Determinantes sociales de la atención prenatal en gestantes indígenas ribereñas de Leticia, Colombia

Social determinants of prenatal care in riversite indigenous pregnant from Leticia, Colombia

Eva Milena Ramos Castro[1] y Sheila Andrea Gómez Peñaloza[2]

Resumen

El objetivo fue visualizar la relación entre los determinantes sociales de la salud y la participación en controles prenatales en gestantes indígenas ribereñas del municipio de Leticia. Se empleó la metodología cualitativa a partir de estudio de caso y aplicación de entrevista semiestructurada a gestantes indígenas pertenecientes a comunidades de la ribera del río Amazonas. Los resultados reflejaron la marginación de la población indígena, específicamente mujeres, a la atención en salud durante el embarazo. Concretamente al evidenciar los Determinaste Sociales de la salud, situación económica, cultura, dinámica familiar, transporte y sistema de salud, que dificultan el acceso a la atención y control prenatal. Se determinaron de mayor influencia los Determinantes intermedios y la cultura como Determinante estructural. En conclusión, las gestantes reconocen la importancia de realizar atenciones prenatales, favoreciendo el cuidado de la gestación de forma tradicional u occidental. Cuentan con una red de apoyo

[1] *Magister en Salud Pública (c), Pontificia Universidad Javeriana, Cali*

[2] *Magister en Sociología. Profesora Investigadora Departamento de Salud Pública y Epidemiología. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia*

familiar que apoya la superación de dificultades económicas en algunos momentos. Sin embargo, la estructura dispuesta en los servicios de salud reflejó limitaciones para la atención prenatal de mujeres provenientes de la ruralidad.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, atención prenatal, mujer indígena, embarazo

Introducción

La mortalidad materna es el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, excluyendo causas accidentales o incidentales. (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2019)

Las muertes maternas en algunas zonas del mundo son números, lo cual, refleja inequidades en el acceso a los servicios de salud y resalta las diferencias entre los distintos niveles socioeconómicos, mostrando que en casi la totalidad (99%) de los casos presentados corresponde a los países en desarrollo. (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2019)

La inequidad en salud se estudia desde la teoría de Determinantes Sociales en Salud (DSS) que surge posterior al informe de Lalonde en 1974 (Canadá). En el que, tras analizar las causas de muertes de pobladores en Canadá, se evidenció que las condiciones sociales, económicas, personales y ambientales jugaban un papel importante en la salud de los canadienses. (Villar, 2011).

A nivel mundial, la situación materna y perinatal cuenta con cifras de morbimortalidad que reflejan un cuidado inadecuado en los países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2003). Diariamente ocurren cientos de mortalidades maternas durante el embarazo o a raíz

de complicaciones del parto o puerperio. En el año 2015 se estimaron unas 303 000 muertes con predominio en países de ingresos bajos y por causas prevenibles. También se encontró que, en las zonas rurales, solo el 56% de los nacimientos recibe atención de personal de salud capacitado, y en zonas urbanas el 87% (OMS, 2019).

Leticia es una ciudad ubicada en el extremo sur de Colombia. Es la capital del departamento de Amazonas. Alejada de los principales centros urbanos del país, sin comunicación por carretera y cercana al hito tripartito con Perú y Brasil. Cuenta con 23 comunidades indígenas ubicadas en la ribera del río Amazonas (zona rural) que representa el 36,75% de la población total del municipio (Gobernación de Amazonas, 2019).

La razón de mortalidad materna en Colombia en el 2014 fue de 53.5 por cada 100.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal en el mismo periodo fue 7.24 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos. En el contexto del municipio de Leticia durante el mismo periodo fue de 84.5 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y 10.11 muertes neonatales por cada 1.000 nacidos vivos. Estas cifras superan las nacionales y reflejan debilidades de la cobertura en atención en salud. Igualmente, en este municipio las consultas de controles o atenciones prenatales entre el 2005 y 2013 no superan el 60% de nacidos vivos con cuatro o más consultas y se resalta que durante el 2010 se obtuvo un porcentaje de 45.62% (Ministerio de Salud y Protección Social. 2016)

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015 (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana─ Profamilia, 2015) analizó la utilización de servicios de atención prenatal, parto y posparto según la etnia de las mujeres, encontrando que el 97% de las mujeres que fueron incluidas en el estudio contó con al menos un control prenatal. Se determinó que todos los grupos étnicos (afro, indígena, sin pertenencia étnica) tenían un porcentaje de atención

inadecuada, siendo el grupo de mujeres indígenas las que presentaron mayor porcentaje de atención inadecuada (39,9%); y en controles intermedios fue mayor en mujeres sin pertenencia étnica (77,9%). Con las cifras presentadas, se puede concluir la existencia de inequidades en salud, teniendo en cuenta que las mujeres sin pertenencia étnica tienen mayor cobertura de dichos servicios. (Noreña-Herrera, C., Leyva-Flores, R., Palacio-Mejía, L. S., & Duarte-Gómez, M. B. (2015).

Esta misma encuesta, reflejó que la Orinoquía-Amazonía y la región Pacífica tienen la menor proporción de atención prenatal por médico (Profamilia, 2015) y cuyas gestantes sin educación, residentes en áreas rurales y con menor nivel socioeconómico presentan más obstáculos para asistir al control o atención prenatal. Esta situación podría ser explicada porque:

…los problemas de salud se globalizan y se determinan cada vez más, no solo por la acción de factores de riesgo individuales –ya que en la consulta prenatal deben ser identificados y controlados-, sino por la participación de "lo social" articulado con "lo biológico" como una totalidad (Ramis, 2009).

Con el cierre de la vigencia de los ODM, se dio marcha a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales fueron adoptados por distintos países, en el marco del objetivo denominado Salud y Bienestar que cuenta con metas relacionadas con la seguridad materno infantil para el 2030 como: reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos; poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos (Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, s.f.).

La atención o controles prenatales, son una serie de procedimientos y atenciones realizadas por personal de la salud a las gestantes, con el fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una

adecuada preparación para el parto, y es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia y se apoya en la organización de los servicios de salud (OMS, 1990).

Un estudio realizado en Leticia, cuyo objetivo fue identificar percepciones y posibles factores de riesgo respecto al embarazo de las mujeres indígenas gestantes habitantes de la ribera del río Amazonas, arrojó como resultado, que el 64.4% de las gestantes identificadas asistieron a sus controles prenatales (Acosta, Y. Segura, O. 2009), sin especificar el número, frecuencia y los factores que incidieron para que se presentara esa cifra, pero se afirma, que dicho porcentaje fue insuficiente.

La información anterior revela que existen inequidades en salud materna en Colombia, el municipio de Leticia no es la excepción. Es por ello que se requiere la caracterización de los factores que afectan el acceso y el uso de los servicios de atención materna de manera específica por cada una de las regiones que componen el país. Esto permitirá generar investigaciones ajustadas a contextos particulares e identificar detalles propios de cada territorio, perfilar las problemáticas y aportar información de relevancia para la agenda social y posteriores intervenciones, construyendo servicios de salud equitativos (Cáceres, F & Molina, G. 2010) y la alineación de las rutas de atención materno perinatal que actualmente en Colombia están pautadas a través de la resolución 3280 de 2018 con las realidades propias de los territorios indígenas, cumpliendo con el propósito de contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud maternos y perinatales, mediante la atención integral en salud, incluida la acción coordinada y efectiva del Estado, la sociedad y la familia sobre los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Por estas razones, fue de interés para esta investigación identificar la relación entre los DSS y la participación adecuada en controles prenatales de gestantes indígenas ribereñas del municipio de Leticia

Metodología

Esta investigación se basó en la metodología cualitativa dado que permitió explorar y describir de forma detallada, a través de las narrativas, los contextos específicos de las gestantes indígenas (Izcara, 2014) y a su vez posibilitó el acercamiento a algunos de los problemas de salud, por tanto, a una mayor comprensión de éstos.

El método empleado fue la fenomenología, pues permitió conocer la naturaleza del fenómeno a partir de las experiencias de las gestantes indígenas en torno a los controles o atenciones prenatales. A través del estudio de caso, fue posible describir la particularidad de la relación entre los DSS y la participación adecuada en controles prenatales de gestantes indígenas ribereñas del municipio de Leticia. La técnica de recolección de información empleada fue la entrevista semiestructurada.

La unidad de análisis fueron las experiencias relatadas por las mujeres con relación a su asistencia a atenciones o controles prenatales.

Previo al despliegue del trabajo de recolección de información se realizó el acercamiento ante la Asociación Indígena ACITAM para obtener autorización para el ingreso a territorios indígenas. El grupo de mujeres participantes, estuvo constituido por 10 gestantes indígenas ribereñas del municipio de Leticia: cinco de la comunidad Macedonia y cinco de la comunidad Arara. Tal como lo refiere la literatura, los estudios de caso sugieren un número entre 6 y 10 participantes que permitan tener una idea aproximada a la realidad de estudios (Monje, 2011). La muestra fue

por conveniencia, manejando un número equitativo de cada comunidad. La siguiente tabla muestra información sociodemográfica de las participantes, la cual fue relevante para el estudio.

Gestante	Edad	Nivel educativo	Estado civil	Edad gestacional (meses)	N° de hijos	Número de controles realizados
Tatiana	22	6° de bachillerato	Unión libre	5	5	2
María	20	8° de bachillerato	Unión libre	7	1	1
Fernanda	30	5° de primaria	Unión libre	3	8	2
Paola	23	8° de bachillerato	Unión libre	2	2	2
Kelly	18	10° de bachillerato	Soltera	6	1	1
Vanesa	42	5° de primaria	Unión libre	9	4	1
Helena	32	6° de bachillerato	Unión libre	8	3	3
Antonia	34	Técnico	Unión libre	4	4	2
Cielo	19	9° de bachillerato	Unión libre	5	2	4
Emma	22	7° de bachillerato	Unión libre	9	2	2

Fuente: Elaboración propia

Todas las entrevistas fueron autorizadas a través de consentimiento informado. La investigadora realizó en el domicilio de cada mujer una sesión, en un tiempo aproximado de 45 minutos. Se aplicó el instrumento eje de entrevista, que contenía preguntas orientadoras de las tres categorías de análisis: dinámica familiar, prácticas - saberes culturales y acceso a atención prenatal. Estos encuentros fueron grabados en audio y transcritos, asignando un nombre ficticio a cada mujer y respetando su dialecto. Posteriormente, la información fue codificada por medio del procesador de palabras Word; asignando los fragmentos de discursos a la categoría

correspondiente. El análisis de contenido se basó en la teoría de los DSS y se compartió, ajustó y amplió de acuerdo a las orientaciones de otra investigadora.

Esta investigación fue avalada por el comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia universidad Javeriana de Cali. Se consideró de riesgo mínimo de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993

Resultados

La dinámica familiar, el acceso a servicios de salud, la situación económica (Determinantes Intermedios) y la cultura (Determinante Estructural); inciden de manera marcada en la asistencia de las mujeres indígenas, que viven en la ribera del rio Amazonas, a la atención prenatal.

Dinámica familiar

Las gestantes viven dentro de hogares donde permanece la familia nuclear, ya sea la propia o la de su compañero sentimental, que es numerosa. El cuidado directo de la mujer embarazada, generalmente, está a cargo del esposo, padres y en algunos casos de sus hermanos. Entre los cuidados directos se evidenció: el aseo del hogar, la atención de necesidades de las gestantes, el cuidado de los demás hijos, la búsqueda de alimentos e incluso el acompañamiento emocional.

"…él [el esposo] me cuida mis hijos. A veces no me deja lavar porque él lava su ropa a veces él no me deja barrer, me deja hacer nada" (Tatiana, Comunidad Arara).

"…él (el esposo) me colabora mucho. Siempre está "¿vas a lavar la loza?" y yo soy como bueno… a veces él lava la loza pa´ no levantarme" **(Antonia, Comunidad Macedonia)**

"…pues aquí mi esposo. Él es el que está pendiente de mí. Él es que me cuida. Duván [El hijo] también" **(Helena, Comunidad Macedonia).**

"…mis papás también porque no sé, dirán que, porque soy la hija que más gusta y están apoyándome, que no me dejan lavar loza la ropa tienen que mandarla lavar". **(Antonia, Comunidad Macedonia)**

"…pues más que todo mi esposo, mi mamá también que vive aquí cerquita, ella me motiva todo el tiempo "no estés trabajando" "ni estés muy sentado" ósea me están así... como cuando me duele algo" **(Vanessa, Comunidad Macedonia)**

Otros integrantes de la familia de sus parejas sentimentales, cuñados o suegros, realizan acciones de cuidado indirecto a las gestantes, por ejemplo: trámites para las atenciones por los servicios de salud.

"Pues, durante que yo estoy aquí, pues… con mi primer bebé pues bastante me han apoyado mis cuñadas. Ehh Y con este pues ahí estamos también de la mano digamos de ellos a veces nosotros mismos, o sea nos la rebuscamos de alguna u otra manera. Y pues ahí estamos". **(Cielo, Comunidad Macedonia**)

"…mi hermana me saca las citas, o sea, ella me saca las citas y yo simplemente voy cada 8 días" (**Antonia, Comunidad Macedonia**)

"…ella (la suegra) me hace el favor a veces así. Cuando no puedo pues mando el papel a autorizar. O cualquier cosa pues ella (la suegra) me hace el favor. Ella (la suegra) me colabora". (**Emma, Comunidad Macedonia**)

Saberes-creencias y prácticas culturales durante la gestación

La cultura (saberes y prácticas) de las mujeres gestantes influye en los cuidados que éstas tienen en su etapa gestacional, incluida la manera en que participan de la atención o control prenatal.

Significados y creencias

Cielo y Vanessa, entienden la gestación como una transición hacia la responsabilidad del cuidado de los hijos. Igualmente se reflejaron significados convergentes sobre la gestación no planeada.

"Pues yo le podría decir que es como… digamos… o digamos nadie lo desea ¿no? Obviamente. Pues claro que hay planes, pero, yo le podría decir que… pues estar en embarazo es como más que una bendición ¿no? Es como tomar el cargo o rol de una mamá. Ya dejas de ser una mujer soltera o una señorita pues ya coges el rol de una mamá la responsabilidad más que todo. Entonces pues, para mi estar embarazada claro que en lo económico digamos no es lo más ¿no? conveniente. Pero bueno. De las buenas y las malas pues ahí saca uno adelante a los hijos" (**Cielo, comunidad Macedonia)**

"Pues, aunque yo no quería antes, no. Ya no querer tener más hijos (yo quería), pero como yo no volví a planificar, entonces me quedé yo, entonces yo como voy a abortar o a hacer algo, que cosas que: dios no quiera… las mujeres crearon. Como yo le digo a mi esposo, yo soy vieja ya le digo voy así mismo lo voy a tener a lo último" **(Vanessa, comunidad Macedonia*)***

Otros significados que motivaron la gestación, estuvieron relacionados con el amor al hogar y a la pareja

“Pues mis dos hijos eran de mi primer hogar, y ya estos. Pues para mi significa mucho porque es con la persona que el momento estoy. Y segundo, es el que “regálame otro hijo”, pues si él es feliz pues yo también, dándole otro niño no. porque si es niña o niño”. (**Antonia, comunidad Macedonia**)

“Pues pa´ mí siempre quise tener un… otro…otro embarazo, pero varón. Yo me siento pues yo digo que bien, me siento contenta. Porque desde el primer embarazo estaba deseando un hijo varón. Y lo tuve”. (**Emma, comunidad Macedonia**)

Algunas mujeres expresaron alta credibilidad en el aporte que tienen las figuras tradicionales (parteras, sabedores y familiares con experticia en salud) al cuido gestacional, dado que han tenido algún tipo de interacción con estos referentes o por los conocimientos que les reconocen sobre el correcto posicionamiento cefálico del feto, atención del parto en caso de no lograr el traslado hacia los servicios de salud y en el proceso de recuperación del puerperio de las mujeres y sus recién nacidos. Así lo refieren Fernanda, Helena y Antonia:

“Sí un médico tradicional sí. Acá. Aquí sí, hay… la abuela ella si sabe cómo sacar a los bebés. O si no el empuja acá poco a poco él empuja acá [Señalando la barriga] y le saca al bebé. Él le saca rapidito. Y cuando el niño sale le baña en agua tibia. Si no a la mamá también la baña en agua tibia y toma hoja de paichi, hoja de paichi. Sí le toma le machuca y le… ella le da a cada ratico. Para que no le entra frio. Cuando la bebé ya está a punto de salir”. (**Fernanda, comunidad Arara**)

“Ahorita la que está pendiente de mi pues es mi tía Inés (partera). Ella ya está viejita. Yo no más yo le pregunto cómo está mi bebé. Porque ella me dice no que el bebé se corre pa´ca [señalando las costillas del lado derecho]. Se hace a un lado y ella lo tiene que bajar pa´ca, que la

cabecita vaya a encajar acá [señalando la parte baja del vientre]. Para uno tener normal el bebé. Ella siempre me hace así [Haciendo como presión en el vientre para girar al bebé]. Que el bebé vaya allá"(**Helena, comunidad Macedonia**)

"…cuando tenga los 6 meses me toca buscar una partera para que este como se dice moviendo, ponerlo en su lugar, porque el niño va creciendo y si se acostumbra de pronto con la cabecita acá arriba eso va a ser un problema, pues a partir de los 6 meses cada semana a mí me toca estar". (**Antonia, comunidad Macedonia**)

Emma, Kelly y Hanna, no han tenido interacción con sabedores y parteras tradicionales. Se mostraron inclinadas hacia los cuidados que les ofrecen en los servicios de salud.

Prácticas

Durante el tiempo de gestación, las mujeres no generan ingreso económico para sus hogares, debido a que realizan cese de labores fuera del hogar. Si continúan realizando actividades domésticas, por ejemplo: el cuidado de los niños mientras su condición de salud se los permita. Es por ello, que los ingresos económicos son generados por sus parejas sentimentales, padres, y demás integrantes adultos de la familia.

Muchos de los cuidados durante el embarazo se centraron en restringir las labores que realizaban en su cotidianidad en torno a prácticas de alto desgaste físico para ellas, como prácticas deportivas, actividades laborales remuneradas y el cultivo en la huerta; al considerarse prácticas que pueden afectar a la mujer generando riesgo para el embarazo como parto pre término o pérdida fetal.

“…yo me alimento bien tomo mi pastilla (vitaminas formuladas en los servicios de salud) para empezar porque cuando el viene no enfermar por que el viene sano” (**Tatiana, comunidad Arara**)

“Yo de mi parte he dejado de Jugar. Como a mí me gusta el deporte”. (**María, comunidad Arara**)

“Dejar de trabajar bastante no hacer cosas pesadas así”. (**Paola, comunidad Arara**)

“Pues ahorita yo estoy así, estoy yendo a hacer mi control en control, pa´ que no pase nada, entonces malo” (**Vanessa, comunidad Macedonia**)

Paola, a su vez expresó que el trabajo en la huerta o chagra como se conoce tradicionalmente, puede implicar otros riesgos relacionadas con la zona selvática en la que se encuentran ubicadas las comunidades indígenas

“...de pronto algo me pasa ahí… en camino, se cae, culebra pica también… peligrosa para una mujer embarazada. (**Paola, comunidad Arara**)

Para su cuidado gestacional las mujeres han incorporado el consumo de tés, indicado por familiares o médicos tradicionales, preparados a base de plantas medicinales que constituyen formas de protección para la mujer y el bebé por nacer.

“Ahorita yo estoy tomando ese remedio vegetal que hicieron acá mi suegra me dijo, vea caliente este cocine y tome, eso sí tomando, aunque no puedo, me prohibieron pastillas así que es amargo, me prohibieron en el hospital también tomar algo así, pero estoy tomando estoy tomando ese remedio”. (**Vanessa, comunidad Macedonia**)

“Tradicionalmente si con tés de cilantro y si me ha servido, pues en el momento con este embarazo, si, si han sido efectivos” (**Antonia, comunidad Macedonia**)

“Aquí hay un abuelo que es especialmente que él prepara los remedios para eso. Él me dio un remedio para tomarlo, para que me sane por dentro. Digamos por dentro para que el remedio me haga efecto. Y aparte las pastillas que me daban en el hospital. El abuelo nos recomienda que tenemos que cocinar la hoja de malva que es para desinfectar. Eso es para desinfectar. Eso ayuda bastante. La malva es efectiva” (**Cielo, comunidad Macedonia**)

La atención o control prenatal es relevante para la mayoría de las mujeres gestantes. Reconocieron su importancia, las acciones que se desarrollan, y las consecuencias de no realizar monitoreo de la gestación.

“Los controles prenatales son importantes porque ayuda a … digamos a que los médicos tengan la información sobre el acceso de embarazo como estas tú y aparte tu bebe que si va a nacer con alguna enfermedad o no entonces pues el control prenatal es como podría decirle como algo… Como un…un carnet donde que brinda la información, da la prioridad de que el bebé se desarrolle bien como esta su estimulación por dentro, entonces para mí el control prenatal es algo que informa a los médicos”. (**Cielo, comunidad Macedonia**).

“Control, así como con mis propias palabras diría que… como con lo que me paso (aborto) el control prenatal es muy necesario para una mujer embarazada porque en mi primer embarazo yo no hice nada nada, después de eso (aborto) no puedo faltar a un control prenatal”. (**Antonia, comunidad Macedonia**)

Sin embargo, hay diferentes opiniones con relación a si las mujeres prefieren el cuidado o la atención prenatal tradicional u occidental. Hay quienes consideran necesarios los cuidados prenatales por medicina tradicional y occidental, argumentando que ambas medicinas tienen ventajas y se ajustan a las necesidades que estén presente en el momento, y la disponibilidad de ellas también incide en la elección.

"…yo diría dependiendo de pronto de la enfermedad que tenga o dependiendo al remedio también que tengan ambos…porque digamos el remedio occidental digamos que no es sea malo, es bueno, y el remedio vegetal también es bueno, pero, ya la diferencia es que eso al curarte como te digo dependiendo de la enfermedad que tengas" (**Cielo, comunidad Macedonia**).

"…los dos porque ellos lo que están pendientes…la doctora ya ella nos examina con aparatos, ehh todo eso ¿no? Y mi tía no más con la mano allá acá [Acariciándose la barriga]. Eso pues es lo que yo veo la diferencia…por la ecografía también uno puede mirar el estado del bebé ¿no? En cambio, las parteras lo único que hacen es que ellas acomodan al bebé. Para que el bebé esté exacto para que salga. Y por lo que yo he escuchado que en los hospitales no eso no… no hacen. Ellos lo tocarán así, así no más pero no lo acomodan y muchas veces el bebé ya no puede nacer bien por la mala posición y toca hacer una cesárea" (**Helena, comunidad Macedonia**).

"…si pues toca escoger a los 2. La partera, que este pendiente cuando uno tiene dolor de barriga, no tengo hospital, ¿quién más? …a veces medico tradicional también dice la verdad también, y medico (occidental) también dice la verdad, es igual casi igual…" (**Paola, comunidad Arara**)

Pocas son las preferencias en las atenciones sólo tradicionales u occidentales. Para las mujeres, como en el caso de María, elegir sólo una ha dependido de las experiencias que generaron incomodidad durante la atención en salud. Para Antonia, tienen que ver con la confianza que le genera el sabedor tradicional de la comunidad y para Helena con la amplitud de las intervenciones médicas.

"Porque simplemente quieres que alguien más esté pendiente de ti y de tu bebé. Te atienden mejor aquí (en la comunidad) que allá (servicios de salud). Esa es la diferencia". (**María, comunidad Arara**)

"Es digamos de acá está conviviendo con nosotros, aparte de eso pues el: remedio, ¿cómo se dice eso? Que preparan de hojas a mí me ha servido mucho, me ha hecho bien, y lo del médico como dicen "el: blanco" pues hay veces que no, si te dicen que no esté uno acá o sientes, a veces el: mismo medicamento no es… es efectiva, entonces uno prefiere el: tradicional". (**Antonia, comunidad Macedonia**)

"Confió más es en el médico, en la enfermera. Ahí uno puede mirar el estado del bebé ¿no? En cambio, las parteras lo único que hacen es que ellas acomodan al bebé". (**Helena, comunidad Macedonia**)

Acceso a atención prenatal

Pese a que las atenciones o controles prenatales son percibidas como importantes durante la gestación, el número de veces que las mujeres asistieron fue inferior a tres. Esta poca asistencia se debió a las dificultades económicas para los traslados a servicios de salud y la poca

disponibilidad de tiempo, cuatro horas aproximadamente, para realizar todos los trámites solicitados por la entidad de salud.

"De los cinco [meses] yo me hice uno. De los siete u ocho, creo, me hice el segundo" (9 meses de gestación al momento de la entrevista). (**Emma, comunidad Macedonia**)

"Por primera vez antia ayer" (6 meses de gestación al momento de la entrevista) (**Kelly, comunidad Arara**)

Las mujeres manifestaron interés por asistir a la atención y control prenatal: Por ejemplo, Paola indicó que siente la necesidad de ir al control prenatal porque es bueno para ella y para saber cómo esta él bebé. A Cielo, la motivó la curiosidad por conocer el sexo de su bebé: *"…de pronto la ansiedad de querer saber si va a ser una niña o un niño. O sea, saber el sexo del bebé. De pronto uno está ya está prevenido. De pronto comprar unas cositas. De pronto eso no más. Creo"*

Al mismo tiempo significaron que la atención recibida fue positiva. Por ejemplo, Tatiana indicó que le ha ido bien y que le recomendaron alimentarse adecuadamente para que el niño salga sano. Kelly expresa que "…estaba nerviosa… porque me llevaron por primera vez… me revisaron y me vieron de todo… [Me dijeron] todo bien y no más. Estos me dijeron que para cuidar más a mi niño comer más…".

"…allá [servicios de salud] pues lo atienden bien y si uno tiene alguna cosa así, algún riesgo le da un medicamento a uno. En cambio, con los otros nunca. Nunca casi nos hacían eso" (**Vanessa, comunidad Macedonia**)

“La atención es… es bonito ¿ya? Es bonito que a uno lo atiendan para que es para el bien de uno. Lo complicado es ir de acá allá, es lejos también para caminar de la playa hasta el hospital”. (**Helena, comunidad Macedonia**)

Sin embargo, para Vanessa, Antonia y Emma las dificultades administrativas, económicas y geográficas-transporte, hicieron que dicha experiencia se tornara desagradable. Otras mujeres negaron rotundamente haber tenido dificultades para acceder a la atención y control prenatal, es el caso de caso de María, Paola y Kelly

Administrativas

Helena, Antonia y Tatiana, manifestaron que una de las principales dificultades para acceder a la atención y control prenatal se basa en el poco tiempo disponible que hay entre su llegada a los servicios de salud y la hora en la que deben retornar al puerto para tomar el transporte (bote) que las trasladan hacia sus comunidades. En ocasiones se van sin ser atendidas, para no correr el riesgo de llegar tarde a la salida programada por el bote.

“A veces cuando yo llego en la tarde ya ellos no atienden, porque ya es tarde y a las 2 toca ir, pero yo no puedo porque en el bote, voy a las 2 de la tarde. Toca sacar otra cita pal viernes es eso no es… [Ellos] comprenden” (**Tatiana, comunidad Arara**).

“Yo… tenía que pasar en… ginecólogo. Pero uno antes de pasar alla le dan a uno como… una autorización. Y cuando fuimos a sacar la autorización había mucha gente y nos salio como el número cincuenta y nos ahí… nos quedaba como dos horas para que el bote fuera a venir. Ya dejamos eso y nos fuimos sin hacer eso. Y perdimos eso” (**Helena, comunidad Macedonia**).

Igualmente, en algunas ocasiones se les ha negado el acceso al servicio. Vanessa, vivenció esta situación por la llegada tarde a su cita, recurrió a reclamos para exigir sus derechos para poder ser atendida en los servicios de salud y proteger su seguridad materna y la de su embarazo

"Una vez cuando primera vez que fui y no me querían atender. Imagínate uno madruga aquí a las 3 de la mañana pa´ llegar a Leticia y primero que, se demoró peque peque el bote que va y llegue tarde ahí y yo con ese dolor que tenía porque estaba corriendo esa vez, me bajaba así sangre porque estaba en riesgo mi bebe y no me querían atender y yo llego allá a sacar mi cita, y me dijeron: " no que ya no hay cupo ya no hay cita para atenderte…me toco reclamar con otra señora de otra comunidad, me dijeron que venga tal día… como uno va ir a perder el viaje asi todo adolorido". (**Vanessa, comunidad Macedonia**)

O hay demora en la asignación de las citas, "cuando te la asignan no puedes llegar tarde porque no te atienden. Cuando fuimos a sacar la autorización había mucha gente y nos salió como el número cincuenta y nos ahí… nos quedaba como dos horas para que el bote fuera a venir. Ya dejamos eso y nos fuimos sin hacer eso. Y perdimos eso" (**Helena, comunidad Macedonia**).

Económicas

Tanto para Emma como para Helena la dificultad para el acceso a los servicios de salud depende de la situación económica, lo cual genera intranquilidad cada vez que deben asistir a la atención o control prenatal, por el hecho de tener que buscar este recurso para su traslado.

“A veces aquí no hay trabajo ¿cómo uno va a hacer las vueltas? Te dicen tal día baja, tal día saca la cita. A veces no tiene plata pa sacar cita, y cada rato hay que estar bajando, entonces difícil. Acá no hay trabajo, acá está muy difícil el trabajo (**Emma, comunidad Macedonia**)

“…a veces tengo tal cita, tal fecha y uno no tiene el dinero” (**Helena, comunidad Macedonia**)

Todas las gestantes, deben recurrir a medios de transporte fluvial para desplazarse hacia los servicios de salud, el dinero que cada una de ellas requiere es variable, según el que emplee: bote privado o bote comercial, la alimentación, y el transporte a emplear en el área urbana

“Imagínese que con $30.000 no da nada. Y los pasajes está $15.000 ida y vuelta. En chalupa. Ahora en bote de madera cuesta siete o ocho mil [pesos]. Si te bajas solamente con treinta [$30.000] te sobra solo $6.000 pesitos. Eso no alcanza.” (**Emma, comunidad Macedonia**).

“…económicamente no se pueden tener $60.000 pesos que vale la ida y la vuelta, en botecito, a pesar que mi papá hay veces que dice “no esta semana no voy”, me toca alistar 60.000 pesos pa´ los expresos que salen a las 7 casi pa´ las 8” (**Antonia, comunidad Macedonia**)

“…yo a veces yo lo que llevo lo gasto en pasajes. A veces yo no desayuno pues pa´ que alcance (**Emma, comunidad Macedonia**)

Estos recursos son proveídos principalmente por sus parejas o padres, adquiridos con dificultades a través de la venta de pescado, artesanías y de la venta de madera.

“…está (la pareja) rebuscándose pues para que bajemos ya…tener platica para todo, para los pañales más que todo los que le piden allá. Eso es que pienso pues… él (la pareja) se fue a pescar. (**Emma, comunidad Macedonia**)

“él (hijo) también nos ayuda acá… a pintar las artesanías, lo que hace mi esposo. (**Helena, comunidad Macedonia**)

Sin embargo, cuando no se logran conseguir los recursos económicos, se ve afectada la asistencia a la atención prenatal como lo describe el relato de Vanessa

“…por ejemplo, ayer tenía cita, pero como yo no tengo plata entonces no me fui al control, ¿con que plata uno va a ir a Leticia?, y no, no fui. Me tuvieron que llamar (el médico), que yo tengo que ir. Que, no sé qué pasara, corro riesgo el riesgo con ese embarazo con… a veces uno no tiene plata pa´ estar bajando”. (**Vanessa, comunidad Macedonia**)

Las gestantes manifiestan, de manera marcada, que el dinero empleado en traslados, alimentación, fotocopias, entre otros, durante las atenciones de salud, podrían ser invertidos en alimentos, elementos para el hogar, medicamentos e incluso en el cuidado de sus otros hijos.

“…pues en la comida más que todo, aquí pa los hijos de uno, pa a veces en el colegio que les piden útiles escolares algo así de pronto las cosa para mis hijos” (**Vanessa, comunidad Macedonia**)

“Pues yo lo utilizaría para comprar unos remedios para mi bebé. O sea, para mi hijo mayorcito. Compraría o sea una medicina preventiva porque uno no sabe que enfermedad pueda coger en cualquier momento. Y más que todo los niños pues que están expuestos a todo. Y El cambio de clima. Pues yo, en mi caso haría un pequeño botiquín. (**Cielo, comunidad Macedonia**)

Geográficas y transporte

Tanto la comunidad de Arara como Macedonia, se encuentran ubicadas en la ribera del río Amazonas, característica que también interfiere en las atenciones o controles prenatales. Las gestantes, relataron el recorrido que tienen que realizar para llegar a los servicios de salud, los cuales están alejados de sus residencias, ubicados en la zona urbana de Leticia.

Atraviesan diversos caminos para tomar el bote que las lleve hasta el municipio de Leticia. Este transporte tiene horarios específicos que las obliga a madrugar para poder desplazarse**:**

"… aquí los botes van los lunes y los viernes. Uno sale 2 de la mañana para estar llegando 5 de la mañana allá. Toca madrugar". (**Cielo, Macedonia**).

"Mañana sale el bote y llega allá a las siete. Aquí sale seis de la mañana y llega, a veces a la ocho. Porque a veces también llega tarde también al hospital… Sí porque el bote llega a las 8 y sale a las dos de la tarde… El bote sale martes y viernes". (**Fernanda, comunidad Arara**)

"…a veces yo me apuro, bueno... a veces yo me apuro para ir… salgo de aquí a las 3 de la mañana…Llego a Leticia a las 7… y yo me voy al hospital y siempre llego tarde a las 8…" (**Tatiana, comunidad Arara**)

La situación que refiere Tatiana, hace pensar en los riesgos de deambular en la madrugada para poder acceder al transporte fluvial. Los botes a los que hace referencia cielo, corresponden a botes de propiedad privada de personas de la misma comunidad, que los traslada en días y horarios específicos, y que la velocidad en la que se desplazan es baja, aproximadamente 12 kms/h sin ningún tipo de elemento y medidas de seguridad.

Las condiciones de transporte fluvial también se ven afectadas por condiciones climáticas, en las que, en tiempos de sequía, el río por el cual se desplazan en botes, se torna a aguas bajas, dificultando la navegación, aumentando la presencia de restos de árboles, y el contacto más cercano a islotes de arena los cuales deben ser esquivados para evitar accidentes, aumentando los tiempos de desplazamientos. Sumado a esto, las distancias para recorridos a pie se incrementan, tanto para tomar el bote, como para bajarse de él, y continuar con el recorrido en tierra.

"…en estas fechas demora más porque el río está bajo y el bote va con más cuidado y te deja en la isla. Te toca caminar y en mi estado… más nos demoramos. Y perdemos también la cita ***(Helena, comunidad Macedonia)***

Discusión

El explorar los determinantes sociales inmersos en el contexto y cotidianidad de las mujeres gestantes ribereñas del municipio de Leticia y cómo inciden en su participación en los servicios de salud; permite comprender el fenómeno de la inasistencia a las atenciones prenatales, la cual ha sido históricamente abordada desde la perspectiva de factores de riesgo. Esto es congruente con estudios previamente realizados frente a las causas de inasistencia a la atención o control prenatal generando hallazgos como los planteados en investigación en comunidades indígenas Arhuaca y Wayúu, donde reflejan que "las condiciones estructurales e históricas de desventaja de los indígenas en la sociedad, los ubican entre los más pobres y vulnerables por razones culturales, sociales, económicas y políticas, son causas del deterioro en sus condiciones de vida y de acceso a servicios, que impactan la salud de la población y explican algunas de las desigualdades entre la población indígena estudiada y la no indígena" (UNFPA, 2017)

El número de asistencia a las atenciones y controles prenatales encontradas en indígenas de Leticia, son menos de tres, y determinan una atención inadecuada, según los parámetros establecidos por el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS, en el que indica que las gestantes deben tener un mínimo de ocho controles prenatales, el primero a las 12 semanas de gestación, y las atenciones posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación. (OMS, 2019).

Este comportamiento bajo frente a la atención prenatal también se evidenció en estudio realizado en México, en el cual las mujeres ubicadas en zonas urbanas cuentan con mayor número atenciones en comparación con las mujeres de zonas rurales, y pese a que la morbilidad materna encontrada es superior en las mujeres de zonas urbanas, se podría pensar que el registro de morbilidad materna en mujeres de zonas rurales sufre una subestimación a causa de la baja asistencia a los servicios de salud (Heredia, 2013).

La presentación negativa de los DSS, estructurales e intermedios, influyen altamente en la no asistencia de las mujeres indígenas a la atención o control prenatal, y en población con ingresos elevados se muestra una mayor atención o control prenatal, en las que prácticamente todas las gestantes reciben como mínimo cuatro controles prenatales, parto institucional por profesionales de la salud y atención post natal (OMS,2019).

Las gestantes residentes del área rural, como las gestantes de la ribera del Río Amazonas, están predispuestas a la ausencia a los programas de control prenatal. Tanto para las mujeres indígenas del Amazonas colombiano, como para las arhuaccas y wayúu que se encuentran en asentamientos rurales dispersos, cuentan con deficientes vías de acceso al resto de los territorios,

generándose barreras geográficas hacia los servicios de salud tanto para los controles o atenciones prenatales, como para las urgencias. (UNFPA, 2017)

A su vez, en Colombia, se identificó que los factores económicos y geográficos agudizan el incumplimiento o no de las atenciones o controles prenatales. (Mejía, A. J., Jimenez, A. P., Siachoque, B. S, 2018)

La atención prenatal por personal calificado es considerada una buena práctica para disminuir los riesgos durante la gestación, otorga mayor posibilidad de mitigar dichas complicaciones y prevenir los desenlaces fatales en mujeres que padecen complicaciones potencialmente mortales. (OMS 2019).

Pese a que en la presente investigación no se exploró de manera directa la implementación de prácticas culturales al interior de los servicios de salud, se logró identificar a través de los relatos de las indígenas, la occidentalización total de los servicios de salud dirigida a población indígenas, como también se pudo reflejar que la interacción entre la prestación de los servicios en salud no son respetuosos en reconocer y valorar los saberes y prácticas culturales en salud, generando deslegitimación en los programas institucionales (UNFPA, 2017)

La dinámica familiar es favorable para el cuidado de las gestantes, al ser una red de apoyo fuerte, pero se ve afectada por los esfuerzos adicionales, sobre todo económicos, que deben realizar sus integrantes para que estas atenciones prenatales sean brindadas a la mujer en gestación. Tanto para las mujeres indígenas de Leticia, como para las arhuacas y wayúu no existe un vínculo laboral formal. La generación de ingresos para las arhuacas y wayúu proviene de la comercialización de artesanías y la alta dependencia económica en sus parejas (UNFPA,2017), mientras que, para las indígenas de Leticia este soporte económico proviene de sus parejas y de

otros integrantes de la familia, requiriendo que el trabajo sea intensificado a fin de generar mayores ingresos para cubrir los gastos necesarios para el acceso a servicios de salud.

Este trabajo familiar extra, hoy es normalizado pues todos tienen claro que deben reunir más aporte económico, ya sea aumentando y pauperizando el trabajo y en ocasiones no cubriendo la totalidad de los gastos del hogar. Así, el gasto de bolsillo aumenta y se convierte en un requisito al tratarse de la salud de la madre e hijo.

Esta situación es contraria a la normatividad nacional. La ley 1438 del 2011, insta a las aseguradoras de salud a garantizar los servicios de forma integral en los territorios, promoviendo de manera constante la salud de la población a través de la atención primaria en salud – APS. Específicamente se refiere a garantizar los servicios de salud, de acuerdo a: población y territorio a cargo, conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica, las particularidades culturales, raciales y de género; mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales. En estudio realizado con población indígena arhuaca y wayúu, refieren esta discrepancia entre lo normado y lo implementado, encontrando a la APS como un modelo fragmentado y segmentado, que limita la creación de rutas de atención que mitiguen las barreras en salud como las geográficas, culturales, económicas, administrativas y del sistema de salud. (UNFPA, 2017).

También, la importancia de la entrada en vigencia de la ruta de atención para población materno perinatal de obligatorio cumplimiento para todo el país marca la necesidad de su adaptación a los diferentes territorios y grupos poblacionales para atender de manera adecuada al

binomio madre e hijo, sin embargo, las comunidades indígenas no reflejan la integración de estas rutas como propia, afectado por las barreras y dificultades ya expresadas.

En la investigación si bien no se identificó pagos por los servicios de salud (cuota moderadora o copago por parte de las gestantes) coherente con lo que plantea el acuerdo 260 de 2004 (Ministerio de Salud, 2004), como aspecto que impide el acceso a la atención o control prenatal, si lo fue la insuficiencia de recursos económicos, propios o de su familia, para gastos que ellas consideran altos: transporte, alojamiento, alimentación durante las citas y papelería. Las mujeres plantean que estos recursos debían ser invertidos en otras necesidades de la familia.

Esta situación está alineada con lo reflejado por el Banco de la República, cuando afirma que las familias con condiciones económicas más bajas son los que mayor carga de gastos tienen para acceder a servicios de salud. También destacan que las causas que generan estos gastos de bolsillos van relacionadas con: el acceso, barreras legales, institucionales, económicas, y geográficas (Revista del Banco de la República, 2015).

En cuanto a la importancia, necesidad y querer de las mujeres frente a tener un control durante su gestación, se realizan esfuerzos para contar con cuidados de la medicina tradicional u occidental o de las dos en conjunto, sin representar articulación entre la medicina tradicional y la occidental. Esta situación se refleja contraria a lo evidenciado en la población indígena arhuaca, en la que las mujeres, esposos, familiares y comunidad en general rechazan la atención complementaria, debido a sus prácticas tradicionales arraigadas (UNFPA, 2017). Por el contrario, en el Amazonas Brasilero la actuación de las mujeres mayores y parteras munduruku son consideradas co adyuvantes de los profesionales de la salud occidental, con sus formas de

atención tradicional y la biomédica, engranándose como actores sociales potenciales para promover intercambios de saberes. Al mismo tiempo, las prácticas indígenas difieren de manera radical del paradigma biomédico y se perciben como necesarias para la salud del bebé y de la familia (Paiva, 2018).

La búsqueda de los controles o atenciones prenatales son guiados a través de la importancia de conservar la salud tanto propia como la del producto de la gestación y de las posibilidades que tengan para acceder a una u otra atención, sin necesidad de contar con aprobaciones de los sabedores culturales de sus comunidades indígenas, mientras que para las indígenas arhuacas, el mamo (sabedor), es quien guía sus cuidados durante la gestación, parto y puerperio, y es quien toma la decisión y otorga la autorización a la gestante para asistir a la atención o control prenatal, exámenes de laboratorios, uso de servicios de salud occidentales (UNFPA, 2017).

Colombia cuenta con políticas para la aplicación de enfoques interculturales en salud, los cuales deben ser implementados en todos los territorios con riqueza étnica a fin de generar “una comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones que hacen parte del sistema de salud para generar el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Por su parte, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018), resalta que los logros alcanzados frente a la salud materna se dan a través de la adecuación intercultural y fortalecimiento de los servicios dirigidos a las gestantes, exponiendo el ejemplo de la provincia de Churcampa, modelo de atención reconocido internacionalmente. En este caso fue necesaria la adecuación intercultural, iniciando con el fortalecimiento de los servicios de salud, a través de la construcción participativa del modelo de atención con enfoque intercultural que incluía diálogos

con las usuarias, capacitación y sensibilización al personal de la salud con relación a la interculturalidad, medicina tradicional, valoración de saberes tradicionales, derechos humanos, emergencias obstétricas y parto vertical.

Conclusiones y recomendaciones

Este estudio generó resultados relacionados con la marginación de la población indígena, específicamente mujeres, a la atención en salud durante el embarazo. Concretamente al evidenciar los DSS, situación economía, cultura, dinámica familiar, transporte y sistema de salud, que dificultan el acceso a la atención y control prenatal. Se determinaron de mayor influencia los Determinantes intermedios y la cultura como Determinante estructural.

Dinámica familiar

Se encontró que las familias de las mujeres gestantes, en la medida de sus posibilidades, constituyen una red de apoyo para proteger el embarazo: cuidándolas, aportando para su sostenimiento económico y para posibilitar su asistencia a la atención prenatal.

Saberes-creencias y prácticas culturales durante la gestación

Las mujeres gestantes son conocedoras de las prácticas a las que deben recurrir según sus necesidades, sus capacidades económicas y preferencias.

Es importante resaltar que, las prácticas culturales se mantienen como una interacción conjunta con la medicina occidental. Esta interacción es fundamental para armonizar los sistemas de salud occidental y tradicional y potencializar las acciones en salud.

Al contar con servicios de salud intercultural, se logra un mayor control del cuidado de las gestantes, ya que se interactuará de manera conjunta entre la medicina tradicional y occidental de

forma engranada siendo complementarias con el rigor que cada una merece, y a su vez brindará a las gestantes la confianza de una atención integral, permitiendo identificar de manera temprana cualquier tipo de alteración en la gestación que afecte la salud y vida de la madre y el feto.

Acceso a atención prenatal

Las gestantes indígenas están sensibilizadas frente a la importancia de la atención prenatal en la institucionalidad para llevar a buen término su embarazo. Lo que probablemente sea una ventaja que puede ser aprovechada por las aseguradoras para garantizar la salud del binomio madre e hijo y atender los lineamientos nacionales e internacionales en torno a la maternidad segura. Sin embargo, se presentan barreras de todo orden que influyen de manera determinante en la decisión de asistir o no.

La disposición de los servicios de salud, no se ajustan a las particularidades de la población indígena ribereña debido a poca flexibilidad en horarios, priorización para la atención de estas mujeres, y acercamiento de los servicios a las comunidades, expresado a través de las múltiples experiencias que reflejan la dificultad para la consecución de citas, la no prioridad de mujeres gestantes y las largas esperas que no coinciden con los cortos periodos que la población tiene disponible, entre la hora de llegada a las instalaciones de salud y la hora en que deben retornar a sus lugares de vivienda

La mayoría de las veces, las mujeres deben recorrer distancias de más de ocho horas para llegar al lugar de atención médica. Las dificultades se ahondan, dado que ellas provienen de zonas no municipalizadas. Esta situación se aleja de lo planteado en el Sistema de Salud colombiano, que explícita que el Estado debe garantizar el acceso eficaz y oportuno a estos servicios, previendo atenciones intramurales para el cubrimiento de la población que habita cerca

de la zona de atención. Del mismo modo se evidencia que se incumple con las atenciones extramurales, los cuales cada prestador de servicios de salud debe realizar bajo los servicios contratados por los aseguradores, periódicas lo que aumenta la frecuencia con que las gestantes tienen que trasladarse; evitando que puedan acceder al goce efectivo de la atención requerida. Estos servicios extramurales, deben garantizar la atención a los grupos marginados en las zonas periurbanas y rurales de los diferentes territorios, dando cuenta de que el departamento de Amazonas, como muchos otros del país, es rico en población indígena

Así, urge la implementación real y efectiva de la Atención Primaria en Salud─ APS─, que juega un papel importante en las zonas de difícil acceso y con población indígena; al ser una estrategia de coordinación intersectorial que favorece la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente. La APS está centrada en los individuos, las familias y las comunidades con el fin de favorecer el goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades, mediante la atención integral a la salud desde una perspectiva de determinantes sociales y económicos (Ley 1438 de 2011)

Las dificultades administrativas para acceder a la atención prenatal es una situación que no solo viven las gestantes ribereñas sino las mujeres de la zona urbana. Sin embargo, para las mujeres indígenas ribereñas mucho más porque comprende aspectos de diferente orden.

El gasto de bolsillo en salud no evidenció carga en las mujeres debido al aseguramiento en salud con el que cuentan, cubriendo atenciones en salud, servicios, medicamentos, procedimientos, sin embargo, cuentan con gastos conexos para el acceso a servicios de salud que se desprenden de las condiciones de ruralidad en la que se encuentran.

Lo planteado por el Ministerio de salud como ruta de atención materno perinatal resulta una utopía en estas comunidades, por lo que la construcción de nuevas estrategias que contemplen aspectos más allá de lo técnico y procedimental y la adaptación de dichos parámetros técnicos de la ruta en mención con los aspectos inherentes a los determinantes sociales identificados que contemple el contexto de la población, resalte los conocimientos tradicionales, y las dinámicas sociales y familiares y el acercamiento de los servicios de salud a los territorios apartados favorecería el cierre de inequidades en salud para este grupo poblacional.

Por ello, es de importancia relevante estudiar las poblaciones de los diferentes territorios indígenas de manera previa a la instauración de estrategias de salud, que favorezca el reconocimiento de estas poblaciones. Existen evidencias de intervenciones con proyecciones positivas frente a la mejora en el acceso a los servicios de salud de las poblaciones indígenas en las Américas, con mayoría de estudios disponibles con predominio de Canadá y EE.UU y una significativa brecha investigativa relacionada en América Latina y el Caribe. (Araujo, 2016)

Referencias

Acosta, Y. Segura, O. (2009). Indígenas gestantes en la ribera del río Amazonas, Colombia, 2009: conocimientos, actitudes y prácticas. Investigaciones Andinas. No. 22 Vol. 13 - 142 p. 142

Araujo, Miguel et al, (2016). Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 40, n. 5, pp. 371-381.

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana─ Profamilia, (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Banco de la República (2015). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Revista del Banco de la República de Colombia, 1051 (1), 35

Cáceres-Manrique, F., & Molina-Marín, G. (2010). Inequidades sociales en atención materna. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 61 (3), 231-238

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2017). Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y wayuu: Evidencias y propuestas de intervención.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018). Experiencias de salud materna intercultural salvan vidas en los andes peruanos. https://peru.unfpa.org/es/news/experiencias-de-salud-materna-intercultural-salvan-vidas-en-los-andes-peruanos

Gobernación de Amazonas (2019). Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Amazonas, página 22- 38

Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, Lozano R. (2013) Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. Salud Publica México (55) página 249-258.

Izcara, Simón. (2014) Manual de investigación cualitativa. Primera edición, página 24-26

Mejía, A. J., Jimenez, A. P., Siachoque, B. S. (2018). Factores económicos, socioculturales y geográficos que influyen en la adherencia al control prenatal en la gestante de un centro de salud de bucaramanga en el primer semestre de 2018, 23.

Ministerio de Salud, 1993. Resolución 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.” Bogotá, D.C. Colombia

Ministerio de Salud, 2004. Acuerdo 260 de 2004. “Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones

Ministerio de Salud y Protección Social, 2016. Sistema Integrado de Información de la Protección Social. http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis/

Ministerio de Salud y Protección social, (2017). Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social, (2018). Resolución 3280 de 2018, “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”

Monje, C. (2011) Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Pag. 117. Universidad Surcolombiana

Noreña-Herrera, C., Leyva-Flores, R., Palacio-Mejía, L. S., & Duarte-Gómez, M. B. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes Ethnic disparities in the use of reproductive health services by indigenous and African-descendant. Cad. Saúde Pública, 31(12), 2635-2648.

Paiva Dias-Scopel, Raquel, Scopel, Daniel, & Pardo Rojas, Mauricio. (2018). ¿Quiénes son las parteras munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas, Brasil. Desacatos, (58), 16-33.

Organización Mundial de la Salud, 1990. Salud Perinatal. Boletín del centro latino americano de perinatología y desarrollo humano. http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN%2010.pdf

OMS, 2003. Nuevo modelo de control prenatal. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf PAG 1

OMS, 2019. Centro de prensa. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (s.f.). Objetivos de Desarrollo Sostenible http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html#targets

Ramis Andalia, R. M., & Sotolongo Codina, P. L. (2009). Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud. Revista Cubana de Salud Pública, 35(4), 65-77.

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta médica peruana, 28(4), 237-241.