Planteamiento de estrategias de atención prenatal diferencial dirigida a indígenas Zenúes del departamento de Córdoba.

Montes-Castro, D. I. MD[a]; Díaz-Piraquive, F.N.PhD[b]; González-Rodriguez, J. Ph.D.[c]; Cogollo-Lora, I.A. MD[d].

***Resumen*:** El pueblo indígena Zenú se encuentra en su gran mayoría en el reguardo de San Andrés de Sotavento en Córdoba. Esta población conserva sus tradiciones y creencias propias, se encuentran afiliados en su gran mayoría al régimen subsidiado a la EPS Indígena Manexka (EPSI). En el análisis de los casos de mortalidad materna reportados por la EPSI de 2014 a 2016, se identificó la inasistencia a las actividades del programa de control prenatal como una variable presente en el 30% de los casos, frente a lo cual surge la necesidad de plantear nuevas pautas de atención prenatal ajustadas a las costumbres y necesidades de esta comunidad, con el fin de impactar positivamente en la asistencia al programa. El objetivo de este estudio, es plantear estrategias de atención prenatal diferencial para el pueblo indígena Zenú. Se evaluó inicialmente el modelo de atención prenatal operante al momento de la realización del estudio y se plantearon tres posibles opciones de actividades diferenciales, que se evaluaron mediante encuestas, de acuerdo a la perspectiva de tres grupos: las maternas asistentes al programa, los profesionales involucrados en la atención y las parteras.

Como resultado se identificaron factores determinantes de adherencia, tales como: tiempos de desplazamiento a las citas, estado de las vías y falta de dinero para transportarse. Se identificó que las maternas indígenas no sienten vulneradas sus costumbres por el modelo actual de atención, pero si ven en las actividades realizadas al interior del resguardo y en conjunto con parteras, una alternativa que contribuiría a mejorar la asistencia al control prenatal.

***Palabras clave*:** Asistencia Prenatal, Mortalidad Materna, Complicaciones del Embarazo y Mortalidad Perinatal[1] .

Abstract: The Zenú indigenous people is in its great majority in the regiment of San Andres de Sotavento in Cordova. This population conserves its own traditions and beliefs, they are affiliated in their great majority to the subsidized regime, to the Indigenous Manexka EPS. In the analysis of the cases of maternal mortality reported by EPSI from 2014 to 2016, non-attendance to prenatal control program activities was identified as a variable present in 30% of cases; In response to which the need arises to propose new guidelines for prenatal care adjusted to the customs and needs of this community; In order to positively impact program assistance. The objective of this study is to propose differential prenatal care strategies for the Zenú indigenous people. The prenatal care model was initially evaluated at the time of the study, and three possible options for differential activities were considered, which were evaluated through surveys, according to the perspective of 3 groups: Maternals attending the program, professionals Involved in care and midwives. As a result, adhesion determinants were identified; Such as: travel times to appointments, road conditions and lack of money to be transported. It was identified that indigenous mothers do not feel their customs are violated by the current model of care; but they do see, in the activities carried out inside the shelter, and together with midwives, an alternative that would contribute to improve the attendance to prenatal care.

***Keywords*:** Prenatal Care, Maternal Mortality, Pregnancy complications, and Perinatal Mortality[1].

[a] Médica cirujana Universidad del Norte. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud de la misma institución. Aspirante a Magíster en Administración en Salud de la Universidad del Rosario. Correo electrónico:durleyisabel@hotmail.com
[b] Doctora en Informática: Sociedad de la Información y del Conocimiento, Universidad Pontificia de Salamanca. Directora del Grupo de Investigación GEGI de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: fndiaz@ucatolica.edu.co
[c] Doctor en Economía y Gestión de la Salud, Universidad Politécnica de Valencia. Director de la Maestría de Administración en Salud de la Universidad del Rosario. Correo electrónico: javier.gonzalez@urosario.edu.co
[d] Médico Cirujano Universidad Metropolitana. Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Sinú. Docente Facultad de Medicina de la misma institución. Correo electrónico: Ivancogollo@unisinu.edu.co

1. Introducción

La mortalidad materna en Colombia en el 2010 estaba en 72 por cada 100.000 nacidos vivos, principalmente por afecciones obstétricas no clasificadas, trastornos hipertensivos del embarazo y complicaciones del trabajo de parto[2]. Las muertes en mujeres indígenas por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, tienen un gran impacto ya que aportan el 6,15% de la mortalidad del grupo. Según el plan decenal de salud pública, la cobertura para los servicios de salud en Colombia, relacionados con el control prenatal es del 97%, del parto institucionalizado 94,4% (urbano) y 70,6% (rural)[2].

De acuerdo con Carrillo[3]:

> Hay consenso en identificar que casi la totalidad de las causas de la mortalidad materna en el país podrían evitarse con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto, de un buen seguimiento posparto y servicios de planificación familiar; es decir, que todas las patologías que originan estos eventos están asociadas a la falta de servicios de salud reproductiva de buena calidad y a las precarias condiciones de vida de las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)[4], afirma que, "la mortalidad materna a nivel mundial es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas eran evitables"

En Colombia, el 18% de la mortalidad materna ocurrió en población indígena y afrocolombiana, la cual se encuentra relacionada con algunos factores determinantes como lo son: vivir en zonas rurales, pertenecer al régimen subsidiado y tener bajo nivel educativo[5]. Las estadísticas registradas en el informe de defunciones no fetales de 2014, del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en Colombia, a corte 31 de enero de 2015, reporta que se presentaron 331 casos de muertes relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, de los cuales 24 ocurrieron en el departamento de Córdoba[6].

Una muerte materna es tratada como un problema de salud pública y social, en donde van explicita e implícitamente una serie de factores y circunstancias en relación al entorno, tales como: las desigualdades económicas y educativas; el acceso y calidad de los servicios de salud en la atención materna y la planificación familiar y la posición social y legal de la mujer[7].

Colombia se ha comprometido, de acuerdo con los objetivos de desarrollo del milenio, a contribuir con la disminución de las muertes maternas en el mundo[5], metas establecidas más específicamente en el documento CONPES 140 de 2011[8], del Consejo Nacional de Política Económica y Social, en el cual se establece que se debe alcanzar una meta de 48,8 muertes por 100.000 nacidos vivos.

La OMS considera que solo el 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y el 73% en Latinoamérica, asisten por lo menos a una consulta de control prenatal. Entre los factores asociados a la baja participación se encuentran: la edad, bajos ingresos, multiparidad, bajo nivel educativo, baja condición socioeconómica, falta de pareja estable, barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico[9]. Los pueblos indígenas siguen estando al margen de la sociedad, son más pobres, tienen un menor nivel de educación, mueren a edad más temprana, y, en términos generales, tienen una peor salud que el resto de la población[10].

En Colombia existen 102 pueblos indígenas reconocidos por la Organización Nacional Indígena Colombiana (ONIC), dentro de los cuales se encuentra el pueblo indígena Zenú. En el departamento de Córdoba existen tres resguardos indígenas legalmente constituidos, con una población aproximada de 75.000 habitantes, distribuidos así: resguardo de San Andrés de Sotavento (indígenas Zenúes), resguardo Karagabí Alto Sinú (indígenas Embera) y resguardo de Quebrada Cañaveral Alto San Jorge (indígenas Embera)[11]. Los principales asentamientos de la cultura Zenú en la actualidad se encuentran en los municipios de San Andrés de Sotavento y Tuchín, en su gran mayoría, ubicados en zonas rurales y dispersas de estas cabeceras municipales; con limitaciones en el transporte, acceso a servicios públicos y deficiencia en atención médica ya que solo cuentan con una de primer nivel o baja complejidad.

Según las estadísticas del área de vigilancia epidemiológica de Manexka EPSI, en 2014 se presentaron cinco muertes maternas: dos en el municipio de Tuchín, una en el municipio de San Andrés de Sotavento, una en el municipio de Palmito y una en San Onofre; en el 2015 se presentaron tres casos y otro tanto más en 2016. Al revisar las fichas de vigilancia epidemiológica reportadas por la EPS en 2015 y 2016, se evidencia que en el 30% de los casos se presenta inasistencia a actividades del programa de atención prenatal por parte de las maternas (datos verificados por el investigador de las fichas de vigilancia epidemiológica de Manexka EPSI enero de 2017, comunicación personal).

El modelo de atención que se aplica en la actualidad para las maternas Zenúes, se basa en las actividades establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante las guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades, establecidas en la resolución 412 del año 2000[12]. En la actualidad se carece de un programa de atención prenatal que tenga en cuenta características étnicas y socioculturales de la población Zenú. Este vacío genera la posibilidad de plantear estrategias que se acerquen a las necesidades socioculturales y étnicas de esta población, con el fin de impactar de forma positiva en la adherencia y cumplimiento de las actividades necesarias para mitigar el riesgo de la atención prenatal en las maternas. El déficit de un modelo de atención prenatal indígena estaría asociado a la tasa de deserción e inasistencia a las actividades contempladas en el programa de atención prenatal actual, lo cual afecta directamente la demanda de la atención prenatal en esta población, y por ende en la morbi-mortalidad materna y perinatal de dicha grupo. ¿Cómo mejorar la adherencia al control prenatal en indígenas Zenúes de Córdoba como estrategia para disminuir las cifras de morbi-mortalidad materna y perinatal en dicha población?

Con base en lo anterior, el objetivo de esta investigación fue elaborar y plantear tres estrategias de control prenatal diferencial dirigidas a maternas Zenúes, teniendo en cuenta algunas actividades que ya se venían realizando de forma aislada en las IPS indígenas que hacen parte de la red prestadora de servicios de la EPSI y algunas necesidades identificadas por el grupo investigador en su trabajo de campo. Las estrategias son: creación de un hospital indígena de cercanías, la atención en conjunto con parteras y la realización de actividades del control prenatal dentro de los resguardos indígenas. Estas estrategias se evaluaron mediante encuestas realizadas por personal de enfermería, a tres grupos de estudio (materna, profesional del programa y parteras). Se evaluó la satisfacción de las maternas con respecto al programa actual, se identificaron los factores determinantes de la no adherencia de ellas al programa, así como las actividades de medicina tradicional que realizan en esta comunidad como parte del cuidado del embarazo. Se valoró cada una de las tres estrategias planteadas mediante los análisis descriptivos y de correspondencias simples y múltiples, con el propósito de determinar cuál de ellas brindaría mayor beneficio a esta comunidad y, por lo tanto, debería estar incluida en la atención prenatal que recibieran las maternas indígenas Zenúes.

2. Fundamentación teórica

Los Zenúes o Sinúes pertenecen a los pueblos indígenas colombianos reconocidos por la ONIC y representan el 16,7% de la población indígena de Colombia. El pueblo Zenú se encuentra ubicado en zonas rurales y dispersas de los departamentos de Sucre y Córdoba. El 61,60% de esta población se concentra en el departamento de Córdoba y, el resguardo de San Andrés de Sotavento concentra la mayor proporción de indígenas Zenúes en el país con una población estimada que alcanza las 34.566 personas. La lengua propia de este grupo étnico desapareció hace aproximadamente 200 años y hablan el castellano. El 51,6% son hombres y el 48,4% mujeres[13].

El porcentaje de población Zenú que no sabe leer ni escribir es del 25,8%, la familia se organiza en torno a la figura del hombre, carecen de programas de educación propia, por tanto, la educación escolarizada es la convencional. En los resguardos indígenas no se cuenta con agua potable y las condiciones de cómo se obtiene el agua es uno de los principales factores que generan enfermedades como brotes, parásitos, diarreas, problemas estomacales, entre otros[14].

Las distintas enfermedades se tratan desde la visión médica tradicional. El conocimiento médico se obtiene de los abuelos y es transmitido de generación en generación. Consideran médicos tradicionales a rezanderos, parteras, homeópatas, sobanderos, curiosos y otros que actúan como especialistas en cada quebranto. Son las parteras las personas que se encuentran al cuidado de las mujeres a dar a luz. Los diagnósticos se fundamentan en muestras de orina u otro indicador posible. El sistema médico tradicional del pueblo Zenú se basa en las plantas que usan en la preparación de brebajes en partos y para ahuyentar los malos espíritus. Es común el uso medicinal del tabaco, la hierbabuena, el orégano, la yerbasanta, el toronjil, el ajonjolí, y la mata-ratón. El poder curativo de las plantas va acompañado de rezos y conjuros[14]. El 93% de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado, sin embargo, se observa la inexistencia de programas de capacitación con las parteras tradicionales, sobanderos, auxiliares de enfermería y apoyo a la medicina tradicional[14].

En Colombia se cuenta con las acciones de salud reproductiva contempladas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), como son: control prenatal y vacunación con toxoide tetánico; atención al parto y al puerperio con enfoque de riesgo; complementación nutricional; exámenes de laboratorio y ecografía; citología cérvico uterina y examen de mamas. También se cuenta con oferta anticonceptiva completa y prevención, atención y control de ETS-VIH/SIDA[15].

En la resolución 412 del 2000 se determinaron las acciones de protección específica y detección temprana, así como también, los procedimientos, condiciones técnicas de realización y su frecuencia, el recurso humano a cargo y la población objeto de los mismos[16]. Adicionalmente en 2006, la Sentencia C 355 despenalizó el aborto en casos extremos[17], el cual debe ser considerado, además, dentro del programa de control prenatal, por ser el aborto inseguro un problema de salud pública de práctica clandestina, realizada por personal poco idóneo y que afecta los indicadores de mortalidad materna[3].

En 2013, el Ministerio de Salud actualiza mediante la Guía de Práctica Clínica (GPC) 11-15 de 2013, las recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto y puerperio[15]. Mediante la ley estatutaria de febrero de 2016[18], el Estado colombiano define los elementos esenciales para el derecho fundamental a la salud, de tal forma, describe en su artículo 6 el componente ***Interculturalidad*** como:

> […] el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

Esta ley también define la ***Protección a los pueblos indígenas:*** "[…] para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Y así, además garantizar la protección de los pueblos y comunidades indígenas; respetando sus costumbres"[18].

Según Argüello y Mateo[19], hablar de parteras tradicionales podría ser algo complicado en un mundo en el que la tecnología para la atención del parto pareciera ser la norma, sin embargo, la asistencia del embarazo, parto y puerperio, por parte de la llamada medicina occidental o biomedicina, es relativamente reciente (siglo XVII) debido a que anteriormente el parto no era considerado un evento patológico y se relegaba a un plano "natural" y de mujeres, las cuales eran atendidas por las parteras o comadronas[19] .

El ***control prenatal*** es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas por parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el fin de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la madre para el parto, la maternidad y la crianza[9].

Dentro del plan decenal de Salud Publica 2012-2021, se abarcan tres principales enfoques de los cuales podemos resaltar el enfoque diferencial, el cual reconoce la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos, identificando las diversidades propias de los sujetos e incluye los enfoques de ciclo de vida, orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica y situaciones generadoras de inequidades. La salud en las poblaciones

étnicas debe garantizar los derechos de estos grupos y se debe hacer concertación de los contenidos del plan para que sean adaptados en los planes de salud territorial y aplicados por las IPS indígenas[20].

Las gestantes de la comunidad Zenú tienen sus propias creencias y prácticas ancestrales de cuidado durante el embarazo, tales como, el parto en casa y la atención del mismo con partera, siendo una práctica natural realizada por esta comunidad. Por esta razón, se hace necesaria la elaboración de una política de salud especial para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo de la mujer Zenú, dado que la atención prenatal actual no tiene en cuenta sus costumbres y creencias culturales. "Esta política debe elaborarse con base en el contexto cultural y con la participación de la comunidad indígena, teniendo en cuenta la visión del mundo de las embarazadas y el cuidado genérico que han conservado a través del tiempo y que son propios de su cultura, en busca de un cuidado materno y perinatal ajustado a su sabiduría, que asegure la prevención y detección temprana de las complicaciones del embarazo, evitando las muertes maternas y perinatales"[7].

La tasa de cesáreas en Colombia para el 2013 fue 45,7%, y en los departamentos de Córdoba y Sucre fue superior al 50%. La cesárea incrementa el riesgo de muerte y las complicaciones maternas graves, por tanto, se deben promover estrategias como, involucrar otros actores sociales para generar un cambio cultural y racionalizar el uso de la cesárea en el país[21].

El 7 de octubre de 2016 en Bogotá, en una sesión del Consejo Nacional de Patrimonio Cultural del Ministerio de Cultura colombiano, se dio concepto favorable para la inclusión en la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial del ámbito nacional, a los Saberes Asociados a la Partería Afro del Pacífico, lo cual nos hace pensar que no estamos lejos de volver a las formas tradicionales para el manejo del embarazo y del parto en las comunidades indígenas en nuestro país[22].

De ahí la importancia de contar con modelos de atención en salud, que además de cumplir con los requisitos normativos, técnicos y científicos para el cuidado de la salud, también involucren las características propias y necesidades específicas de las comunidades en donde se apliquen. Para este caso, es necesaria la implementación de estrategias de atención prenatal, que permitan que la población Zenú tenga un mayor cumplimiento a las pautas encaminadas al manejo de una maternidad segura, respetando sus costumbres y creencias.

La evaluación de estas estrategias pretende plantear una serie de actividades que se puedan incluir en un futuro en un nuevo modelo de atención para maternas indígenas Zenúes en Colombia, con el fin de incrementar el cumplimiento en las actividades de detección temprana y protección específica, necesarias para mejorar la salud y prevenir la enfermedad en las embarazadas de estas comunidades, contribuyendo así con el logro de una maternidad segura. Adicionalmente, se pretende validar algunas actividades de la medicina tradicional Zenú, que deberán ser tenidas en cuenta, con miras a una futura inclusión en el plan de salud diferencial indígena colombiano, conexo con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). También se quiere legalizar, capacitar y regular la actividad de las parteras, con el fin de educar y garantizar su actividad dentro de unos lineamientos de seguridad. Una vez implementadas las estrategias propuestas, deberán ser objeto de evaluación su impacto en lo relacionado con: inclusión en un nuevo modelo de atención prenatal diferencial; disminución en los indicadores de morbi-mortalidad materna en esta población y; análisis de costo-efectividad del nuevo modelo.

3. Metodología

Se realizó un análisis mixto de corte transversal en el cual se aplicaron encuestas a 106 maternas pertenecientes a la etnia indígena Zenú de los resguardos indígenas de San Andrés de Sotavento y Tuchín en Córdoba, afiliadas y pertenecientes al control prenatal de Manexka EPSI, así como también, a 46 profesionales asistenciales que intervienen en el proceso de atención prenatal y tres autoridades de medicina tradicional Zenú. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de los tres grupos citados, a los cuales, se les aplicó un tipo diferente de encuesta según el grupo, en una única oportunidad. Los datos se recolectaron en un lapso de tres meses. De igual forma se plantearon tres estrategias para el control prenatal diferencial indígena:

1. **Hospital indígena de cercanías o del resguardo:** Derivado de la preocupación expresada por el personal asistencial y las maternas indígenas sobre el mal estado de las vías de acceso a los resguardos más distantes de la zona, el hospital se encuentra planteado como un proyecto para funcionar con personal asistencial capacitado y sensibilizado en las características socioculturales y respetuoso por la cosmovisión del pueblo Zenú. Se plantea que sea de primer nivel de atención externa y de urgencias, con señalética intercultural y material educativo con pertinencia cultural indígena Zenú; con ambientación física bipartita, respetando las normas de habilitación colombiana de IPS, complementándolas con espacios que permitan la interacción con prácticas propias de la medicina tradicional indígena de forma segura. Tendría las siguientes características:

   a. Infraestructura multicultural.
   b. Señalización intercultural.
   c. Personal asistencial capacitado y sensibilizado en la cultura Zenú.
   d. Recreación de espacios para prácticas de medicina tradicional.
   e. Aplicación de modelos de atención, promoción y prevención propios, adaptados a la cosmovisión Zenú.

2. **Actividades de control prenatal dentro del resguardo:** Se refiere a realizar algunas actividades del control prenatal actual de forma domiciliaria hasta los resguardos más apartados, con el fin de incrementar la asistencia a actividades de promoción y prevención en el mayor número de maternas, evitando así las barreras de acceso. Producto de las encuestas con el personal asistencial se plantea que se pueden prestar las siguientes actividades:

   a. Control con médico general.
   b. Control por enfermería.
   c. Control por nutrición.
   d. Atención en unidad móvil de odontología.
   e. Toma de muestras de laboratorio.
   f. Toma de citología en unidad móvil.
   g. Búsqueda activa de maternas no inscritas (demanda inducida).
   h. Actividades educativas.

3. **Atención en salud en conjunto con parteras:** Plantea la participación de forma activa de las parteras en algunas atenciones del control prenatal tales como:

   a. Consulta con partera.
   b. Asistencia al parto (sin intervención activa).

Adicionalmente se consideraron los siguientes aspectos:

Cuadro 1. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA.

Fuentes de información	Se recolectó información mediante encuestas, fuente primaria la cual fue consolidada en una base de datos para su análisis.
Métodos para el control de la calidad de los datos	• Se diseñó un instructivo para el diligenciamiento de las encuestas aplicadas. • Las encuestas fueron aplicadas por profesionales de salud (médicos y enfermeras). • Se realizó capacitación al personal en salud que aplicó las encuestas. • Se realizó la prueba piloto del instrumento y los ajustes correspondientes. • Lo datos perdidos, por las características de la encuesta, se manejaron como *No responde*, con el fin de evitar inconsistencias derivadas.
Criterios de inclusión	• Indígenas Zenúes embarazadas inscritas en el programa de control prenatal de Manexka EPSI. • Profesionales asistenciales de control prenatal de Manexka EPSI. • Médicos tradicionales o parteras de la etnia Zenú

Criterios de exclusión	• Embarazadas de alto riesgo obstétrico. • Maternas indígenas Embera. • Maternas no indígenas que asistan al control prenatal de Manexka EPSI

4. Resultados

El análisis de la información se realizó de acuerdo con las características de la encuesta mediante dos fases: la primera, descriptiva, con la utilización de frecuencias, porcentajes, medianas y modas; la segunda, mediante el análisis de correspondencias simples y múltiples. Teniendo en cuenta que se aplicaron diferentes tipos de encuestas a tres grupos, los resultados se presentan para cada uno de los mismos.

Resultados en las maternas: El 84% de las maternas de este estudio pertenecen al resguardo indígena Zenú de Tuchín, el 6% al resguardo de San Andrés de Sotavento y el restante 10% a otros municipios del departamento de Córdoba. La edad mínima de las maternas fue de 14 años, la máxima de 45 años y el promedio de 22 años (Figura.1).

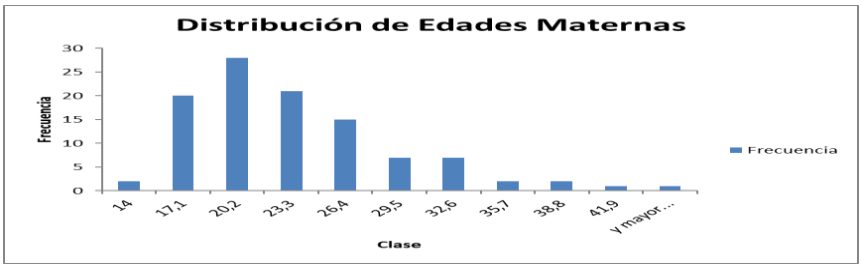

Figura 1. Histograma de distribución de edades.

La edad gestacional de inicio de control prenatal fue temprana (antes de las 14 semanas) en el 74% de los casos, intermedia en el 24% y tardía en el 2% (Figura.2).

Figura 2. Histograma de Edad Gestacional al Inicio del Control Prenatal.

El medio de transporte más utilizado es la motocicleta con un 72%, mientras que el restante 28% se desplaza caminando. El tiempo de desplazamiento es entre 1 y 30 minutos en el 65% de los casos, cercano a una hora o más en el 35% de las pacientes que viven en zonas dispersas o distantes del sitio de la atención prenatal. La inasistencia a las actividades del control prenatal es del 15%, asociado principalmente a las lluvias y mal estado de las vías durante el invierno que impiden el acceso al principal medio de transporte, la motocicleta.

La evaluación del programa actual ofertado por la EPSI se realizó mediante la calificación de la satisfacción de las usuarias. En el 99% de los casos, las maternas se sintieron atendidas con amabilidad y respeto por parte del personal asistencial del programa, el 94% calificaron las instalaciones como adecuadas. El 85% de los casos en todos los servicios ofertados del programa, tuvo una calificación, en promedio, buena (Figura.3).

El 20% de las maternas indígenas prefieren ser atendidas por parteras indígenas que en el centro de salud, así como el 50% de ellas preferiría una atención integral compartida médico-partera. El 20% de las maternas identificó utilizar algunas prácticas de la medicina tradicional para mejorar su salud durante el embarazo, siendo las más comunes: baños con plantas medicinales para manejo de dolores de parto (ultimoreal, hierba santa, eucalipto, alminta, orégano y concha de guácimo), baños de asiento con plantas medicinales para las infecciones vaginales (balsamina) y manejo de infecciones urinarias con tomas orales de jugo de limón.

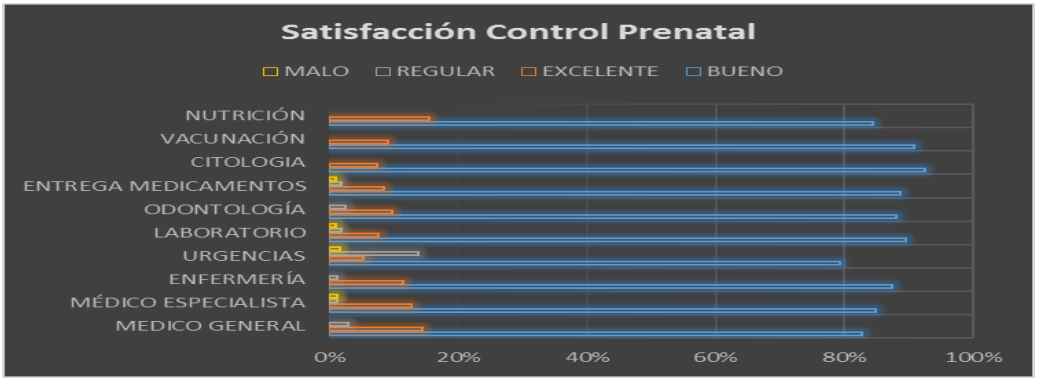

Figura.3. Evaluación de satisfacción de usuarios por servicio.

Dentro de las estrategias planteadas para el control prenatal diferencial indígena, se evidenciaron los siguientes resultados (Figura 4):

Figura 4. Estrategias Control Prenatal Diferencial.

Las maternas apoyan las alternativas de atención de forma cercana al resguardo (hospital indígena y/o actividades en el resguardo), sustentado en las siguientes causales: 60% aduce al mal estado de las vías y el riesgo que esto representa en el desplazamiento hasta la cabecera municipal, el 30% se ahorrarían el dinero del transporte y el 10%, porque la atención del parto en algunas ocasiones ocurre en el resguardo por parte de la partera, debido al mal estado de las vías, siendo inseguro salir. La atención conjunta con parteras fue seleccionada en el 13% de los casos, en los cuales coincidieron en que esto les genera mayor seguridad.

Análisis de correspondencias: De la caracterización del modelo de atención indígena y de acuerdo con los interrogantes planteados, surgen diversos grupos de características:

Cuadro 2. **GRUPOS DE CARACTERISCAS SEGÚN LECTURA DE CORRESPONDENCIAS.**

Grupo 1	Maternas que han dejado de asistir al control prenatal por que el personal de salud de médicos o enfermeros son de sexo masculino; consideran que durante la atención recibida en el control prenatal no se han sentido irrespetadas en sus costumbres, creencias y cultura. Ven como alternativa que la **atención en salud en conjunto con parteras**, sí favorece la atención en salud de las maternas indígenas.
Grupo 2	Aquellas maternas que prefieren ser atendidas por la partera que en el centro de salud u hospital; asistirían más frecuentemente a sus citas de control prenatal si el personal de salud, médicos o enfermeros fueran de sexo femenino. Adicionalmente les gustaría que algunas actividades del control prenatal fueran realizadas con **acompañamiento de partera** o personal de salud indígena.
Grupo 3	Corresponde a maternas que no les gustaría a recibir un control prenatal en un lugar diferente al resto de las embarazadas no indígenas, ni tampoco les gustaría contar con un control prenatal diferencial.
Grupo 4	Se encuentran las maternas que no prefieren ser atendidas por la partera sino en el centro de salud u hospital; tampoco les afecta ser atendidas por personal de salud masculino. No consideran que las actividades del control prenatal actual se encuentren en contra de sus creencias y costumbres, pero durante la atención recibida han sentido irrespeto en estos aspectos. En este orden de ideas, consideran como alternativa para favorecer la atención en salud de las maternas indígenas, **un hospital dentro del resguardo.**
Grupo 5	Corresponde a aquellas maternas que sí les gustaría contar con un control prenatal diferencial atendido en centros especiales de atención prenatal indígena cercano a su resguardo, con la participación de personal de salud de la comunidad. Se asocian con que les gustaría recibir el **control prenatal, en un lugar diferente** al resto de las embarazadas no indígenas, además consideran que algunas de las actividades del control se encuentran en contra de sus creencias, costumbres y normas.
Grupo 6	Se encuentran las maternas que consideran como alternativa para favorecer la atención en salud de las maternas indígenas, **las actividades de control prenatal dentro del resguardo.**

De acuerdo con las contribuciones de cada grupo con relación al modelo indígena de atención, se puede observar que los **grupos 1, 5 y 6** son compuestos por variables con mayor contribución, mientras que para los **grupos 2 y 3** sus variables tienen una contribución media; por último, el **grupo 4** tiene variables con la contribución más baja.

Análisis de la variable actividades planteadas como control prenatal diferencial. Las maternas del **grupo 5** quisieran más seguimiento, es decir, que estén más pendientes de llamarlas, visitarlas y educarlas.

Las maternas del **grupo 2** asistirían más frecuentemente a sus citas de control prenatal, si el personal de salud, médicos o enfermeros fueran de sexo femenino. Adicionalmente, les gustaría que algunas actividades del control prenatal fueran realizadas con acompañamiento de partera o personal de salud indígena. Las maternas de los **grupos 3 y 4** no les gustaría recibir atención en un sitio diferente al centro de salud, ni ser atendida por parteras.

Análisis de la correspondencia modelo de atención indígena con la variable seguridad. Las maternas de los **grupos 1 y 2** no les gustaría recibir atención por personal masculino del centro de salud, por lo tanto, asocian que la atención con parteras les da seguridad.

Resultados en los profesionales de salud del control: Se encuestaron 46 profesionales de diferentes áreas asistenciales que tienen contacto las maternas durante las actividades del control prenatal actual, distribuidos según se muestra en la Figura 5.

Figura 5. Distribución del personal asistencial según su profesión.

En la identificación de las causales de inasistencia al control prenatal, el personal encuestado tenía en promedio dos años de antigüedad en los cargos de atención prenatal y en promedio 35 años de edad (Figura. 6).

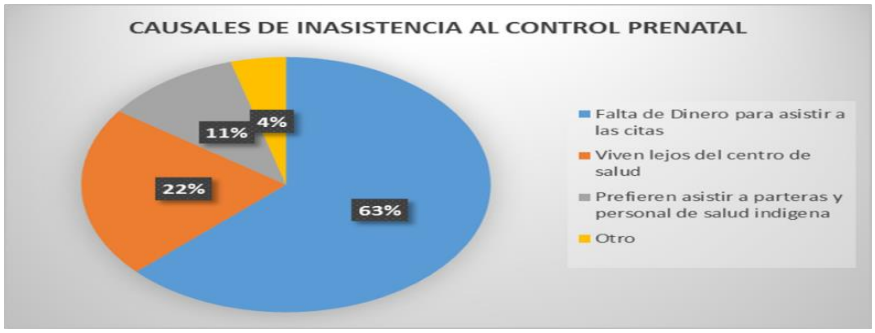

Figura 6. Causales de Inasistencia al control prenatal según el personal asistencial.

El 40% de los profesionales estaría de acuerdo con ofrecer algunas de las actividades del control prenatal dentro del resguardo, mientras que el 60% está en desacuerdo. De estos últimos, el 80% señalan que son por las dificultades de acceso geográfico y transporte a la zona.

El 50% de los profesionales encuestados coinciden en que las maternas que asisten al control no siguen las indicaciones de medicación y recomendaciones de estilos de vida y nutrición durante el embarazo, lo cual relacionan en tres causas principales: la primera, es la falta de dinero para poder acceder a alimentación balanceada, la segunda, es el analfabetismo y la falta de educación y, la tercera, las creencias y costumbres Zenúes que los llevan a manejar patologías del embarazo con plantas medicinales, puesto que consideran que los medicamentos les hacen daño.

El 17% de los profesionales ha identificado durante las atenciones de las gestantes, la utilización de prácticas en salud propias de su etnia tales como: baños con hierbas medicinales para manejo de infecciones y la aplicación de duchas vaginales con la planta ultimoreal para tratar infecciones en esta zona. Así mismo, el 20% de los profesionales refieren que las maternas rechazan la atención por personal asistencial masculino, específicamente, cuando se trata de procedimientos como tactos vaginales.

El 100% de los profesionales que identificaron la creación de un hospital indígena cercano al resguardo y/o prestar **algunos servicios de control prenatal dentro del resguardo**, lo ven como una ventaja que eliminaría barreras de acceso para la población, pero el **35% no lo vería posible** por la lejanía, dificultades de acceso geográfico, falta de servicios públicos como agua potable y luz permanente, ausencia de profesionales idóneos para trabajar en zonas tan dispersas, infraestructura más costosa y la seguridad en la zona.

Figura 7. Estrategias Diferenciales Identificadas por los Profesionales del CP.

Los profesionales estarían de acuerdo en prestar una atención conjunta entre expertos de la salud y médicos tradicionales indígenas o parteras; justifican que les daría mayor seguridad.

Análisis de correspondencias de los profesionales: Los médicos son los que mayor percepción negativa tienen con que las maternas indígenas reciban atención conjunta, mientras que los profesionales de enfermería se encuentran a favor. Aquellos profesionales que manifiestan que la inasistencia de las maternas es causada por la falta de dinero para asistir a las citas, están a favor de que las maternas indígenas NO reciban atención conjunta; mientras que aquellos que declaran que las maternas no asisten por encontrarse lejos del centro de la salud, SÍ apoyan la atención conjunta.

Los profesionales que no están de acuerdo con la atención conjunta a las maternas indígenas, manifiestan que las dificultades en la implementación de la atención en el resguardo indígena, se debe a problemas en el desplazamiento. Por otra parte, los profesionales que SÍ están de acuerdo con la atención conjunta, manifiestan que, o no hay dificultades, o pueden haberlas del tipo cultural.

Aquellos profesionales que no están de acuerdo en una atención conjunta, concuerdan en que la implementación de un hospital de cercanías a los resguardos indígenas favorece la oportunidad y la accesibilidad de la atención, mientras que los profesionales que SÍ están de acuerdo con una atención conjunta, manifiestan que la implementación del hospital favorece la calidad de la atención.

Los que están de acuerdo con la atención conjunta, solo ven como desventaja los factores culturales en la implementación de un hospital de cercanías a los resguardos indígenas. Aquellos profesionales que no están de acuerdo, manifiestan como desventaja la implementación de un hospital de cercanías a los resguardos indígenas y el acceso al lugar.

Análisis de la variable adherencia. El análisis de alternativas consideradas como las más adecuadas para mejorar la adherencia de las maternas al programa, se basó en los profesionales que no están de acuerdo con la atención conjunta y consideran como alternativas las actividades de control prenatal dentro del resguardo y otras actividades. Mientras que los profesionales que sí están de acuerdo con la atención conjunta, contemplan el hospital indígena como un resguardo y atención en salud en conjunto con parteras.

Análisis de la variable deserción. Con respecto a los profesionales que no están de acuerdo con la atención conjunta, manifiestan que la causa de deserción corresponde a problemas de acceso y económicos, o que no obedece ninguna causa. Por otra parte, aquellos profesionales a favor de la atención conjunta manifiestan que la deserción se debe a problemas de atención y falta de educación sanitaria.

Análisis de la variable estrategias. En relación a las estrategias propuestas por los profesionales, es posible observar que aquellos que se encuentran a favor de una atención conjunta, plantean realizar seguimiento, aumentar el contacto con la comunidad indígena y favorecer la motivación; mientras los expertos que no están de acuerdo con la atención conjunta, proponen la educación sanitaria, prestar un servicio con mejor calidad y mejorar el acceso.

Resultados en parteras y médico tradicional: Se entrevistaron dos parteras y un médico tradicional, con promedio de edad de 82 años y 40 años de experiencia en su oficio. Todos identificaron las prácticas de las maternas indígenas:

Cuadro 3. **PARCTICAS PROPIAS DE LAS MATERNAS ZENUES PARA EL CUIDADO DEL EMBARAZO.**

Prácticas propias en la alimentación para el cuidado de su embarazo.	• No consumir alimentos muy calientes porque puede causar abortos. • No consumir la nata de leche porque produce flujos vaginales y sebo en el bebe
Practicas propias para el manejo de las infecciones	• Baños con hierbas, tomas de Anís y manzanilla, baños vaginales de ultimoreal (ítamo real). • Baños de asiento con guácimo-jobo-ciruela, para el manejo de flujo vaginal. • Tomas de plantas medicinales como albahaca y manzanilla
Actividades para el cuidado de la maternidad en la comunidad Zenú	• No cargar cosas pesadas, no arriar agua. • No coger rabia, no ir a fiestas, no tomar licor. • Acomodación: Actividad que realiza la partera mediante la palpación, con el fin colocar al niño en dirección para el parto.

Los encuestados se muestran de acuerdo con la atención de medicina tradicional en conjunto con el personal asistencial, en citas de control prenatal y al momento del parto. Sugieren realizar la **acomodación,** con el fin de evitar complicaciones en el parto, ya que esta es una actividad que no es realizada por los médicos (Figura 8).

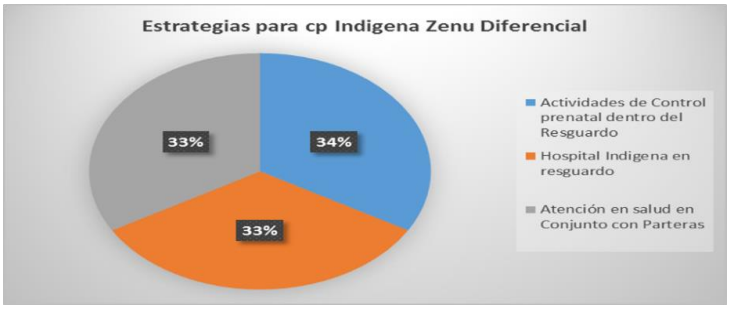

Figura 8. Estrategias Diferenciales Identificadas por Parteras.

El 100% coincidió en que las maternas siguen las indicaciones de la partera o el medico tradicional porque les genera confianza y, que el 25% de las maternas no sigue las indicaciones médicas porque piensan que los medicamentos le hacen daño al bebe. Coinciden en afirmar que en la comunidad indígena no es bien vista la atención por personal masculino, específicamente en el momento del examen genital. Con relación a las estrategias planteadas para mejorar la adherencia al control prenatal por parte de las maternas Zenúes, presentan las siguientes justificaciones: las largas distancias incrementan el riesgo de parir en el resguardo, los médicos no realizan algunas actividades como la acomodación y la falta de dinero de las maternas para desplazarse al control prenatal.

5. Discusión

Las maternas se sienten muy satisfechas con el control prenatal actual y las actividades que se desarrollan en los centros de salud para el cuidado del embarazo. La inasistencia a las actividades del control prenatal por las maternas de la etnia Zenú es cercana al **15%** y **no** está asociada a percepción de irrespeto a sus costumbres y creencias indígenas, sino a factores geográficos (vías de acceso y vivienda en sitios dispersos y lejanos), así como a factores económicos (falta de dinero para transportes).

La actividad económica principal Zenú es artesanal, las mujeres tejen la trenza de caña flecha para la elaboración de sombreros y en menor proporción, la agricultura para el auto-consumo de productos como la yuca, el ñame y la ahuyama, por lo que las maternas, a pesar de conocer las recomendaciones nutricionales durante el embarazo, no las siguen en su gran mayoría por factores económicos.

Con el advenimiento de la tecnología y el transporte, se han perdido muchas de las costumbres propias de la etnia, tanto es así, que solo un 5% de la población mantiene la lengua nativa Zenú. Un **20%** de las maternas aún realizan prácticas propias para el cuidado del embarazo, tales como, baños y tomas con plantas medicinales, así como también, se sienten más **seguras** si la atención del embarazo y el parto se realiza **en conjunto con partera**, ya que estas realizan actividades como la **acomodación**, que garantiza que el neonato podrá salir adecuadamente por el canal de parto.

Con relación al planteamiento de estrategias para la modificación del modelo de atención prenatal actual, las maternas estaría mayormente de acuerdo con implementar el **hospital indígena de cercanías,** o con realizar algunas **actividades del control prenatal dentro de resguardo**, esto justificado en las distancias que deben recorrer para recibir la atención médica y por el mal estado de las vías de acceso a sus sitios de vivienda.

Los profesionales asistenciales identificaron que la creación de un **hospital indígena** cercano al resguardo y/o **prestar algunos servicios de control prenatal dentro del resguardo**, eliminaría barreras de acceso para la población, pero identifican como posibles limitantes las dificultades de acceso geográfico, falta de servicios públicos como agua potable y luz permanente, falta de personal que quiera trabajar en zonas tan dispersas, el costo de montaje de la infraestructura y, en menor proporción, la seguridad en la zona.

Los profesionales asistenciales no están de acuerdo con la atención conjunta con parteras y solo lo verían posible en actividades que no ameriten intervención, tales como charlas o consultas; la acomodación solo sería viable siempre y cuando la paciente lo solicite y autorice.

Las autoridades en medicina tradicional indígena: parteras y médico tradicional, practican actividades como atención del parto en casa, consultas y acomodación, así como también brindan educación a las maternas para el autocuidado. Ven con buenos ojos las tres estrategias de atención y se evidencia sensibilización en las complicaciones y el riesgo que pueden correr las maternas indígenas por la falta de atención medica cercana a su resguardo. Reconocen que existen complicaciones médicas que solo pueden ser manejadas en un hospital y les gustaría poder realizar sus actividades en conjunto con el personal de los centros de salud.

6. Conclusiones:

1. De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar que las maternas indígenas califican como buena la atención recibida en control prenatal actual, fortaleciendo una de las estrategias aportadas como objetivo de esta investigación.
2. Se pudo comprobar que los factores determinantes de la adherencia al CP son geográficos, como el mal estado de las vías y tiempo de desplazamiento hacia las citas, siendo los más influyentes para la inasistencia a las actividades del control prenatal actual. En menor frecuencia, pero no menos importante, se evidenció que la falta de dinero, las creencias y la cultura indígena, generan otra limitante al cumplimiento de las citas planteadas en el programa de control prenatal actual. Las maternas indígenas prefieren la atención en conjunto con parteras, porque les da mayor seguridad, dando con esto respuesta al logro de los objetivos planteados para esta investigación (ver figura 9).

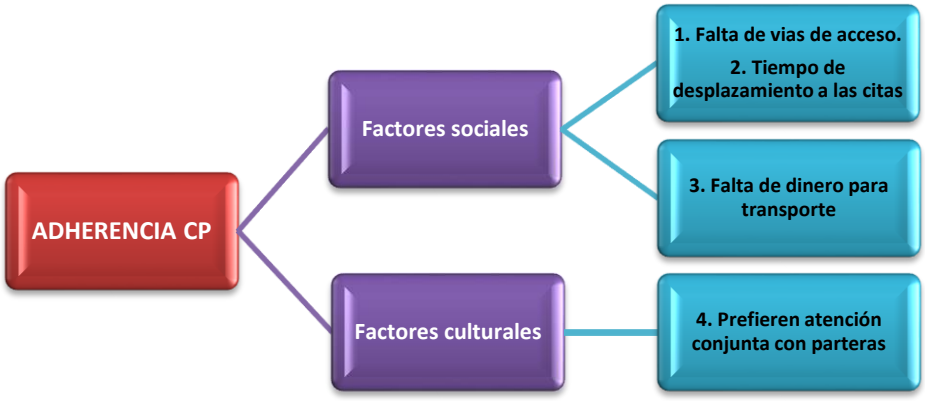

Figura 9. Factores determinantes de adherencia al CP.

3. La investigación permitió dar respuesta a las estrategias evaluadas de CP diferencial, proponiendo:

- Un *hospital indígena de cercanías o del resguardo*, si bien es una de las estrategias de mayor acogida por las maternas, **se descarta,** debido a que existen dos limitantes importantes para su puesta en marcha, como son: falta de servicios públicos como agua potable y fluido eléctrico permanente que permita prestar el servicio de urgencias las 24 horas y, la ausencia de vías de acceso adecuadas para el traslado de pacientes. Subsanando las dificultades expresadas anteriormente, ***se plantearía para un futuro,*** la habilitación del servicio de urgencias en los puestos de salud existentes y cercanos a estas poblaciones, complementado con las siguientes propiedades: ambientación bipartita con espacios que permitan la interacción con prácticas propias de la medicina tradicional indígena de forma segura. En la figura 10 se muestran sus características:

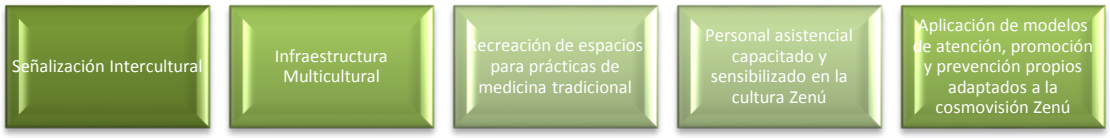

Figura 10. Características de un futuro hospital indígena Zenú de cercanías.

- *Atención en conjunto con parteras:* Se recomienda incluir las ***acciones individuales de medicina tradicional indígena***, con el propósito de hacer parte de un nuevo modelo de atención para las maternas indígenas Zenúes; en este momento se presta dicha actividad solo en la IPS Indígena del municipio de Tuchín, en donde se brinda consulta y acomodación. Se sugiere implementar las siguientes actividades adicionales en todas las IPS donde se preste CP a indígenas Zenúes:
  - **Capacitación de parteras**: Capacitación continua por parte del personal en salud al personal de medicina tradicional indígena (partera, sobandero, hierbatero y médico tradicional).
  - **Establecer nuevos puntos de atención de medicina tradicional:** En otras instituciones prestadoras no indígenas, con el fin de captar mayor cantidad de maternas al programa.
  - **Actividades de demanda inducida extramurales con acompañamiento con partera:** Para identificar maternas que por sus creencias, se nieguen a la atención médica y con esto atraerlas al programa.

Figura 11. Actividades propuestas para la atención conjunta con parteras Zenúes.

- *Actividades de control prenatal dentro del resguardo:* actualmente se prestan actividades de demanda inducida como son: detección de inasistentes y educación. Se propone la implementación de las actividades diferenciales mostradas en la figura 12, en los territorios indígenas ubicados en los municipios de San Andrés de Sotavento y Tuchín, las cuales se prestarán mediante la modalidad de brigadas móviles de salud en cada uno de los puestos de salud más cercanos a los resguardos, como una estrategia de acercamiento a la atención en salud de estas comunidades (figura 12).

Figura 12: Actividades de control prenatal dentro del resguardo.

Referencias

1. Biblioteca virtual en salud [Internet]. Descripciones en ciencias de la salud; 2015. Disponible en: http://decses.bvsalud.org
2. Rivadeneira I. A. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud; 2014.
3. Carrillo A. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. Revista de Ciencias de La Salud. 2007; 5(2): 72–85.
4. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa, nota descriptiva N°348 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; noviembre de 2015 Disponible en: http://www.who.int/mediacentre.
5. Organización de las Naciones Unidas. Informe de Objetivos del desarrollo del milenio [Internet]. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; junio de 2013.. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones no fetales en 2014 [Internet]. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; enero de 2015. Disponible en: http://www.dane.gov.co
7. Ramos C. Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas que viven en el Resguardo Zenú ubicado en la Sabana de Córdoba [Tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
8. Departamento Nacional de Planeación. CONPES 140 de 2011, Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Bogotá: Concejo Nacional de Política Económica y Social; 2011. Disponible en: http://www.icbf.gov.co.
9. Cáceres-Manrique, F. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 60(2): 165-170. Disponible en: https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/342.
10. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Nota descriptiva N°326 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Octubre de 2007.Disponible en: http://www.who.int/mediacentre.
11. Ministerio de Cultura de la Republica de Colombia. Sistema Nacional de Información cultural. Población – Córdoba [Internet]. Bogotá: Ministerio de Cultura de la Republica de Colombia; mayo de 2015. Disponible en: http://www.sinic.gov.co.
12. Resolución 412 del 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Colombia: Ministerio de Salud.
13. Organización Nacional Indígena de Colombia. Zenú [Internet]. Bogotá: Organización Nacional Indígena de Colombia; citado en 2017. Disponible en: http://www.onic.org.co/pueblos/1171-zenu
14. Ministerio de Cultura de Colombia. Zenú, la gente de la palabra [Internet]. 2005. Bogota: Ministerio de Cultura de Colombia. Disponible en: : http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20pueblo%20Zen%C3%BA.pdf
15. Ministerio de Salud y Proteción Social de Colombia. Guías de Práctica Clínica, para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio [Internet]. . Bogotá: Ministerio de Salud y Proteción Social de Colombia; 2013. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf
16. Ministerio de Salud y Proteción Social de Colombia. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública [Internet]. Bogota: Ministerio de Salud y Proteción Social de Colombia; 2007. Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf
17. Sentencia C 355 de 2006. Colombia: Corte Constitucional.
18. Ley Estatutaria 1751 de 2016. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Colombia: Congreso de la República de Colombia. Ministerio de salud y proteción social. (2016).. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.

19. Argüello-Avendaño H, Mateo-González, A.. Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. LiminaR. 2014; 12(2): 13-29. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200002&lng=es&tlng=es
20. Ministerio de Salud y Proteción Social..Plan decenal de salud publica 2012-2021 [Internet]. Bogota: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf
21. Ginecología (Fecolsog), Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN).. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2014; 65(2): 139-151. DOI: 10.18597/rcog.62
22. Ministerio de Cultura de Colombia. Las parteras del Pacífico colombiano son patrimonio del país [Intenet]. Bogotá: Ministerio de Cultura de Colombia; 7 de octubre de 2016. Disponible en: http://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Paginas/Las-parteras-del-pac%C3%ADfico-colombiano-son-patrimonio-del-pa%C3%ADs.aspx