron las tres razones más importantes desde la perspectiva de la accesibilidad, recordando que el índice no permite decir nada sobre estas.

Cuadro 7. Colombia 2005: Porcentaje de mujeres que reportaron algunas de las siguientes razones de no acceso según dimensiones del derecho a la Salud Materna

| | Distancia | Costos | Desconocimiento del derecho |
|------------------------|-----------|--------|-----------------------------|
| Dimensiones | | | |
| Control Prenatal | 26.5 | 33.4 | 1.2 |
| Atención del Parto | 35.1 | 22.4 | 0.5 |
| Atención del postparto | 12.8 | 15.1 | 26.0 |

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDS 2005.

Según el cuadro número siete, 33.4% de las mujeres mencionan como razones de no acceso los costos, 26.5% la distancia de los servicios del control prenatal. En lo relativo a la atención del parto 35.1% de las mujeres mencionó la distancia, lo que indicaría problemas de cobertura de los servicios de salud; 22.4% costos, lo que podría estar indicando pocos esfuerzos hacia la gratuidad del servicio. El desconocimiento del derecho es una de las razones de menor frecuencia, aunque se suele pensar que el conocimiento de los derechos es una de las razones por las cuales se ejercen los derechos, por tanto su desconocimiento es una barrera para el goce y exigibilidad de los derechos, sin embargo, estos porcentajes podrían estar indicando que las mujeres sabían que eran titulares del derecho pero que aún así no acudieron a recibir el servicio; o que las mujeres no saben que se trata de un derecho por lo cual no entiende la pregunta y por ello no la declaran; o que, aun sabiendo que tienen el derecho, no conocen cómo ejercerlo y que en caso de ser negado tienen derecho a exigirlo, por ello no lo entiende como razón de no acceso.

Finalmente, respecto a la atención postparto, 26% de las mujeres refirió que no conocía que tenía derecho al servicio, lo que indica que los médicos en algunos casos no estarían cumpliendo con la Norma Técnica en la materia, en el sentido de no remitir

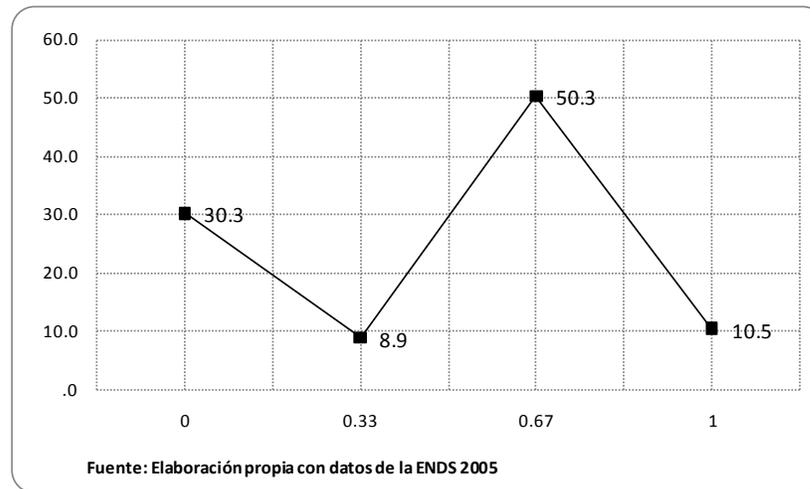
a las mujeres al control postparto después del parto; 12.8% refirió razones de costos y 15.1% razones de distancia de los servicios.

3.2. Del acceso y no acceso a la Salud Materna de las mujeres embarazadas al momento de la encuesta

La revisión de la información de la ENDS 2005 evidenció que para las mujeres embarazadas no se indaga por todas las dimensiones del control prenatal, igualmente como se trata de mujeres que no han tenido sus hijos, no es posible la construcción del IASM, por no contar con información sobre el parto y el postparto. Sin embargo, se contó con información sobre la recepción del control prenatal, el pago del servicio y el control oportuno. Con el propósito de hacer uso de esta información se construyeron los índices de acceso y no acceso al control prenatal, como se ha explicado en el apartado metodológico.

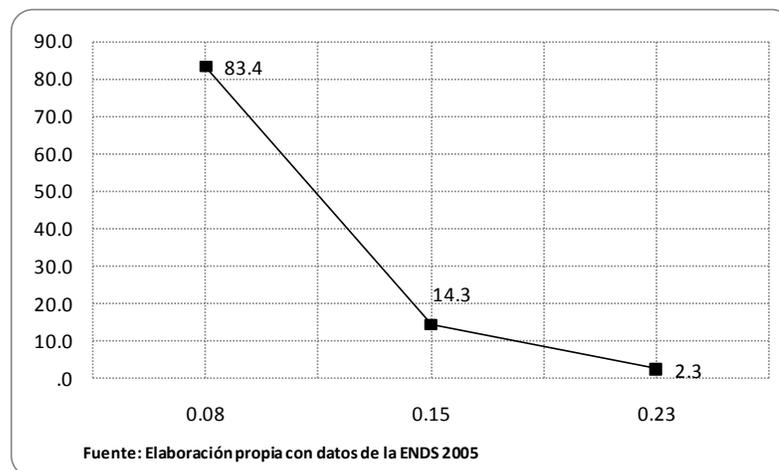
Dado que el número de mujeres es insuficiente para usar el ACM, se ha decidido hacer un análisis descriptivo de la distribución porcentual de las mujeres en cada uno de los índices. Esta información, aunque incompleta, puede dar una aproximación al nivel de acceso al control prenatal, sin incluir en el acceso todos los servicios asociados.

Gráfica 3. Colombia 2005: Distribución porcentual de las mujeres embarazadas según el índice de Acceso al Control Prenatal.



Siguiendo la gráfica tres y recordando que el mayor nivel de acceso es uno, podemos afirmar que del total de mujeres embarazadas al momento de la encuesta 10.5% recibió acceso al control prenatal sin pago durante el primer trimestre de embarazo; 50.3% de las mujeres tuvo fallas en algunos de los siguientes elementos: pago del servicio, control oportuno o atención médica. Finalmente se observa que 30.3% de las mujeres al momento de la encuesta no había tenido garantizado el acceso al control prenatal.

Gráfica 4. Colombia 2005: Distribución porcentual de mujeres embarazadas según índice de No Acceso al Control Prenatal



Los resultados del no acceso estarían indicando que la mayoría (83.4%) de las mujeres tiene pocas barreras de acceso. Resalta que ninguna mujer señaló todas las barreras de acceso, asunto que podemos verificar al no encontrar mujeres en el nivel 1. Sin embargo sucede lo mismo que en IBADSM, el encubrimiento del peso de las razones de interés, desde la perspectiva de la Accesibilidad (costos, distancia y conocimiento del derecho).

Analizando el porcentaje de mujeres que mencionó dichas razones se observa que del total mujeres embarazadas al momento de la encuesta, 392 reportaron no recibir control prenatal, de estas 10.8% anotaron razones de distancia, 42% razones de costos y solo un 0.8% desconocimiento del derecho al acceso. Es decir que la mayoría posiblemente no había asistido al servicio por no contar con el dinero para pagar el servicio médico, o tal vez ni siquiera estaba afiliada al sistema de salud.

Cuadro 8. Colombia 2005: Porcentaje de mujeres que reportaron algunas de las siguientes razones de no acceso según dimensiones del derecho a la Salud Materna

| | Distancia | Costos | Desconocimiento del derecho |
|-------------------------|-----------|--------|-----------------------------|
| Control Prenatal | 10.8 | 42.0 | 0.80 |

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDS 2005.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS MULTIVARIADO DEL ACCESO A LA SALUD MATERNA SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El objetivo de este capítulo es presentar los resultados de la aplicación del Análisis de Clasificación Múltiple, para ello ha sido organizado en dos apartados, uno por cada índice calculado para las mujeres que eran madres. Los resultados obtenidos con el programa SPSS permiten identificar tres cuestiones útiles a los fines de una aproximación a posibles situaciones de desigualdad y discriminación:

- Una media de los índices para cada una de las categorías de las variables independientes, ajustando y sin ajustar por el efecto de las demás categorías. Lo que indicaría cuál es el promedio de servicios asociados a la Salud Materna recibidos por una mujer de acuerdo a sus características sociodemográficas, ajustando y sin ajustar los efectos de las demás variables. Este valor permite analizar en cuáles características sociodemográficas hay más y menos nivel de acceso; y más y menos barreras de acceso.
- Un *Eta* y un *Beta*, que dan cuenta de la proporción “explicada” por cada variable de las variaciones de cada índice, ajustando y sin ajustar según los efectos de las demás variables respectivamente. Es decir, estos valores dan cuenta de cuáles de las variables estarían afectando más las variaciones de cada uno de los índices, en otras palabras permite responder cuál podría ser la variable más relacionada con las diferencias en el nivel de acceso y las barreras de acceso.
- Una media global del índice que indica el promedio de servicios asociados al derecho a la Salud Materna a los que accede una mujer en Colombia, que permite analizar la situación de las mujeres respecto a un nivel global o nacional.

4.1. Índice de acceso al derecho a la Salud Materna: IASM

Siguiendo los resultados del cuadro nueve y los criterios para la interpretación de los resultados arriba señalados, se presentan el análisis de los resultados ACM aplicado al índice de acceso a la Salud Materna y las características sociodemográficas explicadas en el apartado metodológico.

Cuadro 9. Colombia 2005: Análisis de Clasificación Múltiple para el Índice de Acceso al derecho a la Salud Materna y algunas variables sociodemográficas

| | | Media | | Desviación | | Sig. | Eta | Beta | |
|-----------------------------|------------------------|-------|-------------|------------|-------------|----------|-----|-------|-----------|
| | | N | Sin Ajustar | Ajustadas | Sin Ajustar | | | | Ajustadas |
| Nivel Socioeconómico | Muy pobre | 1994 | 0.5453 | 0.5909 | -0.10852 | -0.06295 | *** | 0.381 | 0.208 |
| | Pobre | 2477 | 0.6360 | 0.6497 | -0.01778 | -0.00409 | | | |
| | Medio | 2392 | 0.6721 | 0.6653 | 0.01829 | 0.01153 | | | |
| | Rico | 1970 | 0.6989 | 0.6768 | 0.04514 | 0.02299 | | | |
| | Muy rico | 1546 | 0.7365 | 0.6944 | 0.08271 | 0.04064 | | | |
| Región | Atlántica | 2266 | 0.6189 | 0.6281 | -0.03488 | -0.02574 | *** | 0.190 | 0.118 |
| | Oriental | 1991 | 0.6297 | 0.6418 | -0.02408 | -0.01202 | | | |
| | Central | 2444 | 0.6708 | 0.6767 | 0.01701 | 0.02287 | | | |
| | Pacífica | 1755 | 0.6465 | 0.6485 | -0.00732 | -0.00528 | | | |
| | Bogotá | 1781 | 0.7074 | 0.6735 | 0.05357 | 0.01969 | | | |
| | Territorios Nacionales | 142 | 0.6741 | 0.6580 | 0.02028 | 0.00416 | | | |
| Edad en grupos Quinquenales | 13-19 | 1065 | 0.6388 | 0.6345 | -0.01503 | -0.01928 | *** | 0.062 | 0.108 |
| | 20-24 | 2771 | 0.6421 | 0.6337 | -0.01174 | -0.02015 | | | |
| | 25-29 | 2620 | 0.6606 | 0.6534 | 0.00675 | -0.00042 | | | |
| | 30-34 | 1934 | 0.6645 | 0.6686 | 0.01065 | 0.01482 | | | |
| | 35-39 | 1345 | 0.6623 | 0.6757 | 0.00849 | 0.02192 | | | |
| | 40-49 | 643 | 0.6520 | 0.6838 | -0.00183 | 0.02998 | | | |
| Estado Civil | Nunca Unida | 1276 | 0.6652 | 0.6464 | 0.01141 | -0.00744 | *** | 0.049 | 0.052 |
| | Unida | 7580 | 0.6554 | 0.6587 | 0.00164 | 0.00487 | | | |
| | Exunida | 1522 | 0.6361 | 0.6358 | -0.01772 | -0.01803 | | | |
| Tipo de lugar de residencia | Urbano | 7608 | 0.6815 | 0.6586 | 0.02774 | 0.00477 | *** | 0.283 | 0.049 |
| | Rural | 2771 | 0.5776 | 0.6407 | -0.07616 | -0.01311 | | | |
| Máximo Nivel de escolaridad | Sin Educación | 260 | 0.5419 | 0.6014 | -0.11189 | -0.05243 | *** | 0.307 | 0.145 |
| | Primaria | 3035 | 0.5932 | 0.6254 | -0.06061 | -0.02836 | | | |
| | Secundaria | 5514 | 0.6697 | 0.6609 | 0.01587 | 0.00710 | | | |
| | Superior | 1571 | 0.7337 | 0.6924 | 0.07993 | 0.03856 | | | |

N=10378 R² Múltiple= 0.2 R=0.437 Media=0.653

Significancia global del Modelo ***

Umbral de significancia (estadística F):***P<0.001.

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDS 2005.

Se debe recordar que el índice de acceso a la Salud Materna se interpreta en un rango de cero a uno. Siendo el valor 1 el nivel de acceso a todas las dimensiones del derecho y cero el no acceso a las dimensiones, se sabe que solo de 0.4% de las mujeres tuvo pleno acceso al derecho a la Salud Materna, pues están en nivel 1 del índice.

El nivel socioeconómico

En el cuadro nueve se observa que cuando se trata de las mujeres de los niveles Muy Pobre y Pobre la media del índice está por debajo de la media global del índice de acceso, 0.5453 y 0.6360, respectivamente. Mientras que las mujeres del nivel socioeconómico más alto (muy rico) se ubican por encima de la media nacional (0.7365), es decir, reciben más servicios que las mujeres de los otros quintiles de riqueza. Esto podría estar dando cuenta de las inequidades en el acceso al sistema fundadas en la capacidad de pago de las mujeres, lo que estaría confirmando en que a menor nivel socioeconómico, menor acceso al derecho. Lo que confirma un proceso diferenciado-discriminatorio al derecho a la Salud Materna.

Es posible que aquellas mujeres de los niveles más altos, o bien acceden al derecho a la Salud Materna vía afiliación y cotización en el sistema de salud, vía pago de médicos privados o vía pago de medicina prepagada. Así mismo vemos que el número de servicios a los que acceden las mujeres está sujeto a su nivel económico, por lo que aquellas mujeres de menos recursos podrían, por ejemplo, estar accediendo a una consulta prenatal, pero no accediendo a los servicios de los exámenes paraclínicos o el consumo de micronutrientes, que pese a estar incluidos en el POS, no siempre son cubiertos por las entidades promotoras de salud; accedió a la consulta prenatal pero no fue beneficiada por todos los procedimientos de la norma técnica, lo que posiblemente da cuenta de la tendencia a reducir los tiempo de atención y la calidad de la atención por paciente, como efecto de las reformas estructurales.

Las diferencias de medias por nivel socioeconómico podrían ser muestra de un servicio de salud de calidad diferencial según régimen de afiliación, lo que a la luz del

marco teórico, es presumiblemente una situación de discriminación indirecta. Pese a las intenciones de cobertura universal de la norma, en términos de resultados finales, hay lugar a una discriminación a partir del nivel socioeconómico en el que las mujeres se encuentran.

Considerando el valor de *beta* y *eta*, lo que vemos es que sin ajustar y ajustando según el efecto de las demás variables, el nivel socioeconómico “explica” más de la varianza del índice que las otras características socioeconómicas. Así vemos que el acceso a la Salud Materna está explicado por la capacidad de pago de la mujer.

Región de residencia

De acuerdo con la información del cuadro número nueve las mujeres que residían al momento de la encuesta en las regiones Bogotá, Central y Territorios Nacionales, tienen medias del índice por encima de la global, sin controlar (0.7074, 0.6708 y 0.6741) y controlando por las demás variables (0.6735, 0.6767 y 0.6580). Las madres de la regiones Atlántica, Oriental y Pacífica están ubicadas con medias inferiores a la nacional, siendo la primera región, aquella con las medias más bajas entre todas las regiones (0.6189 sin ajustar y 0.6281 ajustando según el efecto de las demás variables).

Teniendo en cuenta los valores ajustados, las mujeres de las regiones Atlántica, Oriental, y Pacífica reciben en promedio menos servicios en materia de Salud Materna que mujeres de la capital (Bogotá) y la región Central. Esto puede deberse, a que las mujeres de las primeras regiones se ven abocadas a condiciones de aislamiento geográfico, y mayores costos de transporte por falta de condiciones mínimas de conectividad vial. Estas tendencias también podrían estar indicando que son necesarios esfuerzos de los gobiernos locales en la planificación en salud. Se conoce además que las zonas en cuestión coinciden con la presencia altos porcentajes de comunidades afrocolombianas e indígenas, lo que podría estar siendo muestra de posibles situaciones de discriminación en el acceso a la salud por razones de pertenencia étnica.

En términos de proporción de varianza “explicada”, se tiene que el efecto de la región de residencia baja de 0.190 a 0.118, cuando se controla por de las demás variables, quedando en cuarto lugar de proporción “explicada” de la varianza del índice de acceso al derecho a la Salud Materna entre seis variables,

Edad en grupos quinquenales

Las mujeres de 20 a 24 años las que se ubican en el nivel de acceso más bajo, y las de 40 a 49 años las que se ubican en el nivel de acceso más alto. Un segundo grupo de mujeres que presenta niveles por debajo de la media son las de 13 a 19 años (0.6388), en tanto que un segundo grupo con mayores niveles de acceso (0.6757) son aquellas que estaban entre los 35 y 39 años al momento de la aplicación de la ENDS 2005.

Lo anterior podría estar indicando que las mujeres más jóvenes (13 a 24 años) son las que menos acceden a los servicios estudiados, tal vez porque para ellas, la afiliación al sistema estaría en función de la dependencia económica de la familia y la permanencia en el sistema educativo, pues una persona puede estar afiliada al sistema como beneficiaria de un cotizante adulto hasta que culmine sus estudios superiores y demuestre dependencia económica; ó de la afiliación al sistema como beneficiaria de la afiliación del cónyuge o por cotización directa como trabajadora.

Se ha visto que de estas mujeres madres, 50% llegaba a secundaria, así que es posible que por deserción escolar no puedan declararse estudiantes dependientes quedando por fuera de la afiliación familiar al sistema de salud. Algunas de las mujeres más jóvenes quedan embarazadas sin estar unidas, por lo cual estarían siendo excluidas del sistema por afiliación del cónyuge, sin embargo, esto se tratará en el momento que se analice la variable de estado civil. Finalmente, es menos probable que estas mujeres jóvenes, sin alto nivel educativo, se vinculen a una actividad laboral que les permita el pago y, por tanto, la cotización directa.

Los datos podrían también estar indicando que las mujeres más jóvenes no acceden al servicio por ocultamiento del embarazo y temor a la sanción social, lo que retarda el ingreso oportuno a la atención, situación que descuenta puntos en el valor del índice de acceso.

La edad es una de las variables que explica menos proporción de la varianza, respecto a las demás variables. Y es menor dicha explicación cuando se analiza la edad aislada (0.062) que cuando se analiza ajustando el efecto de las demás variables (0.108).

Estado Civil

El cuadro nueve permite ver que las mujeres que estaban unidas al momento de la encuesta, tienen un nivel de acceso igual al global, en tanto que aquellas mujeres nunca unidas al momento de la encuesta están por debajo de la media (0.6464), igualmente aquellas mujeres exunidas al momento de la encuesta están por debajo del índice (0.63).

Al revisar los valores de *beta* y *eta*, se observa que esta variable está dentro de las que tienen menos proporción “explicada” de la variación del índice. Ajustando y sin ajustar por los demás factores, la proporción “explicada” por esta variable es menor que variables como el nivel socioeconómico. A partir de lo anterior se puede afirmar que el nivel de acceso al derecho a la Salud Materna no varía mucho de acuerdo al estado civil, por lo que serían las otras características sociodemográficas las que más se relacionan con las diferencias en el acceso.

Tipo de lugar de residencia

Analizando el tipo de lugar de residencia rural, se observa una de las medias más baja del índice (0.5776) cuando no se ajusta según el efecto de las demás variables. Sin embargo, esta tendencia se modifica un poco al hacer el ajuste, quedando en una media de 0.6407. Al revisar el cuadro nueve, se tiene que las zonas urbanas tienen una media más alta a la global cuando no se ajusta el efecto de las demás variables que cuando se ajusta el efecto, 0.6815 y 0.6586, respectivamente. Lo que se podría afirmar es que una mujer sin importar sus características sociodemográficas recibe más servicios asociados a la Salud Materna cuando vive en zonas urbanas (ciudades y cabeceras municipales), tal vez debido a la ubicación de centros médicos mejor dotados y con más personal médico, que aquellos que se encuentran en zonas rurales.

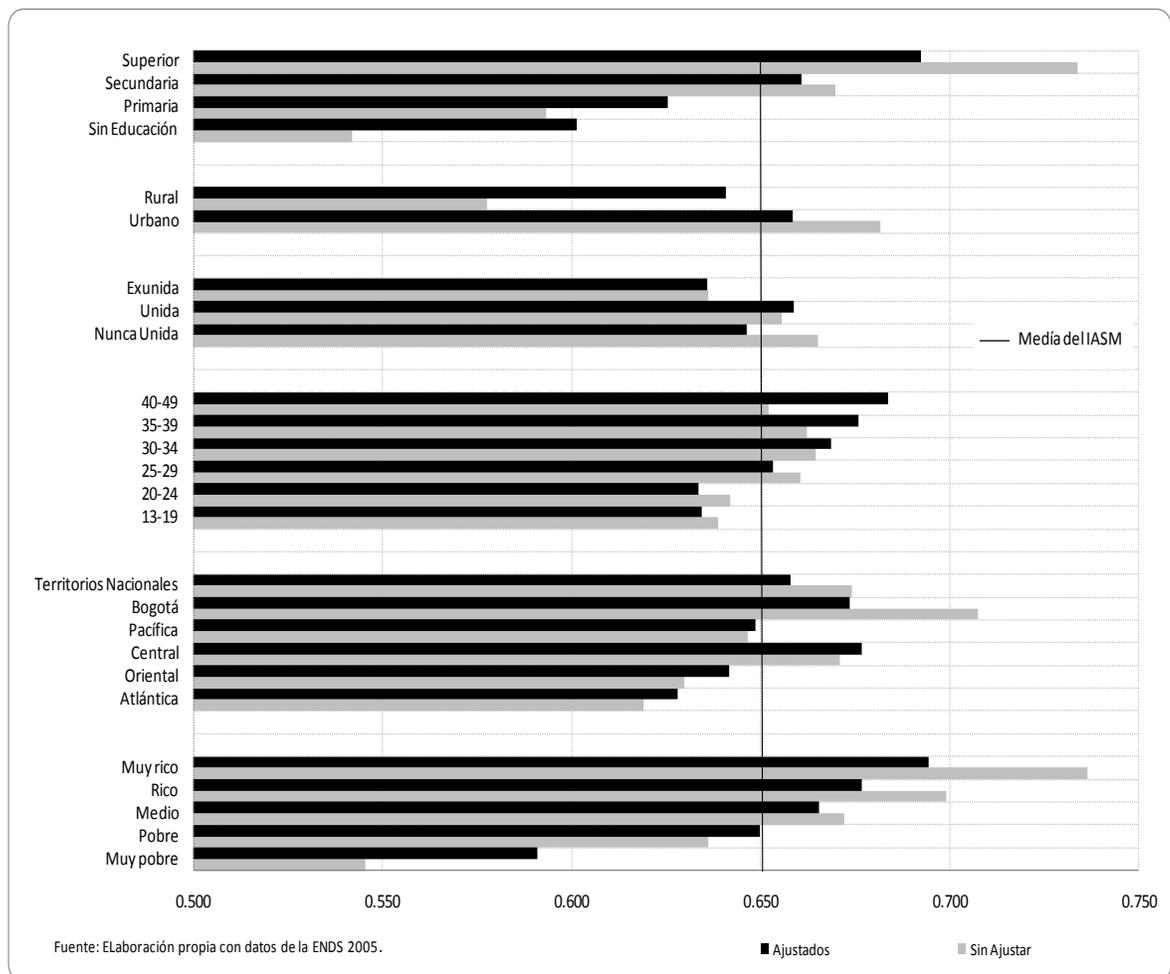
Máximo nivel de escolaridad

En el cuadro nueve se observa que a mayor nivel de escolaridad hay un mayor nivel de acceso, siendo las mujeres sin educación las que presentan las medias de acceso más bajas respecto a la media nacional. Esto podría estar indicando que una mujer con mayor número de años cursados estaría favorecida por mayor número de servicios relacionados con el derecho a la Salud Materna. Lo que puede deberse tal vez a que aquellas mujeres que permanecen más tiempo escolarizadas acceden a conocimientos que las habilitan a indagar de manera más favorable por aquellos servicios que deben recibir.

Siguiendo los datos de las medias ajustadas y sin ajustar de la gráfica cinco, vemos que son las mujeres de máximo nivel educativo, las de nivel de riqueza más alto y las de que residían en Bogotá al momento de la encuesta, las que tienen los valores de nivel de acceso más altos respecto al conjunto de características y al nivel nacional, ajustando y sin ajustar por los demás variables.

Por el contrario, aquellas mujeres sin educación, de los dos primeros grupos de edad (13 a 24 años), residentes de zonas rurales, de las zonas Atlántica, Oriental y Pacífica, sería aquellas que tienen un menor acceso al derecho a la Salud Materna, tendencia que se confirma en valores por debajo de la media del IASM y valores por debajo respecto al resto de las características sociodemográficas.

Gráfica 5. Análisis de Clasificación Múltiple. Medias Ajustadas y Sin Ajustar - Índice de Acceso a la Salud Materna según características sociodemográficas seleccionadas



Con los resultados anteriores se puede afirmar que en el primer caso efectivamente son las mujeres la mitad de las regiones del país (Pacífica, Atlántica y Oriental) tienen un promedio de servicios por debajo de la media global del índice de acceso, cuando se analizan ajustando y sin ajustar por los demás factores, en el mismo

sentido se podría afirmar lo mismo respecto al primer grupo de edad (13 a 19 años), el cual tiene las medias más bajas de todos los grupos quinquenales.

Respecto a la segunda hipótesis se puede confirmar que las mujeres de nivel socioeconómico Muy Pobre tienen las medias más bajas de todos los niveles socioeconómicos, controlando y sin controlar el efecto de las demás variables, igualmente confirmamos que el nivel de acceso al derecho es más bajo para las mujeres sin educación.

Analizando en orden descendente el valor de las betas de las variables tenemos que el nivel socioeconómico y el nivel educativo son las variables que más “explican” la variación del índice de acceso. Y las que menos aportarían a la explicación de la variación son el tipo de lugar de residencia y el estado civil.

Cuadro 10. Colombia 2005: Análisis de clasificación Múltiple. Valores *Beta* y *eta* para las variables sociodemográficas

| VARIABLES | ETA | BETA |
|-----------------------------|------------|-------------|
| Nivel Socioeconómico | 0.381 | 0.208 |
| Máximo nivel de Escolaridad | 0.307 | 0.145 |
| Región | 0.190 | 0.118 |
| Edad | 0.620 | 0.108 |
| Estado Civil | 0.490 | 0.052 |
| Tipo de lugar de residencia | 0.283 | 0.049 |

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDS 2005

Según el cuadro número diez, los niveles de socioeconómicos y de escolaridad son los que “explican” una mayor proporción de varianza del índice de acceso, ajustando y sin ajustar el efecto de las demás variables. Se observa que el estado civil y la edad sin ajustar el efecto de las demás variables estarían explicando más, aunque las dos presentan valores más bajos cuando se consideran las demás variables.

4.2. Índice de Barreras de Acceso al Derecho a la Salud Materna: IBADSM

Según el cuadro N° 11 la única variable que no resulta significativa en el modelo es el estado civil. Considerando los valores de R y R² múltiple podemos asumir un ajuste satisfactorio del modelo. Se observa que la media del IBADSM es de 0.003, es decir que mujeres por encima de ese valor tienen más barreras de acceso que aquellas que están por debajo.

Cuadro 11. Colombia 2005: Análisis de Clasificación Múltiple para el Índice de Barreras de Acceso al derecho a la Salud Materna y algunas variables sociodemográficas

| | | N | Media | | Desviación | | Sig. | Eta | Beta |
|-----------------------------|------------------------|------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------|-------|-------|
| | | | Sin Ajustar | Ajustadas | Sin Ajustar | Ajustadas | | | |
| Índice de Riqueza | Muy pobre | 2209 | 0.0112 | 0.0071 | 0.00824 | 0.00413 | *** | 0.226 | 0.118 |
| | Pobre | 2519 | 0.0017 | 0.0010 | -0.00132 | -0.00200 | | | |
| | Medio | 2408 | 0.0007 | 0.0017 | -0.00231 | -0.00131 | | | |
| | Rico | 1978 | 0.0005 | 0.0027 | -0.00252 | -0.00032 | | | |
| | Muy rico | 1548 | 0.0002 | 0.0028 | -0.00281 | -0.00021 | | | |
| Región | Atlántica | 2362 | 0.0044 | 0.0035 | 0.00139 | 0.00054 | *** | 0.106 | 0.084 |
| | Oriental | 2014 | 0.0012 | 0.0006 | -0.00181 | -0.00235 | | | |
| | Central | 2519 | 0.0031 | 0.0028 | 0.00014 | -0.00014 | | | |
| | Pacífica | 1841 | 0.0059 | 0.0057 | 0.00293 | 0.00271 | | | |
| | Bogotá | 1781 | 0.0000 | 0.0022 | -0.00297 | -0.00077 | | | |
| | Territorios Nacionales | 145 | 0.0024 | 0.0043 | -0.00061 | 0.00133 | | | |
| Edad en grupos Quinquenales | 13-19 | 1088 | 0.0024 | 0.0046 | -0.00059 | 0.00158 | *** | 0.025 | 0.092 |
| | 20-24 | 2850 | 0.0031 | 0.0049 | 0.00013 | 0.00193 | | | |
| | 25-29 | 2677 | 0.0024 | 0.0030 | -0.00056 | 0.00005 | | | |
| | 30-34 | 1991 | 0.0032 | 0.0021 | 0.00025 | -0.00091 | | | |
| | 35-39 | 1387 | 0.0034 | 0.0009 | 0.00042 | -0.00202 | | | |
| | 40-49 | 670 | 0.0040 | -0.0011 | 0.00100 | -0.00409 | | | |
| Estado Civil | Nunca Unida | 1295 | 0.0014 | 0.0032 | -0.00154 | 0.00018 | 0.030 | 0.010 | |
| | Unida | 7798 | 0.0032 | 0.0029 | 0.00023 | -0.00011 | | | |
| | Exunida | 1569 | 0.0031 | 0.0033 | 0.00013 | 0.00038 | | | |
| Tipo de lugar de residencia | Urbano | 7672 | 0.0009 | 0.0025 | -0.00212 | -0.00049 | *** | 0.180 | 0.041 |
| | Rural | 2990 | 0.0084 | 0.0042 | 0.00543 | 0.00125 | | | |
| Máximo Nivel de escolaridad | Sin Educación | 319 | 0.0207 | 0.0146 | 0.01772 | 0.01163 | *** | 0.214 | 0.117 |
| | Primaria | 3214 | 0.0062 | 0.0038 | 0.00327 | 0.00080 | | | |
| | Secundaria | 5558 | 0.0009 | 0.0019 | -0.00207 | -0.00105 | | | |
| | Superior | 1571 | 0.0000 | 0.0027 | -0.00295 | -0.00029 | | | |

N=10662 R² Múltiple=0.04 R=0.312 Media=0.0030

Significancia global del Modelo ***

Umbral de significancia (estadística F):***P<0.001.

Al igual que en el caso del apartado anterior el análisis de los resultados se hace según las medias del índice ajustadas y sin ajustar, en cada una de las categorías, así como respecto a la proporción “explicada” de cada variable.

Nivel Socioeconómico

El nivel Muy Pobre presenta valores por encima del valor global del Índice de Barreras de Acceso, ajustando y sin ajustar por los demás factores, 0.0112 y 0.0071 respectivamente. Estos valores indican que las mujeres más pobres reportan más barreras de acceso a los servicios a la Salud Materna.

Siguiendo la información del cuadro N° 11, las mujeres de niveles Medios y Pobres tienen medias más bajas que aquellas que están en el nivel de socioeconómico Rico y Muy Rico, (es importante recordar que a mayor valor del índice mayores barreras de acceso). Esto podría explicarse, quizás en un sentido contrario al anterior, que las mujeres más pobres reportan solo razones de costo y distancia, en tanto que las segundas podrían tener más elementos de juicio para referir otras barrera como: los horarios de las citas inconvenientes, la desconfianza en los médicos, el maltrato por parte del personal médico o reportan que consideraban que no creían necesitar del servicio, sobre todo en los relativos al control prenatal. Respecto a los valores de *beta* y *eta* observamos para el nivel socioeconómico un peso importante en la explicación de la variación del índice de no acceso, ocupando el primer lugar respecto a los demás factores.

Región de residencia

En la tabla N° 11 vemos que las regiones Atlántica y Pacífica tienen los promedios más altos sin ajustar por el efecto de las demás variables; sin embargo al analizarlas controlando los demás factores vemos que la región Pacífica tienen un valor por encima de la media (lo que indica más barreras de acceso) así como suben el valor de la media de los Territorios Nacionales.

Pareciera que las regiones Central, Oriental y Bogotá, tienen menos barreras de acceso, esto lo vemos en que son regiones por debajo de la media del IBADSM. En lo que a proporción de “explicada” por esta variable vemos que ocupa un tercer puesto entre las 6 variables consideradas.

Edad en grupos quinquenales

A diferencia del nivel de acceso, en el no acceso vemos que las mujeres de 20 a 24 años tienen un valor muy por encima de la media (0.0049) cuando se ajusta el efecto de las demás variables, la más alta entre todos los grupos de edad. En lo que a las mujeres más jóvenes (13 a 19 años) se refiere lo que se observa es que ajustando y sin ajustar el efecto de las variables, tienen medias de no acceso más altas respecto mujeres de 25 a 49 años. Considerando los valores de *beta*, la proporción “explicada” del no acceso por edad es mayor que para el acceso, ocupando el segundo lugar entre las seis variables analizadas.

Tipo de lugar de residencia

La proporción “explicada” del IBADSM respecto al tipo de lugar de residencia es más alta que la que tiene el estado civil o el nivel educativo, así mismo vemos que es más alto para el caso de las mujeres rurales, lo que podría estar indicando que estas mujeres reportan la distancia al servicio dentro de sus razones de no acceso.

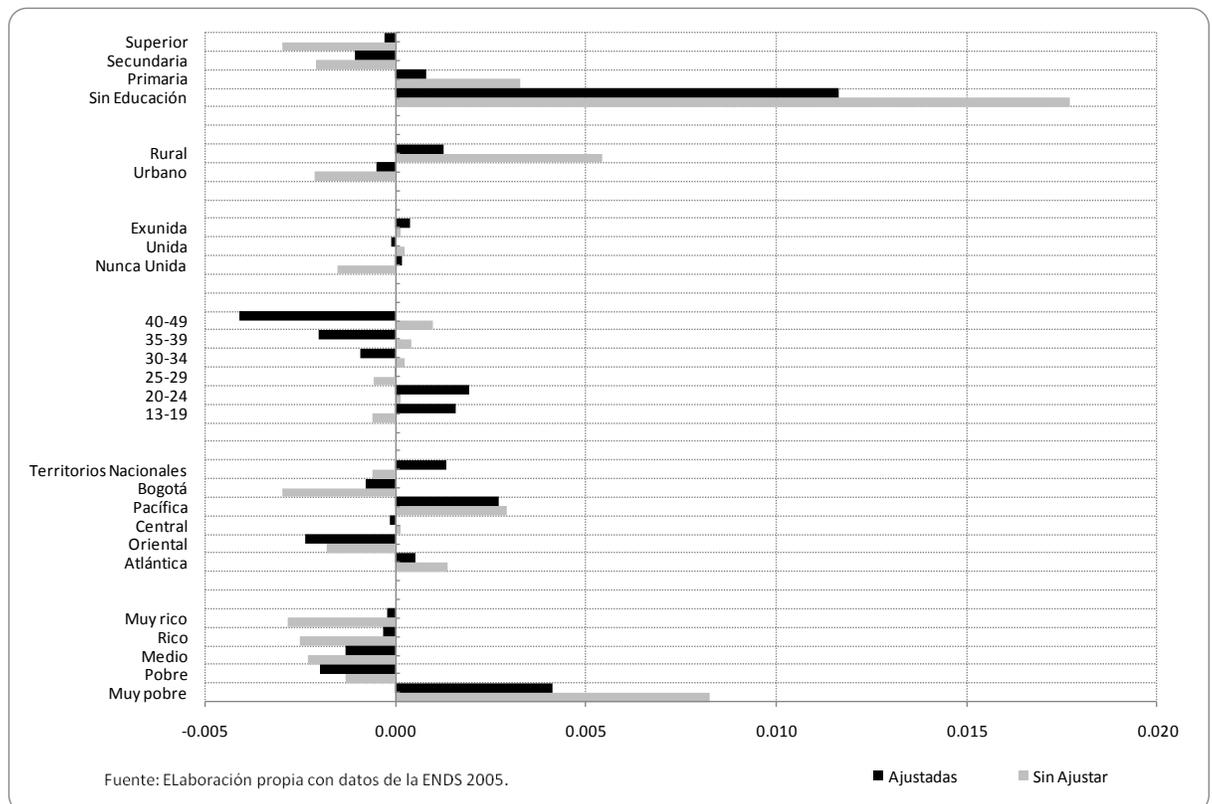
Máximo nivel de escolaridad

Las mujeres que tienen al menos un nivel de primaria o aquellas que tienen alguna educación superior, presentan las medias del índice de no acceso más altas. Esto puede deberse a que las mujeres de educación superior, dado que cuentan con más conocimientos para hacer juicios sobre la calidad de los servicios, reportan más barreras asociadas con el trato del personal médico, la inconveniencia de los horarios para las citas; en tanto que las primeras reportan todas las razones analizadas desde la perspectiva de accesibilidad, costos, distancia y desconocimiento del derecho. Las

mujeres que habían cursado al menos un nivel de secundaria están por debajo de la media del índice, así como aquellas que no tenían ningún nivel de escolaridad, lo que indica que reportan menos razones para el no acceso. Esto puede deberse a que las últimas mujeres sólo perciben los costos del servicio como razones para no acceder.

Siguiendo la información de la gráfica número seis, se tienen las desviaciones a la media controlando el efecto de todas las variables. Considerando los valores ajustados, las categorías muy pobre, primaria, las regiones Pacífica y Territorios Nacionales, así como las mujeres de los dos primeros grupos de edad (13 a 24 años) se alejan de la media hacia valores superiores, ellas podrían ser las mujeres con mayores barreras de acceso al derecho a la Salud Materna. Por el contrario, las mujeres entre los 30 y los 49 años, así como las mujeres que están en niveles socioeconómicos Pobre a Muy Rico tienen menos barreras para acceder al derecho a la Salud Materna.

Gráfica 6. Análisis de Clasificación Múltiple. Desviaciones respecto a la media del IBADSM según características sociodemográficas seleccionadas



Analizando en orden descendente la proporción “explicada” por las variables incluidas en el modelo en el cuadro N° 12 se observa nuevamente que los niveles socioeconómicos y el máximo nivel de escolaridad explican más que las otras variables. En este caso, la edad explica más que la región y el tipo de lugar de residencia estaría explicando más que el estado civil, variable que no es significativa para comprender las razones de no acceso al derecho a la Salud Materna.

Cuadro 12. Colombia 2005: Análisis de Clasificación Múltiple. Valores *Beta* y *eta* para las variables sociodemográficas

| VARIABLES | ETA | BETA |
|-----------------------------|------------|-------------|
| Nivel Socioeconómico | 0.226 | 0.118 |
| Nivel de Escolaridad | 0.106 | 0.117 |
| Edad en Grupos Quinquenales | 0.025 | 0.092 |
| Región de Residencia | 0.030 | 0.084 |
| Tipo de Lugar de residencia | 0.180 | 0.041 |
| Estado Civil | 0.214 | 0.010 |

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENDS 2005

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En este último capítulo se presentan algunas conclusiones y reflexiones derivadas de esta investigación respecto al acceso al derecho a la Salud Materna, así como discusiones sobre el enfoque de investigación y la metodología empleada. Se ha dividido en cuatro apartados, en el primero se presentan algunas ideas sobre los estándares internacionales y las normas nacionales colombianas relacionadas con el objeto de estudio; en el segundo se presentan algunos puntos centrales sobre las ventajas y desventajas encontradas tanto en la construcción de los índices como en la técnica estadística; en el tercero se discute cómo los resultados estadísticos estarían dando cuenta de diferencias en el acceso y no acceso al derecho a la Salud Materna según características sociodemográficas de las mujeres que fueron madres en el período 1999-2005, es decir, cómo dichas diferencias podrían estar dando cuenta de posibles situaciones de discriminación. Finalmente, se presentan algunas preguntas relacionadas con el objeto de estudio, no analizadas por razones de enfoque o disponibilidad de información que podrían ser abordadas en estudios posteriores.

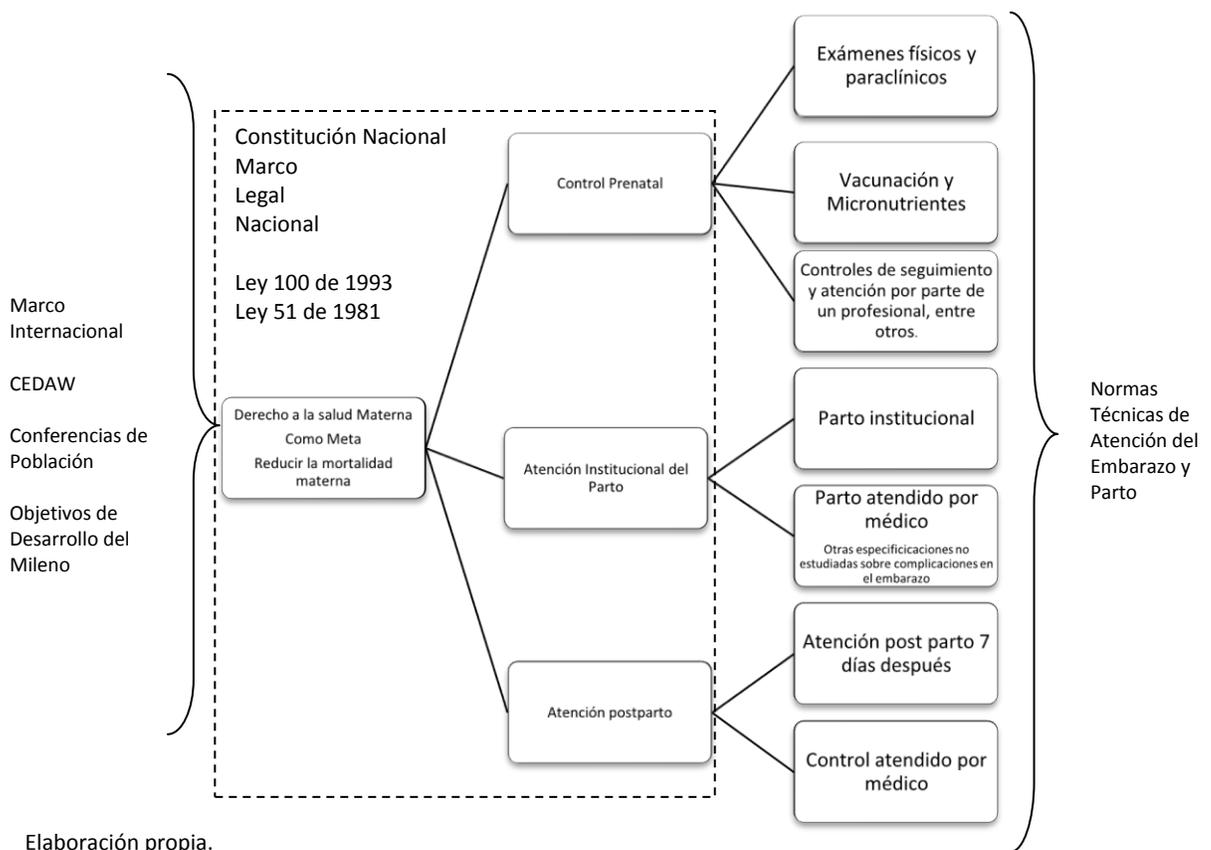
5.1. De los estándares internacionales a las normas nacionales colombianas

En términos generales se puede afirmar que Colombia presenta avances en lo que a la ratificación de los tratados internacionales en materia del derecho a la Salud Materna se refiere, así como en la inclusión de las recomendaciones del Comité de DESC en su norma interna. En este sentido, también se puede señalar que se reconoce como

avance la concreción de medidas para la atención prenatal y posnatal asociadas en las Normas Técnicas de Atención.

Se identifica que los estándares internacionales se adoptan como lineamientos macro que se desagregan en servicios y acciones concretas, de la protección de la Salud Materna y la reducción de la mortalidad materna, se realizan acciones particulares en lo que a la atención prenatal, parto y postparto se refiere. Esta lógica en la que se adoptan las recomendaciones puede sistematizarse en el siguiente diagrama:

Diagrama 2. Aspectos generales de la concreción de recomendaciones internacionales en acciones nacionales para la protección del derecho a la Salud Materna



El diagrama número dos está dando cuenta de los elementos que ha incluido Colombia en su agenda programática de protección al derecho a la Salud Materna, tomando como punto de referencia los tratados internacionales, que se ratifican en la

Norma interna, hasta las Normas Técnicas que acotan las acciones de atención. Hay que resaltar que los elementos de la norma técnica incluidos en la ilustración sirven para ejemplificar, pero no son el total de las acciones contenidas en dichas normas. Tampoco la gráfica está dando cuenta del total de normas nacionales que asociadas con la ratificación de los tratados en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos o a los compromisos derivados de las conferencias de población y contra la discriminación.

La agenda programática además de ser analizada respecto al alcance de su contenido y su relación con los marcos internacionales en la materia, debe serlo también respecto a los resultados alcanzados frente al derecho, en términos de reducción de la mortalidad, porcentajes de atención, o como se ha propuesto en esta investigación en niveles de acceso, entendidos como promedio de servicios recibidos. También puede ser evaluada en términos de porcentaje o proporción de mujeres que reciben cada uno de los elementos estipulados en las Normas Técnicas.

Los elementos respecto a los cuales hay más avances, de acuerdo con las variables construidas para esta investigación, son la atención institucional de parto, los exámenes físicos, la atención profesional del parto, la gratuidad del control prenatal y la atención profesional en el primer control prenatal (90 de cada 100 mujeres se vieron beneficiadas en cada caso); un segundo grupo de servicios con buena cobertura son la recepción del primer control en el primer trimestre de embarazo, no pago del parto, conocimiento de complicaciones del embarazo, la atención médica del postparto, pago del control postparto (70% de las mujeres en los dos primeros servicios y 60% en tres últimos).

Se observa un tercer grupo de servicios respecto de los cuales hay menos avance entendiéndolo como menor porcentaje de mujeres que reportan la recepción del mismo dentro del conjunto total de servicios (50% o menos), estos servicios son: recibir información sobre qué hacer en caso de complicaciones durante el embarazo (50%), la receta de micronutrientes (36%), los exámenes paraclínicos (31%), los 9

controles prenatales (18%), y la recepción del primer control en el primer trimestre de embarazo (14%).

Estos porcentajes resultan importantes a los fines de analizar la satisfacción de condiciones materiales para el disfrute del derecho a la Salud Materna, dado que indican cuáles son los servicios efectivamente recibidos, así como permiten analizar en qué acciones se focaliza la atención así como los posibles vacíos en el cumplimiento de la Norma Técnica. Pese a esto no es posible concluir cuestiones causales o finales sobre los mismos pues se reconoce que hay determinantes socioculturales -no sólo institucionales- en el acceso que no son estudiados aquí y que podrían explicar las diferencias de porcentaje.

Desde una perspectiva de derechos llama la atención que 90% de las mujeres no accede oportunamente al control prenatal, lo que acorta el tiempo de detección y atención de complicaciones; el posible no acceso a micronutrientes que aportan a la mejorar la condición nutricional del hijo y la madre, reduciendo complicaciones en el parto y problemas de salud de los dos; acceso a los exámenes paraclínicos que cumplen un rol central en la detección de factores de riesgo; y acceso a los controles mensuales que permiten hacer un seguimiento a la evolución de embarazo y la salud de la madre.

El no acceso al control prenatal podría estar generando insuficiencias en la información sobre la salud de la madre y, por tanto, menos criterios para definir la atención que debe recibir, es decir, debilidad en los mecanismos para identificar posibles riesgos durante el embarazo. Esta desinformación también podría ser entendida como obstáculo para alcanzar ciertas capacidades que habilitarían a la mujer a tomar mejores decisiones sobre su salud, es decir, ciertos cuidados alimenticios, de rutina física, de control de peso, de consumo de otros suplementos nutricionales, de sentido de alerta ante ciertos síntomas, incluso decisiones relacionadas con pruebas positivas de VIH.

Estas deficiencias en el acceso a los servicios mínimos analizados, podrían estar reduciendo el papel instrumental de los derechos, para garantizar la Salud Materna,

también su capacidad como medio para reducir la mortalidad materna. En lo que hace al resultado del Índice de Acceso a la Salud Materna, se observa que en Colombia las mujeres reciben 65% de los servicios establecidos en la Norma Técnica, asumiendo que es cerca de dos terceras partes se considera un comportamiento aceptable. Sin embargo, como se mencionó anteriormente se requieren esfuerzos en el acceso a algunos servicios relevantes para la detección y atención de posibles complicaciones. Igualmente hay que señalar que dado que se trata de servicios mínimos comunes a todas las mujeres, lo que se espera es que todas las mujeres reciban el 100% de los servicios que la Norma Técnica supone.

5.2. Las ventajas y desventajas encontradas tanto en la construcción de los índices como en la técnica estadística

El IASM resume las dimensiones y elementos del derecho disponibles en las Encuestas de Demografía y Salud, permitiendo complementar la medición de los porcentajes de cobertura y acceso a los servicios tradicionalmente usados. Igualmente permite una medición de niveles de garantía, complementado la medición centrada en la morbilidad y mortalidad materna. Es decir se trata de una medida que da cuenta de máximos y mínimos niveles de acceso, así como una medida global del desempeño del país (la media del índice), que da cuenta del avance general en la materia.

Se puede decir que asumiendo como estándar de medición la Norma Técnica Colombiana, el IASM puede ser usado en estudios comparados con países que ratificaron las normas internacionales señaladas en este estudio y que aplican o han aplicado las Encuestas de Demografía y Salud. Sin embargo, no permite conclusiones causales sobre los servicios asociados al derecho a la Salud Materna, aunque esta debilidad se intenta contrarrestar con los análisis descriptivos de las proporciones o porcentajes de mujeres que reportan la recepción de los mismos, aunque podría no ser suficiente.

El Índice de Barreras de Acceso al Derecho a la Salud Materna, se constituye en una medida global de las barreras de acceso, de fácil interpretación y comparabilidad con datos de otros países que cuenten con la misma información – razones de no acceso al control prenatal, parto y postparto institucional- . Da el mismo peso a las razones de no acceso, dejando en un mismo nivel de importancia el no acceso por razones personales (la pareja no la deja o no considera necesario el servicio) y las razones asociadas con la interacción con el sistema de salud y con ideas personales sobre el mismo (confianza en los médicos y haber sido maltratada por el personal médico, por ejemplo), que en términos de derechos podrían tener importancias diferentes, sobre las que no se profundizó en esta investigación.

Se observó también que no permite hacer un análisis detallado respecto a los componentes de interés en el estudio de la accesibilidad: lo económico, lo geográfico y la información. Respecto al primero no cuantifica en términos monetarios barreras como los costos del transporte para el desplazamiento, costos derivados de la atención (exámenes o medicamentos); distancias geográficas entre los centros de atención y el lugar de residencia de las mujeres; o la calidad, cantidad y claridad de la información a la que accede o que solicita la mujer.

La técnica estadística ofrece información sobre respecto a qué características se observan mayores niveles de acceso. Cuáles son las características más cercanas y más alejadas de la media global del índice, y cuál es la proporción que cada variable explica de la variación del índice. Futuras investigaciones, con el uso de otras técnicas y métodos estadísticos complementarían los resultados de esta investigación, que si bien fueron suficientes respecto a la pregunta de interés, si podrían resultar incompletos a la luz de otros marcos conceptuales sobre la Salud Materna.

5.3. Una aproximación a la igualdad y no discriminación en el acceso al derecho a la Salud Materna

Los resultados de acceso a la Salud Materna indican que no todas las mujeres están accediendo al mismo conjunto de servicios consignados en las norma, 15% de las mujeres recibe menos de la mitad de los servicios. Se observa también que 32% de las mujeres está por debajo de la media Nacional y solo 4% está en el nivel pleno de acceso.

Pese a que se evoca igualdad ante la ley, es decir, pese a que la ley estipula igual protección del derecho a la Salud Materna para todas las mujeres en condición de embarazo, desde la concepción hasta el postparto, lo que se observa es que no se logra igualdad en el punto de llegada o en los resultados – acceso a todos los servicios-. Lo anterior resulta problemático desde el enfoque de derechos por varias razones, la primera, si se considera la interdependencia que existe entre el derecho a la salud y el derecho a la vida, en la medida que el derecho a la Salud Materna se vea afectado o desatendido, podría estar en riesgo la salud en general de la mujer, con ello su integridad personal e incluso su vida. Si se hace un análisis ampliado de la conexidad de este derecho con los derechos sexuales y reproductivos, la vulneración del derecho a la Salud Materna, pondría en situaciones de vulnerabilidad otros derechos de la mujer, como el formar una familia o la maternidad.

En segundo lugar porque la prestación del servicio es el núcleo y la sustancia de los DESC, sin la prestación del servicio, el reconocimiento normativo del derecho no representa ninguna garantía para las mujeres. La ausencia de la prestación del servicio supone falencia por parte del Estado en su obligación de generar condiciones en las cuales las mujeres puedan ejercer otros derechos. En términos de obligaciones lo que se podría decir es que no se están garantizando los niveles esenciales del derecho a la Salud Materna, y que faltarían acciones para lograr igualdad en el acceso para todas las mujeres, en particular para el caso de aquellas mujeres que no logran ni siquiera estar en el nivel promedio nacional.

En tercer lugar se observa que estas diferencias en el acceso podrían estar indicando que son insuficientes los establecimientos, servicios y programas de salud, de tal forma que estén al alcance de todas las mujeres. Es probable que dichas diferencias estén dando cuenta de que no se están adoptando medidas suficientes y efectivas ni se está usando el máximo de recursos para lograr servicios de salud accesibles (económica y geográficamente) a todas las mujeres.

En cuarto lugar las diferencias en el acceso resultan problemáticas, pues podrían suponer que mujeres con cierta condición de desventaja social, podrían estar siendo afectadas por nuevas desventajas, que, contrario a la ampliación de sus derechos suponen nuevas y más vulnerabilidades.

Finalmente, lo que se observa es que las variaciones en el acceso a los servicios a la Salud Materna están siendo “explicadas”, en mayor proporción, por el nivel socioeconómico y el nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres, igualmente las variaciones en los niveles en las barreras de acceso están siendo explicadas en mayor proporción por dichas características sociodemográficas. Lo que podría estar dando cuenta de limitaciones injustas de la protección del derecho a la salud, en tanto que no se garantiza para todas las mujeres un sistema de bienestar adecuado a sus condiciones. Se observó además que aquellas características como la edad, el tipo de lugar de residencia, o el estado civil, contrario a lo esperado, “explican” una proporción de las variaciones de los índices.

El que una mujer no pueda acceder a los servicios por no contar con los recursos económicos supone una exclusión o restricción arbitraria, así como una limitación al disfrute de algunas oportunidades sociales, por lo cual sólo algunas mujeres, gracias al acceso al servicio podrían estar en mejores condiciones de salud o de atención en caso de riesgos o peligros para su salud.

Considerando las condiciones del Sistema de Salud Colombiana, así como las desigualdades que se sostienen en su estructura y su funcionamiento, lo que podría estar sucediendo es que se configura un escenario de discriminación indirecta, en el

que una norma, en este caso la ley 100 de 1993, genera condiciones de desigualdad, que no son atendidas y podrían estar siendo naturalizadas, como evidencias de problemas sociales estructurales de pobreza y marginación.

En la medida que esta investigación no analiza las motivaciones de las mujeres para acceder o no al servicio de salud; ni tampoco las condiciones socioculturales en las que vive la mujer; o las condiciones materiales y financieras de los prestadores de servicios, estos análisis deben ser asumidos con reserva y como instrumentos para profundizar en la materia.

Hay que señalar que las limitaciones de información de la fuente, no permiten hacer conclusiones sobre las diferencias en el acceso entre las mujeres embarazadas y aquellas que ya eran madres al momento de la encuesta. Asimismo estas limitaciones de información acotan el estudio a un análisis del derecho a la Salud Materna desde una definición igualmente restringida por cuanto no incluye todos los elementos que la componen.

5.4. Cuestiones pendientes para futuras investigaciones

Los resultados de este trabajo podrían ser usados en estudios posteriores para analizar el cumplimiento de las obligaciones de progresividad y no regresividad. De contar con información sobre las mismas variables a futuro, se puede identificar si hay una gradualidad y progreso en las condiciones para el goce del derecho a la Salud Materna, así como si hay o no situaciones de retroceso respecto al derecho.

Este análisis puede hacerse también retrospectivamente, en el sentido de ver progresos del Estado Colombiano desde la década de los noventa a la fecha de las siguientes encuestas de demografía y salud.

Este trabajo puede ser útil a fin de complementar estudios y análisis sobre Salud Materna y mortalidad materna, en el sentido de aportar un análisis macro de las

condiciones de efectividad de la normatividad colombiana desde el enfoque de los derechos humanos.

La operacionalización de los derechos a variables siguiendo el mismo proceso de identificación de la normatividad internacional, la norma nacional y la norma técnica nacional, puede ser una estrategia metodológica para la medición de otros derechos, a través del uso de información con fuentes demográficas que son frecuentemente usadas en los países de la región.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V. 2006. "Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo". *Revista de la CEPAL*, 88, Abril: 35-50.
- Abramovich, V. y Courtis, C. (2004), *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta.
- Aguado, L., et al. 2007. "Determinantes en el uso de servicios de Salud Materna en el Litoral Pacífico Colombiano". *Revista Latinoamericana de ciencias sociales*, 5(1), Junio: 1-36.
- Adrews, F. et al. 1967. *Multiple Analysis Clasiffication. A report on a computer program for multiple regression using categorical predictors*. Institute for Social Research. Michigan: The University of Michigan.
- Bobbio, N. 1993. *Igualdad y libertad*. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona: Ed. Paidós.
- Boosert, T. 2000. "La Descentralización de los sistemas de Salud en América Latina: un estudio comparado de Chile, Colombia y Bolivia". *Harvard School of Public Helath. LAC HSR. Health Sector Reform initiative*. 29, Junio. En: www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman. Revisado el 20 de Marzo de 2010.
- Carbonell, M. 2007. *Igualdad y libertad. Propuestas de renovación Constitucional*. México: UNAM – Instituto de Investigaciones Jurídicas. Comisión Nacional de Derechos humanos.
- Carrillo, A. 2007. "Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década". *Revista de Ciencias de la Salud*, 5, Julio-Septiembre: 72-85.
- Castro, R. 2000. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: CRIM. UNAM.
- Centro de Derechos Reproductivos. 2008. *Los derechos reproductivos a la vanguardia. Una herramienta de reforma legal*. Nueva York: Centro de Derechos Reproductivos.
- CEPAL. 2005. *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Proyecto Regional de Población Centro Latinoamericano y Caribeño de

- Demografía (CELADE) – División de Población. Santiago de Chile: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Cisneros, I. 2007. “*Acciones Afirmativas*”. En: Cisneros, I. y Cisternas, S. 2007. *Derechos, democracia y no discriminación*. Colección Miradas, 3, México: CONAPRED.
- Checa, S. 1996. “Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y la regulación de la fecundidad”. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*, XV (1): 12-16.
- Congreso de la república de Colombia. 1993. *Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- _____. 2009. *Proyecto de ley número 012. Por medio de la cual se establecen lineamientos para el ejercicio de la labor de las madres comunitarias en Colombia*. Bogotá.
- Cook, R. 1994. *La salud de la mujer y los derechos humanos*. Organización Panamericana de la salud. Publicación científica, 553, Washington.
- Cook, R. 2004. *Salud Reproductiva y Derechos Humanos, Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Bogotá: Profamilia.
- CIDH. 2003. *Opinión consultiva oc-18/03. De 17 de septiembre de 2003, Solicitada por los estados unidos mexicanos Condición jurídica y derechos De los migrantes indocumentados*. En: http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_18_esp.pdf. Revisado el 15 de abril de 2010.
- Dede, G. 2006. “Consideraciones sobre la pobreza y los DESC”. En: Dede, G. (Comp.). *El derecho a no ser pobre. La pobreza como violación de los derechos humanos*. Montevideo: Social Watch.
- Defensoría del Pueblo. 2006^a. *Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Política Pública de Salud a la Luz del Derecho a la Salud*. Bogotá: Defensoría Delegada para la Dirección del Seguimiento, Evaluación y Monitoreo de las Políticas Públicas para la realización de los Derechos Humanos.
- _____. 2006^b. *Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Política Pública de Salud a la Luz del Derecho a la Salud*. Serie DESC. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- _____. 2007^a. *Módulo de la A a la Z en derechos Sexuales y Reproductivos para Funcionarios y funcionarias con énfasis en violencia intrafamiliar y violencia sexual*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- _____. 2007^b. *La Tutela y el Derecho a la Salud en el Período 2003-2005*. Programa de Salud y Seguridad Social. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

- Delaplace, D. y Vázquez, L. 2009. *Guía de estudio: Políticas públicas con perspectiva de derechos humanos*. Maestría en Derechos Humanos. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- De la Puente, C. 1993. *SPSS+PC. Una guía para la investigación*. Madrid: Ed. Complutense.
- De la Torre, C. 2006. “El desarrollo del derecho a la no discriminación en el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas”. En: De la Torre, C. *Derecho a la no discriminación*. México: UNAM. Consejo Nacional para prevenir la discriminación y Comisión de Derecho Humanos del Distrito Federal.
- Díaz, L. 2004. *El derecho al Desarrollo y el nuevo orden mundial*. Series de estudios jurídicos, (8). México: UNAM
- Dirección de Salud de Antioquia. 2007. *La salud de las madres en Antioquia. Un reto, un derecho, un compromiso*. Medellín: Gobernación de Antioquia.
- Echarri, C. 2003. *Hijo de mi hija... Estructura familiar y salud de los niños en México*. México: Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y Desarrollo Urbano.
- Echeverri, E. 2002. “La Salud en Colombia... Abriendo el siglo y la brecha de las inequidades”. *Revista Gerencia y Política de la Salud Universidad Javeriana*, 3, Diciembre: 76-94.
- Elizondo, C. 2007. “El derecho a la protección de la salud”. *Revista de Salud Pública de México*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, 49(2), Marzo-Abril: 144-155.
- Esteban, A., et al. 2004. La privatización de la Salud en Colombia (Una reflexión para todos). *Revista de la SEMG*, 6(4), Mayo: 311-315.
- Ferrer, M. 2005. La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional. *Serie Población y Desarrollo* N° 60. Santiago de Chile: CEPAL.
- _____ 2007. *Derechos humanos en población: indicadores para un sistema de monitoreo*. *Serie Población y Desarrollo* N° 73. Santiago de Chile: CEPAL.
- Ferrajoli, L. 2006. *Derechos y garantías. La ley del más débil*. Madrid: Ed. Trotta.
- Figuroa, J y Yanes, M. 2001. “Presentación”. En: Figuroa, J. y Stern. C. (Coord). *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*. México: Colegio de México.

- _____. 2004. *Estado de la Población Mundial. El consenso de El Cairo, diez años después. Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza*. Maryland: FNUAP.
- Fondo de Población de Naciones Unidas. 2009. *Miradas a Fondo*. Boletín electrónico N° nueve.
- Franco, A. 2000. "Seguridad Social y Salud en Colombia Estado de la Reforma". *Revista de salud pública*, 2(1), Marzo: 1-16.
- Gallardo, J y Jiménez, M. 1997. "Efectos sobre el maltrato y del status sociométrico sobre la adaptación social y el afectivo infantil". *Revista Psicothema*, 9(1): 119-131.
- Gálvez, T. 1999. *Indicadores de género para el seguimiento y la evaluación del programa de acción regional para las mujeres de América latina y el Caribe, 1995-2001 y la plataforma de acción de Beijing*. Santiago de Chile: CEPAL.
- García, L. 1994. "¿Qué son los derechos humanos?". *Revista Derechos y Libertades*, 2: 257-267.
- Gimbernat, J. 1998. *Los Derechos Humanos a los cincuenta años de la Declaración Universal de los Derechos humanos*. España: Ed. Sal Terrae.
- González, M. 2006. "El derecho a la no discriminación por motivos de edad: niñas, niños y adolescentes". En: De la Torre, C. 2006. *Derecho a la no discriminación*. México: Porrúa-UNAM.
- Gutiérrez, J. 2006. "El sistema Interamericano de protección de los derechos humanos y la prevención de la discriminación". En: De la Torre, C. *Derecho a la no discriminación*. México: Porrúa-UNAM.
- Granados, R. 2002. "La reforma de los sistemas de salud: tendencias mundiales y Efectos en Latinoamérica y el Caribe". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1(3), Septiembre: 16-46.
- Green, M. y Merrick, T. 2005. *Poverty Reduction: does reproductive Health Matter?*. Washington: INP.
- Henderson, H. 2005. "Los tratados internacionales de derechos humanos en el orden interno: La importancia del principio Pro homine. Seminario: La armonización de los tratados internacionales de derechos humanos en México". *Revista del instituto interamericano de derechos humanos*, 39, Abril: 37-66.

- Homedes, N. y Ugalde, A. 2005. "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso". *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 17(3): 210-220.
- Huerta, C. 2006. "La estructura jurídica del derecho a la no discriminación". En: De la Torre, C. Comp. *Derecho a las no Discriminación*. México: UNAM. Consejo Nacional para prevenir la discriminación y Comisión de Derecho Humanos del Distrito Federal.
- Ianozuva, M. 2004. *Mortalidad Materna y Derechos Humanos*. Bogotá: Profamilia.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. 2004. Convención CEDAW y Protocolo Facultativo. San José de Costa Rica.
- Jiménez, W. 2007. "El Enfoque de los Derechos Humanos y las Políticas Públicas". *Revista de la Universidad Sergio Arboleda*. 7(12), Enero-Junio: 31-46.
- Kemelmajer de Carlucci, A. 2003. "Las Acciones Positivas". En: Carbonell, M. (Comp). *El principio constitucional de la igualdad. Lecturas de introducción*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Leslie, J., Rubin-Kurtzman, J., Goldani, A. 2004. "La definición de la salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres". En: Stern, C. y Figueroa, G. (Coord). *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México: Colegio de México.
- Medici, A. 2003. "Mortalidad Materna". Objetivos de Desarrollo del Milenio. En: <http://www.iadb.org/sds/doc/Cap8SaludMaterna.pdf>. Revisado el 1 de Octubre de 2009.
- Mejía, A., Sánchez, A., y Ramírez, J. (2007). "Equidad en los servicios de salud en Antioquía". *Rev. Salud Pública*. Volumen 9 (1), Marzo.
- Ministerio de la Protección Social y Fondo de población de Naciones Unidas. 2003. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá.
- _____ 2007. Guía 14: Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. En: Ministerio de la Protección Social. 2007. *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud.
- _____ 2007. Guía 15: Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo. En: Ministerio de la Protección Social. 2007. *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud.

- _____ 2007. *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud.
- Ministerio de la Salud. 1993. *Acuerdo 30 de 1993: Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: El consejo nacional de seguridad social en salud.
- _____ 2000^a. *Norma técnica para la Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres*. Bogotá.
- _____ 2000^b. *Norma técnica para la detección temprana de alteraciones en el embarazo*. Dirección general de atención y prevención. Bogotá.
- _____ 2000^c. *Norma técnica de atención al Parto*. Bogotá: Dirección de salud pública.
- Moreno, C. 2006. "Una Teoría de los derechos sociales es posible". En: *Herramientas para la defensa de los DESC. Derechos económicos, Sociales y Culturales*. Barcelona: Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo, Ayuntamiento de Barcelona y Diputación de Barcelona.
- Naciones Unidas. (1986). *Declaración sobre el derecho al desarrollo*. Resolución 41/128 de la Asamblea General. Diciembre de 1986.
- _____ 1994. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo.
- _____ 1995. *Cuarta conferencia Mundial sobre Mujer*. Beijing.
- _____ 1999. *Medidas para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Ginebra.
- _____ 2003. *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Informe del señor Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Asamblea General, Quincuagésimo octavo Período de Sesiones, 10 de octubre, A/58/427.
- _____ 2006^a. *Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos*. Ginebra.
- _____ 2006^b. Directrices armonizadas sobre la preparación de informes con arreglo a los tratados internacionales de derechos humanos, incluidas orientaciones relativas a la preparación de un documento básico común y de informes sobre tratados específicos, informe del Grupo de Trabajo Técnico de los Comités, 18^a

reunión de los presidentes de los órganos creados en virtud de los tratados de derechos humanos, Ginebra, 22 y 23 de junio.

Nikken: 1997. *Sobre el concepto de los derechos humanos. Seminario sobre derechos humanos. Instituto interamericano de derechos humanos.* San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

Núñez, J. y González, N. (2006). "Colombia en el contexto de las metas del milenio: Tropiezos, logros y el camino hacia adelante". *Documento CEDE.* Enero. Bogotá: Universidad de los Andes.

Organización de Estados Americanos. 2007. *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de Derechos Sociales y Culturales.* Washington: Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

_____ 2007. *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de Derechos Sociales y Culturales.* Washington: Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women. Family and Community Health Department of Reproductive Health and Research.* Geneva.

_____ 2008. *Mortalidad Materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

_____ 2002. *Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia.* En: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc
Revisado el 1 de abril de 2010.

_____ (1946). *Constitución.* En: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf> Revisado el 1 de julio de 2010.

Ortiz, L. 2003." Fuentes del Derecho Internacional de los derechos humanos". En: Martin, C., Rodríguez-Pinzón, D. y Guevara, J. (Comp). *Derecho Internacional de los derechos humanos.* México: Editorial Fontamara.

Ortiz-Ortega, A. 2004. "Elementos y obstáculos a tomar en cuenta en la conceptualización y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos". *Estudios Demográficos y Urbanos.* 19 (57): 599-637.

Pécora, A., San Martín, M., Cantero, A., et al. 2008. "Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud?". *Hospital Materno Infantil Ramón Sardá,* 27(3): 114-119

- Pérez, L., Betancourt, J., y Suárez: 2006. "Descentralización y sistemas de salud en América Latina". *Revista de Ciencias Sociales*. Universidad del Zulia Maracaibo, XII (1), Abril: 34-45.
- Potter, J. 1984. "Efectos de las Instituciones Sociales y Comunitarias sobre la Fecundidad". *Serie Ensayos sobre Población y Desarrollo* N° 23. Bogotá: Corporación Centro Regional de Población. The Population Council.
- Presidencia de la Republica de Colombia. 1999. *Ponencia presentada en el Foro Internacional sobre la población y el desarrollo*. La Haya. Febrero 8-12 de 1999. Seguimiento y Evaluación de la Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia internacional Sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo 1994. En: <http://www.un.org/popin/icpd/icpd5/hague/colombia.pdf>. Revisado el 21 de noviembre de 2009.
- Profamilia. 2005. *Encuesta de demografía y salud*. Profamilia. Bogotá.
- Retherford, R. y, Choe, M. 1993. *Statistical models for causal analysis*. New York: John Wiley & Sons. INC.
- Reygadas, L. 2008. *La apropiación. Destejiendo las redes de la desigualdad*. México: *Anthropos*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Riutort, M., y Cabarcas, F. 2006. "Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 5(011), Diciembre: 22-36.
- Rodríguez, J. 2006. "Un Marco teórico para la discriminación". *Colección de Estudios*. N° 2. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Rodríguez-Pinzón, D. 2003. "La Comisión Interamericana de Derechos Humanos". En: Martin, C., Rodríguez-Pinzón, D. y Guevara, J. (Ed.). *Manual de Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. México: Editorial Fontamara.
- Rosenfeld, M. 2003. "Hacia una reconstrucción de la igualdad constitucional". En: Carbonell, M. (Comp.). *El principio constitucional de la igualdad. Lecturas de introducción*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Ruiz, M. 1994. "Discriminación inversa e igualdad". En: Valcárcel, A. (Comp.). 1994. *El concepto de igualdad*. Madrid: Editorial Pablo Iglesias.
- Salazar, L. 2005. "Democracia y discriminación". *Cuadernos de igualdad* N° 5. México: Consejo Nacional para prevenir la discriminación.
- Salinas, L. 2001. "La salud reproductiva como problema de derechos humanos". En: Figueroa, J. y Stern, C. (Coord.). *Encuentros y desencuentros en la salud*

- reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales.* México: Colegio de México.
- Salles, V. y Tuirán, R. 2004. "El discurso de la salud reproductiva: ¿Nuevo Dogma?". En: Stern, C. y Figueroa, J. (Coord). *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación.* México: Colegio de México.
- Sen, A. 1992. *Nuevo examen de la desigualdad.* Madrid: Alianza Económica.
- Sojo, A. 2000. "Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica". *Serie Políticas Sociales N° 39.* Santiago de Chile: CEPAL - División de Desarrollo Social.
- Szasz, I. 2008. "Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre sexualidad en México". En: Lerner, S., y Szasz, I. (Coord.). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México.* Tomo I. México: Colegio de México.
- Tejada, D. (2005). *Derechos humanos y derecho a la salud: Construyendo ciudadanía en salud. Marco conceptual, aspectos metodológicos y alcances operativos.* Perú: Ministerio de la Salud. OPS/OMS.
- Villanueva, R. 2006. "Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos". *Revista del IIDH,* 43, Junio: 391-450.
- WHO. (2001). *Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the who regional office for Europe.* European Regional Office World Health Organization. Revised March 1999 & January 2001.
- Win, A. 2006. "La pobreza y los derechos humanos. Cambiar el enfoque de las cúpulas por el de las bases". En: Dade, G. (Comp.). *El derecho a no ser pobre: La pobreza como violación de los derechos humanos.* Montevideo: Social Watch.