



ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

**BARRERAS DE ACCESO PARA LA
POBLACIÓN GESTANTE AFILIADA A LA IPS
ACIN, PERTENECIENTE AL PROGRAMA
MUJER DADORA DE VIDA, EN EL MUNICIPIO
DE SANTANDER DE QUILICHAO**

Adriana Guevara, Alejandra Vélez, Daniela González, Rolando Yonda,
Yuranni Idrobo.



**Universidad[®]
Católica
de Manizales**

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



*Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen*

**BARRERAS DE ACCESO PARA LA POBLACIÓN GESTANTE AFILIADA A LA IPS
ACIN, PERTENECIENTE AL PROGRAMA MUJER DADORA DE VIDA, EN EL
MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de especialista en Administración
de la Salud

Asesor

Richard Nelson Román Marín¹

Autores:

Adriana Guevara, Alejandra Vélez, Daniela González

Rolando Yonda, Yuranni Idrobo

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
MANIZALES
2023

¹ <https://orcid.org/0000-0002-4890-8566>

Contenido

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	7
ANTECEDENTES	10
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	15
OBJETIVO GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
MARCO TEÓRICO	16
MARCO CONTEXTUAL	16
MARCO NORMATIVO	18
MARCO CONCEPTUAL	19
GLOSARIO	30
DISEÑO METODOLÓGICO	31
TIPO Y ENFOQUE DEL ESTUDIO	31
POBLACIÓN	31
<i>Criterios De Inclusión.</i>	31
<i>Criterios De Exclusión.</i>	31
CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES	32
PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	32
MUESTRA	33
ASPECTOS ÉTICOS	35
CRONOGRAMA	36
RESULTADOS Y ANÁLISIS	37

DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	69
ANEXO 1. AUTORIZACIÓN DE LA ENTIDAD	69
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ENCUESTA - PROGRAMA MDV	70
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN HISTORIAS CLÍNICAS	71
ANEXO 4. CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES	72

Lista de Tablas

TABLA 1 RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN EL CAUCA POR ETNIA	8
TABLA 2 DESCRIPCIÓN DE RITUALES EN EL PROGRAMA MDV.....	26
TABLA 3 DESARMONÍAS DEL EMBARAZO.....	27
TABLA 4 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR LA PARTERA	28
TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN	37
TABLA 6 CONOCIMIENTO SOBRE EL PROGRAMA MUJER DADORA DE VIDA DE LA IPS ACIN	38
TABLA 7 CONDICIONES DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS ASOCIADAS AL CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA.....	39
TABLA 8 ÁREA DE RESIDENCIA Y SISTEMA DE TRANSPORTE USADO.....	40
TABLA 9 ASESORÍA DEL PROMOTOR.....	41
TABLA 10 MEDIO POR EL CUAL SE CONOCE EL PROGRAMA	43
TABLA 11 ENCUESTADAS EN ESTADO DE EMBARAZO	45
TABLA 12 ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DECISIÓN DEL EMBARAZO	45
TABLA 13 PERCEPCIÓN DE SERVICIO PRESTADO POR LA IPS ACIN – PROGRAMA MDV	47
TABLA 14 DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA – HISTORIAS CLÍNICAS.....	49
TABLA 15 INFORMACIÓN GESTACIONAL DE LAS EMBARAZADAS INSCRITAS AL PROGRAMA MDV	50
TABLA 16 LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO	51
TABLA 17 CASOS DE MUERTE MATERNA	52

Lista de Figuras

FIGURA 1 RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, DEPARTAMENTO DEL CAUCA, 2005-2020.....	8
FIGURA 2 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA	16
FIGURA 3 UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN NUSA AL NORTE DEL CAUCA	17
FIGURA 4 ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN INTERCULTURAL	42
FIGURA 5 INFORMACIÓN PUBLICADA EN LA IPS ACIN SEDE CANALÓN.....	44
FIGURA 6 MOTIVOS DE NO ADHERENCIA AL PROGRAMA MDV	46
FIGURA 7 ADHERENCIA A LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA MDV	48

Descripción Del Problema

La salud materna comprende todos los aspectos físicos, psicológicos, sociales y mentales, desde el momento del embarazo y hasta después del parto, incluyendo las complicaciones propias de la gestación, parto y puerperio que generan altas tasas de mortalidad materno perinatal.

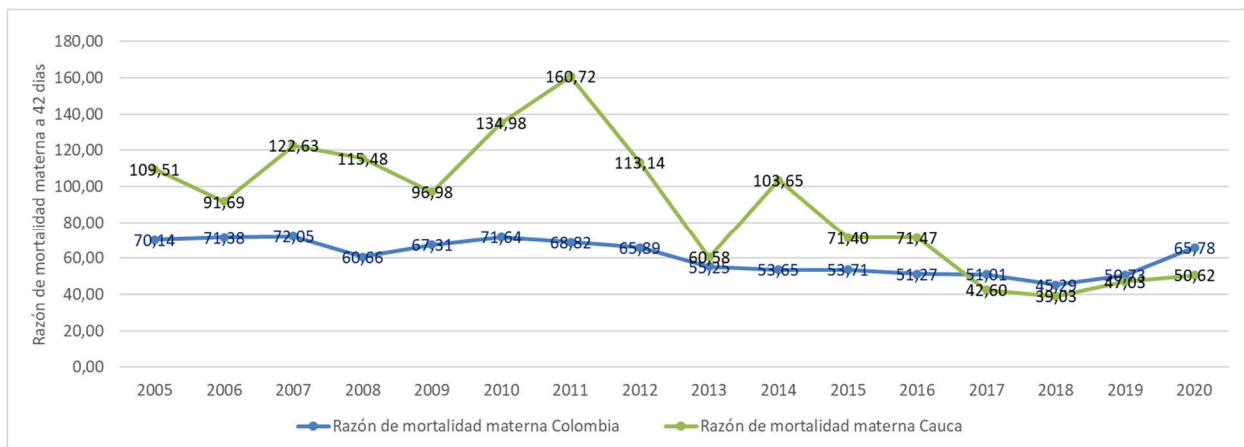
La muerte materna es definida por la Organización Mundial de la Salud como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio de la gestación, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (Bello-Álvarez & Parada Baños, 2017).

A nivel mundial, aproximadamente 830 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto diariamente. En el 2015 se estimaron unas 303.000 muertes durante el embarazo, el parto o después de estos, casi todas estas muertes se presentan en países en desarrollo y la mayoría de ellas pudieron haberse evitado.

En Colombia, la situación es similar; durante un día, 40 mujeres embarazadas están cerca de la muerte, la mayoría de las veces por causas prevenibles que están relacionadas con hipertensión asociada al embarazo, hemorragia o infección. De estas muertes, el 9,8% de mujeres gestantes pertenecen a la comunidad indígena y el departamento del Cauca es uno en el que se presenta gran cantidad de casos, tiene el segundo lugar (Bello-Álvarez & Parada Baños, 2017).

Figura 1

Razón de mortalidad materna, departamento del Cauca, 2005-2020



Fuente: Bodega de datos SISPRO - Registro de Estadísticas Vitales, 2009 – 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, 2022a)

En el Cauca, la mortalidad materna presentó cifras por encima de las nacionales hasta el 2016, y aunque en 2017 disminuyó a una razón de 42.60 y en 2018 disminuyó a 39.03, en 2019 y 2020 presenta un incremento a 47.03 y 50.62 respectivamente.

Tabla 1

Razón de mortalidad materna en el Cauca por etnia.

Etnia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 - Indígena	264,85	510,64	197,39	115,47	190,69	210,23	66,16	154,08	84,13	140,10	126,65
2 - ROM (gitano)											
3 - Raizal (San Andrés y Providencia)											
4 - Palenquero de San Basilio											
5 - Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente	271,99	232,13	257,95	84,00	418,41	156,74	54,23				
6 - Otras etnias	68,25	81,53	70,33	45,58	36,91	29,79	67,57	22,09	32,04	25,36	33,15
No reportado	441,50										
Total General	134,98	160,72	113,14	60,58	103,65	71,40	71,47	42,60	39,03	47,03	50,62

Fuente: Bodega de datos SISPRO - Registro de Estadísticas Vitales, 2009 – 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, 2022a)

En el departamento del Cauca, aunque a nivel institucional se han desarrollado programas de cuidado y prevención para las mujeres en su periodo de gestación, parto y post parto con enfoque diferencial étnico para la atención de población indígena se observa que la razón de muertes en esta población étnica se mantiene históricamente alta.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las barreras de acceso que se relacionan con casos de mortalidad materna entre el año 2022 en la población gestante registrada en el programa Mujer Dadora de Vida de la IPS ACIN en el municipio de Santander de Quilichao?

Antecedentes

Medicina tradicional indígena, opción saludable para la mujer. (2008)	
Autores	Zuluaga, G., Amaya, C., Cañón, A., Correal, C., Escobar, g, Franco, R. D., García, A., Matiz, C., Paz, A., & Ramos, M.
Objetivo	Revisar conceptos tradicionales sobre cuidado de la mujer, procesos de cambio, pérdidas y adaptaciones, y las expectativas para el futuro de cinco complejos culturales de Colombia, respetando siempre los marcos ontológicos y epistemológicos de los sistemas tradicionales de conocimiento.
Conclusión	Las prácticas culturales pueden aportar para la construcción de nuevas herramientas interculturales para la promoción, prevención y atención primaria de eventos relacionados con la salud femenina. Es importante preservar y respetar las prácticas culturales al momento de definir las políticas y normativas del país.

Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia. (2009)	
Autor	Pazmiño de Osorio, S. & Guzmán-Gómez, N.
Objetivo	Analizar el comportamiento de las razones de mortalidad materna en la ciudad de Cali (Colombia) durante dos décadas, 1985 a 2004, a la luz de indicadores de desarrollo social y organización de los servicios de atención a la gestante.
Conclusión	El control de los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención prenatal, con evaluaciones y ajustes periódicos, y la participación permanente de ginecobstetras en el nivel primario de atención, constituyeron los hitos primordiales de las intervenciones realizadas en la red de servicios públicos de atención.

Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. (2012)	
Autor	Muñoz, S; Castro, E; Castro, Z; Narvaez, N; Ortega, D.
Objetivo	Analizar los factores relacionados con la atención intercultural en salud de las gestantes del municipio de Toribio 2008-2009.
Conclusión	La diferencia de conceptos del personal de salud, la poca credibilidad de ambos sistemas de salud participantes y el desconocimiento de las capacidades y limitaciones propias, actúan como barreras para la atención intercultural.

Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas. (2016)	
Autor	Laura Margarita Bello Álvarez; Universidad Nacional de Colombia,
Objetivo	Conocer el comportamiento de la mortalidad materna en las poblaciones indígenas colombianas.
Conclusión	Se debe trabajar en el fortalecimiento de la identificación de las características propias de las poblaciones vulnerables, que lleven a plantear estrategias de intervención orientadas a la reducción de la mortalidad materna; es importante pensar en estrategias que permitan intervenir el puerperio mediato y tardío, donde se observa mayor frecuencia de fallecimiento.

Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arahuaca y wayuu: evidencias y propuestas de intervención. (2017)	
Autor	Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.
Objetivo	Este estudio busca ampliar la comprensión sobre mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas del país —sus desigualdades y determinantes sociales— y aportar evidencias para el diseño de intervenciones que permitan su reducción, en el marco de la interculturalidad, el enfoque diferencial y los derechos sexuales y reproductivos.
Conclusiones	El modelo de salud hace énfasis en la atención de la enfermedad, está diseñado y pensado para las ciudades y no para las poblaciones rurales y dispersas, fracciona la operación por niveles —desconociendo la unidad de pensamiento y acción que caracteriza a los indígenas—, reconoce la diferencia —pero la traduce en desigualdad—, tiene una postura hegemónica sobre el conocimiento y las prácticas en salud que limita la posibilidad de construir y desarrollar una propuesta de interculturalidad y, lo más significativo para las comunidades, no reconoce el sistema médico indígena que por siglos ha tratado enfermedades y ha permitido que los indígenas sobrevivan aún en comunidades alejadas, sorteando las dificultades de la geografía del territorio de la Sierra. Los problemas de remisión de pacientes de los niveles de baja a alta complejidad no solo tienen que ver con las barreras de acceso administrativo y geográfico que enfrenta la población en su acceso a los prestadores de servicios para atender sus necesidades de salud, pues también se refieren a factores culturales y económicos en el sitio donde llegan los pacientes con sus familiares.

Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. (2017)
--

Autor	Castillo-Santana, Paula Tatiana; Vallejo-Rodríguez, Elkin Daniel; Cotes-Cantillo, Karol Patricia; Castañeda-Orjuela, Carlos Andrés
Objetivo	Comprender los elementos que configuran la relación entre las madres indígenas de las comunidades Nasa y Misak y los servicios de salud tradicional y occidental, con un enfoque de la salud materna en el momento del parto.
Conclusión	Es necesario cambiar el paradigma y ver a los sistemas médicos como sistemas culturales, ya que desde esa perspectiva se minimizan las diferencias, cambia la percepción de la atención tanto de la medicina ancestral o tradicional como occidental y permite el acercamiento de las mujeres gestantes a la consulta y parto.

Demoras en mortalidad materna en el Departamento de Santander 2012 a 2015. (2018)	
Autor	Sandra P. Álvarez-Sierra
Objetivo	Caracterizar las muertes maternas en el departamento de Santander y las demoras que contribuyeron a dichas muertes, durante los años 2012 a 2015, mediante los análisis de las atenciones en salud, con el fin de ofrecer un insumo que permita plantear acciones para disminuir desenlaces fatales.
Conclusión	Las mujeres afiliadas al régimen subsidiado presentaron mayor frecuencia del evento Muerte materna, lo cual refleja que existen importantes oportunidades de mejora en la atención que se brinda a las gestantes en el régimen subsidiado.

Mortalidad materna en el departamento de Cauca, un estudio en el régimen subsidiado. (2019)	
Autores	Andry Yasmid Mera-Mamián, Rodrigo Alberto Alzate-Sánchez.
Objetivo	Describir algunas características epidemiológicas y del registro de las muertes maternas presentadas en la población afiliada a una empresa prestadora de servicios de salud (EPS) del régimen subsidiado, en el departamento de Cauca (Colombia), entre los años 2009 y 2014, para identificar oportunidades de mejora desde la EPS, como encargada de que los recursos de la salud sean distribuidos de forma adecuada y de priorizar la atención en términos de pertinencia.
Conclusión	El 67,6 % de las maternas pertenecía al área rural, otros estudios han reportado mayor mortalidad en poblaciones residentes en el área rural dispersa. Residir en un área rural no es sinónimo de ser pobre, pero sí se ha descrito como una condición que dificulta el acceso oportuno a los servicios de salud, en algunos casos relacionados con el poco acceso a medios de transporte.

Barreras en mujeres indígenas para acceder a los servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. (2019)	
Autores	Clara Juárez-Ramírez, Aremis Villalobos, Alma L. Saucedo-Valenzuela y Gustavo Nigenda
Objetivo	Analizar las barreras que enfrentan las mujeres indígenas para acceder a la red de servicios obstétricos en el marco de Redes Integradas de Servicios de Salud. Conclusión: Aunque el modelo de atención en redes posibilita el acceso a los servicios obstétricos, no garantiza la atención, esto sugiere mejorar tanto la infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios obstétricos, como los procesos de atención, es importante ampliar la visión del modelo considerando la perspectiva de derechos humanos y de equidad en salud.
Conclusión	El modelo de atención en redes posibilita el acceso a los servicios obstétricos, pero no garantiza la atención. Para ello, es necesario mejorar tanto la infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios obstétricos como los procesos de atención. Hay que ampliar la visión del modelo considerando la perspectiva de derechos humanos y de equidad en salud.

Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. (2020)	
Autor	Mirlelly Aguilar-Peña, María F. Tobar Blandón y Herney A. García-Perdomo.
Objetivo	Describe la interculturalidad como un puente entre la cultura indígena y la occidental.
Conclusión	La cobertura de los servicios de salud no es suficiente para garantizar la salud de la población indígena. El problema por el cual la población no recurre a los Centros de Salud es porque estos no solucionan sus problemas y no los solucionan porque no los entienden.

Justificación

Según el informe de mortalidad materna en Colombia en la última década de 2011-2021, se observa que la razón de Mortalidad Materna más alta la tienen las mujeres que no están afiliadas al régimen de seguridad social, no tienen ningún nivel de escolaridad alcanzado o pertenecen a comunidades indígenas, en las cuales existe una mortalidad materna cinco veces mayor a la de la población no indígena del país, siendo el Cauca uno de los departamentos con mayor número de muertes maternas debido a la alta proporción de población indígena que lo habita.

La finalidad de este estudio es caracterizar las barreras que pueden afectar el acceso a los servicios de salud incluidos en el programa intercultural Mujer Dadora de Vida de la IPS-I ACIN que presta sus servicios a la población indígena gestante en Santander de Quilichao y que se asocia con muerte materna.

Este estudio es importante ya que da información sobre programas de salud orientados a la comunidad indígena en el marco de la aplicación de Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) y las diferentes estrategias creadas por los prestadores de salud que se han acogido a esta política, la cual puede ser utilizada para construir nuevas herramientas interculturales de atención a la mujer gestante.

Para realizar este estudio contamos con el apoyo de la IPS Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca ACIN del municipio de Santander de Quilichao, quienes nos permitirán realizar entrevistas y revisión de información relacionada con el programa (Anexo 1).

En este estudio participa un equipo interdisciplinario de 5 personas, las cuales realizarán la revisión en campo de la información y realizará las encuestas, esto en conjunto de la Coordinadora del programa Mujer Dadora de Vida.

Objetivos

Objetivo General

Identificar las barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud para la mujer gestante de la población indígena del programa Mujer dadora de vida en la IPS ACIN de Santander de Quilichao.

Objetivos Específicos

- Medir el nivel de conocimiento que tiene la población en edad fértil sobre el programa Mujer Dadora de Vida desarrollado por la IPS ACIN - Santander de Quilichao.
- Identificar los tipos de barreras y facilitadores de acceso desde la perspectiva de la población gestante perteneciente al programa Mujer Dadora de Vida de la IPS ACIN - Santander de Quilichao.
- Medir la adherencia a las actividades del programa Mujer Dadora de Vida en el año 2022 en la IPS ACIN - Santander de Quilichao.
- Identificar las causas de muerte materna relacionadas con dificultades en el acceso a los servicios de salud que se han presentado en el año 2022 en la población materna afiliada a la IPS ACIN - Santander de Quilichao.

Marco Teórico

Marco Contextual

El departamento del Cauca se encuentra en la región suroccidente de Colombia y se encuentra ubicado entre las cordilleras central y occidental; está limitado en su mayor extensión con los departamentos de Nariño, Huila y Valle del Cauca, en menor extensión con los departamentos de Tolima, Caquetá y Putumayo y tiene costa sobre el océano pacífico.

Figura 2

Ubicación geográfica del departamento del Cauca



Fuente: <http://indepaz.org.co/2019/09/>

Su población incluye 308.455 personas pertenecientes a grupos étnicos, esto corresponde al 24,8% de la población del departamento. (DANE, 2019). El departamento del Cauca es el segundo departamento con mayor cantidad de población indígena en Colombia, en él se encuentran 8 etnias: los yanaconas, los ingas, los coconucos, los totoroos, los paeces o nasa, los guambianos (Misak), los eperara y los siapidara.

Figura 3

Ubicación de la población Nasa al norte del Cauca



Fuente: IPS ACIN (<https://nasaacin.org/>)

La población Nasa o Páez, objetivo de este proyecto, es el grupo étnico más numeroso del departamento se encuentra ubicado en el municipio de Santander de Quilichao, ubicado al norte del Cauca. La cobertura de la IPS ACIN se localiza en los municipios de Miranda, Corinto, Caloto, Santander De Quilichao, Buenos Aires, Toribio y Jambaló; en los cuales se encuentran los resguardos de Miranda, Corinto, López Adentro, Huellas Caloto, Tóez, Munchique Los

Tigres, Canoas, Guadualito, Las Delicias, La Concepción, Toribio, Tacueyó, San Francisco, Jambaló y los Cabildos del Pueblo Nuevo Ceral, Cerro Tijeras, Alto Naya, Nasa Kiwe Teck'sxaw (Cabildo Urbano De Santander De Quilichao) Y Kite Kiwe En El Municipio De Timbío, los cuales se encuentran en proceso de construcción como resguardos.

Marco Normativo

Colombia es un estado social y democrático de derecho que, en su Constitución Política de 1991, reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la población. La salud es uno de los derechos fundamentales (sentencia T-760 DE 2008) con el que cuenta cada persona que hace parte de la población que vive en el territorio colombiano, y este debe ser brindado sin condicionamiento o distinción de edad, etnia, género, religión, ideología política, condición económica o social, o de cualquier otro tipo.

En la Ley 691/2001 se reglamenta la participación de grupos étnicos en el SGSSS con el fin de “proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los pueblos indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia e integridad” (art. 2º) y especifica que “los planes y programas de servicios de salud tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basado en los criterios de pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad” (art. 21).

El estado colombiano, para la elaboración del Plan Decenal de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, 2022), basa sus políticas de salud pública en los principios y valores de la dignidad, equidad, la justicia social y distributiva, la inclusión y la integralidad entre otros con el fin de buscar la universalidad del aseguramiento en Salud, llegar a todas las poblaciones, sin distinciones entre ellas.

En lo referente a la etnicidad, Colombia cuenta con una diversidad de poblaciones indígenas alta; según el censo de población y vivienda 2018, aproximadamente existían 115 pueblos indígenas (DANE, 2019) conviviendo en el territorio, esto hace que para mantener la cobertura el Estado deba crear modelos o sistemas que den respuesta a la necesidad en salud que tengan estas poblaciones, que respeten la multiculturalidad y la visión holística que tenga cada población de la salud.

Para dar respuesta a esta necesidad, en el Decreto 1953/2014 se define el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) en el Título IV. El SISPI se define como 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” (p. 20). 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.

Marco Conceptual

Los siguientes conceptos servirán para comprender el tema que se revisará en este estudio:

Barreras de Acceso: La accesibilidad es la relación entre los servicios de salud y los usuarios, en la que ambos contienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (Díez & Peirò, 2004); en Colombia, pese a los avances normativos existentes, la vulneración a los derechos de los pueblos indígenas representa una situación crítica especialmente en aquellas regiones donde el conflicto armado, el reclutamiento, la violencia sexual y el desplazamiento forzado dificultan la interacción entre la comunidad y el sistema de salud. Así mismo las condiciones sociales y económicas desfavorables, que se reflejan en el acceso deficiente al agua potable, saneamiento básico, bajo nivel educativo, contaminación de fuentes hídricas, entre otras;

redundan de manera negativa en la salud de los pueblos autóctonos del país. (Vargas Lorenzo, 2009)

- **Barreras geográficas:** tienen que ver con la distancia, la falta de transporte, vías de comunicación en mal estado, o inexistentes, la inaccesibilidad estacional, los costos de traslado o movilización, alimentación en el viaje, alojamiento, atención al acompañante, subsistencia de las personas que dependen del enfermo, medicamentos y la pérdida de días laborales, representa una amenaza para el acceso a la atención primaria y la economía de los pacientes. (Vargas Lorenzo, 2009)
- **Barreras económicas:** constituyen las dificultades financieras que la población tiene para acceder a la atención en salud por su nivel de ingreso, costo real de la atención (transporte, alimentación, hospedaje, medicamentos, pérdida de días laborados) especialmente en casos de emergencia. Varias comunidades, además, utilizan el trueque como medio de pago, este mecanismo, por lo general, no es aceptado en la sociedad no indígena. (Vargas Lorenzo, 2009).
- **Barreras culturales:** se relacionan con la poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas. El sesgo hacia la medicina e intervención occidental puede ser ofensivo o inapropiado para los profesionales de la medicina tradicional. Encontrar personal sanitario que hable y comprenda las lenguas nativas indígenas es difícil, y la comunicación deficiente entre los prestadores y los clientes en todos los niveles compromete el acceso a una atención de calidad. (Vargas Lorenzo, 2009).

- **Barreras administrativas u organizacionales:** Son aquellas en las cuales toda la responsabilidad recae en la institución prestadora de servicios esto debido a que se dan a raíz de una mala estructuración de procesos, la cual es inadecuada para la atención que se le debe prestar al usuario, es el resultado de la poca planeación en los servicios de atención del usuario, en este tipo de barreras el usuario está exento de tener responsabilidad, claros ejemplos de las mismas son los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud, los trámites y autorizaciones. (Vargas Lorenzo, 2009)
- **Barreras sociales:** están determinadas, por ejemplo, por el nivel de educación. La percepción de la calidad de los servicios está incluida dentro de las barreras sociales y está relacionada con: Hospitalidad, disponibilidad de medicación, horas de funcionamiento, período de espera, humanización de los servicios. (Vargas Lorenzo, 2009).

Salud Indígena:

El concepto de salud desde la cosmovisión de las comunidades indígenas radica en la armonía, equilibrio, limpieza espiritual y la curación por medio de plantas y elementos presentes en la naturaleza. La salud se relaciona con el cumplimiento de normas y reglas que determinan la relación del individuo con su familia, con su comunidad y con la naturaleza. (Castillo-Santana et al., 2017).

Desde este concepto, la salud no se debe tratar solo como la manifestación individual, sino que debe abordarse todos los espacios a los que pertenece la persona; por ejemplo, la alimentación que recibe, puede ser la fuente de la enfermedad.

Enfermedad según la cosmovisión indígena Nasa: En el contexto de la población indígena, la enfermedad se define como una desarmonía de los distintos componentes de la relación entre el individuo y su entorno. Es la ruptura del equilibrio que puede desencadenar malestar físico y espiritual (Jiménez & Banguero, 2018). En contraposición con el concepto de salud, la enfermedad se desencadena por no cumplir con las normas culturales, los rituales y las prácticas cotidianas.

Maternidad según la cosmovisión indígena Nasa: La maternidad es una etapa más dentro del ciclo de vida de la mujer y hace parte de la norma cultural cotidiana y ritual, por lo tanto, se debe preparar a la mujer desde el momento de tomar la decisión de tener un bebé. La planificación de la maternidad no solo se centraba en los aspectos de la madre, sino que se incluía la preparación desde la cosmovisión, revisar aspectos como la fase de la luna en la que se debía hacer la concepción porque eso iba a definir el futuro del bebé.

La maternidad no solo debe enfocarse en tratar a la madre, la familia es el eje central del embarazo. Las acciones y programas en salud deben abordar la maternidad como un proceso familiar y social que debe estar en armonía y equilibrio (Castillo-Santana et al., 2017).

Cuidado de salud propia e intercultural: Es la implementación de las formas de cuidado propias e interculturales definidas por cada pueblo de acuerdo con sus usos y costumbres en salud, se realizan de forma individual, familiar y colectiva con base al entorno territorial, su fondo es promover la protección de la salud a partir de la prevención y tratamiento de la enfermedad con el propósito mantener la armonía y el equilibrio (*AIC-EPS-I; Nosotros*, s. f.).

Sabiduría Ancestral Indígena: Son los conocimientos propios y espirituales de los pueblos indígenas, practicados culturalmente de forma ancestral y que se transmiten por generaciones a

través de las autoridades espirituales permitiendo la existencia física y cultural de los pueblos indígenas (*AIC-EPS-I; Nosotros, s. f.*).

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) y es un compromiso del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (PND) que el Ministerio de Salud y Protección Social concertará con las autoridades y organizaciones indígenas la estructuración, desarrollo e implementación de un sistema de salud.

Asociación Indígena del Cauca AIC-EPS-I: Es una entidad Pública de carácter especial que tiene como objeto fortalecer la capacidad organizativa de los procesos en salud de los pueblos indígenas y demás población afiliada, a través de la administración de los recursos y el aseguramiento de los servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud respetando la diversidad étnico cultural de cada pueblo y comunidad. (*AIC-EPS-I; Nosotros, s. f.*). Creada en 1997 por decisión de la comunidad indígena en sus cabildos está integrada por Autoridades de los Resguardos Indígenas y en la actualidad son socios 118 Cabildos Indígenas del departamento del Cauca.

Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca ACIN o Çxhab Wala Kiwe (Territorio del Gran Pueblo): Es una institución que presta sus servicios en salud a la comunidad indígena o Instituciones Prestadoras de Salud Intercultural (IPS-I), que tienen como misión integrar las prácticas y conocimiento de la medicina occidental con los saberes y creencias de la medicina tradicional indígena. Su Modelo ÇXHAB WALA KIWE-ACIN de

atención intercultural cuenta con diferentes programas enfocados en la atención a la comunidad nasa en 4 líneas de intervención: Fomento de la salud; Protección de la salud; Recuperación de la armonía y Monitoreo epidemiológico de la salud (ACIN, 2019, p.43-46).

En la línea de Protección de la salud, se dinamizan 6 ciclos de vida con los programas:

- Despertar de las semillas (niños y niñas)
- Semillas de identidad (adolescencia)
- Adulto joven (15 a 49 años)
- Mujer dadora de vida (control prenatal)
- Huellas de sabiduría
- Regreso a Uma Kiwe (adulto mayor)

Programa Mujer dadora de vida (MDV): es un programa sociocultural de la IPS-I ACIN centrado en la atención integral en salud a la población de mujeres en edad fértil, desde la etapa de planeación del embarazo, el embarazo, el parto y el postparto con el propósito de apoyar y promover la ritualidad y otras prácticas culturales cuyo objetivo principal es el de disminuir el índice de morbilidad materno-perinatal. (Jiménez & Banguero, 2018)

Este programa se genera como una estrategia de pervivencia de la comunidad Nasa al analizar que, a pesar de que a nivel nacional se observa una mejora en los índices de mortalidad materna, en la población en condiciones de desigualdad e inequidad en salud se observa que se siguen presentando mayor número de casos; las comunidades indígenas hacen parte de estas poblaciones en desigualdad. Al identificar las causas que se relacionaban con esta situación se identificaron diferentes barreras de tipo socioeconómico, educativas y culturales que se reflejaba en una baja cobertura y adherencia a los programas de control prenatal. (Mensa, 2014)

El programa Mujer Dadora de Vida surge de la necesidad de reorientar el servicio prestado por las entidades de salud del territorio, buscando que su conocimiento y saber cultural sea incluido dentro de la atención en salud y así lograr mayor aceptación por parte de la comunidad, mejorando la cobertura en salud de la población. (Mensa, 2014)

Las actividades del programa incluyen prácticas propias de la cultura dentro de un modelo de seguimiento y control prenatal de la medicina occidente; estas son realizadas por el personal de salud de la IPS-I, el Thë wala y la partera.

El control comienza desde el inicio del embarazo y este tiene que ver con la preparación de la llegada el nuevo ser, familiarizarse con el mundo externo, mantener o acomodar la posición de la criatura; diagnosticar y recomendar el acato a las normas por parte de la madre, padre y demás familiares (alimentación - trabajo - aseo - salud etc.). (Collo, 2019)

El Kiwe Thë o Thë wala: Dentro de la cultura indígena nasa, la madre tierra y la comunidad se relacionan en armonía y están unidos íntimamente, toda acción y decisión se debe hacer de forma colectiva, cuidando siempre de no agredir ni afectar a la Madre naturaleza. El Kiwe Thë siente e interpreta el sentir de la naturaleza, con su conocimiento y sabiduría realiza las prácticas y rituales; son guías espirituales. (Collo, 2019)

Los Kiwe Thë o Thë walas son los orientadores y cuidadores de la familia y de las personas que engendrarán; por tanto, harán el respectivo acompañamiento antes de nacer, en el momento de nacer y luego en cada uno de los periodos de la vida y realizarán los ritos respectivos para ir diagnosticando cada uno de los momentos de la existencia de los seres, con los cuales se comparte y se convive. (Collo, 2019)

El Thë wala es un médico tradicional, el cual es un comunero(a) nasa que puede nacer con el don, o recibe los dones a través de un ritual de traspaso del don de un médico

tradicional al bebé durante el momento del nacimiento; la labor del Thë wala específicamente en el programa Mujer Dadora de Vida dicho por ellos es “*mantener aliviados a los dos (madre e hijo), así les paguen o no les paguen lo importante es que ellos estén aliviados*”. El Thë wala contribuye a mantener la salud del bebe y la madre en un equilibrio con la naturaleza. (Jiménez y Banguero, 2018)

El Thë Wala como principal agente a cargo del bienestar espiritual de la madre durante el embarazo, es quien, junto con la partera y los promotores de salud, recomienda asistir a la medicina occidental, cuando la medicina tradicional no es suficiente para aliviar las dolencias por las que se les consulta. (Castillo-Santana et al., 2017)

El Thë wala dentro del programa MDV (Mujer Dadora de Vida) realiza 3 rituales a la embarazada, uno en cada trimestre del embarazo; también, el Thë wala es quien determina qué día debe realizarlo de acuerdo con las fases de la luna.

Tabla 2

Descripción de rituales en el programa MDV

RITUALES	DESCRIPCIÓN
Armonización o cateo	En el primer trimestre se realiza el ritual de armonización o cateo. Ritual que es realizado para equilibrar las energías del cuerpo de la madre con la naturaleza y además con el fin de saber si se presentarán complicaciones durante el embarazo. Este se realiza al inicio del embarazo, pero se puede repetir en cualquier mes de gestación si es necesario.
Sostenimiento	En el segundo trimestre el ritual de sostenimiento, “es para dar fuerza, se realiza en la luna menguante cuando la luna está redonda.”
Apertura del camino	En preparación para el parto, se realiza el ritual de Apertura del camino. Ritual utilizado para encaminar al bebe a su nacimiento, por lo regular se realiza dos meses antes de dar a luz. Es aquí donde el Thë wala dice si el niño puede nacer en casa o va a tener complicaciones durante el parto y debe nacer en hospital.

Fuente: Basado en Jiménez & Banguero, 2018.

En ocasiones el Thë wala determina que la mujer necesita uno o dos rituales más, “eso depende de la persona que tan débil esté”, por tanto, realiza los rituales que sean necesarios. “Durante el periodo de gestación, los cuidados son prioritarios, todo incumplimiento a las normas culturales puede provocar desarmonías que pueden desembocar en problemas para la madre, el bebé, su familia e incluso la misma comunidad.” (Castillo-Santana et al., 2017).

Tabla 3

Desarmonías del embarazo

DESARMONÍAS	DESCRIPCIÓN
Arco: granos en la piel, se da en los adultos (chupos)	Porque los brujos o hechiceros trabajan el arco hacia una persona y por eso se tullen; Cuando se lava la ropa de mujeres en postparto o con menstruación en los ríos; por ir a sitios donde está el arco; los hombres cuando no piden permiso para pasar el sitio donde nace el arco; los niños, porque dejan los pañales afuera.
Encajamiento	En la embarazada, no puede dormir, dolor al caminar y al sentarse, malestar en cualquier posición.
Eclipse	Se presenta en la embarazada con dolores como los del parto, presenta sangrado.
Amarramiento	Se presenta al momento del parto, la embarazada permanece mucho tiempo con dolor, pero el niño no sale, por tal razón es importante que la partera y el médico tradicional trabajen juntos y rápidamente realicen la remisión de la embarazada si se hace necesario.
Sucio	Se presenta cuando las casas no están armonizadas, cuando fallece una persona, cuando hay un parto y cuando no hay un buen uso en el manejo de las toallas higiénicas.
Frío	Concentración exagerada de frío en el cuero de la mujer y en especial en la matriz.

Fuente: Tomado de Mensa (2014)

Partera o partero:

Es una de las personas que por naturaleza tiene el don de atender el alumbramiento es quien recibe la niña/o de la comunidad nacimiento de la semilla es quien conoce más allá de sus técnicas de atención, toma en cuenta la necesidad o los pasos necesarios que recomienda el médico chamán o tradicional y aconseja a la familia, orienta los cuidados

de la dieta alimenticia, la bebidas aromáticas, las plantas recomendadas para los baños p.e: no exponerse a aires fríos, evitar la fuerza brusca, no exponerse a rayos directos del sol. (Sisco, 2023)

La partera es una comunera nasa que obtiene sus capacidades como un don al nacer o que heredan el oficio, enseñanzas y experiencias de sus madres, tías, abuelas, herencia de una cultura milenaria y de tradición, labor que realizan con convicción y servicio a la comunidad con un fin único de llevar a feliz término un embarazo cuidando y preservando la vida de la madre y su hijo. (Jiménez & Banguero, 2018)

Tabla 4

Procedimientos realizados por la partera

RITUALES	DESCRIPCIÓN
La sobada	Es una de las prácticas más frecuentes e importantes de monitoreo que realiza la partera. Permite identificar la posición en la que se encuentra el bebé para evitar complicaciones durante el parto. Cuando la partera, desde su conocimiento tradicional, identifica que el bebé está en una posición inadecuada realiza la acomodación de este mediante unos masajes sobre el vientre materno para llevar el bebé a una posición ideal para su nacimiento. La sobada no se realiza únicamente pensando en el momento del parto, esta también se puede realizar en diferentes etapas de la gestación con el fin de acomodar al bebé cuando éste está generando incomodidades y dolor a la madre, de hecho, esa es una de las consultas más frecuentes que atienden las parteras.
Atención del parto en casa	El parto se lleva a cabo en casa solo cuando los médicos tradicionales, occidental y la partera coinciden en que es un parto sin riesgo tanto para la madre como para él bebe; el parto debe ser en un sitio limpio, con agua limpia, delantal, guantes y, si es en el piso, se tiende una colchoneta con un plástico limpio y sábanas limpias.

Fuente: Basado en Jiménez & Banguero, (2018) y Castillo-Santana et al., (2017)

Adicionalmente, el Thë wala o la partera o partero realizan otros rituales post parto, entre estos se destaca la Siembra del ombligo y placenta;

El sembrar el ombligo de los niños y niñas recién nacidos tiene que ver con la creencia de la persona que está efectuando la siembra. El significado que tiene es que a quien se le haga este ritual no abandonará su tierra y la defenderá, lo mismo que su territorio (Collo, 2019). La siembra de la placenta permite prevenir enfermedades a la madre y al hijo, afianza el vínculo con el territorio y la familia y es responsabilidad de la familia materna. (Castillo-Santana et al., 2017)

Glosario

OMS - Organización Mundial de la Salud.

SISPI - Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural.

ACIN - Asociación de Cabildos Indígenas de la Zona Norte del Cauca.

COSMOVISIÓN: Manera de ver e interpretar el mundo según las creencias del pueblo nasa indígena.

CXHAB WALA KIWE: Nombre en el idioma Paez que significa territorio grande del gran pueblo.

TEJIDO DE SALUD: Se refiere a la forma como está estructurado programas de salud de acuerdo con la organización,

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: se refiere al conjunto de estrategias técnico-administrativas que éstas interponen para negar, dilatar o no prestar este tipo de servicios a sus afiliados.

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud, que corresponden a aquellas herramientas de uso obligatorio por parte de los diferentes integrantes del SGSSS, entre otros, Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades territoriales, prestadores de servicios de salud, en las que se establecen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad de la atención en salud.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS): Las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.

KIWE: terminó en el idioma nasa Paez que significa “tierra”, la casa de todos. Kiwe la mujer.

WALA: Término en el idioma Paez que significa, “grande”, cuantificador

Diseño Metodológico

Tipo y Enfoque Del Estudio

Este estudio es de tipo cuantitativo, observacional descriptivo y de corte transversal. La información se obtuvo de 2 fuentes: encuesta aplicada a la población objetivo que acude a recibir atención en salud en la IPS-I ACIN sede Canalón Santander de Quilichao en el transcurso de 2 semanas entre mayo y junio de 2023 y la revisión de historias clínicas de maternas que estuvieron inscritas en el programa Mujer Dadora de Vida en la IPS-I ACIN de Santander de Quilichao durante el año 2022 y que cumplen con los criterios de inclusión para este estudio.

Población

Criterios De Inclusión.

- Encuesta aplicada a la población general y mujeres embarazadas, afiliadas al Régimen Subsidiado y por portabilidad, que reciban atención en salud en la IPS-I ACIN del municipio de Santander de Quilichao; mayores de edad.
- Historias clínicas de maternas inscritas en el programa Mujer Dadora de Vida de la IPS-I ACIN en el año 2022, que hayan comenzado el control prenatal y salido del programa en el mismo año con el nacimiento del bebé.
- Historias clínicas de todos los casos en los que hubo mortalidad materna durante el embarazo y dentro de los 42 días después del nacimiento en el año 2022.

Criterios De Exclusión.

- La encuesta no se aplicará a menores de 18 años, afiliados al régimen contributivo y cuya IPS de atención no sea la IPS-I ACIN de Santander de Quilichao.
- En las historias clínicas no se incluirán aquellas en las que el ingreso al programa haya comenzado en el año 2021, que el nacimiento del bebé se haya dado después de

la primera semana de enero 2023 y en las que el motivo de salida del programa se haya dado por muerte perinatal o neonatal temprana o pérdida del bebé por aborto espontáneo.

- Muerte materna asociada a otros motivos no asociados al embarazo o puerperio o por muerte materna tardía

Caracterización de las Variables

Se analizó la información analizando las variables demográficas (Sexo, Grupo de edad, Etnia, Estado civil, Historial obstétrico y Embarazo), socioeconómicas (nivel educativo, Responsabilidad financiera, Ocupación laboral, medios de comunicación), geográficas (Residencia habitual, Tiempo de desplazamiento, Medio de transporte), psicográficas (Deseo de tener hijos, Preferencias de los pacientes en atención en salud) y conductuales (Calidad de la atención de salud, Adherencia terapéutica y al Control prenatal y Rituales, disponibilidad de atención extramural en salud) para evaluar la relación con situaciones de muerte materna.

La caracterización de las variables se describe en el Anexo 4. Caracterización de las variables Anexo 4. Caracterización de las variables.

Plan de recolección de información

El instrumento para la recolección de información de la encuesta y de la revisión de historias clínicas fue de elaboración propia, se utilizó la herramienta de formularios de Google. La información obtenida en las dos bases de datos se analizó utilizando herramientas de Excel.

La encuesta a la población fue aplicada por una comunera conocida en la IPS con el ánimo de tener menor resistencia a participar.

Las preguntas de la encuesta buscaban identificar las condiciones demográficas y socioeconómicas de la población, medir la percepción sobre atención y prácticas occidentales y

tradicionales, la interculturalidad y el conocimiento de las prácticas durante el embarazo, el parto y puerperio; cada eje estuvo compuesto por varias preguntas. Existía respuestas que activaban otras preguntas que nos ayudaban a entender mejor la respuesta dada.

Previo a la entrevista se informó al entrevistado el objetivo de la encuesta, la cual no era necesario el manejo de sus datos de identificación si no lo autorizaba. Se dejó en claro a los entrevistados, que no se utilizarían nombres propios o cualquier dato que pudiera apuntar a la identificación de los participantes al momento de presentar los resultados.

No se entregará algún tipo de incentivo por su diligenciamiento con el ánimo de no alterar los resultados obtenidos.

La información recolectada de las historias clínicas solo será usada únicamente con fines estadísticos y no se publicará información sensible y de identificación en los resultados de la investigación.

Muestra

La población objetivo para la encuesta se definió teniendo en cuenta la cantidad de usuarios mayores de 18 años, asegurados en el régimen subsidiado, cuya IPS de atención fuera la IPS-ACIN sede Canalón en Santander de Quilichao. De un total de 74.960 usuarios que cumple con estos criterios (ACIN [Asociación Indígena del Cauca], 2021), se calculó mediante un muestreo aleatorio probabilístico la población objetivo, muestra = 383. En total se ejecutaron 401 encuestas.

La definición de la cantidad de historias clínicas se realizó partir de las mujeres que pertenecieron al programa mujer dadora de vida en el año 2022 a los cuales se les aplicaron los criterios de inclusión y de exclusión definidos. De un total de 89 historias clínicas que cumplían

con estos criterios se calculó mediante muestreo probabilístico estratificado la población objetivo, muestra = 56. En total se revisaron 58 historias clínicas.

Se revisará el 100% de los casos presentados de muerte materna de las pacientes que ingresaron al programa en el año 2022; según la información entregada por la IPS, se presentó 1 caso de muerte materna.

Aspectos Éticos

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1994, se trata de un estudio sin riesgo, por tratarse de un trabajo que utiliza técnicas de recolección de información retrospectivas basadas en registros documentales sin contacto directo con pacientes. Por ende, no requiere de la aplicación de consentimiento informado.

En todos los casos se mantendrá total confidencialidad de los datos de las mujeres y de las instituciones involucradas en la atención de las mujeres fallecidas.

Cronograma

Descripción del hito	Inicio	Días	MAYO					JUNIO				
			Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	
Medir el nivel de conocimiento que tiene la población sobre el programa Mujer Dadora de Vida desarrollado por la IPS ACIN.												
Diseñar la herramienta de encuesta	30/04/2023	25										
Aplicar la encuesta a la población definida	25/05/2023	15										
Tabular la información obtenida	01/06/2023	21										
Analizar la información obtenida	21/06/2023	10										
Identificar las barreras y facilitadores de acceso desde la perspectiva de la población gestante usuarias del programa MDV de la IPS ACIN.												
Diseñar la herramienta de encuesta	30/04/2023	25										
Aplicar la encuesta a la población definida	25/05/2023	15										
Tabular la información obtenida	01/06/2023	21										
Analizar la información obtenida	21/06/2023	10										
Medir la adherencia a las actividades del programa Mujer Dadora de Vida en el año 2022 en la IPS ACIN.												
Diseñar el formato de recolección de datos.	30/04/2023	15										
Revisar las historias clínicas de la población objetivo.	15/05/2023	30										
Tabular la información obtenida	30/05/2023	20										
Analizar la información obtenida	19/06/2023	10										
Identificar las causas de las muertes maternas relacionadas con dificultades en el acceso a los servicios de salud que se han presentado en el año 2022 en IPS ACIN.												
Identificar los casos de muerte materna presentados en 2022 en la IPS-I ACIN	30/04/2023	15										
Solicitar y tabular la información de la atención prestada a la paciente	15/05/2023	30										
Analizar la información obtenida	14/06/2023	12										

Resultados y Análisis

En el proceso de comprensión de la cosmovisión de los pueblos indígenas de Cauca, es necesario tener en cuenta que "La espiral de la vida simboliza el nacimiento, el crecimiento, la expansión, la energía cósmica, lo colectivo, e integra las partes del todo- la vida por igual", así pues, lo que se entiende como salud para la medicina occidental, aquí se entiende como un desequilibrio del estado de plenitud, bienestar y armonía del SER consigo mismo, con el territorio y con el medio que lo rodea; el embarazo es el producto de la relación entre la laguna y la estrella, se percibe como el nuevo amanecer de otra vida.

Tabla 5

Distribución demográfica y socioeconómicas de la población

Variable	Femenino		Masculino		Total n	Total %
	n	%	n	%		
Grupo de edad						
18 a 24 años	89	22,2%	7	1,7%	96	23,9%
25 a 34 años	103	25,7%	17	4,2%	120	29,9%
35 a 45 años	78	19,5%	9	2,2%	87	21,7%
Mayor de 45 años	79	19,7%	19	4,7%	98	24,4%
Estado civil						
Casado(a)	57	14,2%	13	3,2%	70	17,5%
Soltero(a)	108	26,9%	12	3,0%	120	29,9%
Unión libre	178	44,4%	26	6,5%	204	50,9%
Viudo(a)	6	1,5%	1	0,2%	7	1,7%
Ocupación						
Empleado	72	18,0%	28	7,0%	100	24,9%
Estudiante	38	9,5%	3	0,7%	41	10,2%
Hogar	186	46,4%	1	0,2%	187	46,6%
Independiente	33	8,2%	14	3,5%	47	11,7%
Sin empleo	20	5,0%	6	1,5%	26	6,5%
Nivel educativo						
Ninguno	2	0,5%	3	0,7%	5	1,2%
Primaria	91	22,7%	16	4,0%	107	26,7%
Secundaria	188	46,9%	26	6,5%	214	53,4%
Técnico o Tecnólogo	51	12,7%	6	1,5%	57	14,2%
Universitario	17	4,2%	1	0,2%	18	4,5%
Etnia						
Afro	10	2,5%	1	0,2%	11	2,7%
Blanca	2	0,5%		0,0%	2	0,5%
Indígena	318	79,3%	48	12,0%	366	91,3%
Mestiza	19	4,7%	3	0,7%	22	5,5%
Total general	349	87,0%	52	13,0%	401	100,0%

Fuente: Encuesta

La distribución por grupo de edad de los encuestado presenta una población representativa de la comunidad que consulta en la IPS y con la distribución de la pirámide poblacional del Cauca (Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS, 2022).

El 68,3 % de la población tiene una relación de pareja por unión libre o matrimonio. En la actividad económica, el 46,6 % se dedica a las labores del hogar, el 24,9 % tienen empleo formal y el 11,7 % que trabaja como independiente lo realiza en actividades agrícolas, artesanías o de servicios. El 6,5 % manifestó no estar trabajando, el 1% describe alguna situación de salud.

La población encuestada, el 53,4 % tiene educación básica secundaria, este es un indicador que refleja los esfuerzos se han hecho para mejorar el acceso a la educación de las mujeres y de la comunidad indígena en el Cauca. El 91,3 % pertenece a la etnia indígena.

Tabla 6

Conocimiento sobre el programa Mujer Dadora de Vida de la IPS ACIN

Sexo	Si conoce		No conoce		Total n	Total %
	n	%	n	%		
Femenino	111	27,7%	238	59,4%	349	87,0%
Masculino	8	2,0%	44	11,0%	52	13,0%
Total general	119	29,7%	282	70,3%	401	100,0%

Fuente: Encuesta

Con respecto al conocimiento que tiene la población usuaria de la IPS ACIN sobre el programa MDV, se identifica que el 70% de los encuestados no conoce del programa. Esto constituye la principal barrera para que el programa cumpla su objetivo, si la población no lo conoce se disminuye la oportunidad de impactar en la población objetivo. Dentro de la población que no conoce el programa, la mayor proporción se encuentra en el sexo femenino (59%) y esta es la población objetivo del programa Mujer Dadora de Vida.

Tabla 7*Condiciones demográficas y socioeconómicas asociadas al conocimiento del programa*

Variable	Si conoce		No conoce		Total n	Total %
	n	%	n	%		
Grupo de edad						
18 a 24 años	29	7,2%	67	16,7%	96	23,9%
25 a 34 años	47	11,7%	73	18,2%	120	29,9%
35 a 45 años	26	6,5%	61	15,2%	87	21,7%
Mayor de 45 años	17	4,2%	81	20,2%	98	24,4%
Estado civil						
Casado(a)	20	5,0%	50	12,5%	70	17,5%
Soltero(a)	28	7,0%	92	22,9%	120	29,9%
Unión libre	70	17,5%	134	33,4%	204	50,9%
Viudo(a)	1	0,2%	6	1,5%	7	1,7%
Ocupación principal						
Empleado	36	9,0%	64	16,0%	100	24,9%
Estudiante	14	3,5%	27	6,7%	41	10,2%
Hogar	52	13,0%	135	33,7%	187	46,6%
Independiente	11	2,7%	36	9,0%	47	11,7%
Sin empleo	6	1,5%	20	5,0%	26	6,5%
Nivel educativo						
Ninguno	0	0,0%	5	1,2%	5	1,2%
Primaria	19	4,7%	88	21,9%	107	26,7%
Secundaria	57	14,2%	157	39,2%	214	53,4%
Técnico o Tecnólogo	33	8,2%	24	6,0%	57	14,2%
Universitario	10	2,5%	8	2,0%	18	4,5%
Total general	119	29,7%	282	70,3%	401	100,0%

Fuente: Encuesta

Del 70,3 % de la población que no conoce el programa, el 44% corresponde a población femenina que se encuentra en los rangos de edad que se consideran edad reproductiva en la mujer (hasta los 45 años). También, se observa que en esta edad, el 45,9 % de la población se encuentra en una relación formal de pareja. Estos resultados presentan la necesidad de llegar a esta población con información del programa para minimizar los riesgos de mortalidad materna.

En relación con la ocupación, aunque se asumen que las labores del hogar permiten disponer de tiempo para acudir a actividades de la comunidad y de la IPS y que eso sería un factor que disminuiría el desconocimiento del programa, no se observó esta relación.

En relación con el nivel educativo, el estudio tampoco se relaciona como un factor que contribuye para conocer el programa, la población que no conoce el programa tiene estudios de educación básica secundaria (39,2 %), técnico o tecnológico (6,0 %) o universitario (2,0 %).

Tabla 8

Área de residencia y sistema de transporte usado

Variables geográficas	Si conoce		No conoce		Total n	Total %
	n	%	n	%		
Ubicación de residencia con respecto a la IPS ACIN						
Zona urbana en Santander de Quilichao	10	2,5%	35	8,7%	45	11,2%
Zona rural en Santander de Quilichao	86	21,4%	194	48,4%	280	69,8%
Otro municipio	23	5,7%	53	13,2%	76	19,0%
Medio de transporte usado para acudir a las citas médicas						
Transporte público	85	21,2%	212	52,9%	297	74,1%
Vehículo propio (moto o carro)	28	7,0%	50	12,5%	78	19,5%
A pie	6	1,5%	14	3,5%	20	5,0%
Transporte informal (mototaxi)	0	0,0%	5	1,2%	5	1,2%
Caballo o similares	0	0,0%	1	0,2%	1	0,2%
Tiempo que tarda en llegar desde la casa hasta la IPS ACIN sede Canalón						
Menos de 1 hora	104	25,9%	227	56,6%	331	82,5%
Entre 1 y 3 horas	14	3,5%	50	12,5%	64	16,0%
De 3 a 5 horas	1	0,2%	4	1,0%	5	1,2%
Más de 5 horas	0	0,0%	1	0,2%	1	0,2%
Total general	119	29,7%	282	70,3%	401	100,0%

Fuente: Encuesta

El 69,8 % de la población encuestada habita en zona rural de Santander de Quilichao y el 19,0 % en otros municipios, esto correlaciona con los datos presentados en el ASIS del departamento para el año 2021, (Gobernación del Cauca, 2022) el 63,69% de la población vive en zona rural.

El 74,1 % utiliza el medio de transporte público para acudir a la atención y que, al 82,5 % le toma menos de 1 hora en llegar a sus citas. Esta información nos muestra que actualmente, existen medios de transporte a disposición de la población que facilita el acceso a la atención en salud.

Tabla 9

Asesoría del promotor

Ha recibido información del programa a través de los promotores	Si conoce		No conoce		Total n	Total %
	n	%	n	%		
Si ha recibido asesoría por promotores	78	19,5%	150	37,4%	228	56,9%
Zona urbana en Santander de Quilichao	6	1,5%	11	2,7%	17	4,2%
Zona rural en Santander de Quilichao	62	15,5%	113	28,2%	175	43,6%
Otro municipio	10	2,5%	26	6,5%	36	9,0%
No ha recibido asesoría de los promotores	41	10,2%	132	32,9%	173	43,1%
Zona urbana en Santander de Quilichao	4	1,0%	24	6,0%	28	7,0%
Zona rural en Santander de Quilichao	24	6,0%	81	20,2%	105	26,2%
Otro municipio	13	3,2%	27	6,7%	40	10,0%
Total general	119	29,7%	282	70,3%	401	100,0%

Fuente: Encuesta

Una de las estrategias para lograr aumentar la cobertura de los servicios de salud ofertados por la IPS ACIN es la disponibilidad de los Promotores de salud, quienes realizan seguimiento y promoción de las buenas prácticas para un estilo de vida saludable, mediante la ejecución de visitas domiciliarias, educando al usuario, su núcleo familiar y la comunidad. Según datos obtenidos de la encuesta, la visita de promotora en salud no se puede asociar como una variable relacionada con el conocimiento del programa, pero si se identifica que las actividades del promotor no están llegando al 43,1 % de la población.

Este mecanismo de acercamiento con los usuarios es fundamental para fomentar los hábitos de vida saludables y puede representar una estrategia de mercadeo exitosa si logra llegar a la

totalidad de la población afiliada, sobre todo de aquella que presenta alguna dificultad para acceder a los servicios de salud por la ubicación geográfica con respecto a los sitios de atención y, teniendo en cuenta que la población del Cauca vive en su mayoría en zona rural y pertenecen a cabildos indígenas, se deben desarrollar estrategias de fortalecimiento del manejo del dialecto Nasa en los promotores de salud.

Para medir si el acceso a los servicios de salud dentro del modelo de atención SISPI se relaciona con barreras culturales a nivel general, no solo en la población embarazada, se realizó la pregunta ¿A dónde acude usted cuando se enferma o necesita atención en salud?

Figura 4

Aspectos relacionados con la atención intercultural



Fuente: Encuesta

Los resultados obtenidos en relación con la preferencia de la atención y adherencia a los rituales, recomendaciones y tratamientos dentro del modelo intercultural muestran una tendencia a acudir a las instituciones que prestan servicios de salud bajo el modelo occidental; incluso, se observa que el 98% se adhiere a las instrucciones dadas por los médicos que las dadas por el médico de la medicina tradicional, donde solo el 44% las cumple. Estos datos llaman la atención

teniendo en cuenta que la mayor proporción de los encuestados corresponde a población indígena (91,3%).

Estos resultados permiten evidenciar cómo se ha permeado la cultura occidental en las creencias y rituales de la población Nasa; esta influencia impacta en el concepto que se genera en la población de lo religiosamente aceptable. Es posible que esto se asocie a la impresión positiva y de confianza que generan los métodos diagnósticos y los avances tecnológicos utilizados por los profesionales de la medicina occidental, desplazando así las prácticas de la medicina tradicional.

Tabla 10

Medio por el cual se conoce el programa

Medio de comunicación	Femenino		Masculino		Total n	Total %
	n	%	n	%		
Actividades de la IPS	67	56,3%	7	5,9%	74	62,2%
Llamada telefónica de la IPS	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
Radio	4	3,4%	3	2,5%	7	5,9%
Eventos (asambleas, charlas, reuniones, capacitaciones)	52	43,7%	4	3,4%	56	47,1%
Publicidad escrita (carteleras, periódicos, volantes)	10	8,4%	0	0,0%	10	8,4%
Comunidad o relación con mujeres embarazadas	16	13,4%	1	0,8%	17	14,3%
Voz a voz con familiares o amigos	16	13,4%	1	0,8%	17	14,3%
Ha accedido al programa	28	23,5%	0	0,0%	28	23,5%
Participó en el programa MDV	28	23,5%	0	0,0%	28	23,5%
Total general	111	93,3%	8	6,7%	119	100,0%

Fuente: Encuesta

Entre los encuestados que conocen el programa Mujer Dadora de Vida, manifiestan que el medio por el cual se enteraron del programa fue por actividades de socialización realizadas en la IPS (asambleas, capacitaciones, talleres y comités), tanto en hombres como en mujeres, por lo

tanto, se identifica que estas actividades son un gran medio para propagar la información, pero, así mismo podemos concluir que el desconocimiento del programa del resto de los encuestados puede atribuirse a la falta de asistencia de la comunidad a estas actividades.

Figura 5

Información publicada en la IPS ACIN sede Canalón



Fuente: Autoría propia

Según el informe de avances en los procesos de intervención que tiene el componente de cuidado de la salud propio e intercultural, para el 2020 se plantea como una dificultad la falta de asistencia a los talleres educativos del Tejido de salud y a los Consejos Comunitarios donde se brinda información de interés.

Tal como se identificó en el impacto de la visita del promotor, se debe preparar a este personal para que pueda comunicarse incluso con la población con diferente dialecto y que no puedan leer o escribir español.

Tabla 11*Encuestadas en estado de embarazo*

Grupo de edad	Embarazada		No embarazada		Total n	Total %
	n	%	n	%		
Si conoce	21	18,9%	90	81,1%	111	100,0%
18 a 24 años	10	9,0%	19	17,1%	29	26,1%
25 a 34 años	10	9,0%	32	28,8%	42	37,8%
35 a 45 años	1	0,9%	23	20,7%	24	21,6%
Mayor de 45 años	0	0,0%	16	14,4%	16	14,4%
Total general	21	18,9%	90	81,1%	111	100,0%

Fuente: Encuesta

De las 111 mujeres encuestadas, el 18,9 % conocen del programa MDV y están embarazadas o lo estuvieron en el último año, el otro 81,1 % no se encuentran embarazadas y conocen del programa MDV, este conocimiento refleja los esfuerzos de la IPS y del tejido de salud por promover los hábitos de vida saludables y la socialización de los diferentes programas ofertados según el momento de vida en que se encuentra el individuo afiliado y sus familias.

Tabla 12*Aspectos relacionados con la decisión del embarazo*

Variables	n	%
Asistencia a los controles		
Si asistí a los controles	18	85,7%
No asistí a todos	3	14,3%
Planificación de la semilla		
Semilla planificada	14	66,7%
Semilla no programada	7	33,3%
Dependencia económica del hogar		
Los dos aportan económicamente	19	90,5%
Solo yo apporto económicamente	2	9,5%
Preferencia del sitio de parto		
Institución hospitalaria	17	81,0%
En el hogar	4	19,0%
Total general	21	100,0%

Fuente: Encuesta

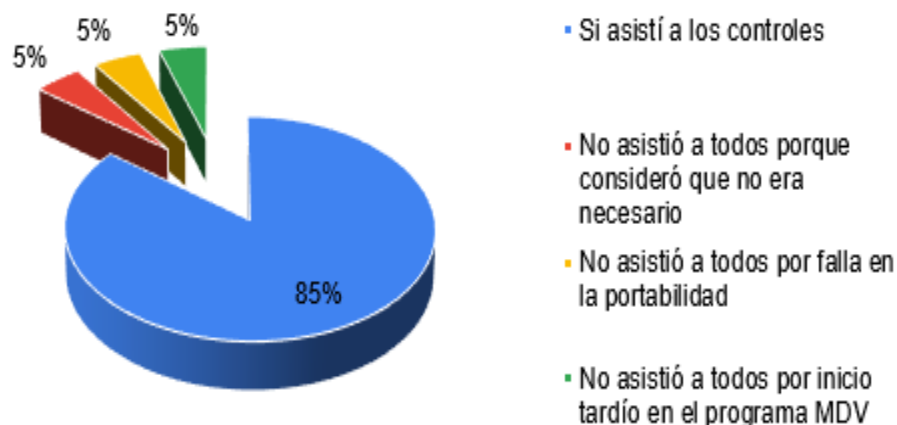
Del total de 21 encuestadas, el 85,7 % manifestaron que asistieron a los controles definidos en el programa Mujer Dadora de Vida; esto se puede relacionar con las respuestas a la pregunta ¿la semilla fue programa?, donde el 66,7 % manifestaron que sí. Este dato es congruente con los resultados de la investigación de Dinás Rivera et al. (2015), donde el 16,80% de los embarazos eran no deseados. La planificación de embarazo se asocia con relaciones de pareja estables y con una economía estable en el hogar.

Otro factor que favorece la adherencia al programa es la percepción de seguridad que ofrece la atención en institución hospitalaria, el 81,0% de las embarazadas eligen estas instituciones como el lugar del parto por la seguridad para ella y su bebé y, en un 5% por recomendación médica. El 19,0 % de las encuestadas manifestaron que su parto lo preferían en el hogar, uno de los motivos principales es por la lejanía de su lugar de habitación de la IPS, esta es una barrera que puede afectar la adherencia al programa.

En el 14,3 % de las encuestadas que manifestaron que no asistieron a todos los controles, los motivos que describieron se relacionan con barreras administrativas y culturales, tal como se observa en la siguiente figura:

Figura 6

Motivos de no adherencia al programa MDV



Fuente: Encuesta

Entre la población encuestada se midió la opinión sobre el servicio de la IPS en el programa, desde su experiencia, por eso se les hizo preguntas orientadas a identificar si presentaron barreras administrativas para acceder al servicio.

Tabla 13

Percepción de servicio prestado por la IPS ACIN – Programa Mujer Dadora de Vida

Variables de atención en salud	n	%
Facilidad para asignación de citas en el programa MDV		
Fácil	12	57,1%
Normal	9	42,9%
Difícil	0	0,0%
Cuando requiere una cita de control del embarazo, ¿la IPS tiene en cuenta su disponibilidad para desplazarse y cumplir la cita?		
Siempre	18	85,7%
Casi siempre	1	4,8%
A veces	1	4,8%
Casi nunca	1	4,8%
Nunca	0	0,0%
Considera que el personal de la IPS ACIN es suficiente para cubrir las necesidades de las embarazadas?		
Si, personal suficiente	18	85,7%
No, falta personal	3	14,3%
Total general	21	100,0%

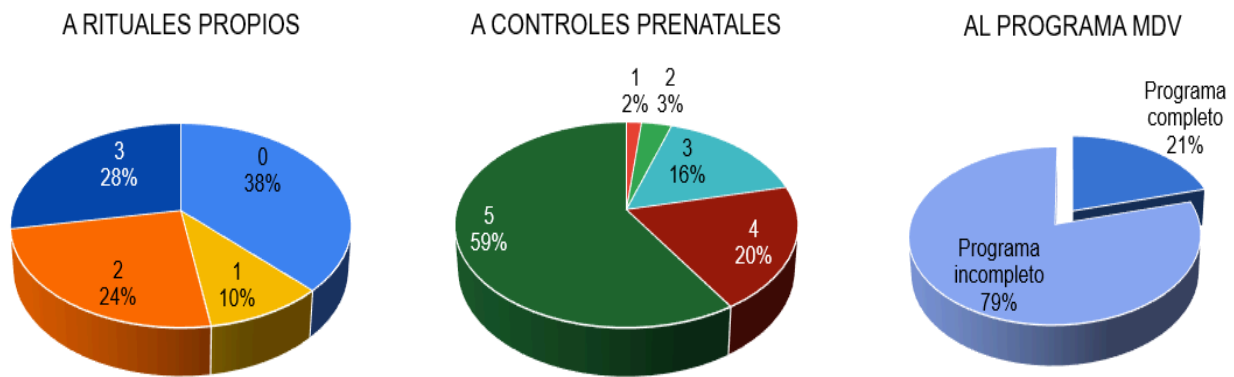
Fuente: Encuesta

Se observa una opinión positiva sobre la asignación de citas y la percepción de que el servicio prestado por la IPS ACIN se ajusta a las necesidades de la población; esto es importante ya que la población rural y de otros municipios tiene limitaciones en el desplazamiento a Santander de Quilichao, no solo por la distancia sino también por el estado de las vías que se pueden ver afectadas por las lluvias y los costos que generan estos traslados. Algunas recomendaciones que dieron los usuarios sobre el servicio se relacionaron con el cumplimiento de los horarios de las citas, que se brinde información del programa en el momento de la atención y que se tenga la disponibilidad de especialista ginecólogo en otros municipios.

El programa Mujer Dadora de vida de la IPS ACIN, basado en el modelo SISPI, incluye dentro de sus actividades realizar 3 rituales propios realizados por el Kiwe Thë y 5 controles prenatales en la IPS, para medir la adherencia al programa Mujer Dadora de Vida se revisaron 58 historias clínicas de mujeres que ingresaron al programa Mujer Dadora de Vida de la IPS ACIN en 2022 y que tuvieron su parto en el mismo año y se obtuvieron los siguientes resultados:

Figura 7

Adherencia a las actividades del programa MDV



Fuente: Revisión de historias clínicas

Según los registros de historia clínica, el 21% de las historias clínicas tenían registros de los 8 controles y rituales realizados (programa completo) y el 79% no lo completó. Se identifica que hay mayor adherencia a los controles prenatales de la medicina occidental, el 79% de las embarazadas asistió a 4 o 5 de los controles programados; en comparación, la ejecución de los rituales se observa en menor proporción, se realizaron 2 o 3 rituales al 52% de las maternas.

Este resultado concuerda con lo identificado en la encuesta a las pacientes que han accedido al programa en 2021 y 2022, donde el 87% manifestó que en caso de enfermedad acuden a la medicina occidental y, entre las embarazadas, el 81% elegía tener su parto en una institución hospitalaria. También, puede deberse a que se reconoce que en la medicina occidental se tiene

acceso a tecnología que puede decir cómo se encuentran sus embarazos y detectar complicaciones oportunamente.

Es importante notar que, el 38% de las embarazadas no realizó ningún de los rituales que en la cultura nasa son importantes para conectar con la madre tierra, esto puede orientarnos a pensar que las nuevas generaciones están perdiendo la confianza en los rituales o que se han perdido las tradiciones con el pasar de los años.

Tabla 14

Distribución demográfica y socioeconómica – historias clínicas

Variables relacionadas con la adherencia al programa	Programa completo		Programa incompleto		Total n	Total %
	n	%	n	%		
Grupo de edad						
Menor de 18 años	2	3,4%	7	12,1%	9	15,5%
18 a 24 años	5	8,6%	21	36,2%	26	44,8%
25 a 34 años	5	8,6%	17	29,3%	22	37,9%
35 a 45 años	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%
Nivel educativo						
Primaria	3	5,2%	9	15,5%	12	20,7%
Secundaria	9	15,5%	27	46,6%	36	62,1%
Técnico o Tecnólogo	0	0,0%	6	10,3%	6	10,3%
Universitario	0	0,0%	4	6,9%	4	6,9%
Ocupación principal						
Empleado	1	1,7%	1	1,7%	2	3,4%
Estudiante	2	3,4%	11	19,0%	13	22,4%
Hogar	8	13,8%	30	51,7%	38	65,5%
Independiente	0	0,0%	3	5,2%	3	5,2%
Sin empleo	1	1,7%	1	1,7%	2	3,4%
Ubicación de residencia con respecto a la IPS ACIN						
Zona urbana en Santander de	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%
Zona rural en Santander de C	10	17,2%	43	74,1%	53	91,4%
Otros municipios	2	3,4%	2	3,4%	4	6,9%
Total general	12	20,7%	46	79,3%	58	100%

Fuente: Revisión de historias clínicas

Analizando las características sociodemográficas observamos que la edad, no es un factor que incida en la mayor adherencia a los rituales y controles ya que el 62,7% se encuentra en edades maduras (18 a 34 años), donde se supone que hay un mejor entendimiento del este ciclo de vida y, por ende, reconocen los riesgos que conlleva. Teniendo en cuenta que el 15,5% de las embarazadas tienen menos de 18 años y, que el 20,7% de las embarazadas tienen un nivel de

educación básica primaria, las actividades de promoción de este programa deben incluir la comunicación fácil y entendible que llegue a la población que pueden tener más dificultad para entenderla.

Entre las embarazadas el 65,5% se dedica al cuidado del hogar, aunque se observa que entre las mujeres que completaron el programa esta es la ocupación predominante, también es predominante entre las embarazadas que no cumplieron con el programa completo. Aunque se supone que el trabajo en el hogar brinda más tiempo y autonomía para asistir a los controles, vemos que no hay relación entre la ocupación y la adherencia al programa.

De las 58 historias clínicas revisadas, el 91,3% corresponden a embarazadas que viven en zona rural o en otros municipios. Teniendo en cuenta que el 77% no cumplió todos los rituales y controles, se puede relacionar la distancia del lugar de habitación como una barrera para la adherencia al programa, pero tampoco el vivir dentro de la ciudad donde se encuentra la IPS garantiza la asistencia ya que la única embarazada en estas condiciones no cumplió con todos los controles (2%).

Tabla 15

Información gestacional de las embarazadas inscritas al programa MDV

Variables relacionadas con la adherencia al programa	Programa completo		Programa incompleto		Total n	Total %
	n	%	n	%		
Historia obstétrica						
Primer embarazo	7	12,1%	30	51,7%	37	63,8%
Tuvo embarazos previos	5	8,6%	16	27,6%	21	36,2%
Edad gestacional al inicio del programa						
Primer trimestre	9	15,5%	28	48,3%	37	63,8%
Segundo trimestre	3	5,2%	18	31,0%	21	36,2%
Total general	12	20,7%	46	79,3%	58	100,0%

Fuente: Revisión de historias clínicas

Sobre la información relacionada con embarazos previos y edad gestacional al ingresar al programa MDV el 20,7% de las gestantes asistieron a todos los controles prenatales y el 79,3% asistió de forma incompleta, no se observa asociación entre embarazos previos y mayor participación en los controles; los embarazos previos pueden generar que las mujeres se sientan confiadas al identificar síntomas y qué hacer en determinados casos y por eso posterga el inicio de los controles.

El 63,8% de los embarazos se comenzaron a controlar en el primer trimestre, aunque este factor no se asoció al cumplimiento de los rituales y controles. El 36,2% de los controles dieron inicio cuando la embarazada ya estaba en el 2do trimestre, lo cual se relaciona con el no cumplimiento de los 8 seguimientos del programa; este factor ya se había identificado como uno de los que afecta la adherencia al programa en la investigación de Dinas Rivera et al. (2015), en donde se identificó que el 17,2% de las historias revisadas.

Las condiciones sociodemográficas presentes en la población analizada se han identificado como condiciones predisponentes para los casos de mortalidad materna (Mera-Mamián, 2019); según este estudio, como condiciones asociadas a los casos de mortalidad materna en el Cauca en los años 2020 a 2014, se identificó que en su mayoría residían en área rural dispersa (67,6 %), tenían nivel educativo bajo (63,3 %), eran amas de casa (73,5 %); también, que no asistieron o asistieron tardíamente al control prenatal (67,7 %).

Tabla 16

Lugar de atención del parto

Lugar de atención del parto	Programa completo		Programa incompleto		Total n	Total %
	n	%	n	%		
En el domicilio	3	5,2%	6	10,3%	9	15,5%
Institucional	9	15,5%	40	69,0%	49	84,5%
Total general	12	20,7%	46	79,3%	58	100,0%

Fuente: Revisión de historias clínicas

La decisión de tener un parto en caso o en institución hospitalaria depende de la conceptualización de cómo se quiere vivir ese momento, por ejemplo, para la población que consulta la medicina occidental, el parto puede traer consigo un riesgo para la madre, por lo se prefiere que en este momento haya una valoración oportuna del estado de la madre y que el manejo de las consecuencias sea oportuno; por otro lado, la medicina tradicional conceptualiza la maternidad como un evento natural que se relaciona con la conservación o restablecimiento del equilibrio de la madre y el niño con su familia, comunidad y territorio. El programa Mujer Dadora de Vida combina estos dos puntos de vista y, con el seguimiento que se hace de la evaluación del embarazo, se dan recomendaciones sobre el sitio donde debería tener el nacimiento. La recomendación del lugar del parto es sugerida por el médico, el Thë wala y partera durante los controles.

En la revisión de historias clínicas se identifica que el 84,5 % de los partos se realizaron en institución hospitalaria; de ellas el 69,0% no completó el programa; el 15,5% de los partos se realizaron en el hogar, de ellos el 10,3 % no había completado el programa, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones no identificadas durante los controles y rituales.

Es importante dentro del concepto de parto humanizado, que se respeten las decisiones de la paciente desde el punto de vista cultural y que a la vez, se brinde una atención segura promoviendo un enfoque cultural sensible y buscando el bienestar materno –infantil.

Tabla 17

Casos de muerte materna

Finalización del embarazo	Programa completo		Programa incompleto		Total n	Total %
	n	%	n	%		
Muerte materna	1	1,7%	0	0%	1	1,7%
No muerte materna	11	19,0%	46	79%	57	98,3%
Total general	12	20,7%	46	79,3%	58	100,0%

Fuente: Revisión de historias clínicas

Se presentó un caso de muerte materna entre aquellas que comenzaron y finalizaron en el programa en 2022, lo cual representa el 1,7%. El caso se presentó en una mujer que se encontraba en el grupo de edad de 18 a 24 años, el nivel educativo en básica secundaria; era su primer embarazo y su ingreso al programa Mujer Dadora de Vida comenzó desde el primer semestre, completó todo el programa, se le realizaron 3 rituales y los 5 controles prenatales.

Entre los factores de riesgo se registró en la historia clínica que presentaba obesidad, 3 meses antes de la fecha de parto la promotora en salud registró que presentó hinchazón en la cara y se le diagnosticó toxoplasmosis activa; entre los factores de riesgo cultural, se le identificó el de “frío”. Desde la semana 32,2 se consideró como un embarazo de Alto Riesgo Obstétrico y se había definido realizar el parto en institución. El parto fue atendido en el domicilio, por una partera que era familiar de la embarazada (abuela); se presentó retención de placenta y por eso no se cortó el cordón umbilical del bebé. La materna vivía en la zona rural de Santander de Quilichao, en una vereda ubicada a 44 km y el tiempo de viaje está entre 1 hora 15 min a 2 horas. Cuando la paciente ingresó a urgencias en el Hospital, 4 horas después del nacimiento del bebé, fue diagnosticada con shock hipovolémico, sin signos vitales inestables. El bebé nació vivo y sano, no presentó complicaciones en la revisión realizada en el hospital, pero la madre falleció.

En el registro de los seguimientos se evidencia que la materna y su familia fueron instruidos en signos de alarma y acudir a la IPS más cercana en caso de presentar alguno de ellos, también se le dio a conocer los pasos a seguir hasta el parto.

No se identifican barreras de tipo administrativo ya que recibió la atención médica esperada durante el embarazo, pero entre los factores que se identifican relacionados con la muerte de la materna se presentan:

- La atención del parto en el domicilio, en un embarazo identificado como de alto riesgo, pudo ser el principal motivo asociado a la muerte de la embarazada. En este lugar no se puede atender las complicaciones que se pueden presentar durante el parto.
- La distancia del domicilio a la IPS u hospital pudo ser un determinante que hizo que se decidiera atender el parto en el domicilio; por otro lado, también influyó en el tiempo de atención de la urgencia.
- Que la partera hiciera parte del núcleo familiar pudo haber afectado, en alguna medida, la toma de decisiones para la atención del parto; además, al no ser la partera que hizo el seguimiento en casa, es posible que no conociera la historia clínica de la materna (Alto Riesgo Obstétrico).

No fue posible identificar el motivo de cambio del lugar del parto recomendado según la historia clínica.

Discusión

Del análisis de mortalidad materna que tuvieron lugar en el 2022, del grupo de gestantes registradas en el programa MDV de la IPS ACIN, se obtuvo un caso de muerte materna, la cual era mayor de edad, gestante primeriza que cumplió con el programa de control prenatal. A grandes rasgos no se evidencia ninguna barrera asociada como un factor determinante en la muerte; sin embargo, durante las atenciones médicas fue valorada como Alto Riesgo Obstétrico, se definió que el parto debería ser institucional (en el hospital), sin embargo, la gestante decide realizar el trabajo de parto en casa con apoyo de la partera; dentro de la historia Clínica no hay evidencia de anotaciones relacionadas con los motivos de cambio de opinión, sin embargo, podemos relacionar lo sucedido con el estudio Álvarez-Sierra, Sandra P.. (2018). Demoras en mortalidad materna en el departamento de Santander 2012 a 2015, que plantea obstáculos relacionados con la capacidad de la mujer para identificar signos de alarma, que ponen en riesgo su vida y la de su bebé y así buscar ayuda médica para evitar complicaciones.

Con respecto a estas demoras, es preciso indagar si la información suministrada es clara para las gestantes, teniendo en cuenta que, aunque la escolaridad no parece ser un determinante que influya, la mayoría de la población atendida en la IPS ACIN hace parte de la zona rural, probablemente se requiera de estudios de campo para evaluar si la información que suministra el personal de salud es entendida e interiorizada por las maternas.

La población femenina encuestada, usuarias de la IPS ACIN, muestra el empoderamiento de la mujer que se refleja en la capacidad de planear su embarazo, en el apoyo recibido por la pareja que influye directamente en la economía del hogar y que genera beneficios para ambos. Esto contrasta con lo descrito en el estudio de (Juárez-Ramírez et al., 2020) relacionado con las barreras de acceso a los servicios obstétricos de mujeres indígenas en el marco de las RISS, el

cual describe que las barreras en salud son un obstáculo que disminuye el acceso a los servicios en salud obstétricos y están presentes a nivel de América Latina, debido a la gran desigualdad socioeconómica presente y por la gran diversidad de población que habita dentro de estas se encuentra la población indígena, siendo las mujeres indígenas una de las poblaciones vulnerables, sumado a esto la triple variable de desigualdad que esta población encarna al ser mujer, pobre y de distinto grupos étnicos; en nuestro país, con la implementación del modelo SISPI estas brechas parece que podrían ser disminuidas e incluso, eliminadas.

Conclusiones

1. Una de las principales barreras para que la población acceda al programa Mujer Dadora de Vida se relaciona con la falta de conocimiento de este. El 70% de la población encuestada manifestó no conocer las actividades desarrolladas en este.
2. La atención brindada por la IPS ACIN en el programa Mujer Dadora de Vida son bien recibidas por la población, se tiene en buen concepto la disposición en la atención y la facilidad en el acceso.
3. La disponibilidad de los promotores en salud para llevar a la comunidad información de las actividades del Tejido de salud es una estrategia implementada por la IPSI ACIN, pero se debe afianzar su alcance y formación.
4. Se observa inconsistencias en la información de la historia clínica que pueden generar toma de decisiones médicas erradas; se encuentra información incompleta y no legible.
5. Se observa falta de adherencia a las actividades del programa asociada al poco interés de los comuneros.

Recomendaciones

1. Caracterizar la población atendida por la IPS ACIN para identificar condiciones que deban ser tenidas en cuenta al momento de planificar estrategias de promoción, tales como el dialecto de la comunidad, las creencias y los cambios en estas o las dificultades para acceder a la IPS.
2. Trabajar para mantener la pervivencia de las tradiciones de la comunidad Nasa y el rescate de la medicina ancestral por medio de las actividades de la IPS, para lograr así la adherencia a las intervenciones en salud dentro del modelo intercultural.
3. Brindar educación a los promotores en salud en herramientas que facilitarán la interacción con la comunidad, principalmente enfocado en la comunicación del conocimiento en su propio lenguaje (nasa yuwe, quechua, embera o inga) y estrategias para llegar a población menor de edad y con bajo nivel educativo.
4. Mejorar el registro de datos del control médico de los pacientes.
5. Diseñar campañas para comunicar a los comuneros que no asisten a los consejos territoriales sobre los programas del Tejido en salud, su enfoque y sus beneficios y lograr así aumentar la adherencia a estos.
6. Generar estrategias con el personal de salud comunitario para la búsqueda activa de gestantes desde el primer trimestre del embarazo, una de ellas sería educar a las niñas y jóvenes en el reconocimiento de síntomas de embarazo y qué hacer en caso de presentarlos.
7. Incluir dentro de las actividades de la IPS en las zonas rurales dispersas, la asistencia de médico especialista para mejorar el seguimiento en las pacientes identificadas con riesgo

en el embarazo, disminuyendo las barreras de tipo económico y geográfico que puede presentar esta población para acceder a los servicios de la IPS ACIN.

8. El programa Mujer Dadora de Vida sirve de ejemplo de atención intercultural en salud, la cual puede ser implementado en otras comunidades indígenas de Colombia.

Bibliografía

- ACIN [Asociación Indígena del Cauca]. (2021, diciembre). *Caracterización de la población AIC EPSI - Cauca*. www.aicsalud.org.co. https://aicsalud.org.co:8496/media/07_CAPO/GBV-F-8-CAPO_CAUCA_2021_AIC_EPSI_gyGHE5q.pdf
- AIC-EPS-I; Nosotros*. (s. f.). aicsalud.org.co. Recuperado 10 de enero de 2023, de <https://aicsalud.org.co:8496/>
- Asociación de Cabildos Indígenas del norte del Cauca - ACIN. (2019, julio). *Informe de rendición de cuentas Tejido Salud IPS ACIN - CXHAB WALA KIWE 2018*. www.nasaacin.org. <https://nasaacin.org/wp-content/uploads/2019/07/informe-rendicion-de-cuentas-tejido-salud-2018-acin-cxhab-wala-kiwe.pdf>
- Bello-Álvarez, L. M., & Parada Baños, A. J. (2017a). 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*, 68(4), 256. <https://doi.org/10.18597/rcog.2925>
- Bello-Álvarez, L. M., & Parada Baños, A. J. (2017b). 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*, 68(4), 256. <https://doi.org/10.18597/rcog.2925>
- Biblioteca Nacional de Medicina. (s. f.). *Problemas de salud durante el embarazo*. MedlinePlus enciclopedia médica. Recuperado 1 de junio de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/healthproblemsinpregnancy.html>
- Buitrago, F. (2011). Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! *Atención Primaria*, 43(7), 343-344. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.05.002>

- Cardona Arias, J. A. (2013). Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena colombiana [Web]. En *Revista Cubana de Salud Pública* (4.a ed., Vol. 39). <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n4/spu04413.pdf>
- Castillo-Santana, P. T., Vallejo-Rodríguez, E. D., Cotes-Cantillo, K. P., & Castañeda-Orjuela, C. A. (2017). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 61-74. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168743>
- Colaboradores de Wikipedia. (s. f.-a). *Embarazo humano*. www.es.wikipedia.org. Recuperado 20 de marzo de 2023, de https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano
- Colaboradores de Wikipedia. (s. f.-b). *Gravidez y paridad*. Wikipedia, la enciclopedia libre. Recuperado 20 de mayo de 2023, de https://es.wikipedia.org/wiki/Gravidez_y_paridad
- Colaboradores de Wikipedia. (s. f.-c). *Mortalidad materna*. Wikipedia, la enciclopedia libre. Recuperado 20 de abril de 2023, de https://es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad_materna
- Colaboradores de Wikipedia. (s. f.-d). *Transporte*. Wikipedia, la enciclopedia libre. Recuperado 20 de marzo de 2023, de <https://es.wikipedia.org/wiki/Transporte>
- Collo, J. L. (2019). *El saber del Kiwe Thë y la cosmovisión del pueblo nasa para la defensa de la vida y el territorio*. unicauca.edu.co.
<http://repositorio.unicauca.edu.co:8080/bitstream/handle/123456789/4093/El%20saber%20del%20Kiwe%20Th%C3%AB%20y%20la%20cosmovisi%C3%B3n%20del%20pueblo%20Nasa%20para%20la%20defensa%20de%20la%20vida%20y%20el%20territorio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotel, R., & Stolkiner, A. (2007). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre*

población y servicios.

https://www.academia.edu/50308636/El_concepto_de_accesibilidad_la_perspectiva_relacional_entre_poblaci%C3%B3n_y_servicios

Congreso de la República de Colombia. (2001, 18 septiembre). *Ley 691 de 2001: Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.* www.funcionpublica.gov.co.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4454>

DANE. (2019, septiembre). *Población indígena de Colombia, resultados del Censo Nacional de población y vivienda 2018.* www.dane.gov.co. Recuperado 23 de septiembre de 2022, de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>

DANE. (2021). *Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada: Mortalidad Materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19.* www.dane.gov.co.

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>

Díez, E., & Peirò, R. (2004, 13 mayo). *Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud* | *Gaceta Sanitaria.* [https://www.gacetasanitaria.org/es-intervenciones-disminuir-](https://www.gacetasanitaria.org/es-intervenciones-disminuir-desigualdades-salud-articulo-13062265)

[desigualdades-salud-articulo-13062265](https://www.gacetasanitaria.org/es-intervenciones-disminuir-desigualdades-salud-articulo-13062265)

Dinas Rivera, G., Pillimue Salamanca, M., & Ocoró Mina, N. (2015). *¿La adherencia al programa Mujer Dadora de Vida tiene relación con las muertes perinatales presentadas en el primer trimestre de 2014 en la IPS-ACIN sede Santander de Quilichao?*

[Investigación de especialización]. Universidad Católica de Manizales.

Enciclopedia Concepto. (s. f.-a). *Desplazamiento - Concepto y acepciones en diversos ámbitos.*

www.concepto.de. Recuperado 20 de abril de 2023, de

<https://concepto.de/desplazamiento/>

Enciclopedia Concepto. (s. f.-b). *Grupo etario - Qué es, concepto y significado en cada*

disciplina. www.concepto.de. Recuperado 20 de marzo de 2023, de

[https://concepto.de/grupo-](https://concepto.de/grupo-etario/#:~:text=Un%20grupo%20etario%2C%20rango%20etario,conjuntos%20determinados%20por%20la%20edad.)

[etario/#:~:text=Un%20grupo%20etario%2C%20rango%20etario,conjuntos%20determinados%20por%20la%20edad.](https://concepto.de/grupo-etario/#:~:text=Un%20grupo%20etario%2C%20rango%20etario,conjuntos%20determinados%20por%20la%20edad.)

Enciclopedia Concepto. (s. f.-c). *Medios de comunicación - qué son, cuáles son, información,*

tipos. www.concepto.de. Recuperado 20 de abril de 2023, de [https://concepto.de/medios-](https://concepto.de/medios-de-comunicacion/)

[de-comunicacion/](https://concepto.de/medios-de-comunicacion/)

Enciclopedia Concepto. (s. f.-d). *Ritual - qué es, concepto, origen, función, tipos y ritos.*

www.concepto.de. Recuperado 20 de marzo de 2023, de <https://concepto.de/ritual/>

Facultad de Medicina Universidad del Rosario. (2008). *Medicina tradicional indígena, opción*

saludable para la mujer.: Fascículo Interactivo 15. www.urosario.edu.co.

[https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3422/Fasciculo15-](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3422/Fasciculo15-2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3422/Fasciculo15-2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Gobernación del Cauca. (2022). *Análisis de situación en Salud Departamental y municipal*

Cauca 2021.

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-cauca-2021.zip)

[cauca-2021.zip](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-cauca-2021.zip)

- Gómez, D., & Beatriz, M. (2003). Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cadernos De Saude Publica*, 19(2), 635-643. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2003000200030>
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.-a). *Glosario de Conceptos: Deseo de tener hijos*. Recuperado 1 de junio de 2023, de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=5828&op=30317&p=1&n=20>
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.-b). *Glosario de Conceptos: Estado civil*. Recuperado 1 de junio de 2023, de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4488&op=30458&p=1&n=20>
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.-c). *Glosario de Conceptos: Nivel educativo*. Recuperado 1 de junio de 2023, de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=5295&op=30451&p=2&n=20>
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.-d). *Glosario de Conceptos: Ocupación*. Recuperado 1 de junio de 2023, de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4614&op=30451&p=2&n=20>
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.-e). *Glosario de Conceptos: Residencia habitual*. Recuperado 1 de junio de 2023, de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4592&op=30306&p=1&n=20>
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.-f). *Glosario de Conceptos: Sexo*. Recuperado 20 de marzo de 2023, de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4484&op=30081&p=1&n=20>
- IPSI - ACIN CXHAB WALA KIWE (SISPI). (2023). *Informe de Gestión público - Tejido de Salud 2022*. Informe de rendición de cuentas, Santander de Quilichao, Cauca, Colombia.

- Jiménez, Y., & Banguero, D. (2018, 4 diciembre). *Interculturalidad en la atención de salud en el programa Mujer Dadora de Vida en una IPS indígena ubicada en Tacueyó Cauca - 2015*. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/12461?locale-attribute=en>
- Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2022). Preferencias de los pacientes [Virtual]. En *Ética clínica: Un enfoque práctico acerca de las decisiones éticas en la práctica de la medicina* (9.^a ed.). <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3205&ionid=266765248>
- Juárez-Ramírez, C., Villalobos, A., Saucedo-Valenzuela, A. L., & Nigenda, G. (2020). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 34(6), 546-552. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>
- Mensa, M. (2014). *Nuestra forma de cuidar la salud, una estrategia de pervivencia como pueblo nasa de la zona norte del Cauca: CXHAB WALA KIWE - ACIN*. yumpu.com. <https://www.yumpu.com/es/document/read/55691587/nuestra-forma-de-cuidar-la-salud-23-05-16>
- Mera-Mamián, A. Y. (2019). *Mortalidad materna en el departamento de Cauca, un estudio en el régimen subsidiado*. <https://www.redalyc.org/journal/120/12062839003/html/>
- Ministerio de la Protección Social. (2008, 1 diciembre). *Resolución 4796 de 2008*. www.redjurista.com. https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_4796_de_2008_ministerio_de_la_proteccion_social.aspx#/
- Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. (s. f.). *Atributos de la Calidad en la Atención en Salud*. www.minsalud.gov.co. Recuperado 20 de abril de 2023, de

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>

Ministerio de Salud y Protección social MSPS. (s. f.). *Grupos étnicos*. www.minsalud.gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/grupos-etnicos.aspx#:~:text=Es%20un%20conjunto%20de%20familias,distinguen%20de%20otros%20grupos%20%C3%A9tnicos>.

Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. (2012). Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia - Parte 2. En www.minsalud.gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/perfil-epidemiologico-indigenas-parte2.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. (2016, noviembre). *Perfil de salud de la población indígena, y medición de desigualdades en salud: Colombia 2016*.

www.minsalud.gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS. (2022). *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*.

www.minsalud.gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. (2022a). *Reportes ASIS: Mortalidad materno infantil y niñez por sexo - CAUCA*. Sistema Integral de Información de la Protección

Social - SISPRO. Recuperado 24 de septiembre de 2022, de

<http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis/>

- Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. (2022b, abril). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022 - 2031*. www.minsalud.gov.co. Recuperado 24 de septiembre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
- Muñoz Bravo, S. F., Castro, E., Castro Escobar, Z. A., Chávez Narvaez, N., & Ortega Rodríguez, D. M. (2012). *Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009*. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 44(1), 39-44. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343835704005>
- OMS [Organización Mundial de la Salud]. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo - Pruebas para la acción: Cap. I Definición de la adherencia terapéutica*. www.paho.org. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- OMS [Organización Mundial de la Salud]. (2020). Calidad de la atención. www.who.int. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- Paredes A., Y. V., Yarce P., E., & Aguirre A., D. C. (2020). Condiciones sociodemográficas y perfil de salud de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(1), 65. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8764>
- Pazmiño de Osorio, S., & Guzmán-Gómez, N. (2009). *Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 No. 1 • 2009 • (12-18). <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/350/368>

- Sánchez Salamanca, M. L. (2015). *El servicio de salud y las atenciones de promoción y prevención en la IPSI ACIN año 2014, desde la perspectiva de la administración de planificación*, Univalle.edu.co.
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/13353/0540535.pdf;jsessionid=8FABD4F8A77CB2EEE1233ED87DBDF1B0?sequence=1>
- Semana. (2021, 24 marzo). Los 8 conceptos fundamentales para ser financieramente responsable. *www.semana.com*. Recuperado 20 de julio de 2023, de <https://www.semana.com/los-8-conceptos-fundamentales-para-ser-financieramente-responsable/202000/>
- Sisco, M. A. (2023, 11 enero). *Cosmovisión Indígena Nasa*.
<http://existenciarius.blogspot.com/2010/02/cosmovision-indigena-nasa.html>
- Universidad del Cauca. (s. f.). *Atención Integral de la gestante*. *www.unisalud.unicauca.edu.co*. Recuperado 20 de marzo de 2023, de <https://unisalud.unicauca.edu.co/unisalud/promocion-y-prevencion/atencion-gestante>
- Vargas Lorenzo, I. (2009). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia*. Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de Medicina.
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv11de1.pdf>
- Zuluaga, G., Amaya, C., Cañón, A., Correal, C., Escobar, G, Franco, R. D., García, A., Matiz, C., Paz, A., & Ramos, M. (2008). *Medicina tradicional indígena, opción saludable para la mujer*. Universidad del Rosario, Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud (GESTS). <https://www.urosario.edu.co/Universidad-Ciencia-Desarrollo/ur/Fasciculos-Anteriores/Tomo-III-2008/Fasciculo-15/ur/Medicina-tradicional-indigena,-opcion-saludable-pa/>

Anexos

Anexo 1. Autorización De La Entidad

	ASOCIACION DE CABILDOS INDIGENAS DEL NORTE DEL CAUCA-ACIN TEJIDO DE SALUD ACIN IPSI – ACIN CXHAB WALA KIWE (<i>Territorio del gran pueblo</i>) NIT.817.000.232-6	VERSION: 02	CODIGO: GLO-VA-FRM.06
	OFICIO INTERNO GESTION LOGISTICA	FECHA DE ACTUALIZACION 28 de enero de 2021 PAGINA: 1 DE 1	

Santander de Quilichao, enero 12 de 2023

Señor:

Rolando Yonda Becoche

Demás equipo profesional de especialización

Universidad Católica de Manizales

Asunto: Respuesta oficio 4 de enero de 2023

Reciba un saludo de resistencia y armonía

En respuesta a la solicitud enviada por el equipo profesional de la Especialización en Administración de la Salud, de la Universidad Católica de Manizales (UCM). En la cual solicitan realizar un estudio para identificar barreras asociadas a la accesibilidad de la mujer gestante a las actividades de Protección Específica y Detección temprana desarrolladas por la **IPS-I ACIN DEL MUNICIPIO DE SANTANDER**. Que pueden aumentar el riesgo de muerte materna.

Desde la coordinación del tejido de salud de la CWK se ha definido dar el espacio de acuerdo a la solicitud presentada por ustedes para desarrollar el estudio en el programa mujer dadora de vida en el marco del SISPI, UNICUSPI sede Santander de Quilichao.

Compromiso: El equipo de investigación debe hacer entrega de los resultados del trabajo realizado a la coordinación del Tejido de Salud de la CWK.



GLORIA YONDA LOPEZ
COORDINADORA TEJIDO DE SALUD
C.C. No. 63518148
Expedida Bucaramanga



Resolución No. 051 de 1.996 de la Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior
Carrera 11°- N° 23-11 Barrio los Bolívarianos Telefax: (032) 829 14 83, Email acinsecretaria@acincwk.org -
www.acincwk.org Santander de Quilichao Cauca – Colombia, NIT. 817.000.232-6

Anexo 2. Instrumento De Recolección De Información Encuesta - Programa MDV

- Grupo de edad
- Municipio de residencia y Vereda
- Etnia, Resguardo al que pertenece
- ¿Qué nivel de escolaridad tiene?
- ¿Qué ocupación tiene en este momento?
- ¿Cuál es su estado civil?
- ¿Conoce o ha escuchado del programa Mujer Dadora de Vida de la IPS ACIN?

SOLO A ENTREVISTADOS QUE CONOCEN EL PROGRAMA MDV

- ¿Por qué medio de comunicación se enteró o conoció de las actividades del programa MDV?
- ¿Qué conoce o ha escuchado del programa Mujer Dadora de Vida?
- En mujeres: ¿Se encuentra en estado de embarazo o lo estuvo en el último año?

SOLO A USUARIA DEL PROGRAMA MUJER DADORA DE VIDA

- ¿La concepción de la semilla (su último embarazo) fue programada?
- ¿Prefiere el parto en casa o en el hospital y por qué?
- ¿Asistió o realizó a los controles definidos en el Programa Mujer Dadora de vida? Si "No asistió" o "No los hizo todos", ¿cuál fue el motivo?
- En su familia, ¿quién es el responsable económico?
- Le parece que el acceso a cada uno de los servicios brindados en el programa Mujer Dadora de Vida de la IPS ACIN es...
- Cuando requiere una cita médica para control del embarazo, ¿la IPS tiene en cuenta su disponibilidad para desplazarse y cumplir la cita?
- ¿Considera usted que el tiempo de las citas de revisión de su embarazo es suficiente para despejar sus dudas y saber que se encuentra bien?
- ¿Considera usted que la cantidad de personal profesional de la salud es suficiente para atender las necesidades de las embarazadas en la IPS ACIN?
- ¿Considera importante realizar los pasos culturales posparto?
- ¿Le gustaría mejorar algo del programa Mujer Dadora de Vida que le ofrece la IPS ACIN?

OTRAS PREGUNTAS PARA TODA LA POBLACIÓN

- ¿A dónde acude usted cuando se enferma o necesita atención en salud?
- ¿Alguna vez le han negado la atención en la IPS donde consulta?
- ¿Qué medio de transporte utiliza para asistir a las citas médicas?
- ¿Cuál es el tiempo que tarda en llegar a la IPS para su atención?
- ¿Ha presentado alguna dificultad para asistir a las citas médicas asignadas en la IPS? ¿cuál fue el motivo?
- ¿Los promotores los han visitado en su casa para brindarle atención en salud?
- ¿Sigue las recomendaciones dadas por el Medico tradicional?
- ¿Sigue las recomendaciones dadas por el médico del hospital o la IPS?

Anexo 3. Instrumento De Recolección De Información Historias Clínicas

- Grupo de edad
- Municipio de residencia y Vereda
- Resguardo al que pertenece
- Etnia
- Nivel de escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Fecha de inicio de control en el programa Mujer Dadora de vida para el embarazo actual
- ¿A cuántos rituales propios para la mujer gestante definidos en el programa Mujer Dadora de Vida asistió durante su proceso de gestación
- ¿Requirió más consultas por parte de la medicina tradicional?
- ¿A cuántos controles prenatales asistió durante su proceso de embarazo?
- Historia ginecológica: No. Gestaciones, No. Partos, No. Abortos, No. Cesáreas
- ¿Se identificó algún tipo de complicación durante el embarazo? ¿Cuál
- ¿Dónde se definió tener el parto?
- Fecha de parto
- ¿Este embarazo terminó en muerte de la madre? Revisar hasta el día 42 después del parto. ¿cuál fue el diagnóstico asociado?

Anexo 4. Caracterización de las variables

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
1	Sexo	Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. (INE - Instituto Nacional de Estadística, s. f.-a)	Describe el sexo del entrevistado y servirá para identificar si el conocimiento del programa se limita por esta variable. Las opciones de respuesta incluyen: Femenino, Masculino.	Cualitativa	Nominal	La información de los resultados relacionados con el sexo se presentará como proporción de acuerdo con las categorías establecidas.
2	Grupo de edad	Un grupo etario o grupo de edad es un grupo de personas que comparten edad o momento vital, que resultan de interés estadístico o académico. (Enciclopedia Concepto, s. f.-a)	Grupo de edad en que se ubica la edad cumplida del entrevistado al momento de la aplicación de la encuesta. En este estudio lo vamos a agrupar así: * Menor de 18 años * 18 a 24 años * 25 a 34 años * Mayor de 35 años	Cualitativa	Rango	El grupo de edad será presentado a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
3	Etnia	Son poblaciones cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas, los distinguen del resto de la sociedad y que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales	Es la clasificación social y cultural que tiene el encuestado y depende de sus raíces ancestrales. Se capturará por medio de una pregunta con las siguientes opciones: * Blanca * Mestiza * Indígena * Afro	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada por medio de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas para la pregunta

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
		propias, que están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones. (Ministerio de Salud y Protección social MSPS, s. f.)	* Otra			
4	Nivel educativo	Es el nivel de formación alcanzado por una persona se define como "el máximo nivel que el individuo ha completado" y "se mide a partir del programa de máximo nivel que haya superado, validado, normalmente, por la correspondiente certificación". (INE - Instituto Nacional de Estadística, s. f.-f)	Se entiende como los años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional. * Primaria * Secundaria * Universitario * Técnico o Tecnológico * Ninguno * Otro	Cualitativa	Ordinal	El nivel de escolaridad será presentado a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
5	Ocupación	Se define la ocupación como la clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado. (INE - Instituto Nacional de Estadística, s. f.-d)	Tipo de trabajo que desempeña el entrevistado y que le genera recursos económicos al momento de la aplicación de la encuesta. * Empleado * Independiente * Pensionado * Hogar * Sin empleo * Otro	Cualitativa	Nominal	La información de ocupación laboral será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
6	Estado civil	El estado civil legal se define como aquel que tiene cada individuo de acuerdo con la legislación matrimonial (o los usos matrimoniales) del país es decir, la situación legal. (INE - Instituto Nacional de Estadística, s. f.-c)	Estado con respecto a la unión con otra persona para convivir. Será capturado por medio de una pregunta cuyas opciones son: * Soltero(a) * Unión libre * Casado(a) * Viudo(a)	Cualitativa	Nominal	El estado civil será presentado a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
7	Responsabilidad financiera	Es el proceso de administrar el dinero, y otros activos, de una manera que se considera productiva y que va en pro del interés de la persona, la familia o la empresa comercial. (Semana, 2021)	Se identificará quien es la persona responsable de la gestionar la economía familiar. La información se capturará por medio de una pregunta de la encuesta cuyas opciones son: * Los dos aportan económicamente * Solo yo apporto económicamente * Solo mi pareja aporta económicamente.	Cualitativa	Nominal	La información será presentada en porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
8	Residencia habitual	Lugar donde una persona normalmente pasa los periodos diarios de descanso, sin tener en cuenta las ausencias temporales por viajes de ocio, vacaciones, visitas a familiares y amigos, negocios, tratamiento médico o peregrinación religiosa.	El lugar de residencia es donde vive la persona. Esta información se capturará con las preguntas de: Municipio de residencia y vereda. Con esta información se definirá si el encuestado o paciente vive con respecto al municipio Santander de Quilichao en:	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
		(INE - Instituto Nacional de Estadística, s. f.-e)	<ul style="list-style-type: none"> * Zona urbana de Santander de Quilichao * Zona rural de Santander de Quilichao * Otros municipios 			
9	Medio de transporte	El transporte es un conjunto de procesos que tienen como finalidad el desplazamiento y comunicación. Para poder llevar a cabo dichos procesos se emplean diferentes medios de transporte (automóvil, camión, avión, etc.) que circulan por determinados medios que pueden ser terrestres, aéreos, marítimos, etc. (Colaboradores de Wikipedia, s. f.-c)	<p>Los medios de transporte al que tienen acceso los encuestados será valorado a través de una pregunta de la encuesta. Las opciones definidas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Transporte público * Transporte informal (mototaxi) * Vehículo propio * Moto * Bicicleta * Caballo o similares 	Cualitativa	Nominal	La información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
10	Tiempo de desplazamiento	El desplazamiento se entiende como el movimiento realizado por un cuerpo que se desplaza, o que se traslada de un lugar a otro. (Enciclopedia Concepto, s. f.-a)	<p>Tiempo que toma el desplazamiento desde el lugar de residencia hasta la entidad de salud IPS ACIN. Se obtendrá la información con la pregunta ¿Qué tiempo tarda en llegar a la IPS para su atención? con las siguientes opciones de respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Menos de 1 hora * Entre 1 hora y 3 horas * Más de 3 horas 	Cualitativa	Rango	La información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
11	Preferencia de los pacientes	Este concepto se refiere a las elecciones que hacen las personas cuando tienen que decidir sobre su salud y el tratamiento médico. Tales elecciones reflejan la propia experiencia, creencias y valores del sujeto según las recomendaciones del médico. (Jonsen et al., 2022)	Es la libertad que tiene una persona para elegir a donde acudir en caso de necesidad de atención en salud. Será valorado a través de las preguntas ¿A dónde acude más usted cuando se enferma o necesita atención en salud? con las siguientes opciones: * Hospital o la IPS * Kiwe Thë * A los dos, hospital o IPS y al Kiwe Thë * Droguería * Ninguno	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada por medio de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas para la pregunta
			¿Prefiere el parto en...? con las siguientes opciones de respuesta: en casa (en el domicilio) o en el hospital (institucional)	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada por medio de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas para la pregunta
			¿Considera importante realizar los pasos culturales posparto? Las opciones de respuesta son: * Si * No	Cualitativa	Nominal	La información se presentará en porcentaje de acuerdo con las categorías establecidas

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
12	Medios de comunicación	Los medios de comunicación son todos aquellos sistemas usados para el establecimiento de una comunicación. Estos sistemas se basan, principalmente, en un conglomerado de canales e instrumentos comunicativos que permiten el desarrollo de un intercambio de información. (Enciclopedia Concepto, s. f.-c)	Se valorará, a través de una pregunta de la encuesta, el tipo de medios de comunicación al que tienen acceso la población, que le sirva para conocer los programas de la IPS ACIN. La opción de respuesta incluye: * Televisión * Radio * Redes sociales * Información escrita (carteleras, periódicos, volantes) * Llamada telefónica de la IPS * Campañas/actividades de la IPS * Voz a voz	Cualitativa	Nominal	El tipo de medio de comunicación al cual tienen acceso los encuestados será presentado a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
13	Calidad de la atención de salud	La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. (OMS [Organización Mundial de la Salud], 2020) Atributos: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad, Satisfacción del usuario.	La calidad del servicio percibido por la población encuesta se evaluará por medio de las siguientes preguntas: * Cuando requiere una cita médica para control del embarazo, ¿la IPS tiene en cuenta su disponibilidad para desplazarse y cumplir la cita? Las opciones de respuesta son: * Siempre * Casi siempre * A veces * Casi nunca	Cualitativa	Nominal	La información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
		(Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, s. f.)	* Nunca			
			* ¿Alguna vez le han negado la atención en la IPS donde consulta? Las opciones de respuesta son: Sí o No.	Cualitativa	Nominal	La información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
			* Le parece que el acceso a cada uno de los servicios brindados en el programa Mujer Dadora de Vida de la IPS ACIN es... Las opciones de respuesta son: * Muy sencillo * Sencillo * Ni complicado ni sencillo * Complicado * Muy complicado	Cualitativa	Nominal	La información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
			* ¿Considera usted que la cantidad de personal profesional de la salud es suficiente para atender las necesidades de las embarazadas en la IPS ACIN? Las opciones de respuesta son Sí o No	Cualitativa	Nominal	La información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
			* ¿Considera usted que el tiempo de las citas de revisión de su embarazo es suficiente para despejar sus dudas y saber que se encuentra bien? Las opciones de respuesta son Sí o No	Cualitativa	Nominal	La información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
14	Deseo de tener hijos	Se refiere a los hijos que a la persona entrevistada le gustaría tener si pudiera elegir exactamente el número de ellos, independientemente de si puede lograrlo o no, y de los hijos que ya tenga. (INE - Instituto Nacional de Estadística, s. f.-g)	Aspiración de la pareja por tener hijos en su proceso familiar. esta información se capturará por medio de una pregunta de la encuesta cuyas respuestas son: Si o No.	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada por medio de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas para la pregunta
15	Historia Obstétrica	La gravidez y la paridad son el número de veces que una mujer está o ha estado embarazada (gravidez) y durante estos embarazos, el número de veces que el feto ha llegado a una edad gestacional viable (paridad). Estos términos generalmente se combinan, a veces con términos adicionales, para indicar más detalles del historial obstétrico de la	Historia del proceso gestacional de la mujer que pertenece al programa MDV para identificar si ha tenido o no experiencia de embarazo. Se definirá si Sí o No tiene historial por medio de la captura de datos de historia clínica: No. de gestaciones, No. de partos, No. de abortos y No. de cesáreas.	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada por medio de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas para la pregunta.

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
		mujer. (Colaboradores de Wikipedia, s. f.-b)				
16	Embarazo	<p>El embarazo o gravidez es el periodo que transcurre entre fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto.</p> <p>El embarazo humano dura entre 38 a 40 semanas a partir de la fecundación, aproximadamente 9 meses.</p> <p>Teniendo en cuenta la variación que se da en relación con la duración del embarazo, es más preciso decir que la duración del embarazo suele durar entre 37 y 42</p> <p>De acuerdo con su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto.</p> <p>(Colaboradores de Wikipedia, s. f.)</p>	<p>Estado y tiempo en el cual una mujer está embarazada. Se evaluará esta variable mediante 3 datos capturados</p> <p>* ¿Se encuentra en estado de embarazo o lo estuvo en el último año? Las opciones de respuesta son: Si o No.</p> <p>* Fecha de inicio en el programa MDV (historia clínica) y Fecha de parto (historia clínica). Con esta información se calculará la etapa del embarazo.</p>	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada por medio de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas para la pregunta.
17	Control prenatal	El control prenatal consiste en una serie de chequeos	Cantidad de controles y citas a las que la gestante acude en su	Cualitativa	Nominal	La información será presentada a través de

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
		periódicos practicados por el médico y/o la enfermera durante el embarazo. El control prenatal busca cuidar la salud de la madre y la del niño por nacer. (Universidad del Cauca, s. f.)	proceso de gestación como parte del programa MDV enfoque de medicina occidental. Esta información se capturará por medio de una pregunta de la encuesta cuya opción de respuesta es: 0, 1, 2, 3, 4 o 5			porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
18	Rituales en el periodo de gestación	Un ritual (a veces llamado rito) es un conjunto de acciones ceremoniales que se realizan de forma reiterada, y que poseen un valor simbólico o representativo. Se trata de acciones inscritas en un credo, una ideología o una tradición cultural específica. (Enciclopedia Concepto, s. f.)	Son acciones realizadas en la embarazada para que mantenga el equilibrio con la tierra y su entorno como parte del programa MDV enfoque medicina tradicional. Esta información se capturará por medio de una pregunta de la encuesta que tendrá las siguientes opciones: 0, 1, 2, 3.	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada por medio de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas para la pregunta
19	Muerte materna	La mortalidad o muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto. En el ámbito mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas se deben a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas, las infecciones, los trastornos	Fallecimiento de una mujer durante su proceso de parto, posparto y puerperio dentro de los 42 días. Para esta variable se realizarán dos preguntas en la encuesta de historias clínicas: ¿Este embarazo terminó en muerte de la madre? Las opciones de respuesta con Sí o No. Si se presentó muerte materna, ¿cuál fue el diagnóstico asociado? Las opciones de	Cualitativa	Nominal	El número de muertes y las causas asociadas se presentarán en dato neto.

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
		hipertensivos del embarazo y el parto obstruido. (Colaboradores de Wikipedia, s. f.-c)	respuesta son: Hemorragia intensa, Infección, Trastorno hipertensivo, Otra.			
20	Problemas durante el embarazo	Todos los embarazos implican algunos riesgos, pero hay ciertas afecciones y problemas de salud que pueden aumentar ese riesgo. Cualquiera de ellos puede afectar su salud, la de su bebé, o ambos. (Biblioteca Nacional de Medicina, s. f.)	Situaciones que pueden generar problemas durante el embarazo o el parto para la madre y el bebé. Para el caso de muerte materna, se identificará esta situación respondiendo a dos preguntas: ¿Se identificó algún tipo de complicación durante su periodo de embarazo? Las opciones de respuesta son Sí o No. En caso de responder sí ¿Qué complicación se presentó?	Cualitativa	Nominal	Esta información será reportada en dato neto.
21	Atención extramural en salud	Es la prestación de servicios de salud de consulta externa, promoción y prevención, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad en infraestructuras físicas no destinadas a la atención en salud, o en unidades móviles aéreas, fluviales, marítimas o terrestres. (Ministerio de la Protección Social, 2008)	Modalidad de servicios de atención de población prestados por la IPS por medio de la visita domiciliarias. ¿Se capturará esta información en la población encuestada por medio de la pregunta Los promotores los ha visitado en su casa para brindarle atención en salud? cuyas opciones de respuesta son: Sí o No.	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
22	Adherencia al tratamiento	El término adherencia o cumplimiento terapéutico incluye tanto el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes. (Buitrago, 2011)	Conocer los programas disponibles por la IPSI, cumplir con las actividades y seguir instrucciones dadas por personal que brinda servicios de salud, ya sea de la medicina tradicional o de la medicina occidental. Se capturará la información por medio las siguientes preguntas de la encuesta: ¿Sigue las recomendaciones dadas por el médico del hospital o la IPS? las opciones de respuesta son: Si, No, A veces.	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
			¿Sigue las recomendaciones dadas por el Médico tradicional? las opciones de respuesta son: Si, No, A veces.	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
			¿Asistió o realizó a los controles definidos en el Programa Mujer Dadora de vida? Las opciones de respuesta son Sí o No.	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada por medio de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.

No.	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
			¿Ha presentado alguna dificultad para asistir a las citas médicas asignadas en la IPS?	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.
			¿Conoce o ha escuchado del programa Mujer Dadora de Vida de la IPS ACIN? Las opciones de respuesta son: Sí conoce el programa o No conoce el programa.	Cualitativa	Nominal	Esta información será presentada a través de porcentaje (proporción) de acuerdo con las categorías establecidas.



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen

Universidad Católica de Manizales
Carrera 23 # 60-63 Av. Santander / Manizales - Colombia
PBX (6)8 93 30 50 - www.ucm.edu.co