



Introducción

Según el censo DANE del año 2005, en Colombia los pueblos indígenas constituyen un poco más del 3,43% de la población nacional (1.378.884 personas), que de acuerdo con la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), están representados en 87 pueblos indígenas; éstos hacen parte de la diversidad étnica y cultural de Colombia configurando esta nación como pluriétnica y multicultural, según se asevera en el artículo séptimo de la Constitución Nacional de Colombia.

Con este reconocimiento, resultado de las luchas constantes de los pueblos indígenas de Colombia, se erigió una ruta dirigida a la búsqueda del reconocimiento real de los pueblos indígenas del país, donde se afirmaran sus derechos como pueblos con condiciones y características diferenciales.

Un punto central dentro de estos procesos de lucha social ejercidos por la población indígena, fue la exigencia por la recuperación del territorio, pues para estas comunidades éste abarca toda su configuración étnica y cultural, lo que incluye la salud. Si bien, es innegable que se han dado avances importantes en relación con la salud de las comunidades indígenas, aún se considera que hay un largo camino por recorrer.

Un tema que poco se ha tocado y que requiere abordaje de manera inmediata, es el que se relaciona con la salud sexual y reproductiva de estas poblaciones y a este respecto la maternidad indígena requiere de una mayor atención.

En Colombia, un análisis en mortalidad materna realizado por el Observatorio Nacional de Salud (ONS) que incluyó la estimación de las razones de mortalidad materna para el período 1998 a 2011, mostró que Cauca, La Guajira y Nariño, departamentos que concentran el 50% de la población indígena del país, conservaron durante todo el período, razones de mortalidad materna más altas que la razón estimada para el país.

Al tomar como fuente los casos de muerte materna notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) durante 2010-2013, se encontró que La Guajira y Cauca fueron los departamentos con mayor número de casos en población indígena con 57 y 28 casos, respectivamente, los cuales representan el 52% de los casos notificados al sistema para este grupo poblacional durante este período.

El objetivo de este estudio fue describir y avanzar en la comprensión de los elementos que configuran la relación entre madres indígenas Nasa y Misak y servicios de salud tradicional y occidental durante el cuidado del embarazo parto y puerperio, con el fin de realizar un aporte a la mejora de la salud materna de mujeres indígenas en el departamento del Cauca.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales, grupos focales con diferentes actores del sistema médico occidental y tradicional, así como con madres indígenas, esta recolección de información se acompañó de observación en campo. El muestreo fue por conveniencia. El trabajo se desarrolló con la participación de 100 representantes de la comunidad y 95 representantes de las instituciones de salud. Se trabajó con personal asistencial y administrativo occidental, funcionarios de las EPS y EPS-I, líderes y lideresas indígenas, funcionarios de las direcciones territoriales de salud (municipal y departamental), sabedores ancestrales parteras y médicos tradicionales) y mujeres indígenas gestantes.

El análisis se realizó siguiendo el modelo de construcción de sentido enunciado por Bonilla-Castro y Rodríguez (2005) se retomaron algunos supuestos de la teoría fundamentada, entre ellos la codificación abierta y la comparación constante entre los elementos analíticos, categorías y sub-categorías que emergieron del análisis de las diferentes fuentes y el análisis realizado por cada uno de los investigadores.

Resultados

Producto del análisis de los discursos de los participantes y retomando como eje orientador el concepto de sistemas médicos como sistemas culturales, los hallazgos de este estudio se organizaron en tres temas centrales: **principales nociones desde cada sistema médico; prácticas de atención y cuidado en el embarazo, parto y puerperio y la relación entre tratantes y tratadas.**

Nociones para los sistemas de salud

Sistema de Salud Indígena

Salud: la salud está ligada al cumplimiento de normas y reglas que determinan la relación del individuo con su familia, con su comunidad y con la naturaleza, que desde las comunidades indígenas, es percibido como armonía y equilibrio. Desde los pueblos indígenas Nasa y Misak, la salud se entiende como integral, como resultado de un conjunto de relaciones que van desde la esfera individual hasta la naturaleza misma, en un continuo proceso de relaciones causales; es decir, la salud se piensa desde el individuo, su familia, su comunidad, su pueblo y la naturaleza misma.

Enfermedad: desde los parámetros culturales de los pueblos Nasa y Misak la enfermedad se entiende como desequilibrio, como una desarmonía de los distintos componentes de la relación entre el individuo y su entorno, donde se incluyen la familia, la comunidad, el pueblo y la naturaleza. La ruptura de normas como la causa principal de la enfermedad se asocia a los diferentes momentos de la vida del “comunero”, por lo tanto desde que se nace hasta el momento en el que se muere la ritualidad y prácticas culturales hacen parte esencial de los procesos.

Muerte: la muerte, en primera instancia, es entendida como un tránsito, como un cambio, se percibe como algo que es parte de la vida misma, es el momento en el que los seres humanos pasan a otro espacio, desde este punto la muerte es vista como algo natural.

Maternidad: la maternidad está ligada a una normatividad cultural cotidiana y ritual que hace que esta etapa deba ser planeada desde el momento mismo de la decisión de tener un bebé. Este es uno de los puntos fundamentales dentro de la concepción de la maternidad indígena, pues la maternidad se entiende como una etapa más dentro del ciclo de vida de la mujer, de ahí que esta no se vea asociada al riesgo o al control del mismo, lo que se hace es seguir los pasos culturales necesarios para que esta etapa sea llevada de la mejor manera posible. Esto lleva a pensar que

la maternidad debe ser planeada, debe ser planificada.

La familia se planea, está pensada también en relación a la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas, de ahí que sea importante tener en cuenta aspectos como las fases de la luna, que influyen desde el momento mismo de la concepción y en el desarrollo futuro del bebé. Cuando se embaraza una mujer no lo hace solo ella ni su familia, también se embaraza la comunidad misma, el territorio, lo colectivo por lo tanto se hace necesario abordar estas diferentes esferas y no solo centrarse en la gestante sino también en los escenarios de relación que ella tiene.

Sistema de Salud Occidental

Salud: desde la cultura occidental la salud está dirigida, en gran medida, a la ausencia de enfermedad, en ese orden de ideas se puede pensar que la salud en este caso está pensada en función del individuo.

Enfermedad: la enfermedad está relacionada con factores biológicos intrínsecos a los individuos que de cierta forma influyen en la presencia de enfermedades. Este concepto tiene un alto componente físico a manera de explicación de la situación. Se explica principalmente desde las condiciones físicas o biológicas de los pacientes, lo que ha llevado a que no se tomen en cuenta factores de tipo social, cultural, económico, etc., al momento de la prevención de la enfermedad.

Muerte: la muerte es algo grave, algo que debe ser estudiado y en la medida de lo posible evitado o aplazado a toda costa, por tanto cuando hay muertes por situaciones o enfermedades que se encasillan en “mortalidad evitable” se genera un operativo para identificar las causas de esta muerte y en el futuro evitar situaciones similares. En este orden de ideas se podría decir que la muerte desde la cultura occidental es algo que se debe evitar, algo que es necesario postergar mediante los conocimientos médicos propios del sistema cultural occidental.

Maternidad: desde el sistema médico occidental la maternidad está explicada siguiendo los criterios que definen la salud y la enfermedad, asociando la maternidad principalmente al riesgo; la maternidad se plantea entonces como un estado de riesgo que debe ser asumido con la mayor precaución posible, pues de no hacerlo así puede desembocar en complicaciones para la madre y el bebé o incluso la muerte de los dos, la maternidad es algo que se concibe como individual centrado en la madre.

Practicas culturales del sistema indígena

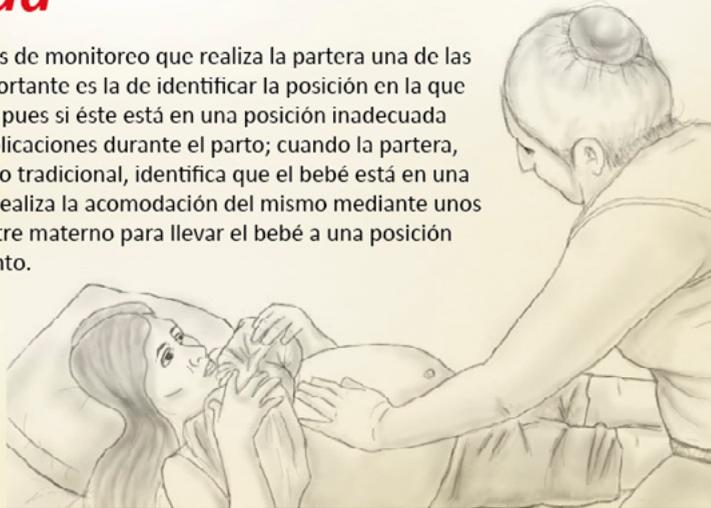


El Cuido

Las plantas cumplen una función central a la hora de armonizar o equilibrar las esferas de vida indígena y esto se ve claramente reflejado cuando se habla de “*el sucio*”, este término se relaciona con los fluidos corporales, principalmente a la sangre por esto cuando se habla del “*sucio*” se refieren a la menstruación o al momento del parto.

La sobada

Dentro de las prácticas de monitoreo que realiza la partera una de las más frecuentes e importante es la de identificar la posición en la que se encuentra el bebé, pues si éste está en una posición inadecuada puede significar complicaciones durante el parto; cuando la partera, desde su conocimiento tradicional, identifica que el bebé está en una posición inadecuada realiza la acomodación del mismo mediante unos masajes sobre el vientre materno para llevar el bebé a una posición ideal para su nacimiento.



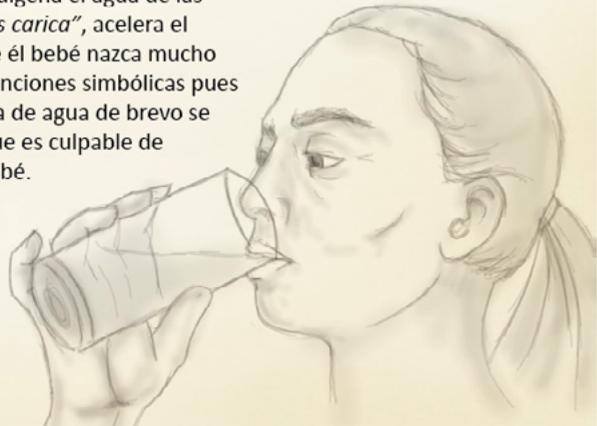
La comida caliente

Los alimentos adecuados para esta etapa de la vida de una mujer son los calientes, por sus características intrínsecas contribuyen al "buen llevar" del período de gestación y el posterior puerperio. Cabe mencionar que al referirse a los alimentos calientes no es debido a su estado térmico, lo caliente en un alimento es una propiedad intrínseca de los mismos que no se relaciona con su cocción, por ejemplo la papa guata (*Sechium Edule*) se considera un alimento caliente, pero la papa criolla o amarilla (*Solanum Phureja*) es considerada un alimento frío; igualmente se consideran calientes el toronjil (*Melissa Oficialis*), tomillo (*Thymus Vulgaris*), orégano (*Origanum Vullgare*) y la yerbabuena (*Mentha Spicata*).



El agua de brevo

Según la sabiduría ancestral indígena el agua de las hojas del árbol de brevo, "*Ficus carica*", acelera el trabajo de parto y permite que el bebé nazca mucho más rápido, además cumple funciones simbólicas pues mediante los baños y la ingesta de agua de brevo se saca el frío de la madre, frío que es culpable de enfermedades para ella y el bebé.



La siembra de la placenta



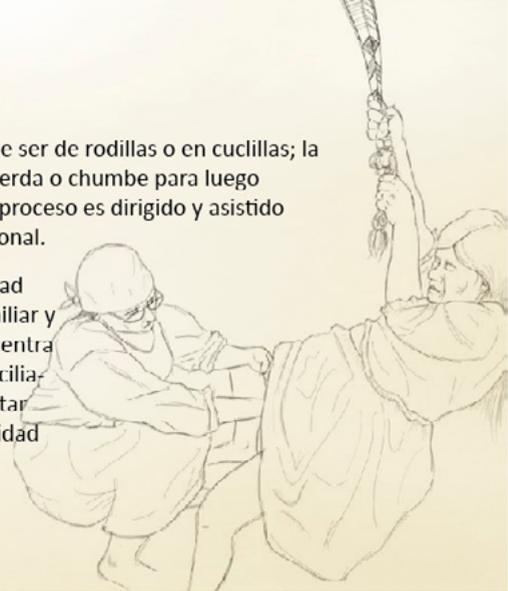
El sembrar la placenta se asocia a la siembra de la semilla, por el contrario enterrar no tiene la misma significación cultural. La siembra de la placenta tiene un significado muy profundo que está relacionado con el vínculo con la tierra, con el territorio y con la familia. Esta práctica consiste en tomar la placenta y sembrarla en algún lugar de la casa, en ocasiones indicado por el médico tradicional indígena. La siembra de la placenta permite prevenir enfermedades a la madre y al hijo, afianza el vínculo con el territorio y la familia y es responsabilidad de la familia de la materna.

Practicas

Parto vertical

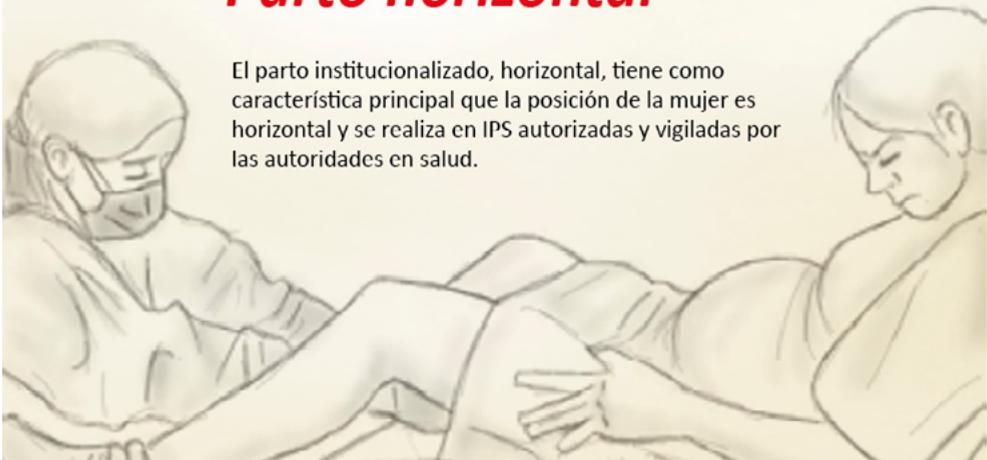
La mujer está perpendicular al suelo, puede ser de rodillas o en cuclillas; la mujer en esta posición se sujeta de una cuerda o chumbe para luego iniciar el trabajo de parto. En general este proceso es dirigido y asistido por una partera o partero y médico tradicional.

Desde la concepción indígena, la maternidad trasciende lo individual y toma un aire familiar y colectivo que en el parto domiciliario encuentra su mayor expresión, pues es el parto domiciliario el lugar donde realmente se puede contar con la cercanía de la familia y de la comunidad misma.



Parto horizontal

El parto institucionalizado, horizontal, tiene como característica principal que la posición de la mujer es horizontal y se realiza en IPS autorizadas y vigiladas por las autoridades en salud.



Percepciones

Si bien, en este proceso intervinieron factores de diversa índole, este estudio retomó, además de las concepciones ya abordadas; algunas nociones acerca de la transmisión y validación de los conocimientos y saberes propios de los tratantes de cada sistema médico. Asimismo, se intentó realizar un acercamiento hacia las percepciones que tratantes y tratadas construyen a partir de la experiencia; así como los elementos que mediaron en la relación de los mismos y que respondieron no sólo al ámbito de lo individual o lo relacional, sino a otras dimensiones, entre ellas, las características territoriales, institucionales o las condiciones de vida de las madres indígenas.

Recomendaciones

1

Propiciar espacios formales de diálogo e intercambio de experiencias entre los tratantes de cada sistema con la mediación de las autoridades de salud, en este caso, la Secretaría Departamental de Salud y el Consejo Regional Indígena del Cauca, con el propósito de promover un dialogo horizontal de saberes entre los sistemas médicos que co-existen en el departamento del Cauca que permita el reconocimiento y entendimiento de las lógicas de acción de cada sistema y favorezca la salud materna de las mujeres indígenas. Estos espacios deben ser entendidos como un proceso y como tal no se pueden esperar resultados inmediatos.

2

Intercambiar experiencias en relación con la atención del parto, con países como Perú y Bolivia, que permitan la formulación y desarrollo de estrategias que den solución a los principales puntos de tensión entre los dos sistemas médicos en relación con al tema. No queriendo decir que se deben copiar modelos externos, por el contrario, se propone la búsqueda de soluciones asociadas al contexto particular caucano, pero aprovechando los avances y experiencias que se han presentado en regiones con condiciones económicas y sociales similares.

3

Incluir dentro de los programas académicos de ciencias de la salud temas como el de interculturalidad y enfoque diferencial, con el propósito que los profesionales de la salud que trabajen con poblaciones indígenas o grupos étnicos, tengan elementos prácticos y conceptuales para lograr un dialogo horizontal de saberes.

4

Organizar y fortalecer periódicamente desde el nivel departamental y nacional, capacitaciones dirigidas a personal asistencial y administrativo del sistema occidental, en temas relacionados con enfoque diferencial, interculturalidad, normatividad y otros. Además, vincular profesionales sociales directamente a los procesos de capacitación y a indígenas con experiencia o capacitación en el tema.

5

Socializar los avances en torno a los procesos desarrollados por el Consejo Regional Indígena del Cauca en relación con fortalecimiento de la salud propia e intercultural, materializada, en alguna medida, en la propuesta del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural para que se logre familiaridad y reflexión en torno a los elementos planteados dentro de la propuesta.

6

Avanzar en el logro de sinergias entre diferentes niveles y actores de los sistemas de salud, mediante el diálogo de voluntades que se expresan en el terreno de lo individual, lo institucional y lo estatal: a nivel individual personas con el grado de apertura y comprensión de otras formas de entender la salud, la maternidad, la enfermedad y la muerte, a nivel institucional contar con procesos que faciliten el encuentro y enriquecimiento entre ambos sistemas reconociendo los límites y bondades de cada uno de ellos y que actúen en sinergia con el compromiso del Estado en un doble sentido, la garantía a los pueblos indígenas de los medios necesarios para organizar e implementar servicios de salud acordes con su cosmovisión y con el cumplimiento de la normatividad nacional existente en el tema.

7

Replantear los procesos de construcción de protocolos de atención en salud, programas de salud pública, procesos de vigilancia y control de los servicios de salud, así como en vigilancia epidemiológica con el fin de que se procure una adecuación al contexto y la cultura de estas comunidades. Lo anterior, parte del reconocimiento de otras formas de entender y cuidar la salud materna, que de paso a procesos de discusión y participación efectiva de la comunidad en la formulación de estas directrices nacionales.



ons

observatorio nacional de salud

Avenida Calle 26 No. 51-20 CAN
Telefono: 57 (1) 2207700 extensión 1389
Bogotá D.C. Colombia

