

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

Nivel De Conocimiento Y Práctica De La Ruta Integral De Atención Materno-Perinatal A Madres De Niños Indígenas NASA Menores De Un (1) Año, Afiliados A La EPS Asociación Indígena del Cauca Durante El Primer Semestre De 2023

Diego Fernando Sandoval Ramírez, Jeixa Jennifer Canizales Rodríguez, Katherin Zulieth Tovar Triana y Lina María Gutiérrez Varón.

Escuela de Administración de Negocios EAN

Especialización en Administración Hospitalaria

Profesor Diego Antonio Rubio Bohórquez

Noviembre, 2023

Notas de autor

Diego Fernando Sandoval. dsandov81973@universidadean.edu.co

Jeixa Jennifer Canizales Rodríguez. jcanizal1215@universidadean.edu.co

Katherin Zulieth Tovar Triana. ktovart84642@universidadean.edu.co

Lina María Gutiérrez Varón. lgutierrez_1@universidadean.edu.co

Contenido

	Pág.
1. Resumen.....	3
2. Problema de Investigación.....	4
3. Objetivos.....	6
Objetivo general.....	
Objetivos específicos.....	
4. Justificación.....	7
5. Marco teórico.....	8
6.Marco Institucional	11
Ley 100/93: Sistema General de Seguridad Social en Salud	
Documento CONPES 2773 de 1995	
Decreto 1811N de 1990.....	
Ley 691 del 2001.....	
Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI)	
7. Metodología.....	16
Enfoque, alcance y diseño de la investigación.....	
Definición de variables.....	
Definición conceptual y operacional.....	
Población.....	
Muestra.....	

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

Métodos o instrumentos para la recolección de la información.....

Técnica de análisis de datos.....

Análisis y discusión de los resultados

Conclusiones.....

8.Lista de referencias.....23

9. Anexos.....30

Anexo A: Validación de Instrumento de Recolección de Información.....

Anexo B: Instrumento para la Recolección de Información.....

Resumen

La morbi-mortalidad materno perinatal se constituye como uno de los principales indicadores que reflejan la calidad en salud de la población, estos fenómenos se presentan con mayor frecuencia en población indígena, lo que genera la necesidad de evaluar el conocimiento y la adherencia de las madres indígenas a la ruta de atención materno-perinatal, una de las principales estrategias del Ministerio de Salud en Colombia para garantizar la atención integral en salud a las gestantes y la primera infancia; para esto se realizó un estudio exploratorio con el fin de implementar una estrategia para evaluar la adherencia a la Ruta de Atención Materno-perinatal en madres indígenas de niños menores de un (1) año pertenecientes a la etnia indígena NASA afiliadas a la EPS Asociación Indígena del Cauca (AIC), que permitió obtener como resultado la identificación de los cuellos de botella en el desarrollo de la ruta y promover un punto de partida a la generación de estrategias que impacten positivamente en la calidad de vida de la población indígena y lograr reducir la tasa de morbimortalidad de este grupo poblacional.

Palabras claves: Mortalidad infantil, Ruta de Atención Integral Materno-perinatal, población indígena, infancia, gestantes, mujeres.

Problema de Investigación

La morbilidad materno infantil en los países en desarrollo es 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas, debido a que las mujeres en los países desarrollados reciben mayor atención prenatal y tan solo la mitad de las mujeres de las regiones en desarrollo reciben la cantidad recomendada de atención médica que necesitan (OMS, 2022).

Las Naciones Unidas han reconocido la mortalidad materno-infantil como un problema de salud pública y de derechos humanos, destacando que los altos índices de morbilidad y mortalidad materno infantil afectan el derecho de las mujeres y los niños a la vida, la salud, la igualdad y a la no discriminación (ONU, 2021), según datos oficiales del DANE la razón de mortalidad materna en Colombia muestra una tendencia a la disminución donde se pasa de 73,3 casos en el 2007 a 51 casos por cada 100.000 nacidos vivos en el 2017, las cifras siguen siendo considerables, por lo que sigue siendo necesario hacer hincapié en trabajar por acelerar esta reducción (DANE, 2022).

El riesgo de muerte materno infantil es desproporcionalmente mayor en los segmentos más vulnerables de la sociedad, lo que genera la necesidad de trabajar en la atención de madres y niños y buscar reducir sus desigualdades (OPS, 2020). Los estudios evidencian que la mortalidad infantil y la mortalidad materna son eventos que ocurren en mayor proporción entre los pueblos indígenas que en los no indígenas; al analizar los componentes de la mortalidad en gestantes y en los menores de un (1) año se encuentra que en la mayoría de los casos las muertes son consideradas evitables (UNICEF, 2021). Por lo expuesto anteriormente la reducción de la mortalidad materna se encuentra incluida dentro de las metas clave dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (reducir para el 2030 la tasa mundial de mortalidad materna a

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos) por lo que debe ser prioritario en los planes de desarrollo de los gobiernos (INS, 2021).

Es importante mencionar que en nuestro país existen guías que describen y establecen métodos para la detección temprana de diferentes eventos de interés en salud como lo son las alteraciones antes, durante y después del embarazo, de igual manera la salud infantil, con todo lo anterior mencionado, surge la necesidad de evaluar y monitorizar la adherencia a las actividades grupales e individuales de detección temprana y protección específica encaminadas a proteger la salud de las gestantes y menores de un (1) año en los pueblos indígenas, que permitirá a los responsables de la implementación y seguimiento de la Ruta Integral, formular planes de acción de acuerdo a los hallazgos encontrados y garantizar el cumplimiento de las metas establecidas según la resolución 3280 de 2018 por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Población Materno Perinatal desde un enfoque intercultural, promoviendo la participación de los pueblos indígenas, el cumplimiento de sus derechos, dejando atrás la discriminación y buscando reposicionar la salud desde una perspectiva más diversa, multicultural y equitativa, de acuerdo a lo presentado este proyecto de investigación busca dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuál es el conocimiento y práctica de la ruta de atención integral materno perinatal de las mujeres indígenas NASA madres de niños menores de (1) año afiliadas a la EPS Asociación Indígena del Cauca durante el primer periodo del año 2023?

Objetivos

Objetivo General

Identificar el nivel de conocimiento y práctica de la Ruta de Atención Materno-Perinatal de las madres de niños pertenecientes al pueblo indígena NASA afiliados a la EPS AIC durante el período 2023-1.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de las madres indígenas NASA.
- Determinar las actitudes sobre las actividades de detección temprana y protección específica de las madres indígenas y su cosmovisión sobre las mismas.
- Determinar el nivel de satisfacción global frente a la Ruta de Atención Integral Materno-Perinatal de las mujeres indígenas del pueblo NASA afiliadas a la EPS Asociación Indígena del Cauca, madres de niños menores de un (1) año en el período 2023-1.
- Identificar las principales barreras de acceso a los servicios de detección temprana y protección específica en madres y niños indígenas menores de un (1) año afiliadas a la EPS Asociación Indígena del Cauca en el primer período de 2023.

Justificación

Esta investigación permitirá medir el nivel conocimiento de la actual Ruta de Atención Materno-perinatal en las madres indígenas de niños menores de (1) año, permitiendo identificar las fortalezas y los factores que impiden la adherencia a la misma, ofreciendo a los organismos responsables la información necesaria para generar estrategias que permitan el desarrollo eficiente de la ruta, respetando las creencias del pueblo indígena y ofreciendo el acceso a atención de salud integral, que desencadenará en la reducción de la morbimortalidad de la población materna e infantil indígena.

Para el año 2021 la tasa de mortalidad infantil fue de 10.95 muertes por cada 1000 nacidos vivos y 66.7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, agregado a esto la población indígena presenta la tasa más alta de mortalidad materno-infantil en todo el mundo. (Ministerio de Salud Colombia, 2021).

Esta investigación se fundamentará en la identificación de los puntos críticos en la no adherencia a la ruta materno-perinatal de las madres indígenas, convirtiéndose en un punto de partida para el desarrollo de estrategias que permitan ofrecerles una atención integral que tenga en cuenta sus particularidades, a fin de aportar en la mejora de la calidad de las condiciones de vida de la población materno infantil indígena, que a su vez reducirá la tasa de mortalidad de este grupo poblacional y aportará en la reducción de los costos en salud por curación y rehabilitación, promoviendo la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Marco teórico

Los indígenas NASA son un pueblo que habita en el departamento del Cauca en la zona andina del suroccidente de Colombia, Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2022 del DANE, la población indígena en el país alcanza los 1.905.617 individuos, es decir que más del 6% de la población en Colombia es indígena. (DANE, 2022).

Colombia es un país con estado de derecho fundamentado en el respeto de la dignidad humana, en la que se busca la igualdad entre todos sus habitantes sin discriminar sexo, raza o creencia religiosa, en la presente investigación se busca identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres indígena NASA sobre la Ruta de Atención Materno-perinatal por medio del diseño de una herramienta que permita identificar la adherencia que tienen a la ruta.

Por lo general, las mujeres indígenas no tienen ningún grado de escolaridad y se dedican a las labores del hogar como amas de casa, esta población está ubicada en su mayoría en zonas rurales dispersas alejadas de las cabeceras municipales con muy poco acceso a los servicios de salud.

El ministerio expidió la resolución 429 de 2016 en donde adopta la política de atención integral (PAIS) y el modelo de atención integral en salud (MIAS) con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud de la población donde uno de sus componentes son las rutas integrales de atención (RIAS), herramientas necesarias para asegurar la integralidad de la salud.

La resolución 3202 del 2016 define los tipos rutas integrales de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y las rutas integrales de atención en salud para eventos específicos y de grupos de riesgo, en esta última se encuentra la ruta de atención integral en salud para la población materno perinatal.

Las rutas de atención integral para la población definen e integran las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública requeridas

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud, entre ellos las gestantes y los recién nacidos.

Es necesario una adecuada articulación entre los entes territoriales, las entidades promotoras de salud, los prestadores de servicios de salud y demás entidades encargadas de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, quienes deben adaptar las rutas en función a los ámbitos territoriales urbanos, rurales y dispersos, así como los diferentes grupos poblacionales, la alineación de los servicios de salud a los lineamientos técnicos no pueden constituir una barrera de acceso por lo que la prestación de estos servicios debe hacerse sin orden médica y sin autorización y estos deben ser garantizados en la totalidad de la población, entre estos están: El tamizaje auditivo del recién nacido, consultas de medicina definidas para la población entre 24 y 44 años, las consultas de odontología definidas para la juventud y adultez. Para garantizar la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta de atención integral para la población materno perinatal se debe garantizar la suficiencia e idoneidad del talento humano, idealmente se debe incluir perfiles adicionales de acuerdo con condiciones territoriales y socioculturales.

Se pretende que con los resultados de esta investigación se generen planes de acción y estrategias para la toma de decisiones requeridas para garantizar la calidad de la atención en salud.

El ministerio tiene claramente documentado el lineamiento técnico y operativo de la ruta de atención en salud materno perinatal, donde se dan los lineamientos de orientación en la atención al parto, atención al puerperio, atención de emergencias obstétricas, atención del recién nacido, atención de complicaciones perinatales y/o posnatales del recién nacido, control del recién nacido y la atención a las familias, pero no se tienen en cuenta las particularidades de grupos

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

poblaciones como la de los indígenas, sus creencias, formas de vida, sus conceptos de salud-enfermedad y su cosmovisión.

Es responsabilidad de los diferentes actores que intervienen en el sistema garantizar la integralidad de la atención relacionada con la promoción de la salud materna, la prevención de los factores de riesgo, de la enfermedad, del diagnóstico y tratamiento. La ruta de atención en salud materno perinatal es de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, se debe generar una cultura de cuidado para todas las personas, familia y comunidad, para lo cual se debe reconocer a las mujeres en edad fértil, prestar servicios de salud a la mujer en etapas del ciclo reproductivo, centrar la atención en las gestantes y sus familias, crear una red de servicios que garanticen la entrega de las intervenciones en el componente y primario y complementario de la red.

Se hace necesario implementar a todas las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes en parto y posparto, red de cuidado y el recién nacido de la etnia NASA la ruta integral de atención perinatal (RIAMP), es importante fortalecer la red de cuidado al interior de la comunidad y la familia por lo que proponen el trabajo desde cuatro áreas, la primera busca desarrollar las capacidades de autocuidado en la mujer, la madre y el recién nacido, atención en salud para la mujer y el recién nacido, la preparación de la mujer para el parto y situaciones de emergencia, la segunda busca mejorar la conciencia en relación con los derechos humanos, sexuales y reproductivos, la participación del hombre y otros actores con poder de decisión la tercera busca fortalecer los vínculos como medio para reforzar el apoyo social tanto de los diferentes actores familiares, comunitarios e institucionales.

Marco Institucional

Colombia es un país diverso en lo territorial, poblacional y cultural, esto se refleja en los grupos humanos que lo habitan, aspecto que ha venido cobrando gran importancia a partir del impulso en el escenario internacional de la cualificación de la normatividad existente y de la cual Colombia ha ratificado convenios y tratados; igualmente por la acción de diversas organizaciones y sectores indígenas en la búsqueda del reconocimiento y efectiva implementación de sus derechos fundamentales, económicos y sociales.

Las organizaciones y pueblos indígenas han venido recuperando y sistematizando experiencias tanto de salud propia como de implementación y prestación de servicios de salud interculturales, en este marco han generado datos sobre morbilidad y mortalidad de las comunidades, en el marco del trabajo de construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), presentó un producto que refleja el análisis de situación de salud intercultural en el año 2010, para cuya realización se tuvieron en cuenta estudios regionales y departamentales como el informe regional sobre la situación de salud indígena en 2009 y el Perfil epidemiológico de la población indígena basado en el Reporte RIPS del año 2008 en Medellín.

En el ámbito de la salud, cada pueblo indígena tiene su forma particular de explicar el mundo que lo rodea y formas propias de representar y entender los procesos de salud - enfermedad. El concepto de salud, en estos pueblos es verdaderamente integral y tiene que ver con el manejo del mundo y del medio ambiente, los problemas de salud actuales de los pueblos indígenas están relacionados, entre otros, con el debilitamiento cultural de muchas etnias, el deterioro del medioambiente, las relaciones de dependencia con el mundo no indígena, el poco e inadecuado acceso a los servicios de salud que brinda el estado y al olvido por parte de los organismos de salud, de las representaciones culturales del proceso de enfermar de estas comunidades.

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

De acuerdo con el documento denominado la visibilidad estadística de los grupos étnicos colombianos desarrollado por el DANE, Colombia es un país pluriétnico y multilingüe. En el territorio nacional se hablan aproximadamente 63 Lenguas y se reconocen 74 etnias, con el fin de conservar la cultura, en la década de los 70 se inició un proceso de reconocimiento, reafirmación y conciencia de la identidad de las organizaciones indígenas. Este proceso fue apoyado por diversos sectores de la sociedad, culminó en el reconocimiento de la multiculturalidad del país en la Constitución Nacional 1991, la cual tiene cerca de 30 artículos referidos a los grupos étnicos y a sus diversas y particulares culturas, entre los que se destacan los siguientes:

“El Estado colombiano reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación Colombiana” (Art. 7). “... las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en sus territorios. La enseñanza que se imparte en las comunidades con tradiciones lingüísticas propias será bilingüe” (Art. 10). “Las tierras de resguardo... son inalienables, imprescriptibles e inembargables” (Art. 63). “... tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural...” (Art. 68). “Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas” (Art. 286) (Constitución Política de Colombia, 1991).

En el marco de este reconocimiento, se expidió la Ley 21 de 1991, por la cual el Estado Colombiano ratificó el Convenio 169 de la OIT de 1989 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, con ello, el estado colombiano se comprometió a adecuar la legislación nacional y a desarrollar las acciones concordantes a las disposiciones contenidas en el convenio, entre otras. Las premisas fueron la participación y el respeto a la identidad cultural y en ese contexto tanto el gobierno nacional como las comunidades de los grupos étnicos, asumieron la responsabilidad de desarrollar acciones para proteger los derechos de estos pueblos, garantizando el derecho a su identidad, con medidas concretas que permitieran salvaguardar tanto a las

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

personas, como sus instituciones, bienes, trabajo, cultura y medio ambiente (Congreso de la República, 1991).

El proceso iniciado en 1991 continuó y con la promulgación de la Ley 60 en 1993, se estableció que los resguardos indígenas son territorios legalmente constituidos en los que viven ancestralmente los pueblos indígenas, y además el gobierno dispondría de una parte de los ingresos corrientes de la nación, a través de transferencias realizadas según el censo poblacional de cada resguardo, certificado anualmente por el Departamento Nacional de Estadística (DANE) (Congreso de la República de Colombia, 1993, Ley 60, Artículo 25).

Así mismo cabe resaltar que en los últimos años, Colombia ha dado pasos gigantescos en materia de legislación indígena, y particularmente en el campo de la salud, el decreto 1811 de 1990, la ley 21 de 1991 y posteriormente los decretos reglamentarios y los acuerdos de la ley 100, han dado herramientas para iniciar un trabajo concertado con los pueblos indígenas que busque el real mejoramiento de sus condiciones, incluidas las de salud teniendo en cuenta sus particularidades culturales y de diversidad étnica. Infortunadamente hasta ahora, en el campo real poco se ha logrado y se continúa con el mismo modelo asistencialista y vertical no solo en lo que concierne a la prestación de servicios de salud, que según los lineamientos de la ley 100 le corresponde a las ARS, sino también a las acciones de promoción y prevención colectiva, responsabilidad del Estado.

Ley 100/93: Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 3 del Acuerdo 57 de 1997, por medio del cual se estipula la conformación de los consejos territoriales de seguridad social en salud el cual deberá contar con la presencia de un representante de las Comunidades Indígenas de la entidad territorial que será elegido por la

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

propia comunidad de acuerdo con sus usos y costumbres. Su aceptación será de carácter obligatorio (Congreso de la República de Colombia, 1993, Artículo 3).

Artículo 13 del acuerdo 32 de 1996 que en el párrafo 2 estipula que el contenido del Plan Obligatorio de Salud a las comunidades indígenas podrá ser ajustado de común acuerdo, entre las administradoras del régimen subsidiado y las comunidades indígenas, previo concepto favorable de los Consejos territoriales de Seguridad Social en Salud dentro del tope máximo de la UPC subsidiada (Congreso de la República de Colombia, 1993, Artículo 13).

Documento CONPES 2773 de 1995

En el cual se delinearán las estrategias para los pueblos indígenas como la adopción de programas territoriales y sectoriales de apoyo, concertados con las comunidades indígenas, del mismo modo para garantizar la efectiva participación de los pueblos y comunidades indígenas (República de Colombia, 1995, Documento CONPES 2773).

Decreto 1811N de 1990

Todo programa y en general, toda acción de salud que se proyecte adelantarse en comunidades indígenas deberá ser previamente acordada con ellas y aprobada por los respectivos cabildos o autoridades que ejerzan el gobierno interno de las mismas. Este decreto involucra a los indígenas en el diagnóstico, diseño, ejecución, evaluación y veeduría de los procesos pertinentes a su desarrollo (Congreso de la República de Colombia, 1990, Artículo 2).

Ley 691 del 2001

El estado colombiano asume la obligación de garantizar a los pueblos indígenas que se encuentran en el territorio nacional, la participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello, otorgó a las asociaciones de cabildos indígenas la posibilidad de conformar Empresas Promotoras de Salud Indígenas del Régimen Subsidiado e Instituciones Prestadoras de

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

Servicios en Salud, siempre con miras a preservar la permanencia social y cultural de esta población, a través del respeto y protección a su diversidad étnica (Congreso de la República de Colombia, 2001, Artículo 5).

Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI)

Es el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas. El SISPI es integral y se desarrolla en el marco del derecho fundamental a la salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, a través de las instancias y procedimientos que determinen el presente decreto y demás disposiciones que lo modifiquen, sustituyan y reglamenten.

Artículo 76. Concepto de Salud Propia: Es la armonía y el equilibrio de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo indígena, resultado de las relaciones de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio, comprende procesos y acciones orientados al fomento, protección y recuperación de la salud.

Componentes del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI):

1. Sabiduría ancestral.
2. Político-organizativo.
3. Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud.
4. Cuidado de salud propia e intercultural.
5. Administración y gestión.

Metodología

Enfoque, alcance y diseño de la investigación

Esta investigación corresponde a un estudio cualitativo de tipo descriptivo de corte transversal que permitirá medir el nivel de conocimiento y práctica sobre la ruta materno perinatal, que tienen las mujeres indígenas madres de niños menores de 1 año afiliadas a la EPS Asociación Indígena del Cauca durante el primer período de 2023.

Realizando una revisión bibliográfica acerca del tema se encuentra muy poca descripción que responda de manera particular a la evaluación de los servicios y programadas en salud ofertadas a gestantes y niños indígenas, este estudio pretende identificar una herramienta basada en las particularidades de la población objeto de estudio que permita evaluar la ruta.

Para la recolección de datos se contará con el uso de herramientas como las anotaciones en bitácora de campo, la entrevista y la observación, teniendo como referencia la resolución 3280 de 2018 y el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-perinatal.

El grupo de investigadores de este proyecto definió ejecutar el ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar, actuar) para el desarrollo de esta investigación, como primer paso se define el diseño de una encuesta, que permita la recolección de información a partir de un listado de preguntas y así verificar el nivel de conocimiento y práctica sobre la ruta materno-perinatal y los factores positivos y negativos que influyen en el desarrollo de la misma logrando el cumplimiento de los objetivos de manera eficaz.

Arias A, Fernández B (2018) señalan que las encuestas son herramientas de calidad que permiten mediante una serie de procedimientos, recolectar, analizar y presentar resultados.

Se establecieron unos pasos para la construcción de la herramienta:

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

1. Organización del trabajo de campo.
2. Determinar las características de cada ítem para su cumplimiento.
3. Establecer a cada ítem un porcentaje de cumplimiento que permitirá tabular la información.

Para la ejecución del paso “HACER” en el ciclo PHVA se diseñará el formato de la encuesta que contenga las actividades establecidas por la ruta de atención materno perinatal.

Para la realización de la encuesta, se tuvo en cuenta el lineamiento técnico y operativo de la ruta de atención integral materno perinatal con un enfoque diferencial, iniciando por la lengua, se conoce que el pueblo nasa tiene como lengua nativa el nasa-yuwe por lo que se contó con el apoyo de una traductora para solventar la barrera del idioma, la aplicación de la encuesta se determinó mediante preguntas de selección múltiple, a la cual se brindó una puntuación según conocimiento y cumplimiento, de igual manera en las actividades de no cumplir, se contó con un espacio abierto para que el evaluado especificara el motivo de no cumplimiento.

Definición de Variables

Para el desarrollo del proyecto de investigación se diseñó como instrumento una encuesta compuesta por 14 preguntas conformada por variables cualitativas y cuantitativas.

Definición Conceptual y Operacional

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
			DEFINICIÓN DE LA DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Características sociodemográficas	Grupo de características propias de cada individuo, que permiten determinar la población de estudio y que pueden influir de forma positiva o negativa en la salud del paciente	Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos	Razón
		Estrato socioeconómico	Clasificación de estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos para el cobro diferencial es decir para asignar subsidios u cobrar sobrecostos o contribuciones.	-Estrato 1 -Estrato 2 -Estrato 3 -Estrato 4 -Estrato 5 -Estrato 6	Ordinal
		Resguardo	Institución legal, conformada por un territorio reconocido de una comunidad indígena, con título de propiedad inalienable, colectivo o comunitaria, regido por un estatuto especial autónomo, con pautas y tradiciones culturales propias.	Codificación y agrupación de respuestas obtenidas	Nominal
		Zona de residencia	Agrupaciones de las entidades singulares de población con el objeto de conseguir una repartición de población en grupos homogéneos respecto a una serie de características que atañen a su modo de vida.	-Rural -Urbana	Ordinal
		Régimen de salud	Conjunto de normas que orienta y rige la afiliación de la población con o sin capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud	-Contributivo -Subsidiado	Nominal

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

		Ocupación	Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado	-Ama de casa -Empleada -Independiente	Nominal
		Nivel Educativo	Nivel de educación más alto que una persona ha terminado	-Ninguno -Primaria -Secundaria -Técnico/Tecnólogo -Profesional	Nominal
Nivel de conocimiento sobre la ruta de atención materno-perinatal	Medida de la cantidad de entendimiento sobre un determinado tema	Actividades que se realizar en el control prenatal	Conocer sobre las actividades que se realizan en el control prenatal	-Bailar -Cantar -Tomar de exámenes de laboratorio y consultas médicas -No sabe	Nominal
		Curso Psicoprofiláctico	Conocer sobre el objetivo del curso psicoprofiláctico	-Curso para pintar -Curso de cocina -Curso sobre el embarazo, parto y postparto -No sabe	Nominal
		Persona de debe asistir el parto	Conocer sobre la persona idónea para asistir la atención de un parto	-Medico -Partera -Nadie	Nominal
		Control del recién nacido	Conocer sobre el tiempo establecido en la ruta para realizar el primer control del recién nacido	-5 días -1 mes -1 año -No sabe	Nominal
		Importancia	Describir la percepción de importancia sobre la asistencia a las actividades de la ruta de atención materno-perinatal	-No conozco -Importante -No importante	Nominal
Barreras de acceso a la ruta de atención materno-perinatal	Obstáculos o impedimentos que dificultaron el acceso a las actividades de la ruta de atención materno-perinatal	Asistencia a controles antes y después del parto	Conocer si las madres indígenas asistieron a los controles de la ruta	-Si -No	Nominal
		Barreras de acceso a ruta de atención materno-perinatal	Describir las barreras que impidieron la asistencia de la encuestada a los controles antes y después del parto	-Idioma -Dinero -Distancia -No asistencia -Todas las anteriores -Otra	Nominal

Población y Muestra

Población

Los Nasa son un pueblo indígena que habita principalmente en el departamento del Cauca, en la zona andina del suroccidente de Colombia, los miembros de este pueblo viven generalmente en zonas templadas y frías, en terrenos de los resguardos de cada una de las llamadas parcialidades.

El resguardo es una institución de origen colonial que otorga al indígena un territorio determinado para vivir y sembrar, sin que pueda vender las tierras a personas que no pertenezcan a su comunidad. Los Nasa son los descendientes directos de la población nativa que hallaron en este territorio los conquistadores españoles, los Nasa se encuentran organizados con otros pueblos del departamento en el Consejo Regional Indígena del Cauca (Procuraduría General de la Nación, 2018).

Según estadísticas del Departamento Nacional de Planeación (DANE) para el año 2018, 243.176 habitantes del territorio nacional pertenecían al pueblo indígena NASA, distribuidos en varios departamentos del país, Cauca con 215.453 habitantes, Valle del Cauca 10.338, Huila 5.699, Putumayo 3.190 y Tolima con 2.486 habitantes; de los cuales el 61% son hombres y el 39% son mujeres. Los NASA representan el 21% de la población indígena colombiana.

La población para el desarrollo de esa investigación corresponde a mujeres indígenas madres de niños menores de un (1) año de edad, afiliadas a la EPS Asociación Indígena del Cauca activas durante el primer semestre de 2023 (DANE, 2018).

Muestra

Para efectos de esta investigación se seleccionó una técnica de muestreo no probabilístico de tipo deliberado, seleccionando mujeres indígenas NASA de forma espontánea en el territorio, para así lograr la captación de la muestra; la selección de las participantes se realizó a través de

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

muestreo estratificado, tomando como estrato a las mujeres pertenecientes al pueblo indígena Nasa, afiliadas a la EPS Asociación Indígena del Cauca, madres de niños menores de un año; la muestra se estimó teniendo en cuenta los siguientes indicadores: nivel de confianza 95%, prevalencia del 50% y error estándar del 10%.

La muestra establecida para el desarrollo de la investigación es de 50 mujeres.

Métodos o Instrumentos Para Recolección de Información

El método utilizado para el desarrollo de esta investigación es la encuesta, la cual permite establecer relación directa entre el investigador y el investigado, mediante una serie de preguntas aplicadas a la unidad de análisis para obtener respuestas sobre las variables de interés y de esta manera resolver el problema de investigación.

El instrumento elaborado es un formato de encuesta con ítems preseleccionados con respuestas dicotómicas y la opción de manifestar las razones de no cumplimiento a los ítems seleccionados. Para el desarrollo de la encuesta se tuvo en cuenta el respeto por las personas y sus creencias, de manera que a cada participante se le brindó la información necesaria y suficiente sobre la investigación para que de forma autónoma y voluntaria decidiera participar del estudio, de igual forma las mujeres encuestadas recibieron información sobre la importancia de asistir a todos los controles propuestos por la ruta de atención integral materno perinatal.

De acuerdo por las normas de buenas prácticas clínicas, toda información resultante de esta investigación será confidencial y se protegerá la identidad de las participantes del estudio.

Técnicas de Análisis de Datos

Para la realización del proceso de recolección de la información, luego de contar con el diseño del instrumento, se realizó la validación del mismo a través del juicio de personal experto, sometiendo el formato a consideración de conocedores de la materia y así facilitar el montaje

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

metodológico del formato tanto de validez interna como externa, además de garantizar la claridad, redacción, pertinencia y coherencia de cada ítem; luego de obtener la aprobación se procedió a recolectar la información por medio del diligenciamiento de la encuesta elaborada, la cual proporcionó los elementos necesarios para obtener la información pertinente, permitiendo cumplir los objetivos de la investigación.

La tabulación de la información recolectada se realizó en una base de datos desarrollada para la investigación en el programa Microsoft Office Excel 2023, el análisis de la base de datos se elaboró con el programa IBM SPSS Statistic Versión 29, las variables cualitativas fueron interpretadas por medio de tablas de frecuencia.

Análisis y Discusión de los Resultados

A continuación, se presenta el análisis y la discusión de los resultados del presente estudio con base a los objetivos planteados.

- Características Sociodemográficas

Tabla No.1: Edad de las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1

ESTIMADORES	VALOR
Media	25.62 años
Mediana	24.5 años
Desviación estándar	7.49 años

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

La media de la edad de las mujeres encuestadas es de 25.62 años (D.E 7.49 años). Esto evidencia que la población se encuentra dentro de la estimación de mujeres en edad fértil en Colombia, la cual para efectos de estimación de los indicadores de fecundidad, utiliza el periodo comprendido entre los 15 y 49 años cumplidos, las mujeres en este grupo de edad son la base para el cálculo de fecundidad, en Colombia las mujeres de 15 a 49 años en el 2021 son 12.227.598, más de la

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

cuarta parte de la población total, hallándose gran similitud con la muestra de esta investigación (DANE,2021).

Tabla No.2: Estrato socioeconómico de las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	50	100%
2	0	-
3	0	-
4	0	-
5	0	-
6	0	-
Total	50	-

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

Se evidenció que el 100% de las mujeres que participaron en el estudio pertenecen al estrato 1, concerniente con datos fuentes del Banco Mundial que constatan que los pueblos indígenas representan el 14% de los pobres y el 17% de los extremadamente pobres de América Latina (Banco Mundial, 2017).

Tabla No.3: Distribución de las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1 según el resguardo al que pertenecen.

RESGUARDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Páez	18	36%
Ninguno	12	24%
Itaibe	4	8%
Talaga	3	6%
Yaquiva	2	4%
Yano Buro	2	4%
Suin	1	2%
Santa Rosa	1	2%
Ricaurte	1	2%
Caloto	1	2%
Calderas	1	2%
San Andrés	1	2%
Cuetando	1	2%
Villa Colombia	1	2%
Nuevo Amanecer	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

Dentro de los 36 resguardos reconocidos en los departamentos del Huila y el Cauca, la mayor cantidad de mujeres indígenas madres de niños menores de un (1) años pertenecientes a la EPS AIC se encuentran en el resguardo indígena de Páez Cauca (36%), seguida por el (12%) de la población, que no pertenecen a ningún resguardo indígena.

Estos porcentajes se estiman a causa de la estratificación establecida para el estudio, ya que no todos los resguardos cuentan con la misma cantidad de habitantes, el pueblo Páez cuenta con una población de aproximadamente 36.287 una considerable cantidad por lo que fue elevado a la categoría de municipio albergando una subdivisión de resguardo de aproximadamente 15 comunidades más (Departamento Nacional de Estadística, 2020).

Tabla No.4: Zona residencial en las que viven de las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1.

REGIMEN DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	17	34%
Rural	33	66%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

De las 50 mujeres encuestadas el 66% residen en la zona rural y el 34% en la zona urbana, información que se relaciona con el boletín temático del Departamento Nacional de Estadística que reporta que en la actualidad, las comunidades indígenas son poblaciones minoritarias y su presencia se restringe en su mayoría a las zonas rurales en los resguardos indígenas legalmente constituidos, el 78,58% de los indígenas habita en áreas rurales mientras que el 21,41% lo hacen en las cabeceras municipales (DANE, 2018).

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

Tabla No.5: Régimen de salud al que se encuentran afiliadas las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1.

REGIMEN DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Subsidiado	48	96%
Contributivo	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

De 50 mujeres encuestadas el 96% se encuentran afiliadas al régimen de salud subsidiado y solo un 4% cotiza en el régimen contributivo, según datos del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) la EPS Asociación Indígena del Cauca tiene una cobertura de aproximadamente el 80% de los indígenas de la región del suroccidente colombiano, esta EPS fue creada en el año 1997, inicialmente solo para la administración de recursos del régimen subsidiado buscando la garantía del derecho de salud intercultural, evolucionando luego a entidad pública de carácter especial modificando su capacidad de afiliación también al régimen contributivo (Superintendencia Nacional de Salud, 2019).

Tabla No.6: Ocupación que tienen las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de Casa	38	76%
Independiente	7	14%
Empleada	5	10%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

Este estudio evidenció que el 76% de las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1 encuestadas se dedican a las labores del hogar, mientras que el 14% realizan labores independientes y tan solo el 10% de las encuestadas posee un empleo formal, datos que se asemejan a los presentados en el 2019 por el Departamento Nacional de estadística donde reportó que en las zonas rurales la tasa de ocupación de las mujeres fue mucho mas baja que en la zonas urbanas, información similar a la muestra de esta investigación, en las

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

zonas rurales las mujeres se ocupan principalmente de las labores del hogar, seguido de actividades como la agricultura, pesca y los servicios comunales (DANE, 2019).

Tabla No.7: Nivel educativo que tienen las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1.

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	2	4%
Primaria	18	36%
Secundaria	25	50%
Técnico/Tecnólogo	4	8%
Profesional	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

De las 50 mujeres indígenas encuestadas se evidenció que el 50% de ellas alcanzó la secundaria como máximo nivel de escolaridad y un 36% de mujeres indígenas cuenta con apenas educación primaria, tan solo el 10% de ellas lograron acceso a educación técnica o profesional, datos concomitantes con los del Ministerio de Educación Nacional que en el 2019 reportó que el 32.14% de los indígenas no registran ámbito educativo alguno y solo el 2.7% alcanza la educación superior, esta realidad se traduce en una cobertura educativa restringida con dificultades de acceso, infraestructura, económicas y de distribución geográfica (Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 2019).

- Nivel de conocimiento sobre la ruta de atención integral materno perinatal

Tabla No. 8: Conocimiento que tienen las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1 sobre las actividades que se realizan en el control prenatal.

Actividades del Control Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	37	74%
Inadecuado	0	-
No sabe	13	26%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

Del total de mujeres encuestadas, el 74% respondieron acertadamente sobre las actividades que se realizan en el control prenatal y un considerable 26% desconoce qué actividades forman parte del control durante el embarazo.

Para asegurar un embarazo saludable se crean los controles prenatales como un conjunto de controles y análisis que reciben las embarazadas durante la gestación, es así como esta investigación coincide con el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud a 73 gestantes indígenas del Amazonas; donde se concluyó que el 64.4% de las mujeres indígenas de la Amazonía conocían las actividades prenatales, pero no asistían a las mismas (Instituto Nacional de Salud, 2019).

Tabla No. 9: Conocimiento que tienen las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1 sobre qué es un curso psicoprofiláctico.

Curso Psicoprofiláctico	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	4	8%
Inadecuado	0	-
No sabe	46	92%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

El 92% de las mujeres encuestadas expresaron no saber qué es un curso psicoprofiláctico y solo el 8% conocían sobre estrategia, encontrando relación entre el conocimiento sobre el curso psicoprofiláctico y el nivel educativo de quienes conocían sobre esta estrategia que consiste en brindar las bases teóricas, físicas y emocionales a la gestante y su pareja sobre el embarazo, parto y posparto; en base a los resultados obtenidos y a un estudio realizado por el Observatorio Nacional de Salud se genera una hipótesis sobre el desconocimiento sobre el curso psicoprofiláctico que podría deberse a que en muchos territorios indígenas este curso se conoce como “Encuentro de embarazadas” y es la adaptación del curso psicoprofiláctico al contexto indígena (Observatorio Nacional de Salud, 2016).

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

Tabla No. 10: Conocimiento que tienen las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1 sobre quién es la persona adecuada para asistir un parto.

Persona Adecuada para Asistir un Parto	Frecuencia	Porcentaje
Médico	32	64%
Partera	0	-
Nadie	2	4%
Médico y/o partera	16	32%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

Durante esta investigación se obtuvo como resultado que el 64% de las mujeres encuestadas consideran que el médico es la persona adecuada para la asistencia de un parto y un 32% consideran que tanto la partera como el médico son idóneos para la asistencia de un parto, estos datos contrastan con los resultados obtenidos por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en el 2015 donde reportaron que el 80% de las mujeres indígenas no recibían atención de un profesional al momento del parto, si no que eran asistidas por parteras o comadronas (UNICEF, 2015).

Tabla No.11: Conocimiento que tienen las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1 sobre el día en el que debe realizarse el control del recién nacido.

Control del Recién Nacido	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	18	36%
Inadecuado	3	6%
No sabe	29	58%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

El 58% de las mujeres encuestadas no tiene conocimiento sobre el día en el que debe realizarse el primer control del recién nacido, seguido del 36% que conocen que el control del recién nacido debe realizarse entre el 5 y 7 día de nacimiento, también se evidenció que un 6% de las mujeres encuestadas respondieron que el control debe realizarse un mes después del nacimiento, estas cifras podrán relacionarse con el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud en el

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

2016 donde entrevistaron a 33 mujeres indígenas pertenecientes al pueblo NASA y estas manifestaron que consideraban la gestación y el nacimiento como acontecimientos completamente naturales que no requerían de la intervención de ningún tipo de asistencia médica porque no se trataba de una enfermedad, de igual forma tenían prácticas propias del sistema médico tradicional como la siembra de la placenta que según sus creencias se realiza para prevenir enfermedades de la madre y el niño, de igual forma baños con plantas al recién nacido entre otras (Instituto Nacional de Salud, 2016).

- Nivel de Satisfacción con la Ruta Materno Perinatal

Tabla 12: Importancia que le dan las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1 a los controles antes y después del parto.

Satisfacción con Ruta Materno perinatal	Frecuencia	Porcentaje
No conoce los controles	18	36%
Son importantes	24	48%
No son importantes	8	16%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

En cuanto a la importancia le dan las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1 a los controles antes y después del parto, el 48% de las mujeres encuestadas consideran que los controles antes, durante y después del parto son importantes, mientras que el 36% de las mujeres encuestadas refirieron que no conocen los controles que se deben realizar y un 16% de las encuestadas considera que los controles no son importantes, estos resultados se asemejan a los publicados por un grupo de investigación de la Universidad del Rosario donde encuestaron a 106 mujeres pertenecientes a la etnia indígena Zenú donde se evidenció que el 63% de las mujeres consideran importante y desearían asistir a los controles antes y después del parto pero la tasa de asistencia a los mismos era solo del 40% debido a múltiples factores, también un 50% manifestó que les gustaría acceder a una atención conjunta entre expertos

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

de la salud y médicos tradicionales indígenas o parteras, justificando que les daría mayor seguridad (Facultad de Salud, Universidad del Rosario, 2016).

Tabla 13: Motivos por los que no consideran importante la ruta de atención materno perinatal las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1.

Motivos de No Importancia	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes de partos domiciliarios sin controles que no presentaron ninguna complicación	5	62.5%
Antecedentes de embarazo sin ningún síntoma	2	25%
Antecedentes de manejo por partera sin complicaciones	1	12.5%
Total	8	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

De las 50 mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC en el primer periodo del 2023, 8 mujeres correspondientes al 16% manifestaron que no consideraban importante la realización de controles antes, durante y después del embarazo, a esas mismas mujeres se les indagó de manera abierta sobre los motivos por los que no consideraban importante los controles, encontrando que el 62.5% no consideraban importantes y necesarios los controles porque eran mujeres multigestantes y durante sus anteriores embarazos no habían tenido ningún control y su parto había sido domiciliario sin ninguna complicación, el 25% de ellas al no presentar ningún signo de enfermedad antes y después de sus embarazos no consideraban necesario tener asistencia médica y una (1) de las mujeres encuestadas manifestó que su parto había sido atendido por una familiar que además era partera y ni ella ni su bebé habían presentado complicación alguna.

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

- Barreras de Acceso a la Ruta Materno Perinatal

Tabla 14: Asistencia a todos los controles antes y después del parto de las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1.

Asistencia a Controles	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	38%
No	31	62%
Total	50	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

En el desarrollo de esta investigación se evidenció que el 62% de las mujeres encuestadas no asistieron a todos los controles prenatales que propone la ruta de atención integral en salud materno perinatal que son un mínimo aceptable de siete (7), solo 19 mujeres encuestadas correspondientes al 38% asistieron a la totalidad de controles que les fueron programados, datos correlacionados con los presentados por Juárez Ramírez y Villalobos en 2019 donde fueron encuestadas 149 indígenas en Oaxaca México, donde evidenciaron que el 80.1% de mujeres que hicieron parte de la investigación no tuvieron los suficientes controles prenatales debido a diversos tipos de barreras (Clara Juárez Ramírez y Amalia Villalobos, 2019).

Tabla 15: Barreras que limitaron el acceso a los servicios de la ruta de atención materno perinatal de las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1.

Barreras de Acceso	Frecuencia	Porcentaje
Idioma	0	-
Dinero	0	-
Distancia	4	12.9%
Disgusto por asistir al médico	7	22.58%
Todas las anteriores	10	32.26%
Otra	10	32.26%
Total	31	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

De las 50 mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC en el primer período del 2023 que fueron encuestadas para el desarrollo de esta investigación, 31 mujeres correspondientes al 62% respondieron que no habían asistido a todos los controles antes, durante y después del parto, en este grupo de mujeres se ahondó en cuáles fueron las barreras que

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

impidieron que llevarán a cabo todos los controles propuestos por la ruta de atención materno perinatal encontrando que al 32.26% de mujeres no pudieron acceder a todos los controles debido a todos los factores propuestos por la encuesta como el idioma, la distancia entre su residencia y el centro de salud más cercano, los recursos económicos para el desplazamiento y además no se sentían cómodas recibiendo asistencia médica; de igual forma un 32.26% mencionaron que otros eran los motivos de su inasistencia a los controles, esta información resulta concomitante con la reportada por Ruiz Manjarrez y Oime Ochoa en 2018, donde sugieren que la situación económica y sociocultural son determinantes en la población y su investigación deja en evidencia los diferentes tipos de barreras de acceso como lo son la geográficas, culturales, sociales y económicas (Yorleni Ruiz Manjarrez y Maryor Oime Ochoa, 2018).

Tabla 16: Otras barreras que limitaron el acceso a los controles antes y después de parto de las mujeres indígenas madres de niños menores de un año afiliadas a la EPS AIC 2023-1.

Barreras de Acceso	Frecuencia	Porcentaje
Asistió a valoración médica porque la partera no pudo con el alumbramiento	4	40%
Considera que no necesitó controles	1	10%
No se brindó educación en el tema	5	50%
Total	10	100%

Fuente: Base de datos conocimiento y práctica de ruta materno perinatal AIC 2023-1

De la muestra total de esta investigación, un porcentaje correspondiente al 32.26% respondieron al instrumento desarrollado que “otros” eran los motivos que habían impedido que desarrollaran todos los controles que propone la ruta de atención materno perinatal, motivos en los cuales esta investigación indagó, encontrando que el 50% de las mujeres encuestadas no acudieron a los controles porque nunca recibieron educación sobre los mismos, evidenciando la importancia de la educación asertiva en las estrategias de salud; un 40% habían accedido a la asistencia médica solo al haber presentado una complicación durante el alumbramiento lo que las “obligó” a

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

acceder a los servicios de salud de medicina occidental, lo que sigue dejando en evidencia la sentida necesidad de proteger y articular la medicina tradicional con la medicina occidental para mejorar la prestación de servicios de salud como lo planteó en el 2006 el Grupo de Estudio de Sistemas Tradicional de Salud de la Universidad del Rosario donde se propone un auténtico dialogo intercultural en el que el pueblo indígena no es solo un objeto de investigación sino que se convierte en sujeto y protagonista de la misma y se respetan sus conceptos, lenguajes y criterios (Grupo de Estudio en Sistemas Tradicionales de Salud, Universidad del Rosario, 2006).

Discusión

Numerosos estudios evidencian la gran influencia de los determinantes sociales en la salud de la poblaciones, en la actualidad colombiana el sistema de salud cuenta con distintas estrategias para promover o prevenir eventos en salud como lo es la morbilidad materno infantil, pero estas no garantizan el acceso a las mismas; la evidencia en investigaciones demuestra que esta limitación es aún más marcada en poblaciones indígenas donde sobresalen diferentes barreras de acceso como lo son la ubicación geográfica, factores socioculturales y económicos; de igual manera queda en evidencia el desconocimiento por falta de información y articulación de los programas de promoción de salud y su adaptación al contexto cultural de cada comunidad donde en la mayoría aún predominan tradiciones como el manejo por parteras, el consumo de plantas medicinales entre otras, antes de ser revisadas por un profesional de la salud, sumado a esto estas poblaciones tienen niveles de escolaridad y económicos más bajos que el resto de la población lo que termina influyendo en la desestimación de la atención prenatal y postnatal. Como resultado todos estos factores se conjugan para terminar reflejándose en un aumento de la morbilidad materno infantil.

Conclusiones

-La media de la edad de las mujeres participantes en el estudio es de 25.62 años lo que evidencia que la población se encuentra dentro de la estimación de mujeres en edad fértil en Colombia.

-El 100% de las mujeres encuestadas pertenecen al estrato socioeconómico 1.

-Se evidencia que el 24% de las mujeres indígenas encuestadas se reconocen como población indígena pero no pertenecen a ningún resguardo.

- La mayoría de la población de mujeres indígenas encuestadas viven en la zona rural representada en un 66% de la muestra analizada.

- El 96% de las mujeres indígenas encuestadas pertenece al régimen subsidiado, lo que se correlaciona con el 76% que no poseen un empleo formal y se dedican a las labores del hogar.

-El 50% de las mujeres indígenas encuestadas terminaron la secundaria y solo el 2% de la muestra analizada tuvieron acceso a educación superior y poseen una carrera profesional.

-Se concluye que el conocimiento de las mujeres indígenas participantes en el estudio es adecuado en relación con el concepto de control prenatal (74%) e inadecuado para el curso psicoprofiláctico con un (86%) de mujeres encuestadas que referían no saber qué es el curso psicoprofiláctico.

-Solo el 48% de las mujeres indígenas consideran que los controles antes y después del parto son importantes lo que contrasta con un 36% que desconocen cuáles son los controles que se deben realizar y refieren no haber recibido orientación en el tema y también se obtuvo que un 16% de las mujeres encuestadas refieren no considerar importante la asistencia a los controles debido a experiencias con embarazos anteriores donde no presentaron ninguna complicación y no vieron la necesidad de realizarse ningún control y además los partos fueron domiciliarios.

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

-Se identificó que el 62% de las mujeres indígenas encuestadas no asistieron a todos los controles antes, durante y después del parto debido a factores como distancia entre su residencia y el centro de atención más cercano, dificultades para la comunicación al no manejar adecuadamente el español y no contar con el recurso económico para desplazarse hasta el centro asistencial para realizar los controles.

-En cuanto a otras barreras que limitaron el acceso a los controles antes y después de parto del 50% de las mujeres indígenas encuestadas respondieron que no se les brindó educación en el tema.

-Si bien existen normativas para la protección de la diversidad étnica y cultural de las poblaciones indígenas aún se necesita trabajar en materializar y garantizar y respetar los derechos de este grupo poblacional.

-Todavía hay mucho que avanzar, pues la población indígena aún sigue rezagada en muchos aspectos lo que pone en evidencia la necesidad de adaptar todas las estrategias planteadas desde el gobierno nacional al contexto de cada población, teniendo en cuenta sus necesidades, creencias, minimizando las barreras que dificulten el acceso a cada una de las actividades programadas desde las rutas integrales de atención en salud.

-Para poder fortalecer y mejorar la calidad de la salud de la población indígena y de toda la población en general, los esfuerzos políticos y administrativos deben enfocarse en abordar los determinantes sociales de la salud.

- Los resultados de esta investigación sugieren la promoción de salud del pueblo indígena teniendo en cuenta sus particularidades, creencias, formas de vida, sus conceptos de salud enfermedad y su cosmovisión.

Lista de Referencias

- Resolución 3280 de 2018. *Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal*. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Resolución 429 de 2016 *Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud* https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
- Resolución 3202 de 2016 *Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)* <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). *Lineamiento operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal*. Ministerio de Salud. https://www.dssa.gov.co/images/documentos/Lineamiento_materno_perinatal.pdf.
- Ministerio de Salud. (2017). *Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural*. Gobierno de Colombia <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Paginas/Pueblosindigenas.aspx>
- Ministerio de Salud. (2018). *Perfil de salud de la población indígena y medición de las desigualdades en salud en Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

- Tejero Méndez, A. G. (2014). *La mortalidad materno-infantil en comunidades indígenas*. Universidad Autónoma de Tabasco. https://doi.org/10.19136/hs.a9n3.141_
- UNICEF. (2021). *Levels and Trends in Child Mortality. Report 2021* <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/rmncah/unice...>
- OECD & The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. Doi:10.1787/740f9640-es.
- PAHO (2017), Health in the Americas, 2017 Edition. Summary: *Regional Outlook and Country Profiles*, Panamerican Health Organization, Washington <https://www.paho.org/salud-enlas-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-VersionEnglish.pdf>.
- OECD & The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, <https://doi.org/10.1787/6089164f-en>.
- Gobierno de México. (2010). Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. *La mortalidad materna indígena y su prevención*. http://www.cdi.gob.mx/embarazo/mortalidad_materna_indigena_prevenccion_cdi_pnud.pdf
- Tabares, E. *Población indígena, en riesgo de desaparecer*. Revista Ciencia al Día. Agencia Universitaria de Periodismo Científico <http://aupec.univalle.edu.co/informes/mayo97/boletin37/indigena.html#:~:text=Entre%20la%20poblaci%C3%B3n%20ind%C3%ADgena%20de,los%206%20a%C3%B1os%20de%20edad>.
- OECD & The World Bank (2020), "*Mortalidad infantil*", *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD. <https://doi.org/10.1787/2b388fe2-es>.
- Ana Gabriela Tejero Méndez. (2014). *La mortalidad materno-infantil en comunidades indígenas*. Horizonte Sanitario. <https://doi.org/10.19136/hs.a9n3.141>

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

- Jaramillo-Mejía M, Chernichovsky D, Jiménez-Moleón JJ. *Resolving the enigma of infant mortality rate in Colombia*. Rochester, NY: Social Science. <http://papers.ssrn.com/abstract=2096901>
- Urdinola BP. *Determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil en Colombia*, 1993. Revista Colombiana de Estadística. 2011.
- Ley 691 (2001). *Por la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia*. Congreso de Colombia.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. PAHO <https://iris.paho.org/handle/10665.2/776>
- Andy Delgado Blanco. (2021). *La mortalidad infantil como problema de derechos humanos: el caso venezolano*. <https://doi.org/10.24215/25916386e084>
- Alvis Zakzuk N, Paternina Caicedo A, Carrasquilla Sotomayor M, De La Hoz F, Alvis Guzmán N. (2020). *Desigualdades de la mortalidad infantil y pobreza en Colombia: análisis intercensal*. Revista Ciencias Biomédicas. <https://doi.org/10.32997/rcb-2015-2980>
- Valente Corrêa P, Vieira Lobato R, Valino dos Santos F, Rodrigues Ferreira A, Leal Ataíde I, Vidal Nogueira L. (2020). *Mortalidad Infantil Indígena: Evidencias Acerca Del Tema*. Cogitare Enfermagem. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.70215>
- Rísquez, A, Cordero, C., Javier Damas, J, Navarro, & Nevett, V. (2019). *Mortalidad en la niñez de la población indígena vs no indígena*. Venezuela, 2013. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría.
- Mogollón-Pastrán, S. C., & García-Ubaque, J. C. (2016). *Tendencia y causas de la Mortalidad Infantil en municipios de frontera en Colombia, 2005-2011*. Revista de Salud Pública.

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

- Corporación Memoria y Saber Popular. (2012). *Sistema Indígena de Salud propio e intercultural SISPI*.
- Escobar, L. (2017). *Mecanismos de auditoría que permiten el análisis de la calidad en salud pública*. Especialización auditoría en salud. Universidad Santo Tomás. Bogotá.
- Gallego, L., Vélez, G. y Agudelo, B. (2005). *Panorama de la mortalidad materna. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal*. Medellín: Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud.
<http://medicina.udea.edu.co/Dependencias/Ginecologia/CLAP/pdf/libros/libro1/panoramadelamortalidadmaterna.pdf>.
- Gargallo, F. (2012). *Feminismos desde el Abya Yala. Ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos indígenas de nuestra América*. Bogotá: Desde Abajo
- Hincapié, E. y Valencia, C. P. (2000). *Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía*, Colombia. Colombia Médica.
- INS y Observatorio Nacional de Salud. (2014). *Informe 3. Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2014). *Estrategia de CONE adecuada a las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas*. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=39880804>.
- Bello-Álvarez L, & Parada-Baños A. (2017). *Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos centinela*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. <https://doi.org/10.18597/rcog.2925>

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

- Muñoz Bravo, S. F. (2012). *Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal*, Toribio, Cauca, 2008-2009. Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud.
- Presidencia de la República de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Estrategia de reducción de la mortalidad materna en zonas rurales*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ortiz E I y Col. *Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave en instituciones seleccionada de América Latina*. publicación FLASOG. Octubre 2008.
- DANE (14 de agosto de 2019). *Población Indígena del Cauca*
<https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190814-CNPV-presentacion-Resultados-etnicos-Cauca.pdf>
- Ministerio de Cultura (2010). Nasa (Páez) *La Gente Del Agua*
<https://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20pueblo%20Nasa.pdf>
- DANE (2007) "*La población étnica y el Censo General 2005*"; Colombia: una nación multicultural. Su diversidad étnica.
http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf
- Bichachi, D.S. (2014). *El uso de las Listas de Chequeo como herramienta para controlar la calidad de la ley*, Instituto Internacional de Estudio y Formación sobre Gobierno y Sociedad (IIEFGS) Universidad del Salvador.
- Gómez Buitrago, L. M. (2013). *La lista de chequeo: un estándar de cuidado*. Revista colombiana de anestesiología : Colombian journal of anesthesiology.
<https://doi.org/10.10167/rca.2013.07.001>

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

- Susan A. Ambrose, Michael W. Bridges, Michele Di Pietro, Marsha C. Lovett, & Marie K. Norman. (2017). Apéndice g: *¿qué son las listas de chequeo y cómo podemos usarlas?* In *Cómo funciona el aprendizaje*. Editorial Universidad del Norte.
- Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos. 2010. *Diagnóstico de la situación del pueblo nasa o Páez*. Bogotá Ptazitupni.
- Manzano V, Rojas AJ, Fernández JS, Pérez C. *Investigar mediante encuestas*. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid: Editorial Síntesis.
- Visauta B. *Técnicas de investigación social: recogida de datos*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1989.
- Arias A, Fernández B. *La encuesta como técnica de investigación social*. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid: Editorial Síntesis, 1998; p. 31-49.
- Cohen, N. y Gómez Rojas, G. (2003). *Triangulando en torno al problema de investigación, los objetivos y el marco conceptual*. (113-127). Buenos Aires: Editorial Proa XXI.
- Cohen, N. y Gómez Rojas, G. (2015). *Esa cosa llamada datos*. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 10-18.
- Sánchez Carrión, J. J. (2000). *La bondad de la encuesta: el caso de la no respuesta*. Madrid: Alianza.
- Naciones Unidas, (2019) *Informe de Naciones Unidas sobre objetivos de desarrollo sostenible* Naciones Unidas. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
- Instituto Nacional de Salud (2018) *Documento técnico y conceptual sobre la metodología de análisis de información para la auditoría de la calidad de la atención materna* https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/mortalidadmaternaextrema_web.pdf.

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

-OMS. (2016) *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM*

https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sip&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-alas-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm5&Itemid=219&lang=es

- Instituto Nacional de Salud. (2015) *Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca*. Bogotá, D.C. 2015.

- Oviedo María del Pilar; Hernández Andrea; Mantilla Blanca P; Arias Karen N; Flórez Nieves Z. (2014) *Comunidades Embera y Wounaan del departamento de Chocó: prácticas de cuidado durante el proceso de gestación*. Revista Facultad Nacional Salud Pública.

-Leyva, R., Infante, C., Gutiérrez, J., y Quintino, F. (2013). *Inequidad Persistente en Salud y Acceso a los Servicios para los Pueblos Indígenas de México*. Salud Pública Mex, 23-28.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a8.pdf>

- Clara Juárez-Ramírez, Aremis Villalobos, Alma L. Saucedo-Valenzuela, Gustavo Nigenda, *Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud*, Gaceta Sanitaria, Volumen 34, 2020.

- Ruiz Manjarrez y Oime Ochoa M. *Barreras de acceso a las indígenas wayuu gestantes para acceder a controles prenatales antes de las doce semanas de gestación en el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Uribia, La Guajira*. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual 2018.

Anexos**-ANEXO A: Carta de Validación de Instrumento**

La Plata Huila, 20 de octubre del 2023

Estudiantes:

Diego Fernando Sandoval

Jeixa Jennifer Canizales

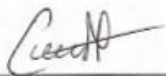
Katherin Tovar Triana

Lina María Gutiérrez

Cordial saludo,

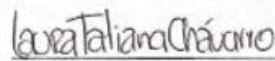
Con el fin de dejar constancia de la validación del formato para la recolección de información denominado "Encuesta para identificar el conocimiento y la práctica de la Ruta de Atención Materno Perinatal en mujeres indígenas NASA madres de niños menores de un (1) año afiliadas a la EPS Asociación Indígena del Cauca en el primer periodo de 2023", que tiene como objetivo identificar el conocimiento y la práctica de la ruta materno perinatal en una muestra de la población ya mencionada, se da constancia que se realizó la revisión del formato en cuestión, se dieron recomendaciones para la corrección del mismo, las cuales fueron consideradas por el grupo investigador. Por tal razón, se concluye que el contenido y estructura del formato se ajustan a lo planteado en los objetivos, permitiendo su aplicación.

Atentamente,



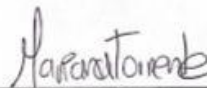
Cristhian David Medina Flórez

Médico - Mg. Salud Pública
Auditor EPS Asociación Indígena del Cauca
Contacto: 3005273718



Laura Tatiana Chavarro Vázquez

Psicóloga - Esp. Salud Familiar
Referente Institución Amiga de la Mujer y la Infancia
Contacto: 3508215176



Mariana Torrente Rocha

Bioingeniera
Esp. Bioética
Contacto: 3152528099

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

-ANEXO B: Instrumento para la recolección de información

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
1. Edad		2. Estrato socioeconómico	O 1	O 2	O 3
			O 4	O 5	O 6
3. Resguardo al que pertenece -----			4. Zona de Residencia O Rural O Urbana		
5. Régimen de salud al que pertenece O Contributivo O Subsidiado			6. Ocupación O Ama de casa O Empleada O Independiente		
7. Nivel Educativo		O Ninguno O Primaria O Secundaria O Técnico/Tecnólogo O Profesional			
II. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA RUTA MATERNOPERINATAL					
8. ¿Qué actividades se realizan en un control prenatal?		O Bailar O Cantar O Toma de exámenes de laboratorio y consultas médicas. O No sé			
9. ¿Qué es un curso psicoprofiláctico?		O Un curso para aprender a pintar O Un curso de cocina O un curso para aprender sobre el embarazo, parto y postparto O No sé			
10. ¿Quién es la persona que debe atender el parto?		O El medico O La partera O Nadie			

NIVEL DE CONOCIMIENTO RUTA MATERNO-PERINATAL

11. ¿A los cuantos días se debe realizar el control del Recién Nacido?	<input type="radio"/> A los 5 días <input type="radio"/> Al mes <input type="radio"/> Al año <input type="radio"/> No sé
III. NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA RUTA MATERNOPERINATAL	
12. ¿Qué tan importante considera los controles antes y después del parto?	<input type="radio"/> No conozco qué controles se deben realizar <input type="radio"/> Me parece muy importante. <input type="radio"/> No me parece importante. ¿Por qué?_____
IV. BARRERAS DE ACCESO A LA RUTA MATERNOPERINATAL	
13. ¿Asistió a todos los controles antes y después del parto?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Si su anterior respuesta fue NO , responda la siguiente pregunta.	
14. ¿Qué barrera considera que afecto su atención?	<input type="radio"/> Idioma <input type="radio"/> Dinero para ir hasta el hospital/centro de salud <input type="radio"/> Distancia entre el resguardo y el hospital/centro de salud <input type="radio"/> No me gusta ir a hospital/centro de salud <input type="radio"/> Todas las anteriores <input type="radio"/> Otra ¿cuál? _____