

**DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LA PRÁCTICA DE PARTERÍA EN EL
PROGRAMA DE SALUD MATERNA EN EL DISTRITO DE BUENAVENTURA**

**DEVELOPMENT AND INTEGRATION OF PARTICIPATORY PRACTICE IN THE
BREEDING HEALTH PROGRAM IN THE DISTRICT OF BUENAVENTURA**

MARÍA LEONOR AMÚ SINISTERRA
Enfermera



**Universidad
del Valle**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
2018**

**DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LA PRÁCTICA DE PARTERÍA EN EL
PROGRAMA DE SALUD MATERNA EN EL DISTRITO DE BUENAVENTURA**

**DEVELOPMENT AND INTEGRATION OF PARTICIPATORY PRACTICE IN THE
BREEDING HEALTH PROGRAM IN THE DISTRICT OF BUENAVENTURA**

MARÍA LEONOR AMÚ SINISTERRA
Enfermera.

**Propuesta de trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar
el título de Magister en Salud Pública**

Directora
Rocío Carvajal Barona. ENF. MPH



**Universidad
del Valle**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
2018**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Rocío Carvajal Barona
Director Trabajo de Investigación

JULIÁN HERRERA
Presidente del Jurado

AMPARO VESGA

ADALGISA MAGAÑA

Santiago de Cali, enero de 2019.

DEDICATORIA

A Dios por las bendiciones recibidas...

A mi familia y mis amigos por ser incondicionales, brindándome todo su apoyo...

A todos, quienes, con sus acciones y palabras, demostraron siempre su ayuda en este proceso académico.

Mil y mil gracias.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a la Universidad del Valle, en especial a la escuela de pública de salud y a todo su cuerpo directivo y docente, por transmitir sus conocimientos y brindar apoyo incondicional durante todo este proceso académico, a la secretaria Distrital de Buenaventura, a la directora del trabajo de investigación, al gremio de partería del Distrito de Buenaventura y al personal encargado de los programas de Salud Materna Infantil de las IPS públicas y privadas del distrito de Buenaventura.

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|---|------|
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... | 16 |
| 2. OBJETIVOS | 17 |
| 2.1 OBJETIVO GENERAL..... | 17 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 17 |
| 3. MARCO REFERENCIAL | 18 |
| 3.1 ESTADO DEL ARTE..... | 18 |
| 3.2 MARCO TEÓRICO | 21 |
| 3.2.1 Investigación evaluativa | 21 |
| 3.2.2 Modelo de enfoque diferencial en salud..... | 24 |
| 3.2.3 Fundamentos de la atención en salud..... | 26 |
| 3.2.4 Práctica de partería | 28 |
| 4. METODOLOGÍA..... | 29 |
| 4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO | 29 |
| 4.2 ÁREA DE ESTUDIO | 29 |
| 4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 29 |
| 4.4 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS- VARIABLES | 29 |
| 4.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 30 |
| 4.5.1 Análisis de los resultados..... | 32 |
| 4.5.2 Procedimiento para la información | 32 |
| 4.5.3 Plan de análisis | 33 |
| 4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 34 |
| 5. RESULTADOS | 35 |
| 5.1 CONTEXTO DE BUENAVENTURA DE SALUD MATERNA | 35 |
| 5.2 CAPACIDADES Y PROCESOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MATERNA EN EL DISTRITO DE BUENAVENTURA..... | 39 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.2.1 | Procesos de atención en salud materna | 46 |
| 5.3 | FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LA PRÁCTICA DE PARTERÍA..... | 52 |
| 5.3.1 | Factores facilitantes para la integración de las acciones de partería al programa de salud materna. | 52 |
| 5.3.2 | Factores limitantes para la integración de las acciones de partería al programa de salud materna. | 53 |
| 5.4 | RESULTADOS DE LA INTEGRACIÓN DE LA PRÁCTICA DE PARTERIA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD MATERNA DE BUENAVENTURA..... | 54 |
| 6. | DISCUSIÓN | 57 |
| 6.1 | FACTORES LIMITANTES DEL ESTUDIO | 61 |
| 7. | CONCLUSIONES..... | 62 |
| 8. | RECOMENDACIONES EN SALUD PÚBLICA | 64 |
| 9. | BIBLIOGRAFÍA | 65 |
| 10. | ANEXOS..... | 71 |

LISTA DE TABLAS

Pág.

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Comparación Territorial de la Mortalidad Materna para el año 2015 | 35 |
| Tabla 2. Comparación Territorial de las causas Directas de la Mortalidad Materna para el periodo 2016 a 2018 | 36 |
| Tabla 3. Comparación Territorial de las Tasas Globales de fecundidad proyectadas para 2015-2020..... | 36 |
| Tabla 4. Características sociales y demográficas del distrito de Buenaventura | 37 |
| Tabla 5. Características de Desplazamiento poblacional: población expulsada en Buenaventura periodo 2015-2018..... | 37 |
| Tabla 6. Características de Desplazamiento poblacional: población recibida en Buenaventura periodo 2015-2018..... | 38 |
| Tabla 7. Comparación de la Oferta de Servicios de salud Consulta externa habilitados en la red de IPS públicas y privadas en el distrito de Buenaventura, años 2015 y 2018. | 40 |
| Tabla 8. Comparación de la Oferta de Servicios de salud habilitados en la red de IPS públicas y privadas en el distrito de Buenaventura, años 2015 y 2018. | 42 |
| Tabla 9. Comparación del comportamiento de la consulta en la ESE Distrital de Buenaventura, años 2015 y 2018. | 43 |
| Tabla 10. Consolidación de los Factores Políticos de la Integración del Programa de Salud Materna en el Distrito de Buenaventura 2.018..... | 47 |
| Tabla 11. Consolidación de los Factores Administrativos de la Integración del Programa de Salud Materna en el Distrito de Buenaventura 2018. | 49 |
| Tabla 12. Consolidación de los Factores Técnicos de la Integración del Programa de Salud Materna en el Distrito de Buenaventura 2018..... | 51 |

LISTA DE FIGURAS

Pág.

| | |
|---|----|
| Figura 1. Modelo de Investigación Evaluativa de Capacidades – Proceso y Resultado..... | 23 |
| Figura 2. Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS. | 25 |
| Figura 3. Expresiones de las RIAS - Flujograma | 27 |
| Figura 4. Flujograma de las capacidades del programa de salud materno perinatal del distrito de Buenaventura año 2018 | 45 |
| Figura 5. Resultados de la integración de la práctica de partería en los programas de salud materna de buenaventura. | 56 |

LISTA DE ANEXOS

Pág.

| | |
|---|----|
| Anexo A. Consentimiento informado del estudio | 71 |
| Anexo B. Formato entrevista coordinador plan de intervenciones colectivas | 73 |
| Anexo C. Formato entrevista EPS contributiva y subsidiadas | 76 |
| Anexo D. Formato entrevista IPS públicas y privadas | 79 |
| Anexo E. Formato entrevista parteras | 82 |
| Anexo F. Lista de chequeo oferta distrito..... | 83 |
| Anexo G. Acta de aprobación por parte del Comité Institucional | 86 |

GLOSARIO

Este apartado define los términos que se encontraran a lo largo del documento.

APS: Atención Primaria en Salud.

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud

ENFOQUE DIFERENCIAL: Es el reconocimiento de condiciones y posiciones de los distintos actores sociales como sujetos de derecho desde una mirada diferencial de estado socioeconómico, género, etnia, discapacidad e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital (infancia, juventud, adultez y vejez).

EPS: Entidad Promotora de Salud

ESE: Entidad Social del Estado

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

MAIS: Modelo de Atención Integral en Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: organización de Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAIS: Plan de Atención Integral en Salud.

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública.

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PRÁCTICA DE PARTERÍA: a la que refiere este estudio es la “partera tradicional” es la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, a través del uso de medicina tradicional y rituales religiosos, espirituales y conocimientos culturales étnicos para el manejo de la gestación y el parto, que son brindados en su gran mayoría por mujeres en algunos casos hombres, que aprendieron su labor a través de la enseñanza de mujeres mayores y abuelas, transmitidas de generación en generación en las comunidades étnicas.

RIAS: Ruta de Atención Integral en Salud.

UNFPA: Fondo de Población de la Naciones Unidas.

RESUMEN

Introducción: La Política de Atención Integral en Salud – PAIS aboga por la implementación del enfoque diferencial en territorios y poblaciones con características particulares, es aquí donde la participación de agentes tradicionales en salud como las parteras cobra especial relevancia en el país, especialmente en las regiones donde esta práctica en salud es altamente valorada. Establecer cómo estas prácticas en salud son incluidas en el sistema se convierte en un tema importante en la implementación de programas maternos para lograr las metas de salud esperadas. **Objetivo:** Evaluar el nivel de desarrollo e integración de la práctica de partería en el programa de salud materno en el distrito de Buenaventura, Valle del Cauca, Año 2018. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, cualitativo a partir de revisión documental y entrevistas semi-estructuradas a actores claves del proceso, donde se realizará análisis descriptivo, relacional y de contrastación. **Resultados:** Este estudio pudo identificar, en el distrito de Buenaventura, un contexto de vulnerabilidad territorial, deprimidas condiciones sociales y económicas; se evidenció la existencia de una falta de voluntad política distrital para establecer planes y programas sostenibles de una real integración de prácticas de partería al programa de salud materna infantil distrital. Esto se ve reflejado en el no reconocimiento del gremio de partería como actor legítimo del proceso de atención del embarazo, parto y recién nacido, un número importante de parteras se encuentran sin direccionamiento y en la actualidad no existen figuras legales y habilitadas para que la partería sea considerada un prestador de servicios de salud. De otro lado en el nivel territorial se encontró baja capacidad conceptual y de conocimientos respecto a modelos diferenciales en salud, una oferta de servicios de salud materna y equipamiento disminuida y en crisis, conforme las estadísticas de 2015, y 2018, servicios de parto, se redujeron en 72%, transporte asistencial básico de ambulancia se redujo en 75%, transporte medicalizado se redujo en un 100%. **Conclusiones:** Pese a que Buenaventura, es un territorio étnico que requiere un enfoque diferencial en salud, se encontró un contexto de no integración de actividades de partería a los programas de salud materna del ente territorial e instituciones públicos y privados del distrito de Buenaventura.

Palabras clave: Práctica de partería, Buenaventura, Integración, Programa de Salud Materno Infantil.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los pueblos étnicos en el ámbito mundial, siempre han reportado desventajas en sus indicadores en salud, esto se ha podido comprobar a través de diversos estudios donde la morbilidad y mortalidad es mayor en estas comunidades en comparación con otros pueblos que presentan mejor posición económica y social, lo que demuestra una gran inequidad en salud y la cual se ha podido comprobar está relacionada con etnicidad y pobreza (1) (2).

Para abordar estas inequidades en salud, los Organismos Multilaterales han propuesto el desarrollo de modelos diferenciales en salud, que permitan lograr el bienestar en salud de las poblaciones étnicas. Las estrategias mundiales de Atención Primaria de Salud APS, y APS renovada, son unas de las estrategias con el modelo de enfoque diferencial que reconocen la importancia de la equidad en salud especialmente en los pueblos étnicos, y por tal motivo ha impulsado a nivel mundial la inclusión de la medicina tradicional y agentes de salud tradicionales a los Sistemas de Salud de los países como una manera de mejorar los niveles de salud de los grupos étnicos (2) (3).

Diversos estudios mundiales, han descrito experiencias políticas y de prestación de servicios de salud para comunidades étnicas, que van desde tener servicios de salud complementarios con agentes tradicionales, servicios integrales en salud para los grupos étnicos, hasta la participación activa de la medicina tradicional en la atención en salud lo que ha generado políticas públicas diferenciales (4).

Los grupos étnicos colombianos por su parte, se han caracterizado por presentar de igual manera estos bajos indicadores de salud y calidad de vida, impactando de forma directa en el desarrollo y la supervivencia de estas comunidades, lo que demuestra una situación de marginación y exclusión (5) (6) (7) (8). En este sentido, las zonas del país con mayores índices de morbilidad y mortalidad son las que ocupan afro descendientes e indígenas y el indicador trazador de su vulnerabilidad es la mortalidad materno-infantil (9) (10) (11) (12).

Por tanto, para el tema materno-infantil, existe un personaje tradicional en las comunidades étnicas denominado parteras que son las encargadas de dispensar atención a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido. Esto incluye medidas destinadas a prevenir

problemas de salud en el embarazo, la detección de anomalías, la búsqueda de asistencia médica y la atención al recién nacido, este es un sistema de salud basado en el apoyo comunitario (13).

En Colombia, las estadísticas nacionales reportan que la partería aún sigue vigente en la atención en salud, donde en zonas urbanas encontramos reporte de atención por este gremio, de al menos un 2% en control prenatal y parto, mientras en zonas rurales su presencia es mayor con una atención del 6% en lo prenatal y 12,3% en la atención del parto. Por tal razón en nuestro país, se han desarrollado experiencias entre parteras y los servicios de salud, que han sido documentadas especialmente en comunidades indígenas que han intentado la adecuación intercultural de programas de salud con miras al control de la morbi-mortalidad materna (14) (12) (15) (4) (16).

En Colombia, en la Región Pacífica, las parteras empíricas o tradicionales atienden el 13.4% de los de los partos en áreas marginadas urbanas y rurales, donde los servicios de salud presentan bajas coberturas y el acceso de la población a los centros asistenciales en salud es difícil, es aquí donde agentes tradicionales de salud como las parteras, cobran una gran relevancia al establecer relación e influencia sobre las decisiones de salud materna en la comunidad (15).

Se tiene entonces, que Buenaventura presenta un riesgo de mortalidad materna tres veces mayor que la media del país y una mortalidad infantil de 3.5 puntos porcentuales por encima de la media nacional, lo que demuestra que en este municipio la salud de la embarazada y del recién nacido no está garantizada como está contemplado dentro del marco concerniente a los “Objetivos del Milenio” (15) (16).

Sin embargo, pese a que Colombia se declaró constitucionalmente como un país pluriétnico y multicultural, que ha adoptado leyes internacionales y ha emitido leyes nacionales en favor de la equidad en salud de los pueblos étnicos (sentencia T-823/12, sentencia C-882/11 y sentencia T- 422/96), y que la partería tradicional sigue teniendo relevancia en las comunidades étnicas, son pocos los desarrollos nacionales, regionales y locales dirigidos a la integración de las prácticas tradicionales como la partería al Sistema de Salud Colombiano (10) (9).

Por tal motivo este estudio pretende responder la pregunta ¿cuál es el nivel de desarrollo e integración de las prácticas de partería al programa de salud materna en el distrito de Buenaventura?, a través de la realización de una evaluación del programa materno del distrito, con el fin de contribuir mediante la obtención de

insumos, desarrollar programas de salud maternos con enfoque diferencial en el distrito y en territorios étnicos colombianos.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de desarrollo e integración de la práctica de partería al programa de salud materno perinatal en el Distrito de Buenaventura?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de desarrollo e integración de la práctica de partería en el programa de salud materno perinatal en el distrito de Buenaventura, Valle del Cauca, Año 2018.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el contexto municipal en que se desarrolla el programa de salud materno infantil y la práctica de partería en Buenaventura Valle del Cauca.
- Determinar las capacidades y procesos del ente territorial, en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones en salud públicas y privadas y las parteras para la integración de la práctica de partería al programa de salud materna de Buenaventura.
- Identificar los factores facilitadores y limitantes del proceso de integración de las parteras a los programas de salud materna en Buenaventura.
- Establecer los resultados de la integración de las parteras a los programas de salud materna de Buenaventura.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 ESTADO DEL ARTE

Los enfoques diferenciales en salud, son planteamientos realizados por Organismos Multilaterales, los cuales se han basado en el derecho humanitario de los pueblos étnicos y tribales a prácticas y fomentar sus prácticas ancestrales, como una forma de mantener y preservar la cultura, igualmente desde la mirada en salud se han documentado; indicando que las poblaciones étnicas poseen los peores indicadores de salud en el mundo, especialmente los habitantes de zonas aisladas, rurales y semi-rurales, que se ven enfrentados a bajas ofertas y acceso a los servicios de salud, afectando principalmente a las mujeres y niños; razones por las cuales, se ha realizado un llamado a los sistemas de salud del mundo para mantener los esfuerzos de integrar los conocimientos ancestrales a los servicios de salud, para ofrecer una atención integral y de esta manera contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad (3) (15).

Es así como a nivel mundial, zonas alejadas y dispersas de difícil acceso geográfico y de extrema pobreza con características culturales únicas, han adelantado modelos diferenciales en salud entre diferentes actores del sistema y de la comunidad que han permitido el acceso de las embarazadas a servicios de salud de calidad, contribuyendo a la reducción de las muertes maternas y neonatales. Con la anterior visión, se plantea la necesidad de evaluar los actuales programas y generar nuevos enfoques o incorporación de nuevas intervenciones para avanzar en la disminución de las muertes maternas y neonatales (11).

Uno de estos ejemplos de prácticas ancestrales en salud es el de las parteras, las cuales son agentes tradicionales en salud que juegan un papel fundamental, especialmente en las poblaciones étnicas y comunidades donde la oferta y acceso a los servicios de salud no han sido garantizados. Un estudio realizado por Alarcón y Sepúlveda en el Reino Unido y Australia describió que las parteras son consideradas como:

Personas con un alto grado de simbolismo, que tienen la confianza de las madres frente a su acompañamiento, están directamente interesadas en la salud reproductiva de la mujer y gozan de respeto y autoridad en el seno de la comunidad; entendiéndose que la partera tradicional se constituye generalmente en un agente sanitario tradicional o no formal que se encarga del cuidado y orientación de la mujer durante el proceso de gestación, el parto y el puerperio, aportando el bienestar, no solo del recién nacido sino de la familia (17).

En México, de norte a sur del país, más de 15 mil parteras tradicionales indígenas acompañan diariamente a cientos de mujeres en el proceso de dar vida. En 2014, según los certificados de nacimiento de la Secretaría de Salud, más de 30 mil recién nacidos que llegaron al mundo fueron asistidos por parteras (18).

Además, las parteras indígenas son las responsables de acompañar durante el embarazo y en el puerperio inmediato, participan en todo el proceso de gestación, sobando, revisando, acomodando bebés, detectando embarazos de riesgos y remitiendo al sector salud cuando ello ocurre. También ofrecen consejería en salud sexual y reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos, problemas de fecundidad, e incluso en ocasiones intervienen en casos de violencia detectando y aconsejando a la mujer y su pareja (18).

Por tanto, pese a que México ha logrado un porcentaje de atención institucional de parto que supera el 94 por ciento, un número importante de mujeres, especialmente en Chiapas, Veracruz, Puebla, Tabasco, Estado de México y Guerrero, los partos son atendidos por parteras (18).

La subdirectora ejecutiva del Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA), Anne-Birgitte, informó que, en el 2016, fallecieron unas 289.000 mujeres y 2,9 millones de bebés durante el parto, sobre todo en los países en vías de desarrollo, para reducir la mortalidad materna, que es uno de los objetivos del milenio; así la ONU busca fortalecer el papel de las parteras, “El segundo tercio de muertes se podría evitar mejorando la formación de las parteras y la vinculación al sistema de salud” (19) . Por ejemplo, en Bangladesh, es uno de los países más pobres del mundo y con mayor tasa de natalidad, la paulatina implementación de recomendaciones para parteras ha generado ya beneficios, el despliegue de 500 comadronas en una sola comunidad arrojó resultados positivos en términos de eficiencia y efectividad (19).

En América Latina, el cual es un continente en donde su población es 40% étnica, son muy pocos los países en donde los gobiernos se han dado a la tarea de integrar las prácticas tradicionales en salud a los sistemas de salud. Es así como Guatemala, México y Ecuador, son los países que lideran estas iniciativas, aunque con un marcado enfoque biomédico que subordina las prácticas tradicionales; otros países como Colombia, dan cuenta de proyectos aislados y puntuales, que no garantizan una verdadera integración y puesta en marcha de un enfoque diferencial en salud (20).

Otras investigaciones muestran cómo en el Sistema Colombiano de Salud se han ampliado las barreras estructurales y organizativas del acceso a la atención, comunes en los países en desarrollo, tanto por el uso de mecanismos por parte de las aseguradoras que limitan la utilización como por el cambio de conducta de los proveedores de servicios de salud pública en un ambiente de competencia, lo cual proporciona evidencia para cuestionar la promoción del modelo de competencia administrada en países de bajos y medianos ingresos (8) (21).

Ante esta realidad, aun no existen mecanismos de capacitación, coordinación y acompañamiento por parte de las autoridades de salud, para el conocimiento tradicional en salud, lo que hace que no se optimicen las oportunidades de contribución por parte de las parteras en la disminución de la mortalidad y morbilidad de las maternas y neonatos mediante la atención del embarazo y el parto (22).

La Fundación ACUA, que trabaja desde 2007 para revitalizar los activos culturales de la comunidad afro en América Latina, logró que el Congreso de la República de Colombia incluyera en la ley estatutaria 1751 de mayo 16 de 2015, que regula el derecho fundamental para la salud siete puntos importantes para la partería: igualdad de trato; que el Estado esté obligado a proveer salud en todo el territorio; el respeto al pluralismo cultural; el reconocimiento de prácticas, saberes y tradiciones; el trato digno a los pacientes respetando creencias y costumbres; la fuerza de la tutela; y que los trabajadores no profesionales de la salud, como las parteras puedan desempeñarse (23).

Aun cuando el país se ha acogido a legislaciones internacionales y ha desarrollado normatividades nacionales como la ley estatutaria para la salud. Así mismo la resolución 1841 de mayo 28 de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal De Salud Pública y en consecuencia su desarrollo mediante la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), la Resolución 429 de febrero 7 de 2016 y la Resolución 3202 de julio 25 de 2016; en favor de la equidad en salud y su enfoque es alcanzar las metas en salud; aún no cuenta con suficiente información de contexto y social que apoye el diseño e implementación de modelos diferenciales en salud en la región del Pacífico colombiano (11).

En la normatividad vigente se establecen lineamientos y enfoques diferenciales, como una alternativa para alcanzar el bienestar en salud de las poblaciones étnicas, en el contexto de poblaciones, territorios y determinantes sociales de la salud, que instan a definir e implementar modelos de atención en salud diferencial

para las poblaciones, como un derecho fundamental, que propendan generar equidad en salud y plantear especialmente dos principios fundamentales como son: dar respuesta a las necesidades en salud de la población y brindar cuidados apropiados con especial énfasis en poblaciones afro descendientes e indígenas en los territorios (23).

En tal sentido, los programas maternos en territorios étnicos y en zonas apartadas requieren una evaluación y análisis del nivel de integración de las parteras a los mismos, que permita la generación de conocimientos para el fortalecimiento, construcción, socialización, reconocimiento y vinculación al sistema de este tipo de saberes, la valoración no solo sociocultural sino de parte de la institucionalidad legalmente establecida, ya que se encuentran asociadas a la atención en salud de madres y niños, buscando promover el empoderamiento sostenible de los activos culturales que tienen las comunidades organizadas frente a la búsqueda de la valoración significativa del ejercicio de la partería, que implica ir más allá del rescate de saberes y prácticas culturales, sino que además requiere de la inclusión adecuada del ejercicio de la partería con enfoque diferencial, en diferentes espacios políticos y socio económicos (3) (9).

Por tanto, este estudio pretende evaluar el nivel de integración de las parteras al programa materno del distrito de Buenaventura, mediante insumos en el marco de las políticas públicas de salud con enfoque diferencial en territorios étnicos, como lo indica el plan decenal de salud pública.

3.2 MARCO TEÓRICO

La presente investigación se centró en dos marcos teóricos para el desarrollo del estudio, los cuales se describen a continuación:

3.2.1 Investigación evaluativa

La investigación evaluativa se ha convertido en una investigación aplicada, una transdisciplina y una profesión orientada a producir conocimiento para mejorar la calidad, la eficacia, la eficiencia y el impacto de las intervenciones públicas contenidas en las políticas, programas y proyectos sociales. La evaluación de proyectos, también denominada investigación evaluativa, es relativamente reciente como lo es la evaluación de programas en general, aunque en los últimos años se ha constituido en un área del conocimiento capaz de generar enfoques, métodos y nuevas tecnologías vinculadas principalmente a las disciplinas sociales (24).

Por ello la investigación evaluativa debe entenderse como un proceso riguroso, controlado y sistemático de recogida y análisis de información válida y fiable para tomar decisiones acerca del programa educativo; y así aumentar la racionalidad de las decisiones acerca de la puesta en marcha, sobre su desarrollo y evaluación evitando la excesiva dependencia de las decisiones políticas Tejedor et al (25). La investigación evaluativa suele englobarse, junto a la investigación-acción, en el marco de las metodologías orientadas a la práctica educativa.

En ese sentido, la investigación evaluativa es decisiva para la toma de decisiones y está orientada a determinar la eficacia de organizaciones y programas educativos; así, Latorre et al (26) y Pina (27), señalan que algunos autores utilizan indistintamente los términos "investigación evaluativa" y "evaluación de programas". Ciertamente, a menudo se suele utilizar el concepto de investigación evaluativa para identificar una modalidad de investigación destinada fundamentalmente a la evaluación de programas.

La clasificación de los enfoques en la evaluación de programas, ha originado una abundante literatura, distinguiéndose desde 1975 hasta hoy, ocho tipologías de evaluación que arrojan cerca de cincuenta categorías (28). Los trabajos desarrollados por Stufflebeam y Shinkiefiel (29), han servido de base para tratar de establecer los trece tipos de evaluación que reflejan hoy en día, los principales modelos para evaluar aspectos educativos. A diferencia, García (18), propone cuatro aproximaciones metodológicas en la evaluación de programas: experimentalista-cuantitativo, descriptivo-cualitativo, ecléctico y analista del coste-beneficio.

Este estudio pretende realizar una investigación evaluativa al programa de salud materna en el municipio de Buenaventura, que contiene una serie de actividades coherentes, organizadas, destinadas a alcanzar los objetivos concretos y definidos previamente para mejorar el estado de salud de las maternas y el recién nacido; sin embargo, este programa coexiste con agentes en salud comunitarios, como las parteras que también realizan actividades de atención a las maternas y sus recién nacidos. Es por ello que evaluar el grado de integración de estos dos prestadores, es de gran importancia para mejorar los indicadores de salud de esta población (30) (31) (32) (33).

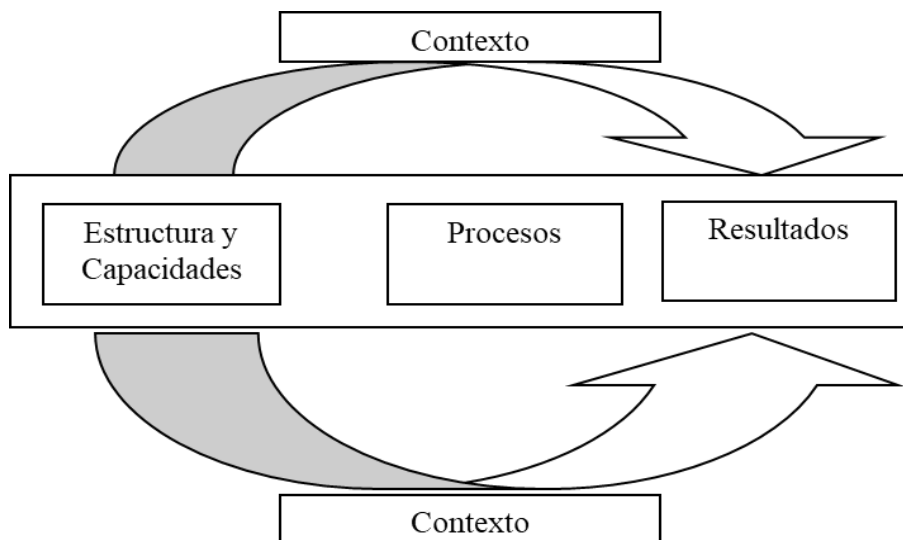
Por tanto, la evaluación es parte integral del diseño y desarrollo de cualquier programa o intervención que pretenda aliviar o solucionar problemas asociados a la calidad de vida de las personas. Es una valoración tan sistemática y objetiva como sea posible del programa que se está desarrollando, en su diseño,

implementación y resultados. La evaluación debe brindar información que sea creíble y útil, que posibilite la incorporación de las lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones (11) (25). Por ello, esta evaluación es entendida como el hecho de establecer un juicio valorativo, donde se requiere siempre de la comparación con algún estándar o referencia que se establece previamente (25).

Esta investigación contrastará las actividades programadas, versus las actividades cumplidas en el programa de salud materna, enfatizará en lo que el evaluador, coordinador del programa, funcionarios y participantes, consideran fueron los beneficios alcanzados a través del programa de integración, mencionando las dificultades que tuvieron para no alcanzar las metas previstas. Será una evaluación cuantitativa y cualitativa con indicadores de estructura, proceso y resultados.

Los indicadores de estructura buscarán medir la oferta básica del servicio que presta el programa de salud materna en Buenaventura, mirando indicadores de accesibilidad y disponibilidad. Los indicadores de proceso buscarán evaluar el funcionamiento y utilización del programa de salud materna desde los servicios de salud y partería. Usando indicadores de programa, la productividad, el uso, utilización y calidad de este. Los indicadores de resultados buscarán medir el nivel de integración de la práctica de partería en las acciones de salud materna del municipio. Todo esto será visto en el contexto social y económico del distrito de Buenaventura.

Figura 1. Modelo de Investigación Evaluativa de Capacidades – Proceso y Resultado.



Fuente: Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós; 1987.

3.2.2 Modelo de enfoque diferencial en salud

El enfoque diferencial es el reconocimiento de condiciones y posiciones de los distintos actores sociales como sujetos de derecho desde una mirada diferencial de estado socioeconómico, género, etnia, discapacidad e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital (infancia, juventud, adultez y vejez); bajo los principios de igualdad, diversidad, participación, interculturalidad, integralidad, sostenibilidad y adaptabilidad. Los principios están descritos como:

Principio de igualdad: Se busca proteger a las personas que se encuentren en circunstancias de vulnerabilidad o de debilidad manifiesta, de manera que se logre la igualdad real y efectiva. La Corte Constitucional ha señalado insistentemente que la atención diferencial constituye “el punto de apoyo para proteger a quienes se hallan en situación de indefensión (11).

Principio de Derechos: Significa que la Política sea entendida como un instrumento para la garantía de los derechos (derecho a la salud, derecho a la educación, derecho al trabajo, derecho a la vida digna, entre otros). El Estado (institucionalidad y población) tiene la obligación de edificar las respuestas que respondan a las necesidades de las poblaciones (11).

Principios de Equidad: La necesidad de construir respuestas que reconozcan la existencia de diferencias injustas y evitables en términos de oportunidades y posibilidades de ejercer plenamente la Autonomía entre grupos, estamentos sociales y los distintos grupos humanos (superación de inequidades en cuanto a clase social, etnias, identidades de géneros, raza, territorios, orientaciones sexuales, condiciones de discapacidad) (11).

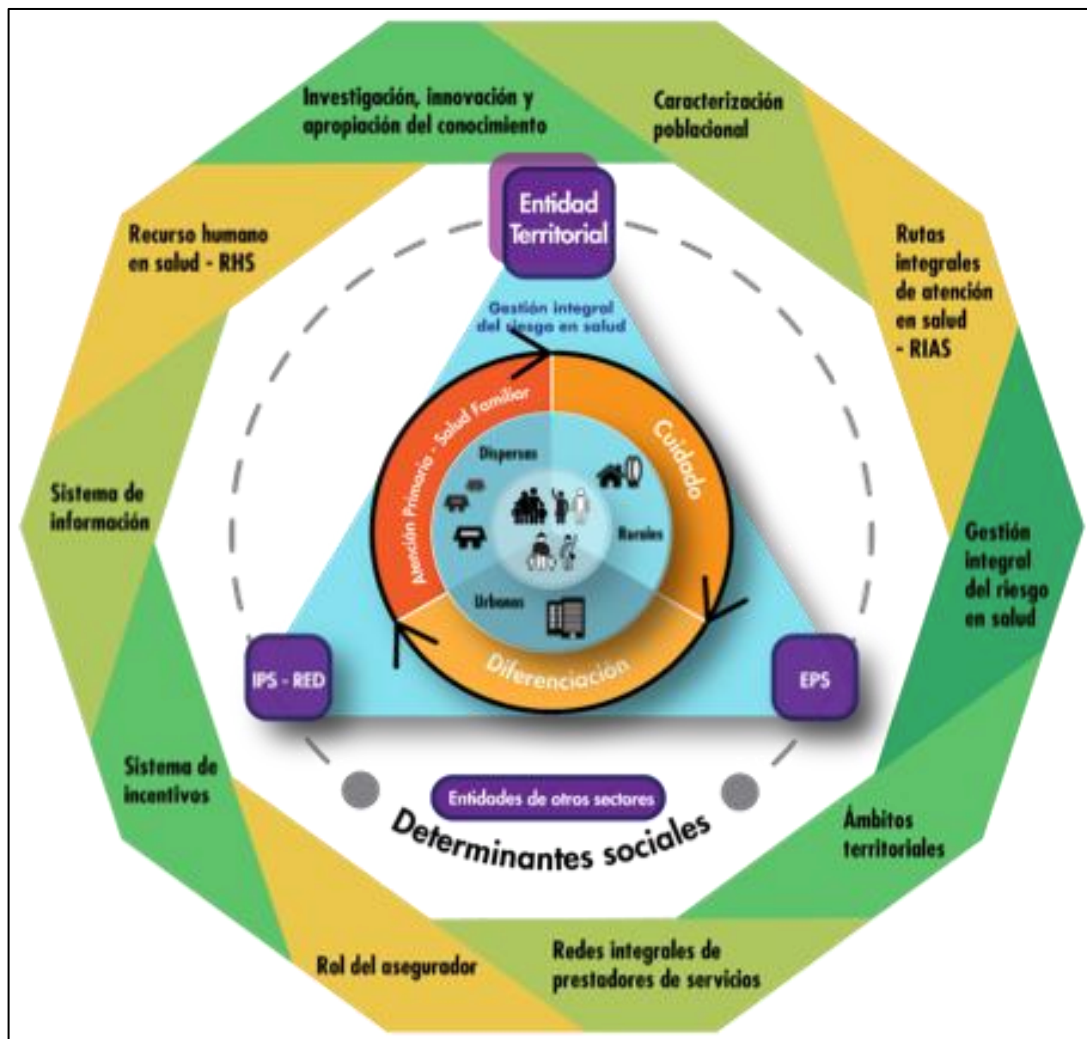
Principio de Participación Social e Inclusión: Promueve la ciudadanía plena a través del ejercicio de una democracia cotidiana, que garantiza plena libertad a los ciudadanos para participar de manera incidente en la definición y ejecución de las políticas públicas (11).

Conforme lo establecido en la política de Atención integral en salud-PAIS, el plan decenal de salud pública y la Ley 691 de 2001, que reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, el

nivel nacional insta a los territorios a desarrollar modelos diferenciales en salud, en poblaciones étnicas (11).

El plan decenal 2018-2028 del Valle de Cauca, con respecto al enfoque diferencial, promueve el desarrollo de acciones afirmativas que reconocen, respetan y protegen a las comunidades negras afrocolombianas, raizales y palenqueras como sujetos de derechos individuales y colectivos; considerando que el objetivo del enfoque diferencial aplicado a las políticas públicas es “reconocer la pluralidad y diversidad de las poblaciones que por sus características y condiciones, se encuentran en mayor grado de desventajas y con menores posibilidades de restablecer efectivamente sus derechos” (11).

Figura 2. Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS.



Fuente: RIAS – MSPS 2016.

Atención integral en salud, es el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos

La ruta integral de atención en salud, es un instrumento que contribuye a que las personas familias y comunidades a alcancen resultados en salud teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan.

Permite orientar y ordenar la gestión de la atención integral en salud a cargo de los actores del SGSSS de manera continua y consecuente con la situación y características de cada territorio, así como la gestión intersectorial para la afectación de los determinantes sociales de la salud (11).

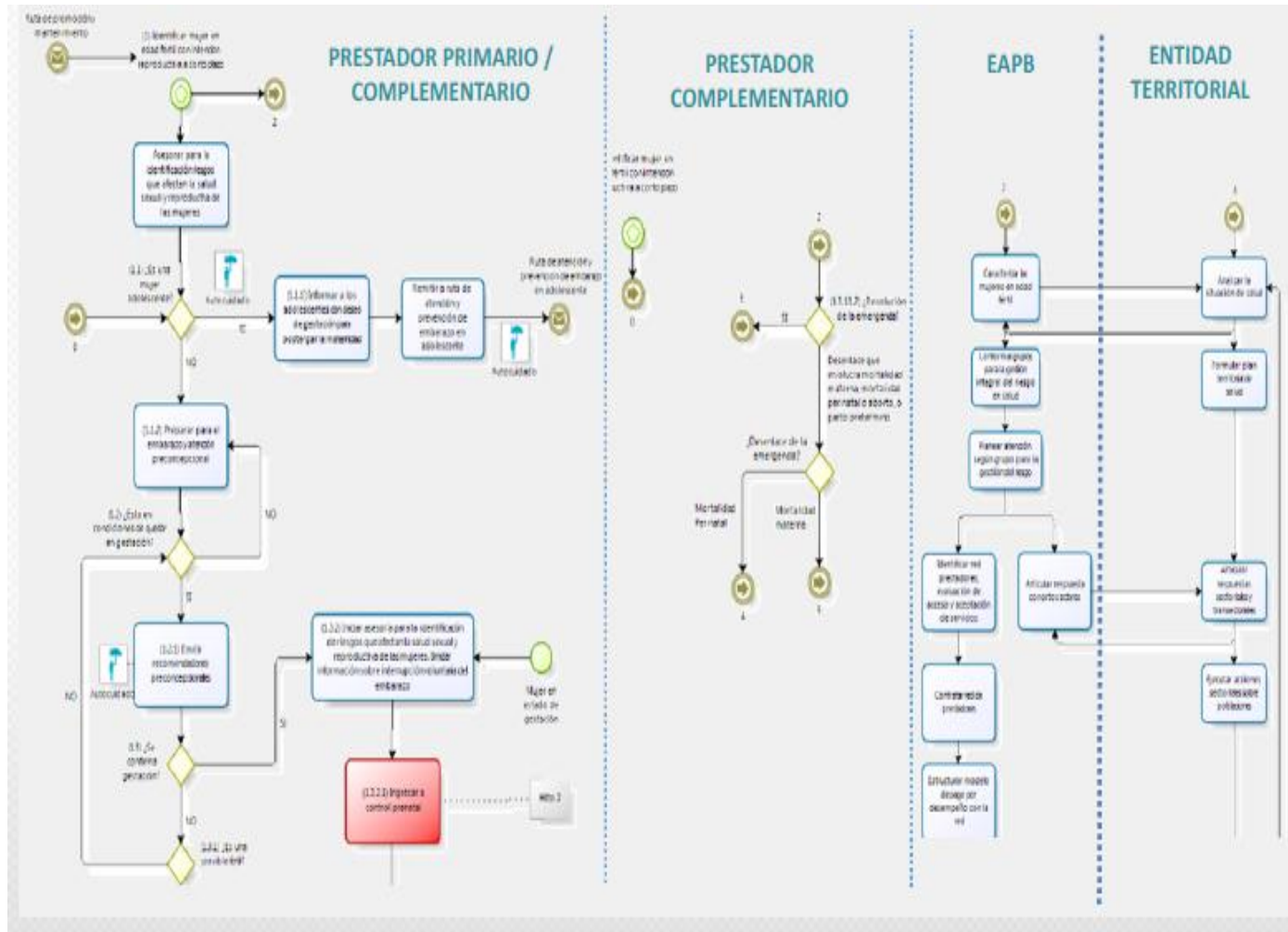
3.2.3 Fundamentos de la atención en salud

Alcance de las RIAS.

Orientar los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y demás entidades responsables de las acciones en salud para que, en el marco de sus competencias y funciones, articulen las intervenciones individuales y colectivas, a realizar en los ámbitos territoriales y en los diferentes grupos poblacionales (11).

El nivel nacional mediante la normatividad vigente (PAIS - MIAS - RIAS), resolución 3202 del 25 de julio de 2016, insta a los diferentes actores del sistema de salud (IPS, EAPB y entes territoriales), según competencias a implementar modelos de salud con enfoque diferencial, conforme el análisis de la situación de salud de los territorios y condiciones especiales.

Figura 3. Expresiones de las RIAs - Flujograma



Fuente: Rutas Integrales de Atención en Salud, MSPS.

3.2.4 Práctica de partería

La partería, como una práctica milenaria, sigue siendo una expresión viva de la comunidad, considerada como un legado transmitido de madres a hijas, de abuelas a nietas, encierra una serie de saberes que forman parte de una cultura propia, quisimos así en el programa de Enfermería de la Universidad Libre, dentro de la línea de investigación de atención primaria, realizar un estudio exploratorio de tipo etnográfico, que nos permitiera hacer visible el debate de la partería de cara a la promoción de la salud, como una función esencial de la salud pública, acercando a los estudiantes a una experiencia real, en el municipio de Buenaventura (34).

La práctica de Partería a la que refiere este estudio es la “partera tradicional” es la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, a través del uso de medicina tradicional y rituales religiosos, espirituales y conocimientos culturales étnicos para el manejo de la gestación y el parto, que son brindados en su gran mayoría por mujeres en algunos casos hombres, que aprendieron su labor a través de la enseñanza de mujeres mayores y abuelas, transmitidas de generación en generación en las comunidades étnicas (34).

Partear, es una actividad que pone a prueba el profundo conocimiento sobre el cuerpo humano femenino y la salud de las mujeres, como también, el conjunto de prácticas para garantizar la llegada de los hijos. También es un arte, porque trasciende su práctica hacia un proceso de memoria histórica, de resistencia y de empoderamiento pues trae consigo la riqueza cultural y la sabiduría legada por sus ancestros que contesta y suple las imposiciones y deficiencias que imponen otras concepciones sobre el cuerpo humano y la salud que son hegemónicas en la sociedad colombiana (35).

La partera, según ASOPARUPA se llama así “a una mujer que, sin tener estudios ni formación en instituciones técnicas o universitarias, atiende a mujeres en embarazo y neonatos de acuerdo con conocimientos que corresponden al saber ancestral transmitido de generación en generación”. También llamadas “comadronas”, “mujeres que ayudan a parir”, “la otra madre de los hijos” –por que ayudan a traerlos a este mundo-, “la dadora de vida”, “las madres de todos”, “las abuelas de todos” o simplemente por el nombre de doñas (35).

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se desarrolló una investigación evaluativa, de carácter descriptivo, no experimental la cual se encarga de conocer el contexto, capacidades y procesos, facilitante, limitantes y resultados de la integración, las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas (34) (35). (36) (37)

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio de esta investigación será el municipio de Buenaventura, principal centro urbano del Pacífico y primer puerto marítimo del Pacífico colombiano. Está dividida administrativamente en el área urbana por 12 comunas y el área rural está conformada por 19 corregimientos que tienen 268 veredas y 388 poblaciones. Según el censo de población realizado por el DANE en el año 2005, el 88,6% de la población residente en Buenaventura se auto reconoce como Raizal, palenquero, negro, mulato, afrocolombiano o afro descendiente. Del total de la población de Buenaventura el 48,2% son hombres y el 51,8% mujeres (38).

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Los sujetos a estudio serán las parteras mayores de edad, profesionales de salud y actores de la salud materna en el municipio de Buenaventura.

La muestra estará conformada por actores claves del sistema de salud y parteras del municipio de Buenaventura, se tomarán a conveniencia (muestreo no probabilístico) de acuerdo con las condiciones de accesibilidad e interés de los informantes (39). El número se da a conveniencia que para nuestro caso serán 12 personas, 6 parteras y 6 representantes de IPS públicas y privadas del régimen subsidiado y contributivo

4.4 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS- VARIABLES

Las categorías de análisis de este estudio estarán basadas en el marco teórico de la investigación evaluativa de Stufflebeam y el modelo diferencial en salud conformado por:

Practica de partería:

El contexto municipal: entendido como la descripción socio-demográfica del distrito de Buenaventura, especialmente la situación social de las mujeres y los infantes población en que se circunscriben las acciones de salud materna y partería en este territorio.

Las capacidades para salud materna: Entendida como las características de oferta de servicios de salud y de partería, en cantidad del personal de salud y partería, de servicios de salud y tecnológicos; sistemas de información y financiación para salud materna y la integración de las parteras en el distrito de Buenaventura.

Los Procesos: para la puesta en marcha de un programa de salud materna y la integración de las parteras se indagó acerca de los factores de tipo político, administrativo y técnico, características principales de un programa de salud.

Factores facilitadores y limitantes: Se estudió la presencia y características del proceso de integración de las parteras a los programas de salud materna.

Resultados de la integración de las parteras a los programas de salud materna: A partir de los hallazgos de la indagación, se establecieron los resultados de la integración de las parteras a los programas de salud materna de Buenaventura.

4.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Revisión Documental: Se organizaron los documentos consultados de acuerdo a indicadores demográficos, sociales y económicos del contexto de Buenaventura y de los resultados de integración.

Guía de registro de información: Se realiza el análisis de contexto, donde se consignó la información referente a aspectos sociales, demográficos, económicos y epidemiológicos del distrito de Buenaventura.

Guías de entrevistas: Esta guía fue diligenciada por la investigadora principal, la cual realizó la búsqueda en instituciones públicas y privadas del distrito.

Aplicación de entrevista: Este proceso se desarrolló mediante el reconocimiento de los actores clave, posteriormente su contacto a través de llamada telefónica donde se programó el día y sitio de la entrevista y finalmente se llevó a cabo la entrevista para la obtención de la información, estas entrevistas fueron grabadas y transcritas.

Análisis de la información: Se escucharon las grabaciones de las entrevistas, se realizó relectura de las entrevistas, se consignaron los hallazgos de las percepciones en matrices con las respectivas categorías de análisis preestablecidas y se sintetizaron los hallazgos de capacidades, procesos, facilitantes y limitantes y resultados de integración.

Consentimiento informado: Este fue leído a cada uno de los participantes, antes de iniciar la entrevista, con el fin que conocieran los aspectos correspondientes a la investigación y dieran su aprobación de participar a través de la firma del consentimiento, de manera voluntariamente en el estudio.

Los procedimientos que esta investigación siguió, tuvo técnicas cualitativas. Para el desarrollo de este estudio se realizó inicialmente una revisión documental de informes de gestión, normatividad, registros estadísticos, artículos y libros, para describir el contexto municipal en que se desarrolló la integración de las prácticas de partería al programa de salud materna.

Se desarrolló una guía de registro de la información para el análisis de contexto, donde se consignó la información referente a aspectos sociales, demográficos, económicos y epidemiológicos del distrito de Buenaventura.

Esta guía fue diligenciada por la investigadora principal, la cual realizó la búsqueda en instituciones oficiales como el DANE, la Secretaria de Salud Distrital y Departamental y en las instituciones educativas de nivel superior, a través de la revisión de sus bases de datos académicas.

Para el tema de capacidades se desarrolló una guía de registro de la información, referente al talento humano y la oferta de servicios maternos formales y no formales y de integración, en el municipio de Buenaventura. Esta guía de igual manera fue diligenciada por la investigadora principal, la cual aplicó al actor institucional Secretaria de Salud Distrital encargado de la inspección, vigilancia y control de la salud en el distrito.

Posteriormente en el marco de la investigación, se desarrolló una guía de entrevistas a aplicar a actores claves, con el fin de reconocer las capacidades, el proceso, los limitantes y facilitantes de integración de las actividades de partería en los programas de salud materna en el distrito de Buenaventura, estas entrevistas permitieron indagar las experiencias acerca de las decisiones, implementación y roles de los diferentes actores en los programas de salud materna y su integración. Dos entrevistadoras capacitadas por la investigadora principal aplicaron este instrumento, en la ciudad de Buenaventura, este proceso se desarrolló mediante el reconocimiento de los actores clave, posteriormente su contacto a través de llamada telefónica donde se programó el día y sitio de la entrevista y finalmente se llevó a cabo la entrevista para la obtención de la información, estas entrevistas fueron grabadas y transcritas.

Para el buen desarrollo de este procedimiento de entrevista, la investigadora principal realizó un formato de consentimiento informado, el cual contuvo aspectos sobre la investigación y su connotación ética, este consentimiento fue leído a cada uno de los participantes, antes de iniciar la entrevista, con el fin que conocieran los aspectos correspondientes a la investigación y dieran su aprobación de participar a través de la firma del consentimiento, de manera voluntariamente en el estudio.

4.5.1 Análisis de los resultados.

Finalmente, con la revisión de los archivos documentales, informes técnicos de los programas de salud materna, informes de cobertura de los programas de salud materna, y las entrevistas a actores claves, se pretende describir los resultados de la integración de las parteras a los programas de salud materna de Buenaventura.

4.5.2 Procedimiento para la información

Control de calidad de la información y almacenamiento de los datos. La confiabilidad de los datos se controló antes, durante y después de la recolección (40). Antes de la recolección a través de la aplicación de los manuales de procedimientos de la entrevista que permitió la estandarización de la recolección de la información. Los entrevistadores y la investigadora participaron de una jornada de capacitación y se realizaron la prueba piloto de instrumentos y procedimientos, lo cual permitirán realizar ajustes a la entrevista, y la forma de abordaje al entrevistado y el rendimiento del trabajo de campo.

Durante la recolección, la investigadora principal del proyecto realizó visita de seguimiento a las entrevistadoras para evaluar el cumplimiento de los procesos. Se revisó la manera de abordaje y entrevista constantemente, las grabaciones de las entrevistas y se realizó un informe semanal, en caso de dificultad en las entrevistas detectada tanto en el seguimiento como en los audios, para la recolección de la información, se realizó una cita nuevamente y procedió a indagar más sobre el aspecto que no quedó claro. Durante el desarrollo de las entrevistas se realizaron cuatro reuniones entre los entrevistadores y el investigador principal y en el momento de las dificultades en la recolección, se procederá a los respectivos ajustes.

La revisión documental estuvo a cargo de la investigadora principal y esta consignó la información en las guías y listas diseñadas para tal fin.

Después: Las entrevistas aprobadas fueron transcritas y para el control de calidad de la transcripción la investigadora principal se encargó de revisar la transcripción realizada de manera literal y revisó la calidad de la información teniendo en cuenta los objetivos del estudio.

4.5.3 Plan de análisis

El presente trabajo se realizó a partir de una revisión documental, basado en la recopilación de datos extraídos de documentos y bases de datos de instituciones como el DANE, Secretaria de Salud del Valle del Cauca y Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura, que permitió mirar comprender e interpretar como los fenómenos sociales se comportan y se vuelven determinantes del contexto social donde se desarrollan las actividades de salud materna y de partería de Buenaventura.

Los datos cualitativos, recolectados a través de las entrevistas, se transcribieron y se revisaron una a una cada entrevista, se construyeron categorías de las percepciones de los entrevistados, a partir de estas categorías preestablecidas, simultáneamente, se realizaron anotaciones de las interpretaciones de los hallazgos. Se realizaron búsquedas por categorías y se hicieron análisis para resumir y resaltar los hallazgos, y datos emergentes, Se exportaron textos de las entrevistas para documentar los hallazgos (41).

4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones éticas que guiarán el desarrollo del presente proyecto se encuentran contempladas en la Declaración de Helsinki (42) y la Resolución No. 008430 de 1993 (43).

Para respetar la confidencialidad de las personas involucradas se identifican a cada uno de los actores entrevistados, con un número consecutivo e irrepetible desarrollado por la investigadora y será solo la investigadora quien se encargue de procesar las entrevistas.

Con relación a la información documental e informes de gestión del programa de salud materna estos por normatividad nacional pueden ser usados para análisis particulares y generales por ser de interés del Sistema General de Seguridad Social Colombiano, el cual delega en las Secretarías de Salud la gestión, recopilación, almacenamiento, notificación y presentación de información en salud con el único interés de mejorar las condiciones de salud en el ámbito local y nacional, con el permiso que se tiene por parte de la Secretaría Distrital de Salud de Buenaventura este punto queda inscrito dentro de la normatividad ética nacional.

5. RESULTADOS

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada entre enero y Julio de 2.018, se encontraron los siguientes resultados para el contexto de Buenaventura para el año 2.017.

5.1 CONTEXTO DE BUENAVENTURA DE SALUD MATERNA

El tema de Salud Materna para el distrito de Buenaventura, reviste gran importancia, debido a que es el municipio del Valle del Cauca que presenta altas tasas de mortalidad materna, para el año 2.015 el ASIS departamental del Valle del Cauca reportó las razones más altas de mortalidad materna, neonatal e infantil para el distrito, donde se presentaron 227,1 muertes maternas por cada 100.000 mujeres, en este municipio; la mortalidad infantil fue de 20,2 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad neonatal de 7,78 muertes neonatales más por cada 1.000 nacidos vivos. Por tal motivo la Salud Materna e infantil se convierte en un tema de gran interés en salud pública, debido a las altas tasas de mortalidad, representadas en cifras por encima de la media regional y nacional (44).

Tabla 1. Comparación Territorial de la Mortalidad Materna para el año 2015

| Territorio | Tasa |
|-------------------|-------------|
| Buenaventura | 227,1 |
| Valle del Cauca | 63,73 |
| Colombia | 53,71 |

Fuente: Asis Distrital Buenaventura, Valle del Cauca y Nacional 2015.

Tabla 2. Comparación Territorial de las causas Directas de la Mortalidad Materna para el periodo 2016 a 2018

| No | Buenaventura | Valle | Colombia |
|----|-----------------------|---|---|
| 1 | Abruptio | Aborto Séptico | Hemorragia obstétrica |
| 2 | Choque Séptico | Choque hemorrágico | Trastorno hipertensivo asociado al embarazo |
| 3 | Pre eclampsia | Sepsis Relacionada con el embarazo | Sepsis obstétrica |
| 4 | Hemorragia Obstétrica | Pre eclampsia | Eventos tromboembólicos como causa básica |
| 5 | Eclampsia | Evento tromboembólico como causa básica | Complicaciones del aborto |

Fuente: Elaboración Propia con datos del Instituto Nacional de Salud, Mortalidad Materna 2016-2017,2018, ASIS VALLE 2017.

Tabla 3. Comparación Territorial de las Tasas Globales de fecundidad proyectadas para 2015-2020.

| Territorio | Tasa |
|-----------------|------|
| Buenaventura | 3.85 |
| Valle del Cauca | 2.04 |
| Colombia | 2.29 |

Fuente: Asís Distrital, Valle del Cauca y Nacional 2016; DANE 2.017.

Según reportes de proyección de población del censo de 2.005, Buenaventura, dan cuenta de 415.770 habitantes para este distrito, de las cuales 381.862 se encuentra ubicada en zona urbana y cabeceras; y 33.908 en zonas rurales, el 51,4% de los habitantes son hombres y el 48,6% son mujeres. Es un municipio con la más alta concentración de población étnica (Afrocolombiana e indígena) del 86,63%. La Población económicamente activa o productiva (>15 o < 59 años) corresponde al 61,1% y la Población inactiva (<15 o > 59 años) es del 38,9% (44).

Tabla 4. Características sociales y demográficas del distrito de Buenaventura

| Características | Porcentajes |
|---------------------------------|-------------|
| Población Urbana | 91,8% |
| Población Rural | 8,2% |
| Hombres | 51,4% |
| Mujeres | 48,6% |
| Mujeres en edad fértil | 31,6% |
| Población económicamente activa | 61,1% |
| Población Inactiva | 38,9% |
| Tasa de ocupación | 50,2% |
| Desempleo | 18% |
| Educación Superior | 14,6% |
| Desplazadas de mujeres | 54,2% |
| Desplazados recepcionados | 65% |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del censo proyección 2015.

Los datos demográficos del distrito, para los últimos tres años de 2.015 al 2.017, reportan que Buenaventura es el municipio del Valle del Cauca que representa un porcentaje de personas expulsadas entre 47 y 65% de la población expulsada del departamento (44).

Tabla 5. Características de Desplazamiento poblacional: población expulsada en Buenaventura periodo 2015-2018.

| Municipio | Población Expulsada | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------|---------------------|--------|-------|-------|-------|
| Valle Del Cauca | | 14.531 | 7.780 | 7.384 | 1.704 |
| Buenaventura | | 9.457 | 4.628 | 4.565 | 802 |

Fuente: Elaboración propia

Con relación a la población recepcionada por desplazamiento que oscilo entre el 40 y el 98% de la población en el departamento. De esta población, en Buenaventura, el 54,2% han sido registradas como mujeres, de estas el 60% son mujeres en edad fértil y de estas mujeres en edad fértil el 70% son mujeres afrocolombianas. En general Buenaventura cuenta con una población femenina en edad fértil (15-59 años) del 31,6% (44).

Tabla 6. Características de Desplazamiento poblacional: población recibida en Buenaventura periodo 2015-2018.

| Municipio | Población Recibida. | 2.015 | 2.016 | 2017 | 2018 |
|-----------------|---------------------|--------|--------|-------|------|
| Valle Del Cauca | | 19.629 | 10.628 | 3528 | 376 |
| Buenaventura | | 7.906 | 3.935 | 4.455 | 372 |

Fuente: RNI - Red Nacional de Información. Fecha de corte: 30 Julio 2018 (45).

Buenaventura presenta un indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas general – NBI del 35,8% y Miseria del 13%; la tasa de ocupación es de 50,2%, el desempleo es del 18,0%, la población inactiva de Buenaventura que se dedicó a oficios del hogar fue del 42,0% (44).

Según datos del Ministerio de Educación Nacional para el año 2.014, se pudo establecer como esta va en forma decreciente a medida que pasan los años de escolaridad, la tasa de cobertura neta en educación preescolar es de 47,2%, de primaria de 83,4%, de secundaria 50,2% y educación superior 14,6% (44).

Respecto a la afiliación al sistema de salud, la Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca para el año 2.017, pudo establecer que el porcentaje de afiliación al sistema en Buenaventura estuvo alrededor del 73,14%, de los cuales 22,42% están afiliados al régimen contributivo, el 49,57% pertenecen al régimen subsidiado y 26,86% sin afiliación (44).

Adicionalmente respecto a la inversión en salud no se pudo tener información sobre este aspecto que permitiera realizar un análisis, igualmente se buco información e contratación a través de la página del SECOP y no se encontró información e contratación para salud materna (44).

5.2 CAPACIDADES Y PROCESOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MATERNA EN EL DISTRITO DE BUENAVENTURA.

Talento humano

Con relación a las capacidades, referentes al talento humano para la atención en salud materna en el distrito de Buenaventura, los entrevistados describen diversas percepciones, que van desde pensar en tener la cantidad adecuada de personal de salud, hasta el tener personal insuficiente, tal como se observa en los siguientes relatos:

“Se cuenta con personas capacitadas en las EPS perfil, tienen las competencias sí”. SS01

“...censo, todas las parteras y parteros de la zona rural, ASOPARUPA tiene 100 y algo asociadas, pero en la zona urbana más de 200 parteras, que no están asociadas y 100 y algo de la zona rural que tampoco están asociadas, la cantidad de parteros y parteras que están por fuera de la asociación triplica la cantidad de los que están al interior de la asociación”. SS03

“Necesitamos mucho más, para SSR robustecer el equipo una sola persona es insuficiente para manejar 5 líneas de acción, procesos de contratación dificulta los procesos para la continuidad de acciones en SSR. Tenemos un PIC que contempla las realidades de Buenaventura.” SS04

La Tabla 7, presenta resultados de la comparación realizada para el año 2015 y 2018 sobre oferta de servicios de salud en Buenaventura, se encontró que, para servicios de consulta externa, la oferta de servicios de medicina general sufrió una reducción del 72%, los servicios de enfermería, ginecoobstetricia y toma de muestras de laboratorio se redujeron en 87%, 50% y 44% respectivamente. La Cirugía ginecológica laparoscópica ya no reporta para 2.018.

Tabla 7. Comparación de la Oferta de Servicios de salud Consulta externa habilitados en la red de IPS públicas y privadas en el distrito de Buenaventura, años 2015 y 2018.

| Servicio | 2015 | 2018 |
|--|------|------|
| Oferta Servicio de Consulta Externa | | |
| Medicina general | 47 | 13 |
| Enfermería | 46 | 6 |
| Ginecobstetricia | 16 | 8 |
| Cirugía ginecológica laparoscópica | 2 | 0 |
| Toma de muestras de Laboratorio | 34 | 19 |

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del ASIS Distrital de Buenaventura, y Registro de IPS de la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura 2015 y 2018.

Servicios de salud y equipamientos

Respecto a la oferta de servicios de salud materna y el equipamiento que se tiene disponible en el distrito de Buenaventura, para la atención en salud materna, los entrevistados mencionan tener una crisis de oferta de servicios de salud y de sus equipamientos, tanto para los servicios de salud como para la práctica de partería.

“Debilidades a nivel de distrito carece de instituciones para la atención de maternas, por el cierre del Hospital Luis Ablanque de la Plata, se ha quedado la atención en la Clínica Santa Sofía y en el hospital Luis Ablanque de Bellavista, lo cual no es suficiente del volumen de maternas”.

SS02

“El personal de salud para la atención de maternas en el distrito no es suficiente para el volumen de maternas que se manejan y tampoco tiene la capacitación adecuada, pues se siguen presentando al interior de las IPS eventos adversos dentro de las IPS, aún falta capacitación, por la rotación constante del personal de salud.” SS04

“Es la única institución que está funcionando en el distrito, nos encontramos muy solos en el distrito, somos los únicos que estamos atendiendo partos a las

maternas y no se le está dando la atención que se requiere a esta población, unos días puede que este flojo, puede que otras veces no y tenemos que remitir a las pacientes a la ciudad de Cali.” SS06

“Sé que tienen su organización de parteras, que tienen su papelería, su personería yo tengo tiempo que no asisto al grupo, pero igual tengo buena comunicación, se reúnen para hacer capacitaciones, hacer tomaseca, el pipilongo, y las niñas que van con nosotros y van aprendiendo”. PT01

A continuación, la Tabla 8, presenta resultados de la comparación realizada para el año 2015 y 2018 sobre oferta de servicios de salud en Buenaventura. Los servicios de internación habilitados de obstetricia y cuidados intensivos e intermedios neonatales se redujeron en un 100%. Los de protección específica en salud materna, arrojó para planificación Familiar una reducción de la oferta en 48,6%, detección temprana del embarazo, recién nacido y parto, se redujeron en 72%, 87,5% y 85,7% respectivamente. Los servicios quirúrgicos en ginecología y pediatría desaparecieron

Los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica habilitados, para laboratorio clínico, toma de muestras citologías cervico-uterinas, radiología e imágenes diagnósticas y Lactario se redujeron en 75%, 17,6%, 71,4% y 100% respectivamente.

Finalmente se pudo establecer que el transporte asistencial básico de ambulancia se redujo en 75% y el transporte medicalizado se redujo en un 100%.

Tabla 8. Comparación de la Oferta de Servicios de salud habilitados en la red de IPS públicas y privadas en el distrito de Buenaventura, años 2015 y 2018.

| Servicio | 2015 | 2018 |
|---|-------------|-------------|
| Oferta Servicios de Internación habilitados | | |
| Obstetricia | 4 | 0 |
| Cuidado intensivo neonatal | 1 | 0 |
| Cuidados intermedios neonatal | 1 | 0 |
| Oferta Servicios de Protección específica habilitados | | |
| Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres | 37 | 7 |
| Planificación familiar | 37 | 7 |
| Detección temprana - alteraciones del embarazo | 25 | 7 |
| Protección específica - atención al recién nacido | 8 | 1 |
| Protección específica - atención del parto | 7 | 1 |
| Oferta Servicios quirúrgicos habilitados | | |
| Cirugía ginecológica | 5 | 0 |
| Cirugía pediátrica | 1 | 0 |
| Oferta Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica habilitados | | |
| Laboratorios Clínicos | 20 | 5 |
| Toma de muestras citologías cervico-uterinas | 17 | 14 |
| Radiología e imágenes diagnosticas | 7 | 2 |
| Lactario | 1 | 0 |
| Oferta Servicios de transporte asistencial habilitados | | |
| Transporte asistencial básico | 4 | 1 |
| transporte asistencial medicalizado | 3 | 0 |

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del ASIS Distrital de Buenaventura, y Registro de IPS de la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura 2015 y 2018.

Sistema de información

Con relación al sistema de información que se usa para salud materna en el distrito de Buenaventura encontramos que los entrevistados refieren que es muy deficiente tanto para los servicios de salud como para los servicios de partería, y especialmente para este último no se tiene contemplado, ni estandarizado un tipo de sistema de información.

“Debe existir un Sistema de Información efectivo y eficiente, que en estos momentos no está en la DLS...” SS01

“Asoparupa debe tener acompañamiento que le han brindado, manejan su papelería y personería jurídica y ha adelantado mucho en papelería, al día” PT03

En cuanto a la atención en salud, solamente se pudo obtener información de la ESE Distrital, a continuación, se presentan los datos sobre atención:

Tabla 9. Comparación del comportamiento de la consulta en la ESE Distrital de Buenaventura, años 2015 y 2018.

| Consultas | 2016 | 2017 | *2018 |
|---------------------------------------|---------|---------|---------|
| Medicina general | 125.855 | 115.849 | 72.417 |
| Enfermería | 21.545 | 24.984 | 15.522 |
| Ginecobstetricia | 522 | 567 | 601 |
| Cirugía ginecológica laparoscópica | 0 | 0 | 0 |
| Toma de muestras de Laboratorio | 237.629 | 212.845 | 145.769 |

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de epidemiología del Hospital Luis Ablanque la Plata Buenaventura 2015, 2016 y 2018 corte Junio.

Financiación

Respecto a la financiación de las actividades en salud materna, muy pocos de los entrevistados de los servicios de salud tienen información sobre la financiación de estas actividades, saben que se asignan recursos, lo deducen de las actividades que deben realizar y que cuentan en gran medida con los implementos que deben trabajar y realizar acciones de salud materna.

De otro lado las parteras no afiliadas a ASOPARUPA refieren no contar con financiación, las actividades de salud materna infantil, como también no participar en actividades de capacitación y demás, las financian con recursos propios y algunas veces recursos de las parturientas.

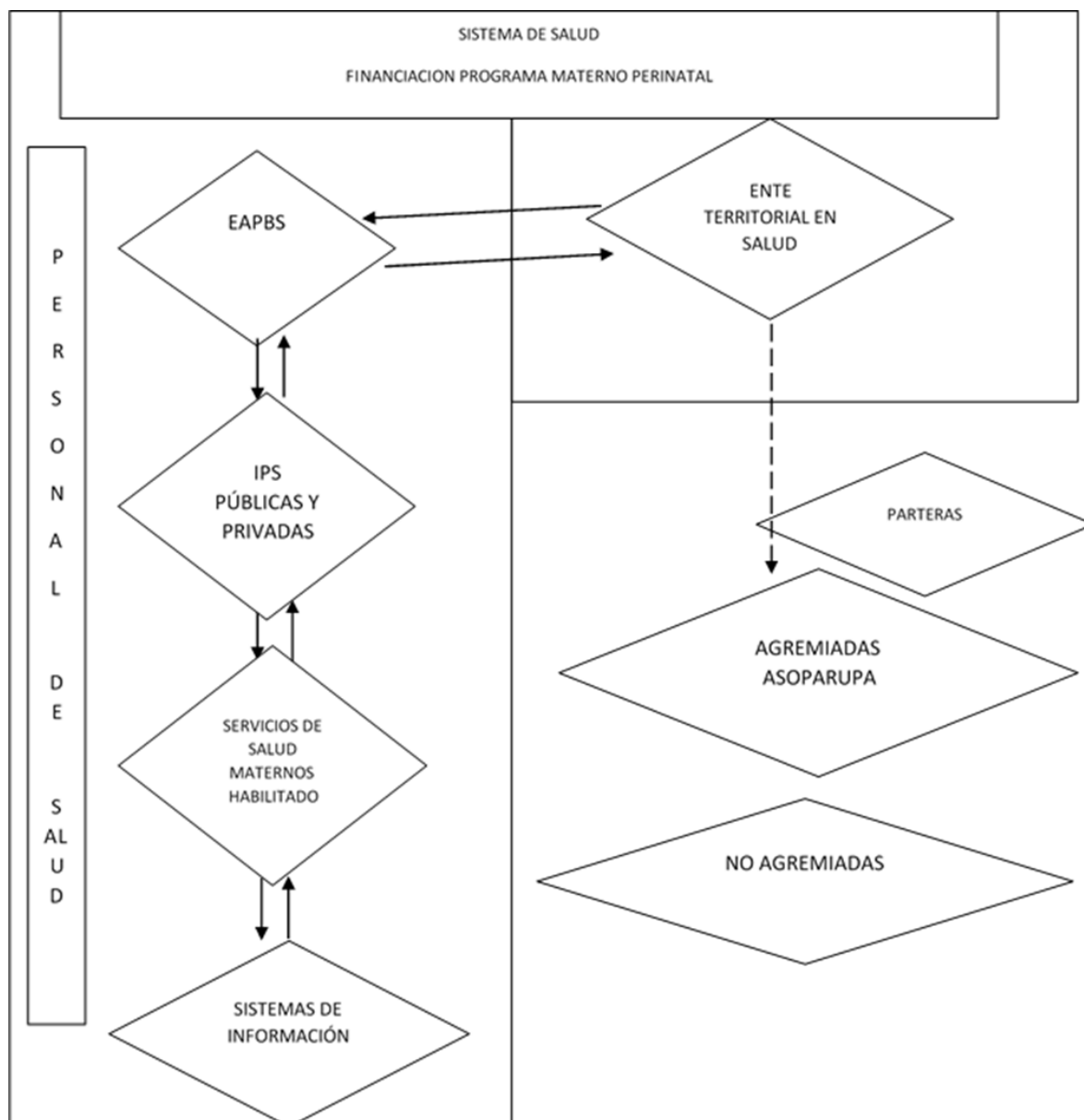
Las Parteras afiliadas a ASOPARUPA obtienen los recursos de los servicios prestados, de su contribución entre ellas como organización y de contratos o donaciones de entidades estatales e internacionales.

“Recursos del Holding empresas ligadas si tenemos el apoyo en cuanto si tenemos que remitir a los pacientes, si no se tiene la atención en la clínica y en la disposición administrativa nos brinda un apoyo de este equipo.” SS06

“...los recursos que se invierten en los programas de SSR son muy bajos a nivel nacional, desconocimiento de los dirigentes y flujo de caja.” SS05

“ASOPARUPA en estos momentos, tiene recursos de Bienestar, estamos con Bienestar sobre la lactancia materna” PT04

Figura 4. Flujograma de las capacidades del programa de salud materno perinatal del distrito de Buenaventura año 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del estudio.

5.2.1 Procesos de atención en salud materna

Factores políticos

Respecto a los factores políticos que manifiestan los entrevistados están presentes en estos momentos en Buenaventura para el establecimiento de políticas para la salud materna en el distrito se encontraron diversas posturas que van desde el interés general por abordar esta temática hasta reconocer que aún existe un verdadero compromiso para llevar a cabo estas actividades.

“Existe una política, un compromiso, ha aumentado su implementación y se ha reflejado en la disminución cifras de mortalidad materna, manejábamos muy alta razón de mortalidad materna han bajado, esto por la implementación de la política, la educación a través del plan de intervenciones colectivas y la cualificación del personal” SS05

En cuanto a la mirada de la integración del sistema de partería al sistema de salud, se describe a la política diferencial implementada como un aporte para alcanzar la integración de estos dos sistemas.

“la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), desarrolló la resolución 3202 y 3280, las rutas de la atención integral de salud (RIAS), en la atención del parto se incluye la participación de la partera, antes no teníamos un paso a paso de la participación de las parteras, ya esto nos enuncia ciclos vitales e intervenciones materno perinatal como se compagina la partería con la medicina occidental, recordando también que está incluyendo las enfermeras dentro del proceso de partería, que las enfermeras bajo un proceso de cualificación van a atender el parto.” SS04

Existe un reconocimiento Político de la Asociación de parteras – Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA) a nivel nacional e internacional, pero no en lo territorial en Buenaventura y el Pacífico.

“Las parteras han ganado un espacio a nivel nacional e internacional a través de su asociación de parteras ASOPARUPA, pero no en Buenaventura, ni en el pacífico, muchas parteras y parteros no están afiliadas a ASOPARUPA, las no afiliadas triplican tres veces las afiliadas” SS05

Con relación a la existencia de una política de integración de las actividades de partería en la salud materna en el distrito, la respuesta generalizada fue que no existe una política como tal.

“Política Integración de Partería en Salud Materna, no hay política como tal que incluya a las parteras, acciones específicas contempladas en IAMI, paso 10 grupos de apoyo, estamos en el proceso de desarrollar esta estrategia. Política está hecha y firmada, falta implementar los 10 pasos y ahí incluirlas.”SS01

“Se han realizado acciones en Periodo de gobiernos, solo existen acciones puntuales acompañamiento de las parteras, ubicados en la zona rural parteros y parteras acompañan realizan la demanda inducida y realicen el control prenatal y parto y gestión segura, no tenemos política actualmente.” SS05

“No sé cómo se está trabajando ahora con la secretaria de salud. No he tenido contacto con la secretaria de salud.” PT03

Tabla 10. Consolidación de los Factores Políticos de la Integración del Programa de Salud Materna en el Distrito de Buenaventura 2.018.

| FACTORES POLÍTICOS | RESULTADOS |
|----------------------------------|--|
| Normatividad | Políticas diferenciales en salud normatizadas Política PAIS – MAIS |
| Agremiación | Débil agremiación de Parteras representado en 1/3 de las Parteras en ASOPARUPA. |
| Articulación con parteras | No existe articulación con Parteras por parte de Ente Territorial y Servicios de Salud |
| Integración práctica de partería | No existe política, existen acciones puntuales y específicas con parteras |

Fuente: Elaboración Propia conforme relatos de participantes.

Factores administrativos

Las normas administrativas del nivel nacional, siguen contemplado en el sistema de salud la importancia del trabajo en la temática de salud materna, los actores entrevistados lo ven reflejado en:

Establecimiento de Redes de servicios de salud

“En el año 2014 se reorganizó el Programa Salud Materno, creando 4 Unidades de atención a las gestantes, gerenciamiento del riesgo, ginecólogo centinela, ayuda a la organización de protocolos y guías de atención, y capacitación a médicos y enfermeras líderes. Centro de Salud-CS Independencia comunas 9, 10, 11, CS Matiamulumba comuna 12, Hospital LUIS Ablanque sede Bellavista comuna 8 y 7, Hospital Distrital isla y sectores aledaños comuna 1, 2,3 4 y 5.” SS05

La asignación de recursos al tema de salud materna y especialmente con diferenciación, aunque no son suficientes.

“En la Planeación ya existe un formulario étnico territorial, que tiene sus lineamientos que tiene la política clara, pero la asignación de recursos no es clara, y esto limita el desarrollo de las acciones” SS05

“Desde la Planeación no solamente hablemos de SSR, a través de la parte administrativa se incluyan en las actividades, se elabora un Plan Operativo Anual y no se puede realizar porque no se cuenta con el apoyo, y no se tiene apoyo de la parte logística.” SS04

Con relación a la integración del sistema de partería a las acciones del programa de salud materna municipal, se encuentra referida por los entrevistados, que las acciones de partería no están incluidas administrativamente en el sistema de salud colombiano.

“No existen integración entre ente territorial- parteras- servicios salud y Empresas Prestadoras de Servicios de salud, no sabría decirle porque, solo nos preocupa la atención del usuario como EPS, que, si se sintió a gusto o no, no es relevante, solamente la importancia que el producto final madre y bebe este bien y basta.” SS03

“No está dentro de la institucionalidad las parteras, está en lo cultural, nosotros solo podemos contratar con IPS habilitadas y las parteras no son instituciones habilitadas por el Ministerio, por tal motivo no pueden las aseguradoras, contratar con ellas y ASOPARUPA no está habilitada como Instituciones Prestadoras de Servicios de salud.” SS06

Tabla 11. Consolidación de los Factores Administrativos de la Integración del Programa de Salud Materna en el Distrito de Buenaventura 2018.

| Factores administrativos | Resultados |
|--|---|
| Normatividad | Políticas diferenciales en salud normatizadas Política PAIS – MAIS |
| Redes de servicios de salud | Oferta de servicios de salud disminuida en los últimos 3 años en el distrito de Buenaventura, para la atención de las maternas y el recién nacido |
| Integración de practica de partería | No integración entre ente territorial, parteras, servicios de salud y EPS. |
| Gremio de parteras no reconocidas prestadores de servicios habilitados | No se encuentran las parteras concebidas, ni en la práctica dentro de la institucionalidad del Programa de Salud Materno. |

Fuente: Elaboración propia conforme relatos de participantes.

Factores técnicos

Con relación a los factores técnicos respecto a la implementación de las actividades de salud materna en el distrito de Buenaventura, se encontraron factores referidos por los entrevistados que aportan al desarrollo de las acciones de salud materna.

Establecimiento de Rutas de Atención en Salud Materna.

“Nosotros como EPS, hacemos Rutas de atención del control prenatal, parto y post parto hacer un buen seguimiento con el equipo extramural salud familiar, el buen seguimiento a la materna y su bebe, para que ingrese a los programas que debe incluir a ella Planificación Familiar, Crecimiento y Desarrollo y vacunación cuidado del niño y materna.” SS01

Dotación y equipamiento para la atención en salud materna.

“Nosotros tenemos los equipos y todos los cuidados a la embarazada y el recién nacido, la lactancia materna, vacunas, controles.” SS03

Atención Integral en Salud materna

“Las Parteras atienden así, dando educación de salud materna, crianza de los niños, como tener los niños” PT03

“Enseñándole a las madres puedo ayudar, no le hago control porque no soy médico, pero le mido la barriga, las miro, cuando fue su último parto, las que quedan embarazadas de su último parto a los 40 días no la atiendo o que estén hinchadas, porque es un embarazo de alto riesgo debe ir a que la atienda el médico.” PT01

“La mejor opinión de las parteras, es un grupo organizado, manejan nichos en cada uno de los barrios, numero de gestantes y trabajan con ella, pero acá en el Hospital Luis Ablanque esas embarazadas cuando ingresan al control prenatal llegan tardíamente” SS03.

Tabla 12. Consolidación de los Factores Técnicos de la Integración del Programa de Salud Materna en el Distrito de Buenaventura 2018.

| Factores técnicos | Resultados |
|--|---|
| Establecimiento de rutas de atención en salud materna. | Los prestadores de servicios de salud, cuentan y aplican las rutas de atención, pero no existen para parteras y su forma de integración al sistema de salud. |
| Dotación y equipamiento para la atención en salud materna. | Dotación y equipamiento disminuido en la red pública y privada para la demanda. Una gran oferta de servicio de partería en el distrito de Buenaventura con mala dotación y sin seguimiento. |
| Atención integral en salud materna | Participación puntual por parte de las parteras asociadas a ASOPARUPA en acciones de promoción y prevención del Ente Territorial en Salud, pero no consideración de las parteras no agremiadas. Ninguna Participación en la planeación y ejecución de los programas de salud materno infantil de las Instituciones de Salud de Buenaventura. |
| Cualificación del personal que lidera programas materno perinatal. | Bajo nivel de cualificación en personal encargado de implementación de modelos diferenciales en salud. Bajo nivel de cualificación por parte del personal en salud encargado de las actividades de salud materna en las instituciones de salud, de la implementación de modelo diferenciales en salud. Bajo nivel de cualificación por parte de las parteras de la implementación de modelo diferenciales en salud. |

Fuente: Elaboración Propia conforme relatos de participantes del estudio

5.3 FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LA PRÁCTICA DE PARTERÍA

5.3.1 Factores facilitantes para la integración de las acciones de partería al programa de salud materna.

Los factores que fueron descritos por los entrevistados como facilitantes para la integración de los servicios de partería en el programa de salud materna son:

“las actividades de partería son muy buenas, buen testimonio de ello, tienen las embarazadas, muchas mujeres se quejan del trato humanizado (des-humanizado) en los servicios, ellas gozan de ese factor humanizado de su operacionalidad son atentas y respetuosas.” SS01

“Ya existe unas Rutas Atención Integral en Salud parto domiciliar, la ruta de cómo se debe articular a los procesos de salud, EPS, mediante la contratación mediante la IPS que maneja partos, es lo que se debe desarrollar de acuerdo al contexto local.” SS03

Aceptación por parte del personal de salud hacia las parteras y este tipo de atención en salud.

“Muchos funcionarios tienen empatía y aceptación por las parteras, es algo positivo, responsabilidad y compromiso por ese tipo de prácticas, no son muchos, pero es una ventaja que ayuda a trabajo conjunto, resaltar que existen parturientas que prefieren que los atiendan las parteras, aunque la gran mayoría se atienden por los servicios de salud que las que van por partería.” SS04

Aceptación por parte del personal de partería hacia los servicios de salud.

“Acercamiento una vez que nos dieron en el puesto salud independencia ahí hacíamos las reuniones y nos ayudaban, para mejorar debemos estar conectadas con el hospital las IPS, los centros de salud igual nosotros parteamos porque llevamos mucho tiempo con experiencia” PT04

5.3.2 Factores limitantes para la integración de las acciones de partería al programa de salud materna.

Los factores referidos por los entrevistados como limitantes para la integración de los servicios de partería en el programa de salud materna del distrito son:

La Falta de relación entre los actores del sistema de salud en Buenaventura.

“Relación entre IPS y Parteras nulas, no están integradas a la IPS, ni la EPS, nosotros, nos regimos a las directrices de la EPS, y la EPS no tiene incluida las parteras.” GF001

Personal sin preparación o capacitación para implementar modelos diferenciales en salud.

“las IPS son suficientes y contaban con una persona encargado de salud materna y capacitado continuamente, pero no responde acerca del modelo diferencial.” GF001

Visión del personal de salud, de un sistema de salud hegemónico que debe ser quien traza y delimita el accionar de las parteras.

“Una limitante es que las parteras no tengan una ruta de trabajo desde el sistema occidental, una ruta de trabajo de las parteras, porque eso limita, porque depende de la voluntad, por la iniciativa que ellas tienen de llevar sus parturientas a los servicios de salud.” SS02

“lo que permitiría un trabajo conjunto entre la medicina occidental y ancestral, es la cualificación de las parteras, se la hemos propuesto en dos ocasiones, obstáculos por parte de ellos de que no se va a realizar. Muchos de ellos no alcanzan un grado de escolaridad básico.” SS04

“No existe un ofrecimiento de servicios mucho más estructurado, bajo una metodología, practica humana, no se puede estandarizar la actitud de todas, ruta clara de atención del sistema de partería, que la partera pueda decir que la recibo en el I o II trimestre, que en este trimestre debe haberse realizado estos exámenes

estos controles, yo hago mi parte desde el punto de vista holístico tradicional, siempre teniendo en cuenta esa unión o trabajo en conjunto que existen con la práctica que salvan vida no podemos desconocer estas dos corrientes.” SS02

Escaso contacto con las parteras por parte de la Entidad Territorial, las EPS y las ONG Internacionales.

“No he tenido contacto nunca con la Secretaría, EPS o Internacionales. No sé nada de reuniones de la secretaria, solo de usted que me ha buscado, no conozco a nadie.” PT02

Carencia de una organización u agremiación que convoque a todas las parteras de Buenaventura, para el desarrollo de un sistema de partería conjunto.

“Las Parteras que no están asociadas, son 3 veces más de las que están asociadas, que cada una de esas actividades que se ofrecen, para las parteras, no todos pueden acudir, porque esas cualificaciones solo se le ofrecen a la asociación ASOPARUPA y otras parteras no se enteraban de las cualificaciones, y la actividad de partería se da más en la zona rural que la zona urbana y ASOPARUPA pertenece más a la zona urbana, subregistro frente a la atención del parto en la zona rural, se debe fortalecer a aquellas parteras que no hacen parte de la asociación y que se sientan incluidas en el proceso.” SS05

5.4 RESULTADOS DE LA INTEGRACIÓN DE LA PRÁCTICA DE PARTERÍA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD MATERNA DE BUENAVENTURA

De acuerdo a la revisión documental y las entrevistas realizadas a los actores de salud del Programa de Salud Materna en Buenaventura, tenemos hallazgos como:

Personal de salud que reconoce la existencia de la partería, pero sin ningún tipo de contacto o contacto puntual para capacitar a las parteras y que estas apoyen las actividades de atención del sistema occidental.

Personal de salud y de partería que reconocen la existencia de una asociación, sin embargo, esta asociación no agremia a todo el personal de partería de Buenaventura.

Los programas liderados por el ente territorial son limitados para alcanzar todas las parteras del distrito, y solamente la voluntad política se ha dirigido a contrataciones puntuales con la agremiación de parteras que está presente en el distrito, dejando y relegando a un lado las parteras que no están asociadas.

Personal de salud del ente territorial, EPS e IPS sin ningún tipo de capacitación o conocimiento que permita el desarrollo, implementación e integración de modelos diferenciales en salud materna.

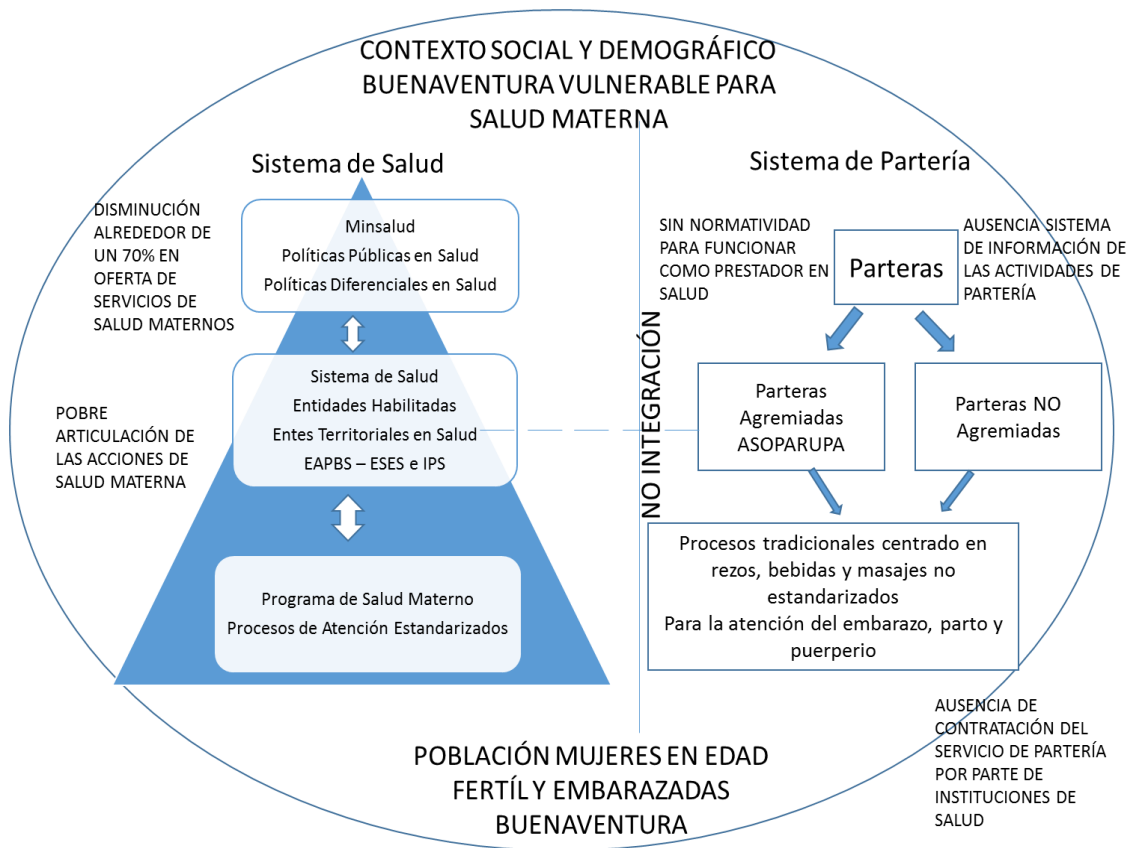
La ausencia de normatividad desde el nivel nacional, departamental o distrital que indique la participación legal y contractual de inclusión de las parteras al sistema de salud.

El funcionamiento de un sistema de salud que excluye a las parteras y no refleja las realidades locales, reflejados en ausencias de contratación de la atención de partería, falta de un sistema de información con indicadores de partería, y ausencia de acciones vigilancia y control a la partería.

Finalmente, la oferta de servicios de salud desde el sistema de salud oficial se ha limitado entre el periodo 2015 a 2018, presentando una seria reducción que impide la capacidad técnica en salud en el distrito y sumado a esto una oferta de partería de más del 50% sin ningún tipo de agremiación de su profesión, este panorama de oferta disminuida por parte de uno de los actores, así como la falta de organización del otro, influye en las acciones de integración de partería.

“No definitivamente no existe esa sincronía, se han realizado acciones que han ayudado a aclarar cómo podría ser este proceso de la integración; se caracterizó la atención del parto de las parteras, se pudo ejecutar un estudio propio sobre la atención del parto de las parteras que están asociadas; y se debe hacer en las que no están asociadas porque son la mayoría, para mirar cómo se van a estandarizar procesos, rutas.” SS05

Figura 5. Resultados de la integración de la práctica de partería en los programas de salud materna de buenaventura.



Fuente: Elaboración Propia a partir de los resultados del estudio.

6. DISCUSIÓN

La presente investigación describió la integración de las acciones de partería en las acciones de salud materna en el distrito de Buenaventura. Este estudio tiene gran relevancia, si se tiene en cuenta que las nuevas políticas de salud colombianas abogan por el desarrollo e implementación de un enfoque diferencial en los planes y programas de salud (46).

Igualmente, a nivel internacional las políticas de salud impulsadas por organismos multilaterales consideran que la integración de agentes comunitarios y tradicionales en salud a las acciones de salud de poblaciones particularmente étnicas, ayudan a alcanzar la equidad y a disminuir las brechas en salud (42) (2) (4).

De acuerdo a la revisión bibliográfica sobre el tema de investigación, se encontraron estudios que al igual que esta investigación, han sido realizados a partir de fuentes secundarias y primarias de información y su análisis ha permitido llegar a la descripción de la integración de las acciones de la medicina tradicional en los sistemas de salud, sin embargo la ausencia de protocolos o modelos estandarizados de atención y de sistemas de información, como es en nuestro caso para la partería, no permiten realizar análisis más profundos sobre el tema (19) (47) (48) (49)

La literatura reporta la experiencia de casos de integración de la medicina tradicional y de partería a los sistemas de salud Estatales, particularmente en la atención de programas como salud materna, neonatal e infantil, países como India, Ecuador, México, Sudán, Perú, Bolivia, Afganistán y Sirilanka, dan cuenta de integraciones, dando así paso a la puesta en marcha del enfoque diferencial (19) (47) (50) (51) (52).

Pese que los resultados de esta investigación no permiten generalizar la integración de las parteras al sistema de salud colombiano, si permite evidenciar en lo territorial local las particularidades de los procesos de implementación de políticas en salud que abogan por los modelos diferenciales.

Este estudio pudo identificar que en el distrito de Buenaventura no existe un proceso de integración de las actividades de partería con los programas de salud materna del ente territorial y los diversos actores de salud del sistema.

Se encontró que el nivel nacional mediante la normatividad vigente (PAIS-MIAS-RIAS), resolución 3202 del 25 de julio de 2016, insta a los diferentes actores del sistema de salud (IPS, EAPB Y ENTES TERRITORIALES), según competencias a implementar modelos de salud con enfoque diferencial, conforme el análisis de la situación de salud de los territorios y condiciones especiales; pese a ello, entes territoriales como es el caso del Distrito de Buenaventura con concentración étnica importante de afrodescendientes e indígena del 86,63%, y con un contexto de vulnerabilidad marcado, no cuenta con un modelo de salud con enfoque diferencial que integre y desarrolle la práctica de partería, declarada patrimonio cultural inmemorial de la nación por el ministerio de cultura, reconocida y apropiada por la comunidad, como activo cultural, que opera en la zona urbana y rural del distrito, ante la no presencia de servicios de salud, especialmente en zona urbana del distrito.

Los factores que se pudieron determinar cómo influenciadores para que esta integración no esté presente, es un contexto de vulnerabilidad territorial del distrito, enmarcado en unas deprimidas condiciones sociales y económicas; sumado a una escasa oferta de prestación de servicios de salud, a poca presencia de personal de salud que realice labores de coordinación e interrelación de los diferentes actores en salud materna presentes en el territorio, así como la atención a la demanda de los servicios de salud materna; gran porcentaje de parteras sin direccionamiento, planeación, estructuración y agremiación en la oferta de servicios de partería; lo que refleja poca capacidad resolutive en términos de atención materna.

Estos factores ya han sido descritos en la literatura como factores trazadores o relevantes a ser tenidos en cuenta al momento de plantear y desarrollar programas o planes de integración en salud de la medicina tradicional y la alopática, especialmente en contextos étnicos y culturales, generando de esta manera políticas públicas en favor de la salud diferencial (19) (47) (51) (50) (52).

De otro lado se pudo establecer la existencia de una falta de voluntad política distrital y nacional, para establecer planes y programas sostenibles de verdadera integración de la práctica de partería a las acciones de salud materna del distrito, esto debido al no reconocimiento de las parteras como actores legítimos del proceso de atención del embarazo, parto y recién nacido.

Esto se puede documentar a través de la revisión de los lineamientos y normatividades mundial y nacional donde la práctica de partería esta direccionada a ser una práctica profesionalizada y certificada académicamente, relegando las prácticas tradicionales comunitarias de partería (53) (54) (55) (56) (57).

Igualmente se logra identificar como se limita el papel de la partería en términos normativos a un papel meramente comunitario y educativo; y no se tiene en cuenta como un prestador de servicio de salud que en la actualidad existe y realiza estas labores; y que se encuentra excluido del sistema de salud Estatal (58) (59) (60).

A nivel técnico se encontró una baja capacidad conceptual y de conocimientos respecto a los modelos diferenciales en salud, su definición, operacionalización e integración a los programas, planes y políticas por parte del personal de salud que lidera los procesos de planeación en salud materna del distrito, esta misma dificultad fue evidenciada en los relatos del personal de salud materna de las empresas e instituciones de salud y las parteras.

Caso similar se ha encontrado en diferentes programas de salud materna en el mundo, en territorios alejados y dispersos de difícil acceso geográfico y de extrema pobreza con características étnicas y culturales particulares, donde se han adelantado modelos reduccionistas diferenciales en salud entre trabajadores salud y agentes tradicionales en salud, dirigidos a certificar, validar y direccionar las acciones de parteras tradicionales a labores meramente educativas y de soporte para redireccionar a las embarazadas a acceder a la atención de los servicios de salud, con la premisa de contribuir a la reducción de las muertes maternas y neonatales (61) (62) (63) (64).

No obstante que una de las metas de Objetivo de Desarrollo Sostenibles planteadas por Naciones Unidas, es la disminución de la mortalidad materna y neonatal, así como para las entidades multilaterales como el Banco Mundial reducir la mortalidad materna e infantil en los países potencializa el desarrollo, y que el país se ha comprometido a alcanzar; aún siguen implementándose políticas, planes y programas que van en contravía de estos postulados, este es el caso del distrito de Buenaventura que pese a tener un perfil epidemiológico de salud materna e infantil comprometido, con tasas de mortalidad materna que superan dos veces la media departamental y nacional, continua de espaldas a garantizar una oferta de servicios de salud que integre los diferentes actores presentes en el territorio (16).

Los resultados de esta investigación nos muestran un panorama de no integración de las actividades de partería al sistema de salud del distrito de Buenaventura, lo que nos demuestra que, pese a las actividades puntuales de capacitación e intervención con un sector de las parteras, aun se requieren planteamientos amplios, incluyentes y sostenibles de integración de este gremio, para impactar positivamente las metas de salud materna establecidas.

6.1 FACTORES LIMITANTES DEL ESTUDIO

Débil sistema de información, no existen datos consecutivos de los periodos, por ser recientes y por la falta de implementación de los modelos diferenciales, no se cuenta con indicadores ni metas, para realizar trazabilidad de los mismo, no se cuenta con datos para realizar estudios cuali-cuantitativos, dificultad para entrevistar a las parteras agremiadas a Asoparupa porque requieren permiso de la presidenta de la asociación para poder brindar una entrevista, pro la desconfianza que existe con las entidades de salud y educativas por el tema de sustracción de información tradicional, adicionalmente aducen que cual será la retribución económica para la entidad, débil regulación del sistema de salud por parte del ente territorial, no generalizable, Buenaventura por sus particularidades en el contexto los resultados no son generalizables.

6.2. Factores facilitantes del estudio

Este fue un estudio exploratorio que permite plantear otras líneas de investigación o estudios a futuro, evidenciar en lo territorial local las particularidades de los procesos de implementación de políticas en salud que abogan por los modelos diferenciales.

7. CONCLUSIONES

Este estudio pudo identificar que, en el distrito de Buenaventura, pese a que Buenaventura, es un territorio étnico que requiere un enfoque diferencial en salud, no existe un proceso de integración de la actividad de partería con los programas de salud materna infantil en el ente territorial y los diversos actores de salud del sistema.

Al igual que se identificaron factores influenciadores para que esta integración no esté presente, como es un contexto de vulnerabilidad territorial, deprimidas condiciones sociales y económicas; sumado a una escasa oferta de prestación de servicios de salud, un número importante de parteras sin direccionamiento, planeación, estructuración y agremiación en la oferta de servicios de partería.

Se pudo identificar la existencia de una falta de voluntad política distrital y nacional para establecer planes y programas sostenible de una real integración de prácticas de partería al programa de salud materna infantil distrital, esto debido al no reconocimiento del gremio de partería como actor legítimo del proceso de atención del embarazo, parto y recién nacido.

En el nivel territorial se encontró baja capacidad conceptual y de conocimientos respecto a modelos diferenciales en salud, su definición, operacionalización e integración a planes programas y políticas de salud, por parte del personal de salud que lidera los procesos de planeación organización dirección y evaluación en los programas de salud materna del distrito, lo cual se evidencio en los relatos del personal encuestado.

Los resultados obtenidos en la investigación muestran un contexto de no integración de actividades de partería a los programas de salud materna públicos y privados del distrito de Buenaventura. Por lo tanto, se requieren planteamientos abiertos, integrales, incluyentes y sostenibles de integración de las prácticas de partería mediante el gremio de parteras, que permita impactar las metas de salud materna establecidas a nivel nacional, departamental y distrital.

El Distrito de Buenaventura como territorio con gran representación étnica requiere realizar esfuerzos sostenibles para el desarrollo de modelos diferenciales en salud que permitan la integración de los actores tradicionales en salud comunitarios al sistema de salud distrital.

Durante el estudio se pudo establecer que en la actualidad no existen figuras legales y habilitadas para que la partería sea considerada un prestador de servicios de salud, para la atención del proceso del embarazo parto y atención del recién nacido.

8. RECOMENDACIONES EN SALUD PÚBLICA

Se requiere que desde el nivel local y nacional se den herramientas que permitan la operacionalización de los modelos diferenciales y la verdadera integración de los actores tradicionales en salud como las parteras al programa materno distrital.

El ente territorial debería Implementar una verdadera cualificación del personal en salud que planifica organiza, direcciona ejecuta y evalúa los programas de salud materna, al igual que al gremio de las parteras.

Se recomienda la participación de la academia mediante las universidades locales, por ser un actor con reconocimiento local y credibilidad para el acompañamiento en los procesos de formulación y consolidación legal y administrativa, para la construcción conjunta con el gremio de parteras, de una figura legal que permita la ejecución como prestadores de servicios, en el ejercicio de la labor como parteras dentro del sistema de salud distrital.

El distrito de Buenaventura como territorio étnico debería desarrollar una propuesta piloto de modelo diferencial en salud materna; que permita la integración de las parteras al sistema de salud distrital teniendo en cuenta el contexto social, epidemiológico y cultural que exige una solución a la naja oferta de servicios de salud, la accesibilidad territorial y la problemática de salud que atraviesa en la actualidad el distrito.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Fiscella K, Franks P, Clancy C. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care.: JAm Med Assoc; 2000.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. [Online].; 2007 [cited 2018 01 31]. Available from: https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_l/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf.
3. OMS. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración Internacional de ALMA ATA. In Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración Internacional de ALMA ATA; 1978; Alma-Ata, Kasajistan.
4. OMS. Estrategias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Ginebra. [Online].; 2002 [cited 2017 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf.
5. Nuñez J., Carvajal A.. ¿Cómo romper las trampas de pobreza en Buenaventura? Cuadernos PNUD. [Online]. [cited 2018 01 30]. Available from: http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_2023.pdf?view=1.
6. Carrillo A.. Reflexiones en Torno a la Situación de Salud y la Política Pública durante la última Década. Revista Ciencias de la Salud. Juli- Septiembre. Mortalidad materna en Colombia. 2002; 5: p. 72-85.
7. Vargas I. et al. Barreras de acceso a la atención en un modelo de competencia administrada: lecciones de Colombia. [Online].; 2010 [cited 2018 01 16].
8. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. [Online].; 2010 [cited 2018 01 16]. Available from: http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_71/recursos/01_general/30072014/plandesarrollo_nacional.pdf.
9. Quiñones L. et al.. Plan Especial de Salvaguardia de los Saberes Asociados a la Partería Afro del Pacífico. ASOPARUPA. [Online].; 2017 [cited 2018 01 18]. Available from: <http://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Documents/Patrimonio/20-Parter%C3%ADa%20afro%20del%20Pac%C3%ADfico%20-%20PES.pdf>.

10. Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD). MINSALUD. [Online].; 2016. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
11. Ministerio de Salud y la Protección Social. Plan decenal de salud pública, 2012 - 2021. Salud. Univalle. [Online].; 2012 [cited 2017 10 05. Available from:
http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/departamental/2._plan_decenal_salud_publica_2012_2021.pdf.
12. Ministerio De La Proteccion Social. Derechos Y Deberes De Los Grupos Etnicos En El Marco De La Proteccion Social. [Online].; 2006 [cited 2017 10. Available from: http://unisimon.catalogokohaplus.com/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=27128&shelfbrowse_itemnumber=156043.
13. Berrío L. Partería antigua y vigente estrategia apra atender salud sexual y reproductiva México: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/69732>.; 2015-2.
14. MINSALUD. Política de Atención Integral en Salud. [Online].; 2016 [cited 2018 10. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
15. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ; 2010.
16. PNUD. Los afrocolombianos frente a los objetivos de desarrollo del milenio. [Online].; 2015 [cited 2018 02 01. Available from:
http://nacionesunidas.org.co/img_upload/61626461626434343535373737353535/2011/informe_afrocolombianos_resumen.pdf.
17. Alarcón N, Sepúlveda J., Alarcón I.,. Las parteras patrimonio de la humanidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 6(2): p. 188 - 195.
18. García J. Recursos metodológicos en la evaluación de programas. Revista de Pedagogía. 1992;; p. 461-476.
19. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Fondo de Población de la Naciones Unidas, informe sobre mortalidad materna. New York::; 2016.
20. Carvajal R, Gómez M, Navarro M, Varela M, Angulo E, Restrepo N. Informe Técnico Final Análisis situacional y contextual de los modelos diferenciales en salud: El caso de la partería en el Pacifico Colombiano Cali; 2018.

21. Montero E. Marco conceptual para la evaluación de programas. Población y Salud en mesoam
22. Naranjo M.. Evaluación de programas de salud. Scielo. [Online].; 2006 [cited 2018 02 16. Available from:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200005.
23. Alcaldía Distrital de Buenaventura. Análisis de Situación de Salud. [Online].; 2015 [cited 2018 01 31. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-distrital-2015-buenaventura.pdf>.
24. Mejia C. The methodology of investition evaluative an alternative for the projec valuation Honduras; 2017.
25. Tejedor FJ, Garcia-Calcárcel A, Rodríguez MJ. Perpectivas metodológicas actuales de la evaluación de programas en el ámbito educativo. Revista de investigación educativa. 1993; 23: p. 128.
26. Latorre A, Del Rincon Igea D, Amal J. Bases metodológicas de la investigación educativa; 1996.
27. Pina FH. Concepciones en el estudio del aprendizaje de los estudiantes universitarios.. Revista de investigación educativa, RIE. 2011;; p. 117-150.
28. De la Orden A. Investigación evaluativo. En Arturo De la Orden. Investigación educativa. Diccionario de Ciencias de la Educación. 1985;; p. 133-137.
29. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica. Barcelona: Paidos; 1987.
30. Ministerio de Salud. Resolución 3384 Bogotá D.C.; 2000.
31. Ministerio de Salud. Resolución 412 Bogotá D.C.; 2000.
32. MInisterio de Salud. Acuerdo 117 Bogotá D.C.; 1998.
33. Ministerio de Salud. Resolución 4505 Bogotá D.C.; 2012.
34. Machado A, Vesga A, Dagua I. Experiencias de la partería en el municipio de Buenaventura. Informe de proyecto Santiago de Cali: Universidad Libre. Facultad de Salud, Programa de Enfermería; 2005.

35. Quiñonez R. Presidenta de la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico. Bogotá; 2015.
36. Crossman A.. ThoughtCo. [Online].; 2017. Available from: <https://www.thoughtco.com/qualitative-research-methods-3026555>.
37. Dzul M.. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [Online].; 2017 [cited 2017 11 07. Available from: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_merca_dotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf.
38. DANE. Censo General 2005. Perfil Buenaventura. [Online].; 2005 [cited 2018 01 31. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/valle/buenaventura.pdf>.
39. Bonilla E., Rodriguez P.. Más allá de dilema de los métodos Bogotá: Presencia; 1995.
40. Friedman L, Furberg C, DeMets D. Data Collection and Quality Control. Friedman L, Furberg C, DeMets D, editors. 1998;: p. 156-169.
41. Touma M.. Pasos para el Análisis de Datos cualitativos. [Online].; 2013 [cited 2018 02 01. Available from: <https://es.slideshare.net/MounaTouma/pasos-para-el-analisis-de-datos-cualitativos>.
42. WMA. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. [Online].; 2013 [cited 2018 02 01. Available from: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>.
43. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 Bogotá D.C.: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; 1993.
44. República de Colombia, Departamento del Valle del Cauca, Alcaldía Distrital de Buenaventura. Análisis de Situación de Salud, Modelo de los Determinantes Sociales de Salud, Distrito de Buenaventura Buenaventura: Ministerio de Salud; 2015.
45. RNI - Red Nacional de Información. Búsqueda. [Online].; 2018. Available from: <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/>.

46. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Anteción Integral en Salud Bogotá D.C.: Gobierno de Colombia; 2016.
47. UNICEF. Estado mundial de la Infancia 2010. Salud materna y neonatal; 2010.
48. Arteaga EL, San Sebastian M, Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. Saúde em Debate. 2012; 36(94).
49. Pinto M, Ruíz P. Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud en Colombia. Aquichan. 2012; 12(12).
50. Secretaría de Salud de México. Guía para la autorización de los parteros tradicionales como personal de salud no profesional. [Online].; 2015. Available from:
<http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MedicinaTradicional/GuiaAutorizacionParteras.pdf>.
51. Secretaria de Salud de México. Interculturalidad en Salud. Almaguer JA, Vargas Vite V, García Ramirez HJ, editores Conocimiento BMd, editor. México; 2014.
52. Kolodin S, Rodríguez G, Alegría K. Asuntos de familia: Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica:, Chiapas (México) Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua: Banco Interamericano de Desarrollo; 2015.
53. Hincapié E, Valencia C. Capacitación de la(o)s partera(o)s y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchía, Colombia. Colomb Medica. 2000; 31(11).
54. Radoff K, Thompson L, Bly K, Romero C. Practices related to postpartum uterine involution in the Western Highlands of Guatemala. Midwifery. Elsevier. 2013; 29(3).
55. Vierira C, Portela , Miller T, Coast E, Leone T, Maston C. Increasing the Use of Skilled Health Personnel Where Traditional Birth Attendants Were Providers of Childbirth Care: A Systematic Review. PLoS One. 2012; 7(10).
56. UNFPA - United Nations Population Fund. El estado de la(o)s partera(o)s en el mundo 2014 Estados Unidos: Nocaiones Unidas; 2014.
57. Renfrew M, McFadden A, Bastos M, Campbell J, Channon A, Cheung N. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework

- for maternal and newborn care. Lancet. Elsevier Ltd. 2014; 38(4).
58. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 Bogotá D.C.; 2015.
 59. Secretaría De Salud y Protección Social. Resolución 3202 Bogotá D.C.; 2016.
 60. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 Bogotá D.C.; 2018.
 61. Calandria, Asociación Kallpa, Medicus Mundi Navarra Delegación Perú y Salud Sin Límites. Cerrando brechas, aproximando culturas: un modelo de Atención Materno- Perinatal Lima; 2009.
 62. Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas. Interculturalidad y Salud Materna Panamá; 2011.
 63. Gobierno de Chile. Sistematización de un modelo de parto humanizado introducido en la maternidad del Hospital de Iquique Santiago de Chile; 2003.
 64. Hermida J, Jarvey S, González D, Fuentes G, Freire J. Humanización y Adecuación cultural del parto (Hacap) Quito; 2008.

10. ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado del estudio

Investigador Principal: María Leonor Amú Sinisterra. ENF Institución ejecutora: Universidad del Valle.

La Universidad del Valle, con el aval de la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura, está realizando un estudio para obtener información sobre el desarrollo e integración de las prácticas de partería en el programa de salud materna en el distrito de buenaventura.

De esta manera, se busca recolectar información que permita adecuar y mejorar la prestación de los servicios de salud de las personas, las embarazadas y parturientas en Buenaventura, por tanto, la honestidad de sus respuestas es muy importante.

Si usted acepta participar le haremos una entrevista que durara aproximadamente 45 minutos. Los datos que usted suministrará durante esta entrevista serán vinculados al estudio solo a través de un código que le corresponderá a usted y asegurando su confidencialidad.

Durante este estudio no se le brindara ningún tipo de medicamento, ni se le tomara ninguna muestra de sangre, orina o de otras partes de su cuerpo. En caso de ser necesario se le contactará vía telefónica o mediante una visita en su lugar de trabajo o vivienda, para ampliar aspectos de la encuesta.

Su participación es completamente voluntaria y sin ningún costo, los beneficios del estudio serán reflejados, para algunas de las personas participantes de este estudio en tener información con respecto a los servicios de salud de las personas en general y maternas. Y de igual manera en la definición de estrategias para mejorar los programas de salud en general y salud materna.

La información que se obtenga será utilizada únicamente para propósitos del estudio y se guardará bajo estricta confidencialidad y anonimato, si usted no quiere participar, no tendrá ninguna consecuencia para usted o su grupo familiar. Cuando usted lo considere apropiado podrá terminar la entrevista o solicitar el retiro de sus datos, en cualquier momento y por cualquier razón.

En caso de tener preguntas adicionales sobre el estudio puede contactar a: María Leonor Amu en la Universidad del Valle teléfono 3166762305 o al Director de Posgrados de la Universidad Fernando Arteaga al teléfono 5542476-5542480

Para preguntas sobre sus derechos o para reportar algún tipo de daño que usted crea se deba a su participación en el estudio, por favor contacte a María Florencia Velasco,

Integrante el Comité de Ética de la Universidad del Valle de Cali, en la Calle 4B #
36-00 Universidad del Valle – Campus de San Fernando, Cali- Valle, teléfonos
5542476-5542480

Autorizó a los participantes para utilizar la información recolectada en otros estudios de investigación similares futuros, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle.

Autorizo

Si

No

Con su firma como mayor de edad, usted certifica que ha leído o alguien le ha leído el presente formato de consentimiento informado, que le han sido resueltas todas sus preguntas satisfactoriamente y que acepta participar voluntariamente en el presente estudio.

Acepto

Si

No

Lugar y Fecha: Ciudad _____, Día _____ Mes _____ Año 200__.

Nombre del voluntario
Cédula _____

Firma

Huella Digital

Nombre del Entrevistador
Cédula _____

Firma

Nombre del Testigo
Cédula _____

Firma

Nombre del investigador _____

Firma _____

Anexo B. Formato entrevista coordinador plan de intervenciones colectivas

GUÍA DE ENTREVISTAS COORDINADOR DISTRITAL DE SALUD MATERNA O
COORDINADOR DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

UNIVERSIDAD DEL VALLE

DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PARTERÍA EN EL PROGRAMA DE SALUD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA

Presentación: Mi nombre es Leonor Amú y participo de un estudio de la Universidad del Valle, acerca de cuál ha sido sobre el desarrollo de la inclusión de las parteras en el programa de salud materna de Buenaventura. Sus respuestas servirán para ajustar, reorientar o realizar cambios necesarios en la política de salud materna del distrito.

Gracias por participar voluntariamente.

Fecha de la Entrevista: ____/____/____ Ciudad: ____

Nombre
Clave:

Cargo del entrevistado durante el tiempo de interés estudiado:

Factores de Orientación Política

1. Para el periodo de gobierno 2016-2019, ¿cómo describe usted contexto municipal (personal, instituciones, recursos, disposición política), para la implementación de las políticas de salud materna?
2. Existe en el municipio para este periodo de gobierno 2016-2019, una política para las acciones de partería.
3. ¿Cree usted que la política local de salud para el periodo de gobierno 2016-2019 está comprometida con las acciones partería?
4. ¿Cuáles han sido los obstáculos y facilitadores que usted identifica en la implementación de las acciones de partería en el nivel municipal?
5. La manera en que las parteras ofrecen sus actividades qué opinión le merece.
6. ¿Cuál es su percepción acerca del rol de las parteras en las actividades de salud materna en el nivel municipal?
7. Describame cuál es la relación entre las parteras con las aseguradoras y las instituciones prestadoras de servicios
8. ¿Existe para el periodo 2016-2019 una Política diferencial en salud que incluya a las parteras en el cuidado de la salud materno infantil del municipio? Explique su respuesta.
9. ¿Cree usted que existe una integración entre los servicios de salud, el ente territorial y las parteras para la atención materna en el municipio? Explique su respuesta.

Factores de Tipo Administrativo

10. En el marco del Programa de Salud Materna del municipio, ¿cree usted que el personal encargado de las labores de coordinación de estas acciones en el ente territorial, era suficiente y contaba con un nivel de capacitación adecuado en el tema de modelos diferenciales en salud?
11. ¿Cómo considera usted que fueron las labores de coordinación por parte del municipio con las parteras? Explique su respuesta

Factores de Tipo Financiero

12. ¿Para el periodo de gobierno 2016-2019, fueron asignados recursos del Plan de Intervenciones Colectivas municipales para las acciones de parterías? ¿Cuáles fueron las actividades desarrolladas? ¿Tuvieron Continuidad estas actividades?

13. ¿Cuál cree usted que fueron los limitantes y facilitantes para la asignación y flujo de recursos para integrar las acciones de partería por parte de la Nación, y Distrito?

Factores de Tipo Técnico

14. Hábleme de su percepción acerca de cómo ha sido la planeación de las actividades de salud materna, y la participación de las parteras (coordinación, integración, facilitadores y obstaculizadores para el trabajo conjunto).

15. Hábleme de su percepción acerca de cómo ha sido la implementación de las actividades de salud materna, y la participación de las parteras (coordinación, integración, facilitadores y obstaculizadores para el trabajo conjunto).

16. Hábleme de su percepción acerca de cómo ha sido la evaluación de las actividades de salud materna, y la participación de las parteras (coordinación, integración, facilitadores y obstaculizadores para el trabajo conjunto).

17 ¿Cuál cree usted que son las barreras que existen para que las parteras sean parte de la atención en salud materna de las embarazadas en el Sistema de salud colombiano?

18 ¿Cuál cree usted que son los facilitadores que existen para que las parteras sean parte de la atención en salud materna de las embarazadas en el Sistema de salud colombiano?

Preguntas de cierre de la entrevista:

¿Le gustaría comentarme algo más o hablar de algo que no hayamos tocado o se le haya olvidado?

Si fuera necesario completar alguna información, ¿podría volver a conversar con usted?

Nota: en las respuestas que se consideren necesarias se realizarán preguntas de complementación y/o verificación a lo que la (o el) entrevistada viene narrando: ¿Por qué? ¿Podría ampliar un poco más? ¿Por qué lo hace? ¿Cómo lo hace?

Anexo C. Formato entrevista EPS contributiva y subsidiadas

GUIA DE ENTREVISTAS EPS (CONTRIBUTIVA Y SUBSIDIADA) EN EL DISTRITO FUNCIONARIO RESPONSABLE DE SALUD MATERNA

UNIVERSIDAD DEL VALLE

DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PARTERÍA EN EL PROGRAMA DE SALUD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA

Presentación: Mi nombre es Leonor Amú y participo de un estudio de la Universidad del Valle, acerca de cuál ha sido sobre el desarrollo de la inclusión de las parteras en el programa de salud materna de Buenaventura. Sus respuestas servirán para ajustar, reorientar o realizar cambios necesarios en la política de salud materna del distrito.

Gracias por participar voluntariamente.

Fecha de la Entrevista: ____/____/____ Ciudad: _____ Nombre
=_____ Clave:

Cargo del entrevistado durante el tiempo de interés estudiado:

Factores de Orientación Administrativas

1. Para el periodo 2016-2019, ¿cómo describe usted contexto en su EPS (personal, instituciones, recursos, disposición administrativa), para el desarrollo de las actividades de salud materna?
2. ¿Existe en la EPS para el periodo 2016-2019, un programa, plan o política para la integración de las acciones de partería en sus programas de salud materna?
3. ¿Cuáles han sido los obstáculos y facilitadores que usted identifica en la implementación de las acciones de partería con los programas de salud materna de su EPS?
4. La manera en que las parteras ofrecen sus actividades qué opinión le merece.
5. ¿Cuál es su percepción acerca del rol de las parteras en las actividades de salud materna en Buenaventura?
6. Descríbame cuál es la relación entre las parteras con las aseguradoras y las instituciones prestadoras de servicios

7. ¿Para el periodo 2016-2019 su EPS incluyó a las parteras en el cuidado de la salud materno infantil de los usuarios de su EPS? Explique su respuesta.

8. ¿Cree usted que existe una integración entre los servicios de salud, el ente territorial y las parteras para la atención materna en el distrito? Explique su respuesta.

9. En el marco de su EPS, ¿cree usted que el personal encargado de las labores de coordinación de estas acciones de salud materna era suficiente y contaba con un nivel de capacitación adecuado en el tema de modelos diferenciales en salud?

10. ¿Cómo considera usted que fueron las labores de coordinación desde su EPS con las parteras? Explique su respuesta
Factores de Tipo Financiero

11. ¿Para el periodo 2016-2019, fueron asignados recursos desde su EPS para las acciones con las parteras? ¿Cuáles fueron las actividades desarrolladas?

¿Tuvieron Continuidad estas actividades?

12. ¿Cuál cree usted que fueron los limitantes y facilitantes para la asignación y flujo de recursos para integrar las acciones de partería por parte de su EPS?

Factores de Tipo Técnico

13. Hábleme de su percepción acerca de cómo ha sido la planeación de las actividades de salud materna, y la participación de las parteras (coordinación, integración, facilitadores y obstaculizadores para el trabajo conjunto).

14. Hábleme de su percepción acerca de cómo ha sido la implementación de las actividades de salud materna, y la participación de las parteras (coordinación, integración, facilitadores y obstaculizadores para el trabajo conjunto).

15. Hábleme de su percepción acerca de cómo ha sido la evaluación de las actividades de salud materna, y la participación de las parteras (coordinación, integración, facilitadores y obstaculizadores para el trabajo conjunto).

16. ¿Cuál cree usted que son las barreras que existen para que las parteras sean parte de la atención en salud materna de las embarazadas en el Sistema de salud colombiano?

17. ¿Cuál cree usted que son los facilitadores que existen para que las parteras sean parte de la atención en salud materna de las embarazadas en el Sistema de salud colombiano?

Preguntas de cierre de la entrevista:

¿Le gustaría comentarme algo más o hablar de algo que no hayamos tocado o se le haya olvidado?

Si fuera necesario completar alguna información, ¿podría volver a conversar con usted?

Nota: en las respuestas que se consideren necesarias se realizarán preguntas de complementación y/o verificación a lo que la (o el) entrevistada viene narrando: ¿Por qué? ¿Podría ampliar un poco más? ¿Por qué lo hace? ¿Cómo lo hace?

Anexo D. Formato entrevista IPS públicas y privadas

GUIA DE ENTREVISTAS IPS (PÚBLICA Y PRIVADA) EN EL DISTRITO
FUNCIONARIO RESPONSABLE DE SALUD MATERNA

UNIVERSIDAD DEL VALLE

DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PARTERÍA EN EL PROGRAMA DE SALUD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA

Presentación: Mi nombre es Leonor Amú y participo de un estudio de la Universidad del Valle, acerca de cuál ha sido sobre el desarrollo de la inclusión de las parteras en el programa de salud materna de Buenaventura. Sus respuestas servirán para ajustar, reorientar o realizar cambios necesarios en la política de salud materna del distrito.

Gracias por participar voluntariamente.

Fecha de la Entrevista: _____/ _____
/ _____ Ciudad: _____

Nombre
Clave:

Cargo del entrevistado durante el tiempo de interés estudiado:

Factores de Orientación Administrativas

1. Para el periodo 2016-2019, cómo describe usted contexto en su IPS (personal, instituciones, recursos, disposición administrativa), para el desarrollo de las actividades de salud materna.
2. Existe en la IPS para el periodo 2016-2019, un programa, plan o política para la integración de las acciones de partería en sus programas de salud materna.
3. ¿Cuáles han sido los obstáculos y facilitadores que usted identifica en la implementación de las acciones de partería con los programas de salud materna de su IPS?
4. La manera en que las parteras ofrecen sus actividades qué opinión le merece.
5. ¿Cuál es su percepción acerca del rol de las parteras en las actividades de salud materna en Buenaventura?
6. Descríbame cuál es la relación entre las parteras con las IPS.
7. ¿Para el periodo 2016-2019 su EPS incluyó a las parteras en el cuidado de la salud materno infantil de los usuarios de su IPS? Explique su respuesta.
8. En el marco de su IPS, ¿cree usted que el personal encargado de las labores de coordinación de estas acciones de salud materna era suficiente y contaba con un nivel de capacitación adecuado en el tema de modelos diferenciales en salud?
9. ¿Cómo considera usted que fueron las labores de coordinación desde su IPS con las parteras? Explique su respuesta

Factores de Tipo Financiero

10. ¿Para el periodo 2016-2019, fueron asignados recursos desde su IPS para las acciones con las parteras? ¿Cuáles fueron las actividades desarrolladas? ¿Tuvieron Continuidad estas actividades?
11. ¿Cuál cree usted que fueron los limitantes y facilitantes para la asignación y flujo de recursos para integrar las acciones de partería por parte de su IPS?

Factores de Tipo Técnico

12. Hábleme de su percepción acerca de cómo ha sido la planeación de las actividades de salud materna, y la participación de las parteras (coordinación, integración, facilitadores y obstaculizadores para el trabajo conjunto).

13. Hábleme de su percepción acerca de cómo ha sido la implementación de las actividades de salud materna, y la participación de las parteras (coordinación, integración, facilitadores y obstaculizadores para el trabajo conjunto).

14. Hábleme de su percepción acerca de cómo ha sido la evaluación de las actividades de salud materna, y la participación de las parteras (coordinación, integración, facilitadores y obstaculizadores para el trabajo conjunto).

15. ¿Cuál cree usted que son las barreras que existen para que las parteras sean parte de la atención en salud materna de las embarazadas en el Sistema de salud colombiano?

16. ¿Cuál cree usted que son los facilitadores que existen para que las parteras sean parte de la atención en salud materna de las embarazadas en el Sistema de salud colombiano?

Preguntas de cierre de la entrevista:

¿Le gustaría comentarme algo más o hablar de algo que no hayamos tocado o se le haya olvidado?

Si fuera necesario completar alguna información, ¿podría volver a conversar con usted?

Nota: en las respuestas que se consideren necesarias se realizarán preguntas de complementación y/o verificación a lo que la (o el) entrevistada viene narrando: ¿Por qué? ¿Podría ampliar un poco más? ¿Por qué lo hace? ¿Cómo lo hace?

Anexo E. Formato entrevista parteras

GUIA DE ENTREVISTAS PARTERAS DEL DISTRITO UNIVERSIDAD DEL VALLE

DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PARTERÍA EN EL PROGRAMA DE SALUD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA

Presentación: Mi nombre es Leonor Amú y participo de un estudio de la Universidad del Valle, acerca de cuál ha sido sobre el desarrollo de la inclusión de las parteras en el programa de salud materna de Buenaventura. Sus respuestas servirán para ajustar, reorientar o realizar cambios necesarios en la política de salud materna del distrito.

Gracias por participar voluntariamente.

Fecha de la Entrevista: ____/____/____ Ciudad: _____

Nombre
Clave:

Cargo del entrevistado durante el tiempo de interés estudiado:

-
1. Usted sabe si las parteras se encuentran organizadas en el distrito de Buenaventura.
 2. Conoce cuales son las actividades que en el distrito ya sea por la alcaldía, fundaciones u organizaciones se están llevando a cabo con las parteras actualmente.
 3. ¿Con qué instituciones u organizaciones las parteras trabajan de la mano?
 4. ¿Cómo considera que las parteras pueden hacer parte de los programas de maternas que se ofrecen en el distrito?
 5. Con que acciones considera que pueden aportar las parteras a la salud materna infantil del Distrito de Buenaventura.
 6. ¿Usted ha tenido algún tipo de acercamientos con el programa materno, liderado por la secretaria de salud, EPS, IPS y E.S.E en el distrito?
 7. ¿Qué organizaciones distritales, departamentales e internacional han brindado acompañamiento a las parteras en el distrito y cómo?
 8. ¿Ustedes como parteras que actividades han realizado para conservar y mantener viva está tradición de partería en el distrito?

Anexo F. Lista de chequeo oferta distrito.

Lista de chequeo oferta de servicios de salud materna en el distrito de buenaventura

UNIVERSIDAD DEL VALLE

| Servicio | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|------|------|------|
| Servicio de Consulta Externa | | | |
| EPS Subsidiado | | | |
| EPS Contributivo | | | |
| IPS Públicas | | | |
| IPS Privadas | | | |
| Medicina general | | | |
| Enfermería | | | |
| Ginecobstetricia | | | |
| Cirugía ginecológica laparoscópica | | | |
| Toma de muestras de Laboratorio | | | |
| Servicios de Internación habilitados | | | |
| Obstetricia | | | |
| Cuidado intensivo neonatal | | | |
| Cuidado intermedio neonatal | | | |

Servicios de Protección específica habilitados

Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres

Planificación familiar

Detección temprana - alteraciones del embarazo

Protección específica - atención al recién nacido

Protección específica - atención del parto

Servicios quirúrgicos habilitados

Cirugía ginecológica

Cirugía pediátrica

Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica habilitados

Laboratorios Clínicos

Toma de muestras citologías cérvico-uterinas

Radiología e imágenes diagnósticas

Lactario

Servicios de transporte asistencial habilitados

Transporte asistencial básico

transporte asistencial medicalizado


Parteras y Parteros Registrados en el Distrito

Parteras y Parteros Distrito de Buenaventura

Parteras Área Urbana de Buenaventura

Parteras Área Rural de Buenaventura

Anexo G. Acta de aprobación por parte del Comité Institucional

| | |
|--|---|
| Comité Institucional de Revisión de Ética Humana Facultad de Salud |  Universidad del Valle |
|--|---|

ACTA DE APROBACIÓN N° 019 - 018

Proyecto: "DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PARTERÍA EN EL PROGRAMA DE SALUD MATERNA EN EL DISTRITO DE BUENAVENTURA",

Sometido por: ROCIO CARVAJAL / MARIA LEONOR AMÚ

Código Interno: 217 - 018 **Fecha en que fue sometido:** 29 / 10 / 2018

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica que:**

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Resumen del proyecto | <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo de investigación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Formato de consentimiento informado | <input checked="" type="checkbox"/> Instrumento de recolección de datos |
| <input type="checkbox"/> Folleto del investigador (si aplica) | <input checked="" type="checkbox"/> Cartas de las instituciones participantes |
| <input type="checkbox"/> Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |
2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIN RIESGO | <input checked="" type="checkbox"/> RIESGO MÍNIMO | <input type="checkbox"/> RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO |
|-------------------------------------|---|--|
4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
 - a. Lesiones a sujetos humanos.

- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma: 
Nombre: **MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ**
Capacidad representativa: **PRESIDENTA**
Fecha: **26 11 2018**
Teléfono: **5185677**

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma: 
Nombre: **WILMAR SALDARRIAGA**
Capacidad representativa: **VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD**
Fecha: **26 11 2018**
Teléfono: **5185680**