Instituto Nacional de Salud

ONS observatorio nacional de salud

Salud Materna Indígena en Mujeres Nasa y Misak del Cauca

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Catalogación Bibliográfica:

Observatorio Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del departamento del Cauca. Carlos Andrés Castañeda Orjuela, director ONS. Bogotá: INS, 2015. 101p.

1.- BIENESTAR MATERNO
2.- SALUD DE POBLACIONES INDIGENAS
3.- POBLACION INDIGENA
4.- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
5.- DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

I.- Castañeda Orjuela, Carlos Andrés II.- Ministerio de Salud y Protección Social. III.- Instituto Nacional de Salud

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CLAUDIA MILENA CUÉLLAR SEGURA
Directora de Epidemiología y Demografía

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General INS

ESPERANZA MARTÍNEZ GARZON
Secretaria General (E)

OFICINA DE COMUNICACIONES INS

ONS observatorio nacional de salud

CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA
Director Observatorio Nacional de Salud

Carlos Andrés Castañeda Orjuela
Director Técnico Observatorio Nacional de Salud

Equipo de trabajo

Paula Tatiana Castillo Santana
Elkin Daniel Vallejo Rodriguez
Andrea Rodríguez Pava
Karol Patricia Cotes Cantillo

Equipo de apoyo

Johanna Quintero
Karen Daniela Daza Vargas
Gimena Leiton Arteaga

Clara Lucia Delgado Murillo
Edición ONS
Kevin Jonathan Torres Castillo
Diagramación, diseño e ilustraciones de portada y separadores
ONS

Direcciones Instituto Nacional de Salud
Mancel Enrique Martínez
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
Mauricio Beltrán Durán
Dirección de Redes en Salud Pública
Pablo Enrique Chaparro Narváez
Dirección de Investigación (E)
Martha Lucia Ospina
Dirección de Producción (E)

ISSN: 2346-3325

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca. (Pag) Bogotá, D.C., 2015.

Todos los derechos reservados. El Observatorio Nacional de Salud autoriza la reproducción y difusión del material contenido en esta publicación para fines educativos y otros fines NO comerciales, sin previa autorización escrita de los titulares del/los titulares de los derechos de autor, especificando claramente la fuente. El Observatorio Nacional de Salud prohíbe la reproducción del material contenido en esta publicación para venta, reventa u otros fines comerciales, sin previa autorización escrita del/los titulares de los derechos de autor. Estas solicitudes deben dirigirse al Observatorio Nacional de Salud-ONS, Avenida calle 26 No.51-20, bloque B oficina 208 o al correo electrónico ons@ins.gov.co.

Paula Tatiana Castillo Santana: diseño general de la propuesta, las herramientas, recolección de información, el análisis de las entrevistas y la elaboración del documento final.

Elkin Daniel Vallejo Rodríguez: diseño de herramientas, recolección de información y análisis de las entrevistas y la elaboración del documento final.

Andrea Rodríguez Pava: participación en el diseño general de la propuesta, las herramientas y la recolección de la información.

Karol Patricia Cotes Cantillo: diseño general de la propuesta, revisión crítica de la metodología y los resultados.

Todos los derechos reservados ©
Colombia, Marzo 2016
ONS © 2016

Agradecemos a:

***Esther Liliana Cuevas** y al grupo de **Maternidad Segura** del Instituto Nacional de Salud por su apoyo y aportes valiosos para el desarrollo de la investigación.*

Y por el apoyo logístico, la participación en el desarrollo de esta investigación y la disposición constante:

Secretaría Departamental de Salud del Cauca; Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC); Secretarias Municipales de Salud de Toribío, Páez, Inzá, Silvia y El Tambo; EPS-I ACIN; EPS-I Mallamas; ESE Tierradentro; IPS-I Nasa Cxha Cxha; IPS-I Juan Tama; Hospital Mama Dominga; ESE Centro Uno; IPS-I Totoguampa; ESE Hospital El Tambo; ESE Cxayu'ce Jxut; IPS-I ACIN; Hospital Universitario San José de Popayán; Clínica La Estancia; ESE Susana López.

Introducción

Según el censo DANE del año 2005, en Colombia los pueblos indígenas constituyen un poco más del 3,43% de la población nacional, 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.

La ONIC, como organización que representa un gran número de pueblos indígenas de Colombia es resultado de las luchas que se desarrollaron en el departamento del Cauca en la década de los setentas del Siglo XX, luchas que tuvieron como principal representante al Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) y a las comunidades **Nasa** y **Misak**. Un punto central dentro de estos procesos 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.

El Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) es el resultado de luchas y negociaciones constantes de las comunidades indígenas con el Gobierno Nacional. 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. Dentro de este proceso, un punto 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 (1) y a este respecto la maternidad indígena requiere de una mayor atención.

Teniendo en cuenta que los sistemas médicos están permeados por la cultura de cada sociedad (2), se parte de la idea de ver como el sistema médico indígena, al igual que el sistema médico occidental, se pueden considerar como sistemas culturales donde se presenta una relación de dos sistemas que conviven en tiempo y espacio y por tanto la necesidad de introducir a la ecuación la interculturalidad como elemento central, que permita la relación de los dos sistemas. La interculturalidad que aquí se plantea está enmarcada en la denominada *interculturalidad crítica* (3).

En Colombia, pese a los avances normativos existentes la vulneración a los derechos de los pueblos indígenas representa una situación crítica, especialmente en aquellas regiones donde el conflicto armado, el reclutamiento, la violencia sexual y el desplazamiento forzado, cuestionan su pervivencia

física y cultural (4). Asimismo, las condiciones sociales y económicas desfavorables, que se reflejan en acceso deficiente al agua potable, saneamiento básico, bajo nivel educativo, contaminación de fuentes hídricas, entre otras; redundan de manera negativa en la salud de los pueblos originarios del país (5).

Uno de los principales problemas de salud de los pueblos indígenas son las enfermedades carenciales. Así, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Nutricional 2010 (ENSIN), la proporción de mujeres con anemia entre los 13 y 49 años fue 9,9% en indígenas, 13.0% en afrodescendientes y 6,8% en mujeres pertenecientes a otras etnias. A su vez, la prevalencia de anemia por hierro en mujeres de 13 a 49 años fue más alta entre mujeres indígenas (21,9%) en comparación con mujeres del grupo "*otros*" (16,7%) con diferencias significativas (6).

Toribío, municipio del Cauca que se caracteriza por ser predominantemente indígena (96%) (7), reportó que en el año 2010, el 30% de las gestantes registradas en el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) se encontraban con bajo peso para su edad gestacional. La ENSIN 2010, por su parte refirió que la proporción de mujeres que presentaban bajo peso para la edad gestacional a nivel nacional era del 16,2% [1] (6) Pese a las limitaciones asociadas a la certificación y registro de las defunciones maternas en pueblos indígenas, debida, entre otras razones, a su ubicación en zonas rurales de alta dispersión y difícil acceso; es un hecho reconocido por varios países de América que la mortalidad materna presenta niveles superiores en la población indígena (8, 9).

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. Asimismo, La Guajira y Cauca se ubicaron para el 2011 entre los diez departamentos del país con mayores razones de mortalidad materna, con 165,7 y 160,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente (10).

Al estimar las razones de mortalidad materna durante el año 2012, se encontró que departamentos como La Guajira (135,8 muertes por 100.000 nacidos vivos) y Cauca (113,1 muertes por 100.000 nacidos vivos) continúan registrando razones de mortalidad materna más altas que la razón estimada para el país (65,6 muertes por 100.000 nacidos vivos), ocupando el cuarto y sexto lugar entre los departamentos con mayores razones de mortalidad materna.

En esta misma línea, el perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia, en un análisis comparativo sobre las causas de mortalidad en población indígena y no indígena en el grupo de edad de 15 a 44 años, para el 2009, encontró que eventos relacionados con el embarazo, parto y puerperio representaban la cuarta causa de muerte en población indígena con una proporción de 6,15%; mientras que la proporción de muertes en población no indígena atribuidas a esta misma causa fue de 1,23% (5).

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.

De otro lado, para el departamento del Cauca la proporción de casos notificados al Sivigila durante los años 2010 a 2013 por pertenencia étnica, reportó que el 37% de las muertes maternas se presentaron en mujeres indígenas (28 casos), el 20% (15 casos) en población negra, mulata o afrocolombiana, el 39% (30 casos) en el grupo "otros", mientras que las poblaciones ROM, raizal y palenquero reportaron un caso cada uno durante el período.
Al interior del departamento se encontró que en 13 municipios las muertes maternas registradas se presentaron en su totalidad en población indígena, con un número de casos

1. No obstante estas diferencias deberían ser leídas con cautela teniendo en cuenta los puntos de corte de las clasificaciones utilizadas para valorar el bajo peso gestacional.

más alto en Caldono (cinco casos), seguido por Páez y Silvia (cuatro casos). Por su parte, Inzá presentó durante este período un total de dos casos, ninguno en población indígena; mientras que municipios como Toribío que se caracterizan por tener casi el 100% de su población indígena, reportaron durante estos cuatro años una muerte materna, en una mujer con pertenencia étnica *"otros"*.

Con base en lo anterior,

El objetivo de este estudio fue describir y avanzar en la compresión 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.

Este documento está divido en seis partes: *la introducción* en la que se incluye un estado del arte y algunos elementos conceptuales; seguida por *los aspectos metodológicos* en los que se presentan las técnicas de recolección y análisis de información. Posteriormente, se muestran *los resultados*, que están divididos en tres partes con subtemas, creando una secuencia lógica que permite al lector identificar las descripciones y relaciones que se presentan a lo largo del texto.

Dentro de *los resultados*, se presentan en primera instancia algunos conceptos básicos de cada uno de los sistema médicos (occidental y tradicional indígena); posteriormente se abordan, de manera descriptiva, las principales prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y dieta desde cada sistema médico, evidenciando las percepciones que desde cada sistema se tienen sobre las prácticas y modos del otro sistema. Además, se hace énfasis en el momento del parto como el punto donde se expresan las tensiones entre los dos sistemas, sus prácticas y quienes las ejercen.

Se indican además algunos aspectos que enmarcan la relación entre tratantes y tratadas, principalmente cuando el tratante es occidental y la tratada es indígena; de la misma forma se realizan descripciones sobre elementos relacionados al contexto, evidenciando los avances que en materia de interculturalidad se han dado en el departamento. Finalmente se presenta *la discusión*, las conclusiones y algunas recomendaciones dirigidas a los niveles locales, departamentales y nacionales.

*Algunos estudios de salud materna en **pueblos indígenas** de Colombia*

La investigación en salud materna de los pueblos indígenas, durante los últimos 15 años en el país, ha incluido la publicación de estudios demográficos, cualitativos y en menor medida descriptivos. Los estudios sociodemográficos dan cuenta del comportamiento reproductivo de diferentes pueblos indígenas a través de indicadores que miden la fecundidad, la presión y la intensidad reproductiva; utilizando como fuente la historia reproductiva, un instrumento demográfico que incluye ítems relacionados con la edad de la primera unión conyugal, la edad de inicio de las gestaciones y partos, lactancia materna, uso de anticonceptivos, entre otros. Dichos estudios concuerdan en la existencia de diferencias entre grupos étnicos y comunidades, lo que dificulta cualquier tarea de comparación en función de estos indicadores.

El uso de las metodologías cualitativas, principalmente de tipo etnográfico, buscó describir las prácticas de cuidado de mujeres indígenas durante la gestación y el parto, la experiencia con servicios de salud intercultural y los cambios en la percepción de la maternidad en diferentes cohortes generacionales.

De modo general, pese a las particularidades culturales manifiestas por cada grupo, es posible identificar algunas similitudes en la forma de concebir la maternidad, principalmente como un elemento determinante de ser mujer.

Así, un estudio conducido entre 2008 y 2009, en los resguardos indígenas **Nasa y Guambiano** de los municipios de Toribío, Jambaló, Inzá, Páez, Caldono y Silvia en el Cauca concluyó que para los **Nasa** una mujer es primero esposa y madre, por lo que su capacidad de engendrar vida es un requisito puesto a prueba en el amaño, período previo de convivencia de la pareja antes de la consolidación de la unión (11).

Otro estudio en los **Emberas** de Antioquia encontró que la maternidad es comprendida como un medio para la continuidad étnica, por lo que ésta no se restringe a su función biológica, sino que es a través de ella que transita la reproducción social y cultural de los pueblos originarios (12).

La pervivencia cultural y física de los pueblos indígenas se plantea entonces como un imperativo, que se reafirma, especialmente, ante la presencia de amenazas externas que ponen en riesgo su permanencia. Tal es el caso de los **Nasa** en el Cauca, quienes por su ubicación en territorios cercados por el ataque frecuente de grupos armados, entienden la reproducción como un objetivo y se oponen radicalmente al aborto (11). En la misma medida, la anticoncepción va en contravía del ideal de reproducir al grupo por lo que su práctica es expuesta a la sanción social, ejemplo de ello son los **Embera Dobida** del Atrato Medio Antioqueño y los **Chamibida** del municipio de Segovia (12).

Sin embargo, es posible hallar diferencias entre pueblos indígenas, encontrando mujeres procedentes de algunos grupos quienes de modo paulatino han comenzado a hacer uso de métodos anticonceptivos, pese a reconocer su poca validación al interior de las comunidades, así lo reflejó un estudio cuyo objetivo era caracterizar la fecundidad en las mujeres **Embera Camibida** de Cristianía, conducido en Antioquia durante el año 2000, el cual señaló que los métodos anticonceptivos occidentales como los anovulatorios orales y parenterales y el dispositivo intrauterino, son conocidos y usados por algunas de ellas (13).

Otros estudios del comportamiento reproductivo de mujeres indígenas han reseñado cómo la sexualidad aparece unida a la reproducción, y está última con la "*entrada en unión*" o el "*tener marido*"; siendo frecuentes los embarazos a temprana edad, los cuáles al ser evaluados desde parámetros occidentales podrían ser considerados como embarazos adolescentes. Ejemplo de ello, son las mujeres **U'wa** localizadas en el municipio de Cubará en Boyacá, quienes de acuerdo a los resultados de un estudio realizado en 115 mujeres de 10 años y más, entre 2003 y 2006, tuvieron su primer hijo antes de los 20 años, en una proporción equivalente al 71,5% (14).

Los embarazos a temprana edad, la ausencia de planeación de los mismos y un menor uso de métodos anticonceptivos han sido considerados por algunos estudios como factores que conducen a una alta presión reproductiva, encontrando como una constante el que las mujeres indígenas pasan gran parte de su vida entre períodos de gestación y lactancia. De este modo, casi la mitad la mujeres **U'wa** que participaron en el estudio citado han estado el 60% de su vida reproductiva en estado de embarazo o lactancia (14).

Por su parte, el 68% de las mujeres **Embera eyabida** y el 73% de las mujeres **Zenúes** tenían intervalos intergenésicos menores a 24 meses (tiempo mínimo estimado como necesario para la recuperación de la madre antes de iniciar un nuevo embarazo), de acuerdo con un estudio realizado en 211 mujeres entre los 15 y 49 años, pertenecientes a tres etnias de Antioquia, publicado en 2001. A su vez, este estudio reportó que cerca del 64% de las mujeres **Embera eyabida** y el 55% de las **Zenúes** llegarían a ser abuelas alrededor de los 33 años, período durante el que deberían ejercer además de su rol de madre, el de abuela con una importante implicación en la reproducción ideológica y cultural (12).

Cauca y La Guajira notificaron el mayor numero de muertes maternas entre 2010 y 2013 con 28 y 57 casos respectivamente

Fuente: Sivigila

Un estudio publicado en 2014 realizado en la comunidad **Embera Eyabida** de Nusidó con mujeres entre los 10 y 61 años, encontró que coexistía la tendencia a mantener la edad

promedio de la entrada en unión (siendo 14,4 años), con cambios en la vivencia de la sexualidad en las mujeres, donde el inicio de las relaciones sexuales apareció desligado de la procreación y la consolidación de la unión en pareja (15). En esta misma línea, un estudio que buscaba develar posibles transformaciones en la vivencia de la maternidad entre **los Nasa y los Misak**, concluyó, sin negar la presencia de cambios en la forma de asumir la sexualidad y la maternidad en mujeres de mayor edad, que éstos devienen esencialmente en parejas menores de 30 años, siendo más frecuentes en parejas con mayor escolaridad (11).

Es así como, de acuerdo a lo referido por el estudio llevado a cabo en mujeres **Chambidia** de Cristianía en Antioquia, un aumento en la edad mínima y máxima para la unión en pareja, junto con una disminución del 50% entre los años noventa y 2000 de mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 15 años estaba relacionado con el hecho de que este subgrupo étnico exhibía un mayor acceso a la educación formal en comparación con mujeres pertenecientes a otros subgrupos **Embera** de Antioquia, así mientras que la proporción de mujeres sin escolaridad en los **Chambida** de Cristianía en el año 2000 fue de 35,5%; en mujeres de otros subgrupos **Embera** éste fue de 84,9% (13).

Otras de las razones aludidas frente a estas transformaciones remiten a la participación cada vez más amplia de las mujeres en procesos de organización social, alcanzando posiciones de liderazgo a nivel regional, así como pertenecer a comunidades más permeables a los valores occidentales referentes a la maternidad y la sexualidad. Dichas realidades pueden reflejarse en proyectos de vida que dan paso a la vivencia de relaciones de pareja como el noviazgo o el privilegiar el desarrollo personal y la autonomía, a través del logro educativo, por encima de la maternidad y la unión en pareja.

Sin embargo, el que en algunos grupos persista la idea de la maternidad y lo privado como único espacio posible para la mujer, las transformaciones ya narradas dan cuenta de la diversidad interétnica, razón por la cual no es posible hablar de patrones generalizados entre grupos étnicos ni al interior de los mismos. Esta dualidad desde lo individual es vivida como un conflicto interno, pues implica decidir entre continuar con los proyectos personales, incluso, en dirección opuesta a los mandatos culturales sobre la reproducción étnica (11, 12).

En la misma medida que el comportamiento reproductivo obedece a ciertas pautas socioculturales, las prácticas de cuidado durante el embarazo y el parto están demarcadas por patrones culturales, que de no ser cumplidos pueden acarrear complicaciones y enfermedades tanto para la madre como para el niño. Un estudio cualitativo realizado con mujeres de las comunidades **Embera y Wounaan** en el departamento del Chocó durante los años 2012 y 2013 identificó que la manipulación, preparación y consumo de alimentos durante la gestación puede influir en ciertas características físicas del bebé o afectar su sobrevivencia, por ejemplo se consideró que el no cumplimiento de algunos antojos puede conducir a un aborto (16).

A su vez, la confianza puesta en la medicina tradicional y el ambiente de seguridad sentido por las mujeres **Nasa** en su hogar, las hace preferir el parto en su domicilio sobre la posibilidad de un parto hospitalario (17). La partería como un conjunto de saberes que hace parte del entramado cultural transmitido por generaciones, goza de gran prestigio entre los pueblos indígenas como la principal institución para el mantenimiento de la salud de la madre durante la gestación y el parto. No obstante, la frecuencia y las razones por las que una mujer acude a la partera parecen mostrar variaciones entre los diferentes pueblos indígenas. Por ejemplo, las **Embera y las Wounaan** consultan cada vez que advierten alguna molestia o antes del parto, mientras que las mujeres **Zenúes** asisten de manera mensual para acomodar al niño, conocer su estado de salud o el del bebé y atender el parto (16).

Para el caso de los **Nasa** ubicados en el municipio de Toribío, el *The Wala* como principal agente a cargo del bienestar espiritual de la madre durante el embarazo, es quien, junto con la partera y los promotores de salud, recomienda asistir a la medicina occidental, cuando la medicina tradicional no es suficiente para aliviar las dolencias por las que se les

consulta. Así, lo reveló un estudio cualitativo realizado en el municipio de Toribío cuyo objetivo fue analizar la atención intercultural en salud con un grupo de gestantes entre los años 2008 y 2009. Otras razones para la no asistencia a los servicios de salud occidental, encontradas en este estudio, reposan en una valoración negativa que las madres realizan de los mismos, sobre la base de prácticas que implican quebrantar la privacidad al exponer su cuerpo, el desconocimiento de los médicos occidentales sobre los cuidados culturales asociados al parto, el uso de un idioma diferente a su lengua nativa o la falta de calidez en el trato brindado durante la atención (17).

Estudios realizados con mujeres **Embera** en Antioquia y Chocó rescataron cómo la decisión de acudir a la medicina occidental es ajena a la mujer y depende de las jerarquías de poder existentes entre géneros.

La participación de mujeres en procesos de organización social es cada vez mas amplia, alcanzando posiciones de liderazgo a nivel regional

Pese a la indicación de la partera sobre la conveniencia de consultar la medicina occidental y la mediación del Gobernador Indígena, es finalmente la pareja o en su ausencia, un hombre de la familia quien está facultado para tomar la decisión (16). Muestra de ello también son los hallazgos de un estudio conducido en los **Embera Chamibida** de Antioquia, el que dejó ver cómo la adherencia a métodos de planificación familiar por parte de las mujeres, pasa primero por el consentimiento del hombre (13). A lo anterior se adicionaron algunos elementos estructurales que impidieron la asistencia a los servicios de salud occidental, como la presencia de grupos armados ilegales, las distancias geográficas, la topografía de ciertas regiones, la falta de recursos físicos y humanos en los puestos de salud, entre otros (17, 18).

De otro lado, dos estudios de tipo descriptivo, realizado el primero, con gestantes indígenas pertenecientes a 19 comunidades indígenas de la zona rural en la ribera del Río Amazonas en Leticia, y el segundo con mujeres indígenas de Riosucio Antioquia, orientados desde una perspectiva de riesgo, tenían como propósito identificar factores de riesgo durante el embarazo, y mostrar la asociación entre el estado nutricional de la gestante y el peso de los recién nacidos, respectivamente. Dichos estudios reconocieron la limitación del enfoque empleado a la hora de entender la complejidad de aquellos eventos considerados como "*riesgos*", lo que derivó, según estos documentos, en una lectura de los mismos y en la formulación de recomendaciones, descontextualizadas de las normas y prácticas culturales de los pueblos indígenas, tales como reducir el embarazo adolescente o usar métodos de planificación inmediatamente después del parto (18, 19).

Por último, a diferencia de las recomendaciones trazadas por los dos estudios anteriores, fue posible identificar propuestas que rescataban el fortalecimiento del liderazgo de las comunidades indígenas, en la formulación de modelos de atención en salud con pertinencia cultural, basados en el diálogo horizontal de saberes entre la medicina tradicional y la occidental con el propósito de proteger la salud de los pueblos originarios (17).

1 Marco Conceptual

1.1. Sistema médico como sistema cultural

Llegar a una definición del concepto de cultura parece algo imposible, pues desde diversas corrientes teóricas y epistemológicas se han asociado significados particulares a este concepto; aun así existen algunas definiciones que son aceptadas ampliamente y se han utilizado en diversos estudios e investigaciones para situarse en un marco conceptual, necesario a la hora de realizar el análisis. Una de estas definiciones es la propuesta por el antropólogo estadounidense Cliford Geertz, quien concibe a la cultura como *"estructuras de significación socialmente establecidas, en virtud de las cuales los individuos hacemos cosas, percibimos cosas y reaccionamos a ellas"* (20).

Esta definición tiene un complemento propuesto desde los estudios culturales, principalmente desde Stward Hall quien plantea que las estructuras de significación, propuestas por Geertz, efectivamente están expresadas en diferentes componentes de la cultura, los que actúan al interior de las comunidades como factores de cohesión, estos factores (textos, representaciones, imaginarios, memorias, identidades, patrones culturales y políticas) componen las culturas, es decir según estos factores se identifican diferentes formas de cultura, diferentes maneras de ver, entender y relacionarse con el mundo.

Reconocer que la cultura no es una realidad exclusiva y excluyente de las sociedades denominadas occidentales, presupone no solo el reconocimiento de otras culturas, sino también verlas en igualdad de condiciones. Dentro de cada cultura existen diversos sistemas de explicación y relación con el mundo, uno de estos es el que aborda la salud y la enfermedad y los procesos terapéuticos asociados a esta dicotomía, en este sentido se podría aseverar que existen diversos sistemas médicos producto de la cultura de cada sociedad, por tanto estos son construidos a través de la búsqueda de como explicar las experiencias de dolor, salud, enfermedad y sufrimiento (20) por lo que en últimas los sistemas médicos, entendidos como sistemas culturales, están conformados por todas las nociones referentes a salud incluidos *"los conocimientos sobre el origen, causas y tratamiento de las enfermedades, técnicas terapéuticas, los practicantes de estas y sus roles"* (2).

Cada cultura tiene un sistema médico, y la cultura occidental no es la excepción, pues su sistema médico *"refleja la epistemología de la ciencia positivista, que le permite objetivar al paciente centrándose en la percepción fisiológica y estructural de la enfermedad, que prima sobre los contextos socioculturales y ambientales de los individuos"* (20). El sistema médico occidental o en palabras de Parra, *sistema médico moderno*, difiere de los sistemas médicos tradicionales, pues estos tienen bases diferentes.

Entender los sistemas médicos como sistemas culturales supone entenderlos como resultado de procesos culturales intrínsecos diferentes pero que conviven en un espacio de relaciones interculturales que se expresan de manera cotidiana y están mediados por relaciones de poder y subordinación: *"Las relaciones interculturales médicas se establecerían a partir de una "negación postergada", que es otra forma de dominación social de un sistema cultural médico sobre otro"* (20), situación que podría asociarse a *"ignorancia o negación de la eficacia de los sistemas médicos tradicionales"* que tiene como cimiento un evidente etnocentrismo que se expresa en la necesidad de buscar evaluar y validar.

Finalmente se deja claro que para este documento se entendieron los sistemas médicos como sistemas culturales *"el sistema cultural de salud enfatiza la dimensión simbólica del entendimiento de la salud e incluye el conocimiento, percepciones y cogniciones usada para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad"* (2).

Al poner en perspectiva dos sistemas médicos culturales, que para el caso específico de esta investigación son el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, se hizo necesario definir en qué términos se realizó la comparación de los mismos. Teniendo en cuenta lo anterior para el caso particular de esta investigación se utilizaron como categorías de análisis algunas diferencias conceptuales propuestas por Parra y Pacheco en un artículo donde discuten la pertinencia de la interculturalidad en la relación de dos sistemas médicos culturales (20).

1.2. Interculturalidad

Al entender los sistemas de salud como sistemas culturales, es decir como sistemas de explicación de los procesos asociados principalmente (pero no exclusivamente) a la dicotomía *salud-enfermedad* donde concluyen otras significaciones culturales como bienestar, sufrimiento, dolor, etc. (2) se pone de manifiesto la necesidad de reconocer la relevancia de la cultura en la significación de los sistemas culturales. Así pues, se debe evidenciar que el sistema médico occidental es igualmente un sistema cultural pues evidentemente contiene *"todos los componentes presentes en una sociedad relacionados con la salud, incluyendo conocimientos sobre el origen, causas y tratamiento de las enfermedades, técnicas terapéuticas, sus practicantes y los roles, estándares y agentes en interacción en este escenario"* (2).

Si bien la sociedad occidental hegemónica actual sustenta un sistema médico, existen otras formas de entender la salud y la enfermedad que han desembocado en otros sistemas médicos culturales, es el caso de la medicina *Ayurveda de la India* o la medicina de los pueblos originarios, las que como sistemas médicos culturales comparten un tiempo y un espacio con la medicina occidental o moderna (20); todo esto enmarcado en una relación de dominación donde los sistemas médicos culturales tradicionales son subordinados y en algunos casos desconocidos (20).

Esta situación se explica toda vez que la medicina occidental *"tradicionalmente no se construye ni se conceptualiza como una institución social porque ante todo es construida como una ciencia aplicada, en donde lo que cuenta es la descripción de hallazgos y logros científicos, los eventos médico-científicos revolucionarios o las biografías de médicos "notables"* (21). No es el propósito de esta investigación debatir si la medicina occidental o biomedicina debería entenderse como una institución social o no, pero si es necesario entender que: **la coexistencia de sistemas médicos culturales diversos donde uno desempeña un papel hegemónico pone de manifiesto retos a la hora de desarrollar procesos interculturales.**

La interculturalidad se ha trabajado desde diferentes perspectivas y con diversos intereses. Según la tipología propuesta por Viaña *et al* (3) que asocia el contexto, el abordaje y los intereses de la búsqueda de interculturalidad se pueden definir tres tipos de interculturalidad: relacional, funcional y crítica. La interculturalidad relacional es la más utilizada pues únicamente *"hace referencia de forma más básica y general al contacto e intercambio entre culturas, es decir, entre personas, prácticas, saberes, valores y tradiciones culturales distintas, los que podrían darse en condiciones de igualdad o desigualdad"* (3).

En este sentido, la interculturalidad funcional, desde esta perspectiva, desconoce los procesos estructurales de colonización, discriminación, colonialidad y relaciones de poder. Por otro lado, se encuentra la interculturalidad funcional que está explicada por el filósofo peruano Fidel Tubino y busca entender la interculturalidad como *"el reconocimiento de la diversidad y diferencia culturales, con metas a la inclusión de la misma [diversidad y diferencia] al interior de la estructura social establecida"* (3). Así pues, desde esta perspectiva se busca la interculturalidad en función del sistema existente, dejando de lado cuestiones estructurales y hasta cierto punto volviéndose *"compatible con la lógica neoliberal".*

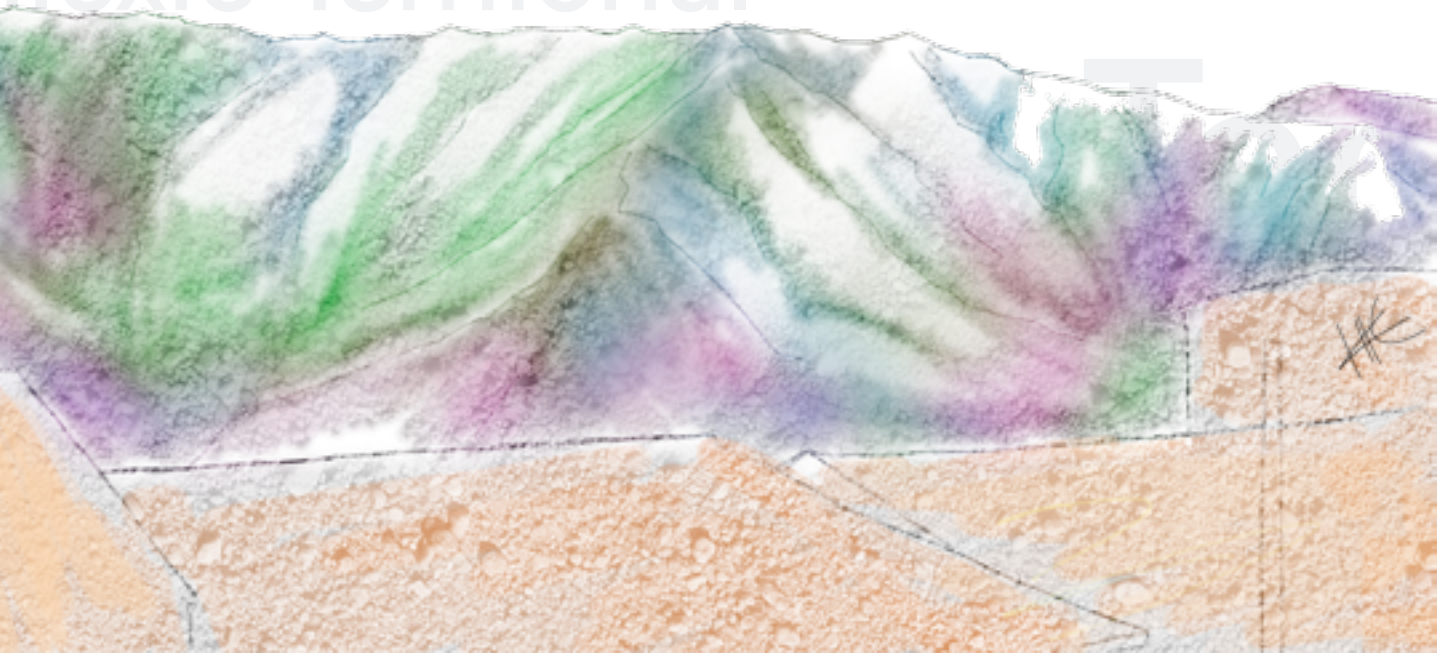
Finalmente Viaña describe lo que denomina la interculturalidad crítica, la que es entendida como *"una herramienta, como un proceso y proyecto que se construye desde la gente -y como demanda de la subalternidad-, en contraste a la funcional, que se ejerce desde arriba. Apuntala y requiere la transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales, y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir distintas"* (3). La interculturalidad crítica está en constante construcción, de ahí la necesidad de entenderla como *"una estrategia, acción y proceso permanentes de relación y negociación entre, en condiciones de respeto, legitimidad, simetría, equidad e igualdad la necesidad de cambiar no sólo las relaciones, sino también las estructuras, condiciones y dispositivos de poder que mantienen la desigualdad, inferiorización, racialización y discriminación"* (3).

Establecer relaciones interculturales entre dos sistemas de salud no parte únicamente de un reconocimiento de los dos sistemas como iguales, por el contrario, se hace imperativo identificar aspectos asociados a las relaciones de ejercicio de poder y dominación social, pues esto permeará directamente a relación *"re-conocer que ningún sistema cultural médico tiene o puede tener un acceso privilegiado a una realidad superior de la salud, independiente de su propio marco de referencia cultural, no es suficiente para establecer relaciones interculturales médicas entre pares; cualquier relación entre sistemas culturales médicos está enmarcada en y definida por problemas referentes a relaciones de poder y de dominación social de un modelo de salud sobre otro, lo que afecta las posibilidades de paridad entre ellos"* (20).

Entender los sistemas médicos como sistemas culturales parte de una noción que reconoce la importancia de la cultura en la construcción de dichos sistemas, la que se expresa en prácticas, valores y cosmovisiones propias sobre el cuidado de la salud, y sobre las que dichos sistemas interactúan en escenarios particulares. La interculturalidad crítica, entendida como una estrategia, un camino que puede guiar de manera adecuada la interacción entre dos sistemas médicos, invita a plantear un diálogo horizontal de saberes. En este sentido el presente estudio se inscribe en un planteamiento que buscaba poner en diálogo al sistema médico occidental y al sistema médico indígena en torno a la salud materna, siguiendo un enfoque cualitativo que aportó elementos dirigidos a entender la relación de dos sistemas culturales en el contexto cotidiano del departamento del Cauca, principalmente en cuatro municipios:
Toribio, ***Silvia***, ***Inzá, Páez y El Tambo.***

2

Contexto Territorial



2.1. Toribío

Toribío se encuentra ubicado en la subregión Norte del departamento del Cauca. Tiene una extensión de 412 km^2. Limita al Norte con los municipios de Caloto y Corinto, al Este y al Sur con Páez, y por el Oeste con Jambaló y Caloto. Tiene una población de 27.958 habitantes (habs.), de los cuáles el 93,8% reside en el área rural (22). Por su parte, los listados censales de los cabildos indígenas a 2012, indicaron que la población del municipio asciende a 31.314 personas, de los cuáles el 50,3% son hombres. El 96% de la población del municipio fue reconocida como **Nasa** y el porcentaje restante es mestiza, afro o Guambiana. Toribío cuenta con tres resguardos indígenas *Tacueyó, Toribío y San Francisco*, siendo el primero el que concentra un mayor número de habitantes (12.319; 6577 y 6.416 respectivamente) (23, 24).

Pese a que sólo cuenta con un 13% de tierras aptas para actividades agrícolas, la principal actividad económica del municipio es la agricultura; el uso de agroquímicos y la entrada cada vez más frecuente de cultivos ilícitos ha influido desfavorablemente en la producción agrícola para el consumo local. Toribío es uno de los municipios del departamento del Cauca más afectado por el conflicto armado, así entre 2008 y 2011 reportó un aumento en los ataques realizados por grupos armados y en el número de víctimas en población civil (7).

A 2011, el 89% de la población se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante el régimen subsidiado y el 2% mediante el contributivo. Toribío cuenta con la Empresa Social del Estado (ESE) *Cxayu'ce Jxut*, que a su vez cuenta con un hospital de primer nivel en la cabecera municipal, dos centros de salud en Tacueyó y San Francisco y dos puestos de salud en Puente Qemado y Natalá.

El hospital ofrece servicios de consulta médica ambulatoria, urgencias, hospitalización, atención médica extramural, odontología, laboratorio clínico, atención farmacéutica, traslado asistencial básico y atención de parto.

La Institución Prestadora de Servicios (IPS) de la Asociación Indígena del Cauca cuenta con un nivel primario de atención, a partir de acciones que se implementan bajo el marco de la Atención Primaria en Salud Intercultural con enfoque familiar y comunitario. Sus acciones se dan en tres momentos (identificación de la situación de salud y priorización de familias; intervención por equipo básico; intervención por equipo de apoyo) y cuenta con la intervención de personal de salud como médicos generales, auxiliares de odontología, enfermería, vacunadores, promotores de salud, médicos tradicionales y sabedores ancestrales (como red de apoyo) (23) (Figura 1).

Figura 1. Municipio de Toribío, Cauca

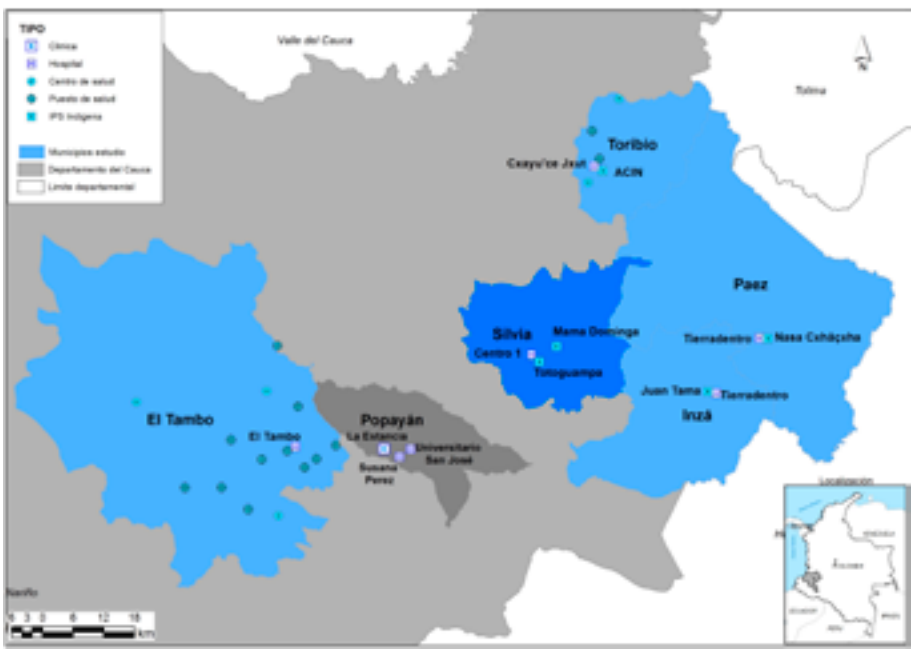
Fuente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

2.2. Silvia

Silvia se encuentra ubicado en la región centro del departamento del Cauca, limita al Norte con Caldono y Jambaló; por el Sur con Totoró; por el Oriente con Páez e Inzá y por el Occidente con Totoró, Piendamó y Caldono. Tiene una extensión de 662,4 km^2 y el 86,7% de su población habita en la zona rural. Silvia es el tercer municipio del país con mayor población indígena. Su territorio alberga indígenas de los pueblos **Nasa, Ambuleña, Kizweña y Misak o Guambianos**, siendo el último, el grupo predominante. La población indígena habita en los resguardos de *Ambaló, Kizgo, Quichaya, Tumburao, Pitayo, Gaitana y Guambia* cada uno de los cuáles tiene su propio Plan de Vida. De acuerdo con proyecciones del DANE para 2011 Silvia contaba con 31.600 habs. y conforme al Censo de 2005 el 79,8% de la población fue reconocida como indígena (25).

Además de la agricultura, la piscicultura y la agroindustria, la elaboración de artesanías se ha destacado como una de las principales actividades productivas del municipio. Para 2011 el 96% de la población se encontraba afiliada al régimen subsidiado, el 2,5% al régimen contributivo y el porcentaje restante pertenecía al grupo *"población pobre sin aseguramiento"* (26). Silvia cuenta con tres IPS de primer nivel: *el Hospital Mama Dominga* ubicado en el resguardo de Guambia, el *Hospital ESE Centro 1* y la *Institución Prestadora de Salud Totoguampa*. La *IPS Totoguampa* cuenta con consultorio de Medicina Tradicional y atención de personal en salud propio; mientras que la *IPS Mama Dominga* ofrece entre sus servicios urgencias, laboratorio clínico, radiología, sala de pediatría, sala de partos y la *IPS Centro 1* además de los anteriores cuenta con atención en psicología (27) (Figura 2).

Figura 2. Municipio de Silvia, Cauca



Fuente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

2.3. Páez

Páez se encuentra ubicado en la región Oriente del departamento del Cauca. Cuenta con 104 veredas en la zona rural y la cabecera municipal es Belalcázar, donde habita el 8,1% de su población. Está conformado por quince resguardos indígenas *Avirama, Belalcázar, Cohetando, Chinas, Lame, Mosoco, PickweThaFiw, San José, Ricaurte, Tálaga, Tòez, Togoima, Vitonco, Wila, Zuin*. De acuerdo a proyecciones del DANE para 2012 la población total era de 33.904 habs., 52,3% hombres, 71% indígenas paeces y 7% afrodescendientes (28).

Páez está localizado a gran distancia de la capital del departamento y de otras zonas de gran actividad económica a lo que se suma la precariedad de su red vial. Es el tercer municipio del Cauca con mayor índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) (87%) y su economía se basa fundamentalmente en actividades agrícolas (29).

Para 2011 el 95% de la población se encontraba afiliada al régimen subsidiado y cerca del 4% pertenecía al régimen contributivo (28). La prestación de servicios de salud en el municipio está a cargo de la *IPS ESE Tierradentro*, institución de primer nivel que ofrece atención en medicina general, odontología, laboratorio clínico, imagenología, terapia física, terapia respiratoria y atención hospitalaria de menor complejidad como atención obstétrica para gestantes de bajo riesgo y atención hospitalaria no quirúrgica.

> Con 87% Páez es el municipio con mayor indice de necesidades basicas insatisfechas

También ofrece servicios de promoción y educación, acciones de prevención de la enfermedad y protección específica (vacunación, atención preventiva en salud bucal, atención del parto, recién nacido, planificación familiar) y programas preventivos por riesgo etario (atención primaria de la gestante, programa de estimulación infantil y programa estilos de vida saludable con adulto mayor) (30).

La IPS indígena *Asociación de Cabildos Nasa Cxhâçxha de Páez*, se encuentra organizada administrativa y operativamente de acuerdo a los planes de vida y las particularidades sociales y culturales de los pueblos indígenas. Cuenta con dos líneas de acción encaminadas al fortalecimiento de la medicina tradicional a través de diferentes planes y programas, y la garantía de la autonomía alimentaria (28) (Figura 3).

Figura 3. Municipio de Páez, Cauca

Fuente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

2.4. Inzá

Inzá está ubicado en la región Oriente del departamento del Cauca, limita al Norte con Páez, al Sur con el departamento del Huila, al Occidente con los municipios de Silvia y Totoró. En su división política se encuentran los resguardos de *San Andrés, Yaquiva, Santa Rosa, Tubichucue, Calderas y la Gaitana*. Según proyecciones del DANE para 2011 el municipio contaba con 29.102 habs., de los cuáles el 7,6% vivía en la cabecera municipal. El 53,3% de la población es indígena, perteneciente a los **Nasa**.

Inzá es un municipio predominantemente agrícola, de acuerdo con el diagnóstico de salud del municipio de 2012, el 91% de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado, el 4% corresponde al régimen de excepción y a la población pobre no asegurada, el porcentaje restante pertenecía a personas afiliadas al régimen contributivo (31, 32).

Dentro de las IPS que funcionan en el municipio se encuentra la *ESE Tierradentro* institución de primer nivel de atención que presta servicios de odontología, consulta externa, hospitalización y apoyo diagnóstico en los municipios de Páez e Inzá (33). Así mismo, se encuentra la *IPS indígena Juan Tama* que ofrece servicios de primer nivel en el área extramural y cuyos usuarios son especialmente población indígena (Figura 4).

Figura 4. Municipio de Inzá, Cauca

Fuente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

2.5. El Tambo

El Tambo se ubica en la subregión centro del departamento del Cauca, a 33 kilómetros de la capital. Tiene una extensión de 3280 km^2. Está conformado por 19 corregimientos y la cabecera municipal, que alberga el 13,7% del total de la población. Limita al Norte con López de Micay; al Sur con los municipios de Patía y Argelia; al Oriente con Morales, Cajibío, Popayán, Timbío y Rosas, y al Occidente con el municipio de Guapi. Según proyecciones del DANE para el año 2012 El Tambo tenía 47.053 habs., de los cuáles 3.420 eran indígenas y 11.000 afrodescendientes. La población indígena habitaba principalmente en el Resguardo Indígena el Alto del Rey, donde se encontraba asentado el pueblo Kokonuco (24, 34).

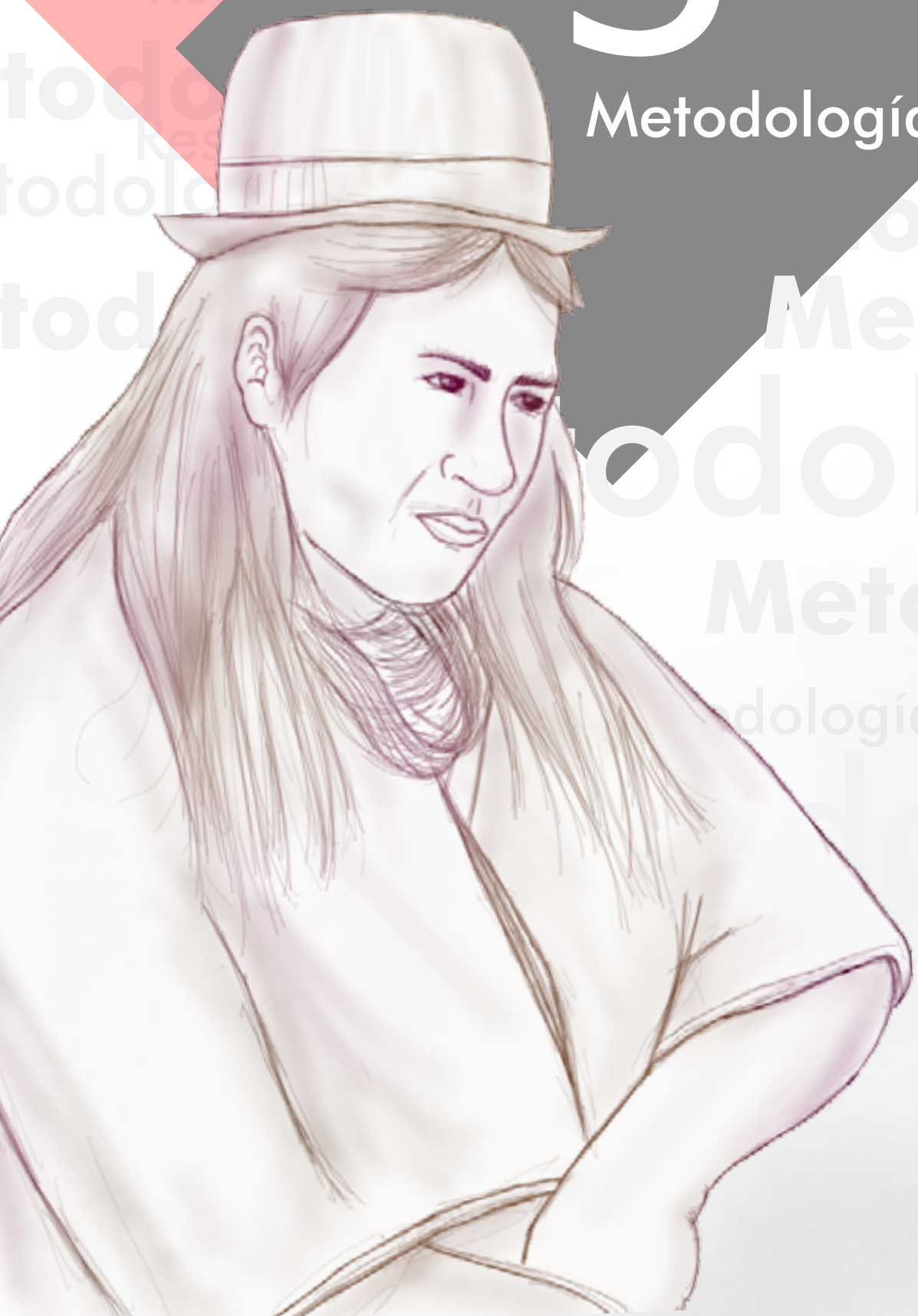
El Tambo es un municipio fundamentalmente agrícola. Cuenta con un índice de NBI de 53,45 en toda la población frente al 46,61 para el departamento, y superior al nacional. De acuerdo con el Plan de Desarrollo 2012-2015 del Municipio, sólo el 4% de la población hacía parte del grupo de población pobre no asegurada; mientras que el 91% se encontraba afiliada al régimen subsidiado, 2% pertenece al régimen contributivo, el 2% pertenecía a población desplazada con régimen subsidiado y 1% a los regímenes especiales. La prestación de servicios de salud para la población está a cargo de la *ESE Hospital El Tambo* de primer nivel y cuatro IPS privadas. Existen 18 puestos de salud y un centro de salud en la zona rural, los que desarrollan principalmente actividades de atención primaria en salud y brigadas de salud (34) (Figura 5).

Figura 5. Municipio de El Tambo, Cauca

Fuente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

3

Metodología



Este estudio se realizó desde una perspectiva de análisis cualitativo donde se utilizó de manera simultánea la interpretación inductiva y deductiva *"pasando de la observación de la realidad o de la reflexión teórica, según el caso, a formular preguntas conceptuales o empíricas que guían la exploración de lo concreto o el análisis crítico de los cuerpos teóricos"* (35). De acuerdo a la clasificación propuesta por Marshall y Rossman (1990) y teniendo en cuenta que el objetivo de este estudio fue describir y avanzar en la compresión de los elementos que configuran la relación entre madres indígenas **Nasa y Misak** y los servicios de salud tradicional y occidental durante el cuidado del embarazo parto y puerperio; se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo, en el que no se contempló un análisis de actores. Dado que este no fue un estudio etnográfico no fue posible captar diferencias sustanciales en los temas abordados entre las comunidades **Nasa y Misak**.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales y grupos focales con diferentes actores del sistema médico occidental y tradicional; así como con madres indígenas. Igualmente, esta recolección de información se acompañó de observación en campo (36).

El estudio se desarrolló en cinco municipios del Cauca (Páez, Inzá, Toribío, Silvia y El Tambo). La escogencia de los mismos, obedeció a que dentro del departamento se caracterizan por su alta proporción de población indígena, lo que facilitó una mirada adecuada de la situación. Adicionalmente, para la selección de estos municipios se contó con la asesoría del equipo de *Maternidad Segura del Instituto Nacional de Salud*, quienes proporcionaron información sobre los municipios del departamento con mayores casos de defunciones maternas en población indígena notificados al Sivigila durante los últimos cinco años; así como, con las sugerencias de los funcionarios de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca. Por motivos logísticos y de seguridad se excluyeron algunos municipios, pese a que éstos reunían los criterios antes mencionados.

Para este estudio se realizó un muestreo por conveniencia donde los participantes se escogieron teniendo en cuenta la información que podían aportar a la investigación. En varias ocasiones, las personas incluidas en el estudio fueron referidas por otros participantes teniendo en cuenta las necesidades de información.

3.1. Recolección de la información

Se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales a personas consideradas centrales, a saber: 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.

Para la recolección de información se construyeron *guías de entrevista* (Anexo 1) por cada uno de los grupos que serían entrevistados. Se definieron algunos ejes centrales para las preguntas: **1.** Percepciones sobre atención y prácticas occidentales y tradicionales; **2.** Interculturalidad; **3.** Prácticas durante el embrazo, parto y puerperio; **4.** Salud materna; cada eje estuvo compuesto por varias preguntas, teniendo en cuenta que las entrevistas eran semiestructuradas, durante su desarrollo se incluyeron algunas preguntas por considerar que éstas permitían un mayor entendimiento de las temáticas estudiadas (35). En total se realizaron 33 entrevistas semiestructuradas y 14 grupos focales.

Los grupos focales fueron realizados en los municipios de Páez, Inzá, Toribío y Silvia, exceptuando a El Tambo, y estuvieron dirigidos a cada tipo de participantes; así, hubo grupos focales de médicos, mujeres indígenas, auxiliares de enfermería y comunidad en general. Tanto los grupos focales, como las entrevistas fueron en su mayoría grabadas en audio y luego transcritas de forma literal.

Para la realización de estas actividades se diseñó un documento de consentimiento informado que se le presentó al participante y si estaba de acuerdo con su participación lo firmaba (Anexo 2). Se dejó en claro a los firmantes, que no se utilizarían nombres propios o cualquier dato que pudiera apuntar a la identificación de los participantes al momento de presentar los resultados.

Adicional a lo anterior se realizó la revisión de fuentes secundarias y documentos que aportaron teórica, conceptual y metodológicamente al desarrollo de la investigación. Se revisaron estudios publicados desde el año 2000 a febrero de 2015 sobre salud materna y salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas de Colombia identificados en las bases de datos *Scielo, Lilacs, Ebrary* y *Redalyc* y algunos en países de Latinoamérica. Para esta búsqueda se utilizaron palabras claves como: *"salud materna", "salud sexual" y reproductiva", "embarazo", "parto", "gestación en comunidades indígenas de Colombia".*

Adicionalmente, en la revisión se incluyeron artículos sobre el movimiento indígena en Colombia y las luchas del mismo por la reivindicación de sus derechos; así como los planes de desarrollo; de salud, perfiles epidemiológicos o diagnósticos de salud del departamento y los municipios incluidos en el estudio.

3.2. Análisis de los datos

El análisis se realizó siguiendo el modelo de construcción de sentido enunciado por Bonilla-Castro y Rodríguez (2005) quienes proponen tres niveles para la construcción de sentido: en el *primer nivel* se realizó una categorización o codificación inductiva que buscaba fraccionar la información y asignarle un código a la misma; el *segundo nivel* se caracterizó por el análisis de la información según los objetivos y las pregunta investigación; el *tercer nivel* se centró en la identificación de patrones asociados a las percepciones y actuaciones de los participantes de este estudio.

De igual manera, durante el análisis se retomaron algunos supuestos de la teoría fundamentada, entre ellos la codificación abierta como proceso que orientó la construcción de categorías y subcategorías y la comparación constante entre los elementos analíticos, categorías y subcategorías que emergieron del análisis de las diferentes fuentes realizado por cada uno de los investigadores. Para efectos de este estudio se analizaron 40 entrevistas, dado que a este punto las categorías y subcategorías contaban con la suficiente densidad conceptual y se había alcanzado el punto de saturación (37).

De acuerdo a lo anterior se realizó una categorización de la información a partir de la combinación de los métodos deductivo e inductivo según la propuesta de Bonilla-Castro y Rodríguez (2005). A continuación se describe cada método, para aclarar el por qué de la decisión de combinarlos en esta investigación: *el método deductivo* plantea que las categorías de análisis surgen de las variables propuestas desde la hipótesis y del problema bajo estudio; por su parte el método inductivo sostiene que las categorías son emergen-

tes de los datos *"con base en el examen de los patrones y recurrencias presentes en ellos"* (35), por tanto se puede afirmar que esta manera de categorización está basada no en la teoría, como la deductiva, sino en el marco de referencia cultural del grupo con el que se trabaje, por tanto constituye el fundamento mismo de la investigación etnográfica (35).

El análisis fue transversal y se construyeron matrices de análisis cualitativo que fueron complejizadas a medida que se profundizaba en la investigación para llegar a una matriz definitiva que condensó los principales hallazgos según los temas, subtemas, categorías y subcategorías definidas por los investigadores. En la definición de estas categorías y subcategorías se buscó que fueran claras, exhaustivas y mutuamente excluyentes con el fin de buscar relaciones entre las mismas para definir los puntos centrales que guiaron la escritura de los resultados.

En ese orden de ideas, la definición de los temas y subtemas retomó el planteamiento conceptual de sistemas médicos como sistemas culturales en los tres componentes propuestos por Beltrán y Castro (20): *concepciones, agentes y prácticas*. Para este estudio las concepciones se dirigieron a definir la salud, la enfermedad, la muerte y la maternidad, pues dentro de las revisiones de estudios previos (38),(2) (39), (40), (41) y en el posterior trabajo de campo se identificaron como conceptos centrales.

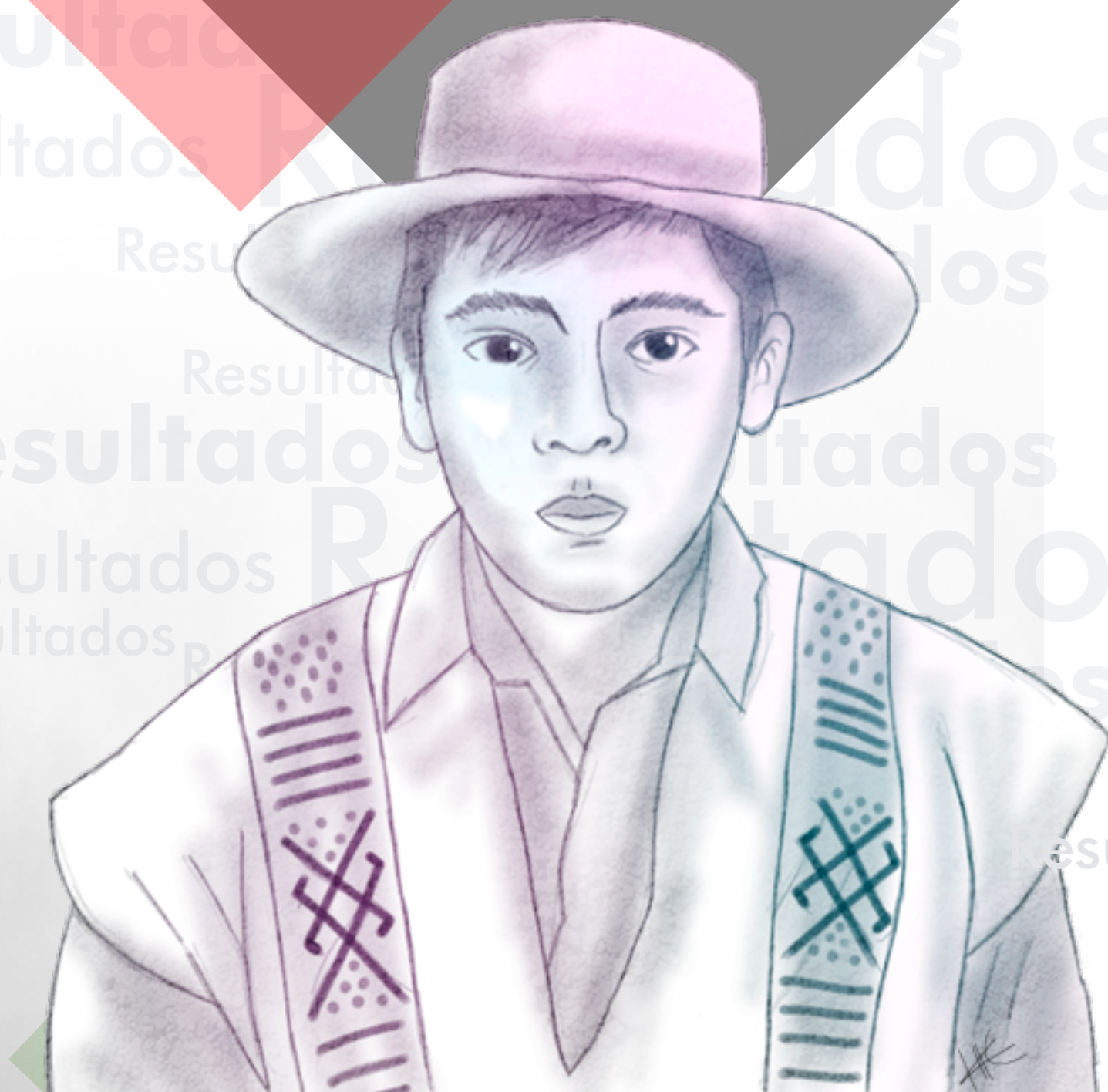
De manera puntual, para este estudio la maternidad se centró en el periodo comprendido durante el embarazo, parto y puerperio. Respecto a los agentes se optó por identificar los actores de cada sistema, denominados como ***los tratantes*** (médicos, enfermeras, parteras) y por otro lado, ***las tratadas*** (madres indígenas). Finalmente, las prácticas se centraron en los cuidados durante el embrazo, parto y puerperio. De igual manera, la delimitación de los subtemas fue enriquecida a partir de una revisión inicial de la información recogida en campo en un proceso que combinó el análisis deductivo e inductivo. Las categorías y subcategorías emergieron como producto del análisis de las entrevistas, la revisión documental y la observación en campo.

Una vez se realizó el proceso de reducción de datos a partir de la categorización y codificación de cada una de las entrevistas, se procedió a contrastar las categorías que emergían de estas, con el fin de reagrupar o renombrar las categorías y subcategorías a partir de la búsqueda de relaciones, similitudes o divergencias. Este proceso fue realizado por cada investigador con un número específico de entrevistas, resultado de lo anterior se obtuvo una matriz de categorías y subcategorías, consolidada por cada investigador.

Posteriormente para garantizar la validez de los resultados, se contrastaron los hallazgos de cada investigador, así como los obtenidos a partir de las diferentes fuentes de información (entrevistas individuales y grupales, revisión documental, observación en campo) con el fin de establecer divergencias y puntos de encuentro, esto aportó mayor rigor al análisis. Producto de este proceso se identificaron los primeros hallazgos que posteriormente fueron plasmados en una matriz consolidada que incorporó los temas, subtemas, categorías y subcategorías del estudio. Luego del establecimiento de posibles relaciones entre los componentes de esta matriz, ésta constituyó el insumo principal que orientó el análisis y la escritura de los resultados.

Una vez se avanzó en estos procesos y teniendo en cuenta que un criterio que aporta al rigor de la investigación es la credibilidad, entendida como la posibilidad de verificar que las interpretaciones realizadas por los investigadores son un reflejo de las opiniones y percepciones de los participantes (42, 43) se realizó la socialización de los hallazgos a un grupo de representantes de instituciones de salud indígenas y no indígenas, personas de las direcciones municipales y departamental de salud, en su mayoría personas que habían participado en la fase de campo del estudio. En términos generales durante la presentación de los resultados los participantes manifestaron estar de acuerdo con los mismos, así como expresaron algunas inquietudes y recomendaciones que posteriormente fueron incorporadas al análisis.

4
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***. De manera preliminar a la presentación de los resultados por cada uno de los temas mencionados, se exponen someramente algunas características de los participantes que se consideraron relevantes, como lugar de procedencia, vinculación laboral, ingresos, indicando si estos corresponden a actores comunitarios o pertenecen a las instituciones de salud.

4.1 Características de los participantes

En el estudio participaron 95 personas vinculadas laboralmente a las entidades territoriales de salud, empresas promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud o asociaciones indígenas ubicadas en los municipios de Páez, Inzá, Silvia, Toribío, El Tambo y Popayán. La participación más alta corresponde a personas originarias del departamento del Cauca con un 69,5% (66 personas) y pertenecientes a IPS ya sea indígenas 43% (41 personas) o Empresas Sociales del Estado-IPS no indígenas, por lo regular de primer nivel 25% (24 personas) (Tabla 1).

El 36% (34 personas) de los entrevistados trabajaba en niveles asistenciales, seguido por el 34% (32 personas) que realizaba actividades de salud pública. Cerca de la mitad trabajaban bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios (44 personas), seguido por personas con contrato a término fijo e indefinido (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los participantes de las Entidades Territoriales de salud en municipios

Variable	n	%
Deaprtamento de procedencia		
Atlántico	2	2,1
Boyacá	1	1,1
Cauca	66	69,5
Cundinamarca	1	1,1
Magdalena	2	2,1
Nariño	8	8,4
Norte de Santander	1	1,1
Valle del Cauca	2	2,1
Sin dato	12	12,6
Entidad		
IPS indígena	41	43,2
ESE I nivel	24	25,3
Dirección territorial de salud	7	7,4
EPS indígena	7	7,4
EPS	5	5,3
ESE III nivel	5	5,3
IPS III nivel	5	5,3
Asociación indígena	1	1,1
Cargo en la entidad		
Administrativo	27	28,4
Asistencial	34	35,8
Entidad territorial	1	1,1
Salud pública	32	33,7
Sin dato	1	1,1
Tipo de contrato		
Aprendizaje	1	1,1
Prestación de servicios	44	46,3
Término fijo	23	24,2
Término indefinido	20	21,1
Sin dato	7	7,4

ente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Tambien se contó con la participación de 25 personas de la comunidad, entre ellas gestantes, parteras y médicos tradicionales, 12 mujeres y 13 hombres. Solo dos personas tenían residencia en la zona urbana de los municipios incluidos en el estudio. A su vez, a partir de la información suministrada por 14 personas de la comunidad fue posible encontrar que sólo una de ellas acude a una IPS no indígena como primera opción cuando se enferma, mientras siete personas consultaron a la medicina tradicional. De otro lado, de 12 participantes que suministraron información sobre los ingresos mensuales de la familia, 11 mencionaron que estos son inferiores a un salario mínimo legal vigente (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los participantes de la comunidad

Variable	n	%
Sexo		
Hombre	13	52
Mujer	12	48
Zona de residencia		
Rural	23	92
Urbano	2	8
Ocupación		
Gestante	4	16
Medicina tradicional	8	32
Partero (a)	3	12
Consejero	2	8
Otro	6	24
Sin dato	2	8
Lugar al que acude cuando se enferma		
Medicina tradicional	7	28
IPSI	6	24
IPS	1	4
Sin dato	11	44
Ingreso mensual de la familia		
1: <1SMLV (0 a menos de $616.000)	11	44
2: 1-2 SMLV (Entre $616.000 y $1.232.000)	1	4
Sin dato	13	52

Fuente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

4.2. Algunas nociones centrales desde cada sistema médico

4.2.1. Salud indígena: armonía y equilibrio

Pensar los sistemas médicos como sistemas culturales remite a cómo el sistema médico mismo está atravesado por las construcciones culturales propias de cada sociedad. De ahí la necesidad de definir algunos conceptos para cada sistema médico, que para efectos del estudio se consideraron centrales por aportar más elementos a la investigación, a saber: *salud, enfermedad, muerte y maternidad*. A continuación se presentan los conceptos seleccionados y la significación que se da a cada uno, desde los dos sistemas médicos.

4.2.1.1. Salud

Desde la cosmovisión y cosmogonía de las comunidades indígenas **Nasa y Misak** la salud es parte importante del ser indígenas, dado que está íntimamente ligada a las vivencias culturales cotidianas de estas comunidades y sus comuneros. A partir de lo anterior se identificó que el concepto de salud que se plantea desde estas comunidades, tiene una significación asociada al equilibrio y la armonía de los diferentes componentes de la vida:

> *"La concepción de Salud de los Pueblos Indígenas radica en la armonía, equilibrio, limpieza espiritual y la curación por medio de plantas y elementos presentes en la naturaleza"*
> *(Plan de Desarrollo Municipal, 2012-2015)*

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:

> *"Los cultivos, tenemos digamos unos reglamentos, unos procesos que seguir unos procedimientos preparamos el terreno de acuerdo a las fases de la luna, de acuerdo a*

tal las semillas las seleccionamos, las protegemos y ahí sí sembramos eso también está en nosotros porque también llegamos a hablar en ese ejercicio nos decían qué sucede ahora, por qué se dan las muertes, por qué se están dando las [muertes], por qué se presentan todos estos desequilibrios, porque es que nosotros en nuestra concepción en salud pues es armonía y equilibrio, cierto, entonces si algo está sucediendo, si algo se está presentando es porque ya no estamos manejando ese equilibrio, entonces por eso no hay armonía"

(Entrevista indígena, Cauca, octubre 2014)

Desde la medicina tradicional indígena se busca la restauración del equilibrio, la consecución de la armonía mediante la ritualización, que no solo se piensa en función de las comunidades indígenas, sino que también muchos procesos de armonización se dirigen a buscar la armonía de todos los pobladores de las zonas con la madre tierra:

"La medicina tradicional diferenciada según cada pueblo, no solo constituye únicamente el correlato médico del modelo hegemónico, más bien constituye un conjunto de saberes y prácticas de carácter ritual, destinados a armonizar y mantener el equilibrio integral de todas las relaciones y estructuras de los pueblos"

(Diagnóstico en salud municipal 2012)

La armonía y el equilibrio son piedra angular de concepto de salud y como tal hacen parte fundamental del sistema médico y por ende del sistema cultural, de ahí que estén permeadas por la ritualidad.

4.2.1.2. Salud y pervivencia cultural

La salud como concepto central dentro del proceso cultural de los indígenas **Nasa y Misak** está relacionada con la búsqueda de la pervivencia cultural como ejercicio de resistencia frente a diversas violencias, que se han manifestado en algunos casos, como procesos de homogeneización a los que se han enfrentado las comunidades indígenas. Para este estudio se entendió la *pervivencia cultural como el proceso mediante el cual las comunidades indígenas reproducen sus esquemas culturales a través del tiempo y las generaciones, superando las dificultades que se presentan a lo largo del tiempo.*

La resistencia de las comunidades indígenas por el reconocimiento y el respeto de sus derechos y de su cultura, se ha expresado en múltiples espacios de vida cotidiana y ritual y ha estado inmersa en los procesos de recuperación de sus territorios. Desde allí, el movimiento indígena inicialmente ligado a las luchas campesinas por la tierra, con el tiempo fue separándose del movimiento campesino, debido a la significación que como grupo étnico hacían de la tierra, diferente a la de los campesinos, para los indígenas la tierra estaba relacionada con la cultura, en sí, con su forma de ver, sentir y vivir el mundo. (44, 45, 46)

En este contexto se creó el CRIC que buscaba la recuperación de tierras ancestrales, pues en estas tierras podían asegurar su pervivencia cultural. El territorio como espacio donde se expresa la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos originarios, es el lugar donde se materializan las prácticas culturales para lograr la armonía y el equilibrio del individuo con diferentes esferas de la vida como la familia, la comunidad y la naturaleza; por tanto, la tenencia y conservación del territorio se plantea como una tarea inexcusable para el mantenimiento de la salud de los pueblos indíge los pueblos indígenas:

"Si nosotros no tenemos territorio no tenemos donde hacer las prácticas culturales pues de lógico no vamos a poder asumir el tema del SISPI[2] como se debe ser, entonces cuando está el territorio protegemos los páramos, protegemos los sitios sagrados, protegemos los ríos, protegemos las montañas, y protegemos digamos la [tierra] todo lo que es el tema del territorio, el tema de los sitios sagrados que están donde están nuestros mayores quienes verdaderamente nos encomendamos para poder[luchar] pues a ver nosotros desde mucho tiempo venimos exigiendo nuestro territorio, hemos estado sentados en diferentes espacios, en diferentes movilizaciones exigiéndole al gobierno verdaderamente que nos dé territorio a nosotros para poder asumir todo el trabajo que nos garantice la vida, que nos garantice nuestro plan de vida, que nos garantice todo"

(Entrevista indígena, Cauca, Octubre 2014)

2. Sistema Indigena de Salud Propia Intercultural

La búsqueda del reconocimiento de otros modos de vivir la salud por parte del Estado y el sistema médico occidental, es para las comunidades originarias un ejercicio de resistencia, que denota cómo desde el entendimiento de estas comunidades desligar la salud del sistema cultural mismo es imposible. Lo anterior ha llevado a que en ocasiones las comunidades indígenas planteen la salud como espacio de confrontación, donde de no lograr un reconocimiento de su sistema, y en un ejercicio de resistencia, asumirán la solución de las problemáticas (no solo en salud), sin recurrir a acercamientos o articulaciones con el Estado o el sistema médico occidental. Reflejo de lo anterior es el comentario de un líder indígena que al ser interrogado sobre la articulación de las comunidades indígenas con las entidades de salud del departamento mencionó:

"...En el 2008 también se dio el alto índice de desnutrición en el municipio, logramos identificar ese problema sucedió... nosotros informamos tenemos esta situación, llegaron las instituciones entonces en ningún momento dijeron que era cierto, nosotros informamos y estábamos haciendo el ejercicio estábamos en terreno y nuestra gente está llegando y estamos identificando estos problemas, los encontramos y los estamos dando a conocer; ahora si ustedes en conjunto nos van ayudar a buscar alternativas de solución bien pero si nos vamos a colocar en que buscar responsables no más... cumplimos con informar si nos van a ayudar bien y si no también, y recuerdo una palabra sabia de una autoridad que expuso lo siguiente: cumplimos con informar si nos van a ayudar bien y si no también, ¿por qué?, porque el problema es nuestro, el problema surgió aquí la solución está aquí y es nuestra comunidad son nuestros hijos, entonces nos corresponde a nosotros"
(Entrevista indígena, Cauca, octubre 2014)

La armonía y el equilibrio son piedras angulares del concepto de salud y como tal hacen parte funadamental del sistema médico y por ende del sistema cultural, de ahí que estén permeadas por la ritualidad

4.2.1.3. La salud es integral

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:

"Entonces no hay armonía en nosotros como personas no hay armonía en la familia, no hay armonía en la comunidad, entonces ustedes están atacando solo el problemita del ser de la persona y en este caso solamente la gestante, hay otros problemas por resolver más natural, territorial, lo colectivo, lo comunitario, individual"
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

A partir de lo anterior, la salud se entiende como algo colectivo, no individual y fragmentado. La salud debe ser entendida como un conjunto de relaciones vividas desde una perspectiva sistémica que se relaciona directamente con una buena calidad de vida, ligada a la armonía del individuo con su realidad en diferentes esferas:

"Cómo mejoramos la calidad de vida de la comunidad desde la espiritualidad, y a ver cómo me estoy relacionando yo dentro del [pueblo], en todo el territorio con la comunidad y los demás espíritus porque para nosotros no soy yo, sino que hay otros y esos otros también tienen que estar bien conmigo, el caso de los dueños de los sitios sagrados que tenemos nosotros. Si yo, estoy mal con él estoy mal con todos acá con el resto de sociedad, entonces esa es la parte espiritual que tiene que trabajar el Nasa"
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

Entender la salud como resultado de relaciones sistémicas armónicas lleva a pensar cómo la búsqueda de la salud no se debe centrar solo en un aspecto específico de la vida de las personas, por tanto en la búsqueda de la salud es imperativo abordar distintos espacios, no solo medicalizar:

"En esa medida entonces desde salud se entiende que el problema no es solo medicalizar los comuneros sino también mirar como dice aquí la enfermera la parte alimentaria, situación que ha sido un gran problema"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

La salud, vista desde las comunidades indígenas como integral incluye diferentes elementos relacionados entre sí, por ejemplo: la salud asociada al territorio se expresa, en seguridad alimentaria, toda vez que la búsqueda de la salud tiene un fuerte componente alimentario que está ligado a preceptos culturales sobre *¿cómo sembrar?, ¿qué alimentos se siembran?, ¿en qué momento se siembran?, ¿cómo se recogen?, etc.*; esto sin duda evidencia la relación entre la alimentación y el territorio. Desde esta perspectiva no se puede pensar en un individuo fragmentado, se debe abordar los diferentes espacios de relación del individuo.

"En eso tenemos el fomento de la salud autonomía alimentaria que también es como trabajamos nuestro propio que es el que marca que es diferente a la huerta no, entonces… porque la huerta generalmente son plantas más pasajeras como el cilantro, la cebolla o a veces la lechuga, la acelga, el repollo, la zanahoria, que es esa parte; y el tul para nosotros es todo el marco del territorio que está en la huerta de nosotros, eso es muy significativo…es la parcela donde sé que usted tiene el aguacate, la cebolla, el tomate y a eso hay mayores que lo tienen muy bien separado porque no todas las cosas pueden estar revueltas si se tienen sus distancias, todo esto son como un mundo de cosmovisión que a veces de afuera no se entiende y como nos estamos alimentando, entonces todo eso es un espacio que se ha trabajado dentro de la comunidad y eso fue lo que hizo la asociación de cabildos, porque la asociación de cabildos es eso, cuidar la comunidad el territorio que es el objetivo principal de la asociación".

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

Esta relación constante entre la autonomía alimentaria y la salud demuestra claramente como la salud, desde y para estas comunidades, debe entenderse asociada a su construcción cultural, a la recuperación misma de sus tradiciones culturales que, para este caso, se pueden expresar en la alimentación, la siembra y el *"tul"*; estos elementos, entre otros, hacen parte de la salud entendida como un espacio de relaciones armónicas y sistémicas entre el individuo y los diversos niveles de su vida cotidiana que se expresan en bienestar y calidad de vida:

"Otro elemento estructural tiene relación con la autonomía alimentaria que se traduce en capacidad de autoabastecimiento, primero de la unidad familiar, resguardo, región y país mediante el control del proceso productivo; con esto se garantiza la recuperación de la alimentación propia, la capacidad de reproducción de alimentos que requiere cada pueblo, la capacitación y formación en nutrición, la preparación de alimentos propios, el apoyo a la diversificación de la huerta familiar y el intercambio de productos (trueque). Para esto se requiere acceso a agua, tierra para cultivar, mantenimiento de zonas tradicionales e intercambios justos y equitativos".

(Diagnóstico de salud municipal 2012)

4.2.1.4. Enfermedad

La enfermedad se entiende como lo opuesto a la salud, la antítesis de ésta y como tal su definición está ligada al concepto de salud. 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:

"Los problemas de salud propios están directamente relacionados con el concepto de armonía con la naturaleza y la comunidad, el cual atraviesa la salud indígena en general; son una clara expresión del respeto con el que esta comunidad se relaciona con la naturaleza y de la manera como a través de la tradición se construye su propia ética comunitaria o normatividad cultural".

(Perfil Epidemiológico Municipal 2012)

De acuerdo a los relatos y discursos de los participantes indígenas en este estudio, la desarmonía tiene su origen en el incumplimiento de las normas, de los pasos culturales necesarios para la conservación de la buena salud, como se presentó en el apartado anterior la salud está ligada al cumplimiento de normas culturales, que se expresan en prácticas rituales y cotidianas. 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:

"…De pronto como una desarmonía que ocasionaríamos si salimos antes de tiempo , entonces como le digo a veces este[…] pasa eso que uno rompe esas reglas y es por eso que vienen las enfermedades después, entonces las desarmonías llegan no porque quieran llegar sino porque nosotros también nos formamos ese desequilibrio"
(Entrevista indígenas, Cauca, 2014)

"Cuando se analizan todas esas unidades nosotros revisamos, como ya lo comentaba la parte cultural y algo que se presenta mucho y que hemos detectado también en el encuentro con los mayores, es la falta de práctica dentro de los pasos culturales que se dan en el municipio sí, hemos hecho unidades de caso por ejemplo vamos a revisar una muerte perinatal, entonces aparte de que revisamos cuantos controles se hizo toda la atención intrahospitalaria, esa embarazadita sabia los signos y síntomas y todo, empezamos a revisar y ellos mismos nos dicen pero es que el cuidado cultural no debe tomarse solo desde la hora en que la mujer se embaraza sino incluso mucho antes cuando la mamá ya lo esperaba, si, entonces es nos vuelca un poco el análisis de demora solamente a las muertes que se están sucediendo sino a todos esos pasos culturales que pudieron darse en la vida de esa mujer en edad fértil para prepararse como mujer obviamente y obviamente para preparar el momento en el que pudiera quedar, pues ya el paso de ser mamá, entonces dentro de lo cultural creo que esa es la demora más importante o la que más se repite cada vez que hacemos los estudios de caso".
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

La ruptura de normas por parte de las mujeres indígenas está ligada, en algunas ocasiones, a la entrada de valores culturales occidentales que se anteponen a los valores indígenas, llevando a que no se sigan las reglas y normas culturales propias, lo que desemboca en la presencia de enfermedades, algunas de las cuales se escapan del sistema médico tradicional, pues son entendidas como enfermedades externas:

"Nosotros no podemos decir que con la medicina, con el SISPI vamos a mejorar la gente porque ahorita hoy en día tenemos el tema del consumo externo de afuera, eso ha hecho que también pues en medio de eso que consumimos todo, tanta fumigación que hay en los productos entonces la gente se enferma de las enfermedades que viene, entonces mucha gente consume el producto entonces y eso es complejo también que nosotros podamos hacer desde las comunidades y eso es lo que hemos querido mirar, de pronto hablar de nuestros propios productos ya es muy complejo porque la competencia también ha hecho que los proyectos que han entrado no han entrado a apoyar nuestros productos propios, nuestra cosecha propia, nuestra economía propia".
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

4.2.1.5. Muerte: el volver a la madre tierra

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:

"Ahí se comprende como la muerte no es grave, lo que está diciendo la mayor son espíritus que están en el ambiente, volver a la madre tierra es algo… lo máximo porque de ahí venimos, volver allá no es terrible no, además que ese espíritu lo que pasa es… pasa la cosmología de acompañar a los que viven a los que siguen caminando según el espiral del pueblo Nasa, entonces eso es como esa otra cosmología que nosotros incluso lo hablamos con los mayores y bueno y… preocupados por las muertes no, de pronto hasta ahí llega su ciclo de vida, sí".
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

La muerte, al igual que la salud y la enfermedad se explica desde la cosmovisión y cosmogonía de las comunidades indígenas, hace parte de su significación cultural del mundo. Por lo tanto la muerte no representa un fin, pues desde la concepción tradicional indígena es parte del proceso natural y como tal se relaciona con su visión sistémica del mundo, en la que la madre tierra encierra todo el devenir de los pueblos indígenas. Es necesario aclarar que si bien para estos pueblos indígenas la muerte es parte del ciclo y es inevitable, esto no quiere decir que ellos *"promuevan la muerte"*, por el contrario promueven y defienden la vida, de la que hace parte la muerte:

"Sí porque por ejemplo de lo que hablamos hoy no, lo de la vida he… los Nasa pues no se aterra de la muerte pero tampoco promueve la muerte si, y la ley de la IVE[3] es promover la muerte, interrupción voluntaria del embarazo, sí, entonces ahí tenemos un dilema"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

Finalmente la muerte, si bien hace parte del ciclo mismo de la vida, no hay que apresurarla y esto se logra mediante el cumplimiento de las normas culturales, por tanto se podría decir que la muerte se entiende como la consecuencia última de la enfermedad, del incumplimiento de normas, es en cierta medida, el resultado al que se puede llegar por los desequilibrios.

La entrada de valores culturales occidentales se antepone a los valores indigenas llevando a que las mujeres no sigan las reglas y normas propios, lo que desemboca en presencia de enfermedades, donde las que escapan del sistema médico tradicional son entendidas como enfermedades externas

4.2.1.6. Maternidad: cuando se embaraza toda la comunidad

La maternidad desde el sistema médico tradicional indígena está ligada directamente a los criterios que definen el ciclo de vida y los conceptos de *salud-enfermedad*, pues al igual que estos, 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:**

"El modelo de atención está en eso, el trabajo sobre la planeación de la familia, no la planificación porque digamos que nosotros no somos tan compatibles con ese término, pero planear la familia y poder decir, sí yo quiero mi hijo y voy a hacerme responsable de todo lo que es su proceso desde la gestación misma, eso está quedando digamos muy suelto, muy flojo, entonces no hay un proceso como pre concepcional que nos permita tener un mejor… o sea una madre preparada para atender su maternidad".

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

"No esa, esa… eso se viene implementando también con el SISPI es eso, y hay gente que sí, porque es que nosotros como tal nos… cuando e inclusive todo historialmente se conoce que por lo menos nosotros no planificamos se planeaba los hijos y era de acuerdo a la luna y entonces se daba una distancia entre 5 a 7 años de hijo a hijo así tuviera usted los 20, pero… los 20 hijos que tenían antes pero los llevaban muy coordinadamente muy ordenadamente, pero pues cuando ya aparece la religión y las cosas lo uno, lo otro se olvidó".

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

La planeación de la familia no solo está ligada al aspecto físico de la madre, 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.

La familia se convierte en el eje central del embarazo de la mujer, no se puede pensar a la mujer desligada de su familia, tanto extensa como nuclear, por lo tanto el concepto de planeación de la familia desemboca en que el embarazo no es algo individual que atañe solo a la madre, por el contrario es un proceso donde convergen la mujer y su familia. El entendimiento de esta forma de vivir el embarazo por las mujeres indígenas desemboca en el desarrollo de acciones y programas en salud acordes con esta forma de ver la maternidad:

"El encuentro de embarazadas, este encuentro lo tenemos hace dos años y medio y creo que es de las cosas más fuertes que tiene el programa, es el mismo curso psicoprofiláctico pero adaptado a este contexto indígena, por eso no lo llamamos así, lo llamamos encuentro de embarazaditas, y este encuentro de embarazadas es una reunión de amigas embarazadas o que estuvieron embarazadas, porque también pueden ir, y que van con sus familias, con sus parejas, con sus tíos, con sus abuelos, con alguien de confianza, porque el embarazo se vive en familia".
(Entrevista médica, Cauca, 2014)

"Entonces por eso es que nosotros promovemos, no solamente a la embarazada si no a su familia, la que tiene pareja en buena hora, la que no, debe tener mamá, debe tener primas o amigas, y digamos que no tengan nada, que no ha de ser, tiene una vereda, y esa vereda está embarazada toda la vereda porque eso es un momento de alegría, o sea el momento del parto…nosotros hemos querido que ese embarazo sea un momento de felicidad, que vuelva a hacer un momento especial en cada una de estas mujeres indígenas".
(Entrevista médica, Cauca, 2014)

La maternidad también está relacionada con el concepto mismo de salud, pues como se vio anteriormente la salud desde una perspectiva sistémica incluye diferentes esferas relacionadas entre sí. La maternidad se fundamenta en la misma idea, pues aplica el mismo principio ya que 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:

"Por qué se dan las muertes por qué se están dando las [muertes], por qué se presentan todos estos desequilibrios porque es que nosotros en nuestra concepción en salud pues es armonía y equilibrio cierto, entonces si algo está sucediendo, si algo se está presentando es porque ya no estamos manejando ese equilibrio entonces por eso no hay armonía, entonces no hay armonía en nosotros como personas no hay armonía en la familia, no hay armonía en la comunidad, entonces ustedes están atacando solo el problemita del ser de la persona y en este caso solamente la gestante, hay otros problemas por resolver más [lo] natural, [lo] territorial, lo colectivo, lo comunitario, individual como persona hasta allá es que hay que llegar es que hay que trabajarnos hacían esa reflexión".
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

La maternidad está asociada al concepto de planeación y como tal incluye a la familia, a la comunidad, al territorio, por lo tanto son necesarios procesos de armonización que se expresan en las acciones rituales que realiza el médico tradicional y el cumplimiento de normas culturales, con el fin de buscar el equilibrio de la mujer y su bebé con las diferentes esferas de la vida.

El encuentro de embarazaditas es el mismo curso psicoprofiláctico pero adaptado al contexto indígena, donde pueden ansistir las mujeres con sus familias; por que el embarazo se vive en familia

4.2.2. Sistema médico occidental

4.2.2.1. Salud

Como se evidenció, la salud vista desde los pueblos indígenas está pensada de manera diferente a como se ha manejado desde el sistema médico occidental, pues este sistema también está permeado por valores culturales propios que hacen que la vivencia asociada a la salud sea diferente a otros sistemas culturales (Figura 6).

Según los discursos de los entrevistados en el departamento del Cauca, 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, lo que sin duda entra en contraste con la concepción de salud desde la medicina tradicional indígena.

Si bien es cierto que se han dado avances en relación con ampliar el concepto de salud dirigido a ir más allá de lo meramente físico o bilógico, en la práctica no parece ser así, pues en el desarrollo de la investigación se evidenció que la búsqueda de la salud desde occidente está pensada casi exclusivamente al componente físico de la persona, dejando de lado multiplicidad de factores. Esto se evidenció en el relato de un participante cuando éste mencionó que desde el sistema médico occidental se indaga por la pertenencia étnica de una persona es un intento por identificar, en primera instancia, condiciones de riesgo intrínsecas al ser indígena, por lo que parece dejarse de lado la intención de entender las particularidades culturales y sociales de esta población:

"Yo decía… entonces me decían ellos… yo les decía, no doctor usted simplemente haga la pregunta cierto, ¿Tú eres indígena? ya, yo les decía por la raza negra yo les decía pues no hay problema, cierto, eso sí no tiene mayor problema con sus características, pero identifíquemelo hombre que yo sepa, porque además digamos que a nivel de salud eso si tiene relevancia cierto, por las patologías yo les decía doctor pues identifiquemos. Yo aquí tengo un programa muy lindo que estamos tratando de ser centro de excelencia que es enfermedades huérfanas"

(Entrevista médica, Cauca, 2014)

4.2.2.2. Enfermedad

En el sistema indígena tradicional y en el occidental la enfermedad está relacionada con el concepto de salud. Asimismo, desde el sistema médico occidental, según las personas participantes en esta investigación, 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:

"Entonces por ejemplo hubo una mortalidad acá en el 2013, sí, que lo analizamos yo, yo pues estoy haciendo la maestría en epidemiología pero queda ahí en un año, entonces analizamos un caso de una paciente que hizo una hemorragia […], es una paciente que se van a ver ahí que era indígena, pues control insuficiente, una paciente tenía 6 embarazos anteriores, parece que en un parto anterior les había hecho el sangrado pues también en el trabajo de parto a la partera pero pues se controló, una paciente desnutrida y pues que en últimas cuando ya ella vino y se intentó el trabajo de parto, se vio que el bebé estaba pues como he […] como sufrimiento fetal pues que es como se llamaría, entonces pues se lleva a cesárea de urgencia y bueno pues hizo una hemorragia postparto y mejor dicho se, se […] hace un sangrado pues masivo, estuvo en la UCI y al final falleció, entonces cuando ya analizamos el caso poniendo pues los riesgos relativos de cada condición que la desnutrición, que la multiparidad entonces resulta que el riesgo para morirse de la paciente era altísimo, muy alto por todas

pues las condiciones que se sumaron ahí, ya, pero pues eso sí parece uno no, por ejemplo eso es lo que en la epidemiología pues le abre la mente a uno, entonces si uno como que […]pero aquí como esto es un nivel tres, entonces todo el tiempo se reciben pacientas así, todo el tiempo, entonces que es que pasa, que es que está señora le pasó eso y a otras no, así como si hubiera algo más ahí, así como los califican a los hispanos con riesgo para enfermedades para la diabetes y algo así y entonces por ser indígenas también tuviera un riesgo mucho más alto todavía" *(Entrevista médico, Cauca, 2014)*

Los resultados de esta investigación, mostraron que en los discursos analizados, la enfermedad 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.

4.2.2.3. Muerte

Desde el sistema médico occidental 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. Teniendo en cuenta lo anterior podemos aseverar que la muerte, en muchas ocasiones, es causada por descuidos de los pacientes, por subestimar el riesgo de las situaciones:

"La mayoría de muertes que se dan aquí son por descuido, y son muertes perinatales posterior a los dos, tres o seis meses; entonces uno les pregunta ¿después de cuánto tiempo se murió?, "no a los ocho meses", ¿de qué se murió? "Yo no me acuerdo", ¿de qué se murió el otro bebé? "humm ni sé, tenía fiebre pero no sé nada más", y ¿lo trajo al médico?, "no a mí me dijeron que eso le pasaba". Entonces son cosas que a uno le generan he […] pues uno dentro de su conocimiento médico y dentro de lo que uno sabe que es en bien para la paciente, a uno le genera algo de disgusto y lo digo personalmente, estoy hablando obviamente por mi persona, me genera mucho disgusto, me genera incomodidad, insatisfacción y tal vez algo de impotencia el hecho de que a uno le respondan así como, "me cambié de interiores ayer, y hoy me voy a cambiar otros", así, o por lo menos hace ocho días no me baño"
(Entrevista médico, Cauca, 2014)

La muerte tiene un alto componente de prevención, de evitabilidad, pues se considera que si se maneja el riesgo de manera adecuada habrá posibilidad de evitar una muerte temprana. Esto contrasta con la concepción de muerte que se tiene desde el sistema médico tradicional indígena, que ve la muerte como un tránsito o un retorno y no la percibe como algo que sea necesario postergar.

4.2.2.4. Maternidad

La maternidad, como concepto asociado al sistema cultural, tiene diferentes definiciones, y al ser el punto central de esta investigación se hizo necesario identificar si hay o no diferencias en la forma como se significa esta etapa y en ese sentido como se realiza el abordaje de la misma desde cada sistema médico.

Teniendo en cuenta lo anterior se definió el concepto de maternidad desde el sistema médico occidental, para una mejor comprensión de las páginas a continuación. A partir de las narrativas de los participantes en este estudio, 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:

"Yo lo que te digo es algo natural, pero que crea un riesgo, cuando veíamos un poco como el concepto hasta discutiendo algo un poco de aborto uno dice que eso es un riesgo, porque es un cambio en poco tiempo que pareciera suficiente… poco tiempo en

un ciclo natural de la mujer, entonces ella en cuestión de nueve meses tiene cambios hormonales muy fuertes que para ella la pueden afectar"

(Entrevista médico, Cauca, 2014)

Desde la concepción del sistema médico occidental es necesario identificar y manejar este riesgo mediante diferentes prácticas, entre ellas los controles prenatales. Esta percepción asociada a la maternidad contrasta directamente con lo que se considera desde el sistema médico indígena tradicional y aquí surge una de las grandes diferencias entre los dos sistemas:

"Entonces es como para mirar la esencia de eso, desde luego me aterra, me aterra el problema del control prenatal o sea la patología, eso es también[…] no domino el tema, pero es la cosmovisión que se tiene del embarazo como si fuera algo natural, demasiado natural, lo es, pero tiene que tener algunos controles precisamente porque hay unos riesgos que son[…] que pueden poner en riesgo la vida de la mamá o el hijo"

(Entrevista médico, Cauca, 2014)

Igualmente desde el sistema médico occidental la maternidad es vista como algo que atañe principalmente a la madre, de ahí que las acciones sean generalmente dirigidas a la madre o en ocasiones a ella y su pareja, por lo que se puede aseverar que desde el sistema occidental la maternidad es algo que se concibe como individual centrado en la madre, lo que de entrada genera discrepancias con la forma como se concibe esta etapa desde el sistema tradicional indígena.

La maternidad está explicada siguiendo los criterios que definen la salud y la enfermedad, asociando la maternidad principalmente al riesgo

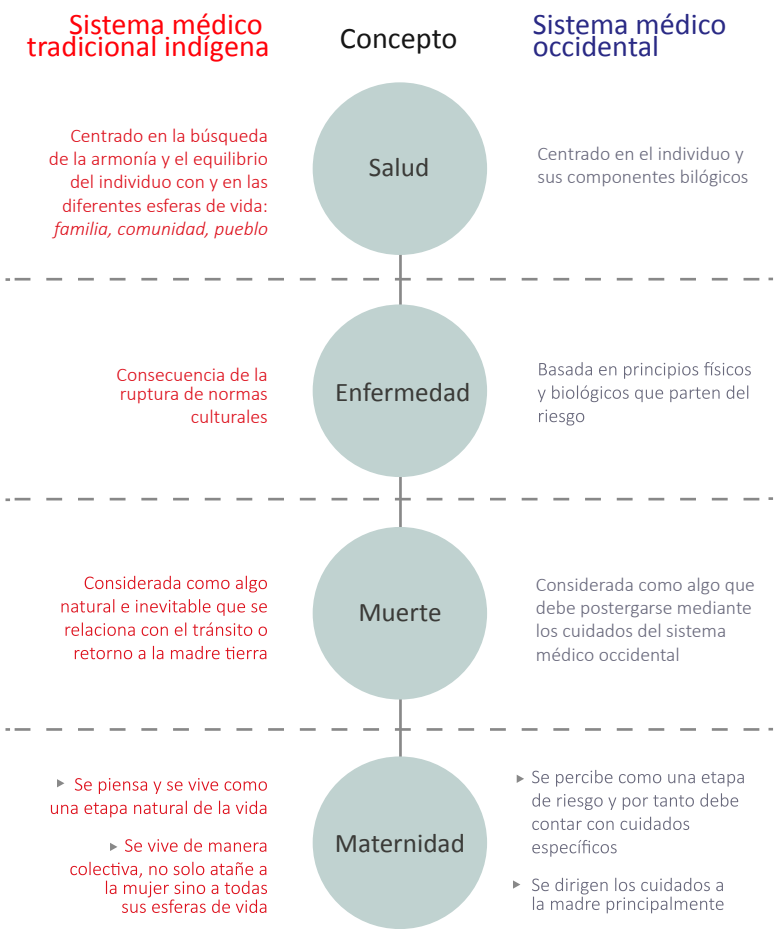


Figura 6. Diferencias en las nociones de salud, enfermedad, maternidad y muerte entre sistemas médicos

Fuente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

4.3. Prácticas de atención y cuidado en el embarazo, parto y puerperio del sistema occidental y del sistema tradicional

4.3.1. Prácticas tradicionales

4.3.1.1. Espíritus, plantas medicinales y ritualidad: generalidades de los cuidos

La medicina tradicional indígena responde directamente a las concepciones de salud y enfermedad del sistema médico cultural indígena y dentro de la medicina tradicional aquella que está dirigida al período comprendido desde la gestación hasta el puerperio tiene connotaciones particulares asociadas a la forma como se percibe la maternidad desde estas comunidades. La maternidad es entendida como una etapa del ciclo vital que involucra no solo a la madre sino a todo su entorno (familia, comunidad, pueblo y naturaleza) y en ese sentido es necesario armonizar estas relaciones a través de prácticas rituales y cotidianas. A continuación se presentan algunas prácticas que hemos llamado generalidades de los *cuidos*.

Los encargados del acompañamiento durante el período de embarazo son en esencia el partero o la partera y el médico tradicional, ellos son los encargados de iniciar con los cuidados asociados al embrazo; primero realizan el alistamiento de las plantas necesarias para la armonización inicial, pues si bien la maternidad es algo que hace parte de lo cotidiano, es indispensable armonizar a la madre y a su bebé para que la etapa se desarrolle sin contratiempos. Para los procedimientos culturales que se hacen durante la maternidad se trabaja con plantas denominadas calientes (papa guata, toronjil, tomillo, yerbabuena, orégano), pues estas plantas son las que van a generar beneficios a la madre y a su bebé, contrario efecto tendrían las plantas frías (papa criolla, orejuela de arroyo). Esta división *termo-dual* es fundamental durante todo el proceso de gestación, parto y puerperio pues no solo se aplica a las plantas que se pueden usar, sino también a la dieta y muchos cuidados que deben tener la madre y el bebé:

"Entonces, antes sin necesidad de eso, el médico tradicional, la partera pues ya sabían con los rasgos cambios fisiológicos de la mamá y empiezan a mirar que ese niño es varón o niña, entonces ya desde allá ya empezaban a cuidar, las plantas especiales para cuidar a los niños y las plantas especiales para cuidar a las… siempre manejaban las plantas calientes para prevenir las diferentes complicaciones que tienen"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

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 en sí:

"… Entonces hacemos un ritual especial de recibimiento al nuevo ser de la familia con unas plantas especiales la partera y todo le hacemos un baño con plantas medicinales, lo mismo a la mamá también hacemos un baño especial para que coja otra vez fuerza y para que cuando se tiene el bebé se abre el vientre de la mamá, entonces para que otra vez se cierre, para que se vuelva a su estado normal… entonces le hacen con plantas medicinales y con eso pues ya previenen de muchas situaciones que hoy en día estamos padeciendo de las muertes perinatales, de las muertes de los niños, todo eso, y también nosotros hacemos rituales de limpieza, en nuestra cultura decimos cuatro formas de limpieza para… el sucio para nosotros decimos sucio cuando ya empieza la mamá empieza a tener el bebé y bota la sangre… Entonces ese es un sucio que nosotros decimos en nuestra cultura y eso tiene que hacer una limpieza, si no hacemos limpieza la mamá o el hijo empieza a enfermar, pero sí de ahí el papá, o los hijos, o los hermanos que están ahí en la casa salen sin hacer limpieza los espíritus de la madre tierra afectan al niño"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

Evidentemente el conjunto de cuidados representa la concepción de maternidad que se tiene en estas comunidades, toda vez que los cuidados no solo son pensados y dirigidos a la madre, es necesario que su familia también sea incluida para evitar que *"los espíritus de la madre tierra afecten al niño".*

Es aquí donde la importancia del rito aparece como central, pues es a través del rito que las plantas medicinales pueden expresar sus cualidades calientes que son fundamentales para los cuidados de la madre, del bebé y de la familia; adicionalmente el rito es la forma con la que se establece una comunicación con la naturaleza, con los espíritus de la madre tierra, que pueden ser responsables de cosas *"buenas"*, así como de situaciones *"malas"*, si no se cumplen con las normas culturales. Durante el período de gestación los cuidados son prioritarios, toda vez que situaciones como *"el sucio"*, *"el frio"*, *"el duende"*, son consecuencia del incumplimiento de normas culturales y pueden desembocar en problemas para la madre, el bebé, su familia e incluso la misma comunidad:

"Tiene que hacer una limpieza en los cuatro días hay que estar permanecer en la casa sin salir, no hay que salir a trabajar, no hay que salir a cultivar, no hay que salirse a los ojos de agua porque tiene espíritu esas... las lagunas, los humedales, el espíritu del aro es [...] tiene un espíritu, el pishimisak el espíritu mayor que nos da o el callin que nosotros tenemos dos siempre miramos la dualidad"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

"Por lo menos cuando la persona es campesina o indígena se van para la montaña, y nosotros llegamos de esa montaña de pronto hemos pasado por un ojo de agua, porque es que el ojo de agua tiene dueño [...] entonces qué pasa nosotros tenemos la costumbre nos vamos y nos metemos digamos vulgarmente como un ganado ciego a meternos al potrero y resulta de que nosotros no debemos de andar así en la tradición de nosotros tenemos que saber que si ese ojo de agua, ese no está solo tiene dueño, ¿quién es el dueño? puede ser el arco, puede ser el duende, el mal viento que le llaman y entonces va y se mete esa embarazadita ahí le empezó el dolor de cabeza, le dio vómito le dio mareo, bueno, entonces, ¿qué tenemos que hacer? decirle al médico que tenga de confianza tradicional y decirle vea a esta embarazadita, qué le está pasando, es de plantas o no es de plantas, toca llevarla al hospital, entonces él mira la revisa y él dice es mal viento, pasó por el agua, o pasó por una laguna o pasó por un barriscalero, entonces el aire la azotó o el duende la azotó o el mal viento, eso es la tradición de la gente. Entonces qué se tiene que hacer ahí, yo como partera que tenga conocimiento en eso entonces yo que tengo que hacer, hacerle un bañito, luego hacerle un sahumerio para sacarle eso, para...pero a una embarazada hay que tenerle mucho cuidado no hacerle remedios fuertes porque le puede hacer daño, sí, en vez de ayudarla le puede hacer daño, entonces hay que saber y condicionar las plantas, no son cualquier plantas, ni que venga otra y le diga que mire, que esa yerbita es buenita vaya y tráigale y dele y uno se agarra a hacerle caso y uno sin conocer, si usted no la ha utilizado no la puede utilizar, esos son los conocimientos de plantas también"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

> Ese es un sucio y eso se tiene que hacer una limpieza, si no hacemos limpieza la mamá o el hijo empiezan a enfermar
>
> Fuente: *Entrevista indígena, Cauca, 2014*

Si bien, desde los dos sistemas médicos se recomienda que las mujeres continúen con sus actividades normales; el sistema médico tradicional enfatiza en la necesidad de que la gestante continúe haciendo actividades que demanden grandes esfuerzos, como lo sería cargar leña, esto con el fin de fortalecer su cuerpo para el momento del parto. De la misma forma existen otras recomendaciones cotidianas dirigidas a evitar complicaciones durante el parto:

"...De las abuelas dicen que la mamá tienen que hacer mucho ejercicio, cargar leña. Y la leña también cuando llega cargado no hay que dejar amarrar, si deja amarrar hay que dejar suelta [...] si, usted dejar amarrar tiene dificultades en el momento del parto sino hay que dejar suelta, y como atizar también.

Muchas, muchas, muchas… después días cuando ya el momento del parto pues los baños, las preparaciones"
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

El período que comprende gestación, parto y puerperio es un período de cuidado ritual donde es necesario realizar diferentes tratamientos culturales para evitar complicaciones que pueden ser causadas por los espíritus de la naturaleza (Figura 7).

4.3.1.2. La comida es caliente

Dentro de los cuidados que se debe tener durante la gestación y el puerperio uno de los más importantes se relaciona con la alimentación que retoma la relación *termo-dual* entre lo frio y lo 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 frio; igualmente se consideran calientes el toronjil (*Melissa Oficinalis*), tomillo (*Thymus Vulgaris*), orégano (*Origanum Vullgare*) y la yerbabuena (*Mentha Spicata*):

"A ver lo que comenté al principio pues dentro del momento del embarazo las comidas calientes, el cuidado de prevenir con la naturaleza […] la comida caliente a ver, la papa guata es una comida caliente mientras que la papa amarilla es fría […] y lo mismo también las plantas medicinales que son calientes entonces la yerbabuena,?...sí es caliente, el toronjil es caliente, cuando la persona está un poquito nerviosa se le da toronjil, el tomillo, el orégano, siempre hay que darlas, muchas planticas, eso va de acuerdo a la energía de la persona, ya el médico le dice usted necesita ésta, ésta, estas plantas para que en el proceso de la maternidad no tengan dificultades"
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

Durante el puerperio la madre debe consumir exclusivamente alimentos calientes, pues cualquier cercanía de la mujer con el frio puede ocasionar enfermedades en ella y el bebé. La alimentación es un componente central de los cuidados de la madre y su hijo, se busca que no haya contacto con el frio y de ahí que se pretenda que la mujer no salga de la casa un mes después del parto:

"La dieta que tiene que estar dos meses bien atendida, en la casa, ni recibir tanto sol ni tanto frio, adentro con comidas especiales, calientes, todo el tiempo comida caliente, y así mismo los baños a los niños tienen que con plantas siempre calientes con plantas que tengan buena energía, plantas que tengan rendimiento, en la vida que tengan buen rendimiento, plantas que lleguen a la espiritualidad bien, plantas que en ningún momento falte comida, plantas que previenen enfermedades, plantas que sirven como perfume a la persona […]que en ningún momento tenga mal olor entonces se bañan con esas plantas, después ya cumple los dos meses de la dieta y ya sale a trabajar normalmente, hay que ir despacio no hay que salir de un momento a otro salir si no que va saliendo despacio, con cuidados especiales va saliendo, va saliendo hasta volver a su estado normal, ya antes de salir tiene que hacer un ritual del limpieza del sucio que tiene donde el médico tradicional para que no afecte las energías de las plantas, de los sitios sagrados, del espíritu del Pishimisac que esté todo en armonía es otro paso que se da, y ya"
(Entrevistas indígena, Cauca, 2014)

Dentro de la dieta son centrales los caldos de gallina vieja y el chocolate caliente, estas comidas se dan después del parto y se mantienen durante el período que la mujer se encuentra en dieta y tienen como objetivo la recuperación total de la mujer:

"Ajá sí para que lo revisen, sí porque en la comunidad pues las parteras tienen la costumbre de darle una comida especial a la puérpera cuando ya pues tiene el bebé, entonces lo que básicamente les dan es caldito de gallina, agua de panela con canela, o sea

son como bebidas calientes que se le da a la mamita después del parto, y también tiene la costumbre de bañar al recién nacido con agua de plantas medicinales"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

"Después de que una mujer acá lo normal, lo que se acostumbra es que la mujer durante todo el mes después de posterior al parto, no debe ventearse, no debe enfriarse, o sea debe estar en un lugar cercado en su habitación, debe bañarse con agua de plantas medicinales, debe consumir alimentos calientes, lo que generalmente se consume acá, pero es caldo de gallina, solo calditos, caldo de gallina, con la carne sí, con la presa, y también consumen carne de ovejo. Entonces son como alimentos que ayudan a que la mujer vuelva y se recupere porque pues en el período de embarazo, pues toda la alimentación que ella tiene pues para el bebé"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

La relación que se establece entre lo frio y lo caliente es fundamental a la hora de entender los cuidados que deben tener las madres durante su embarazo parto y puerperio, pues esta dualidad permea el accionar cotidiano y ritual de estas comunidades indígenas.

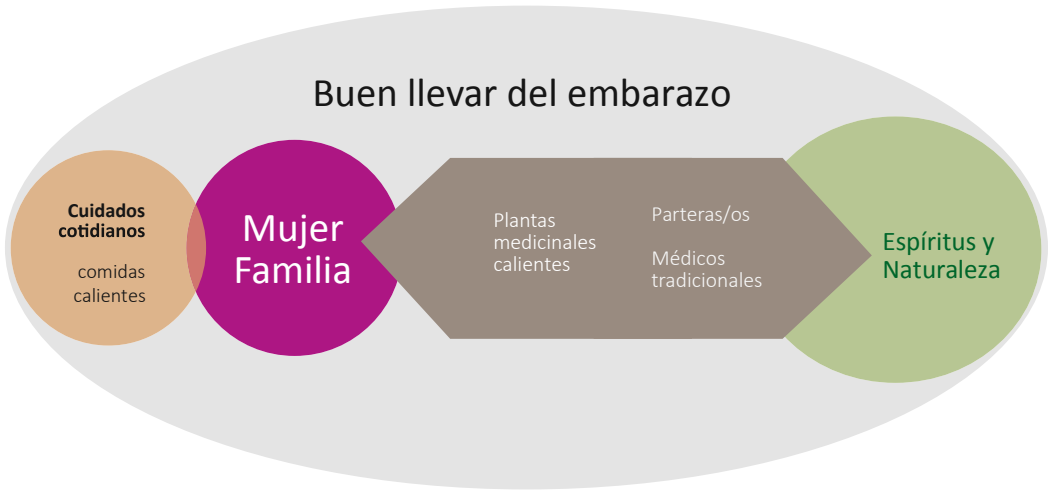


Figura 7. "*Buen llevar*" del embarazo desde el sistema médico tradicional

Fuente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

4.3.1.3. Las prácticas más importantes

Dentro de las prácticas que se realizan desde la medicina tradicional hay algunas que son consideradas las más importantes; en general las más usadas por las mujeres indígenas, y en ocasiones no indígenas. Además, estas prácticas son las que generan mayores percepciones negativas entre el personal de salud asistencial y de salud pública del sistema médico occidental.

Para entender las posiciones de los actores del sistema médico occidental es necesario hacer una breve descripción de las principales prácticas tradicionales. Vale la pena aclarar que esta investigación no era de corte etnográfico, por lo tanto no se profundizó sobre las mismas, solo se enunciaron sus generalidades con el fin de permitir al lector entender de qué se habla y en qué consisten estas prácticas (Figura 8).

4.3.1.3.1. *La sobada*

Las parteras y médicos tradicionales son los principales encargados de velar por la salud de la mujer y del bebé indígena, ellos realizan controles tradicionales para armonizar a la mujer durante el embarazo, parto y dieta y adicionalmente monitorean el estado del bebé en el vientre materno e incluso, algunos de ellos y ellas remiten a las mujeres indígenas a los servicios de salud occidental cuando lo consideran necesario. Dentro de las prácticas de monitoreo que realiza la par-

tera una de las más frecuentes e importante es la de identificar la posición en la que se encuentra él 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:

"Que los niños cogen una forma de que hay veces de que ellos se atraviesan, de lejos se ve una barriguita cuando un niño está atravesado, entonces hay que sacarlo, despacito se saca y se acomoda, entonces ya gira un poquitico y ya se acomoda el bebé donde debe estar, y ya se le quitan los dolores a la mamá, porque o sino le dan dolores por acá, por acá, o en las piernas, y es por eso, o cintura, y es porque los niños están mal, de ahí ya seguimos trabajando uff yo tengo mejor dicho que ya son papaces pues"

(Entrevista partera, Cauca, 2014)

La sobada no se realiza únicamente pensando en el momento del parto, esta también se puede realizar en diferentes etapas de la gestación con el fin de acomodar al bebé cuando éste está generando incomodidades y dolor a la madre, de hecho esa es una de las consultas más frecuentes que atienden las parteras, pues muchas madres consideran que mediante la sobada sienten alivio, se sienten mucho mejor y por tanto se hacen sobar en distintos momento de la gestación:

"Hay tres parteras entonces cada una va entre semana, así, entonces yo me hago sobar de ellas, pero así parteras [...] cada 15 días o 20 algo así "yo no sé porque todas mis compañeras dicen [...] yo me hago sobar y me siento mejor, se me quitan el malestar y todo eso [...] sí, y yo siento que [...] por ejemplo yo me sentía que como que se me incrusta él bebe por este lado. A mí me dijeron que era bueno siempre, bueno y no sé qué, hice caso y me vine hacer, había una partera aquí la quiero mucho porque tiene la mano suavecita y todo eso, y vine, mire que a mí me estaba dando"

(Entrevista gestante Cauca, 2014)

Aunque *la sobada* es una de las prácticas más frecuentes entre las mujeres indígenas y campesinas, también se pueden encontrar mujeres que no se sienten a gusto con esta práctica y que por el contrario consideran que esta es poco agradable y les genera complicaciones y malestares:

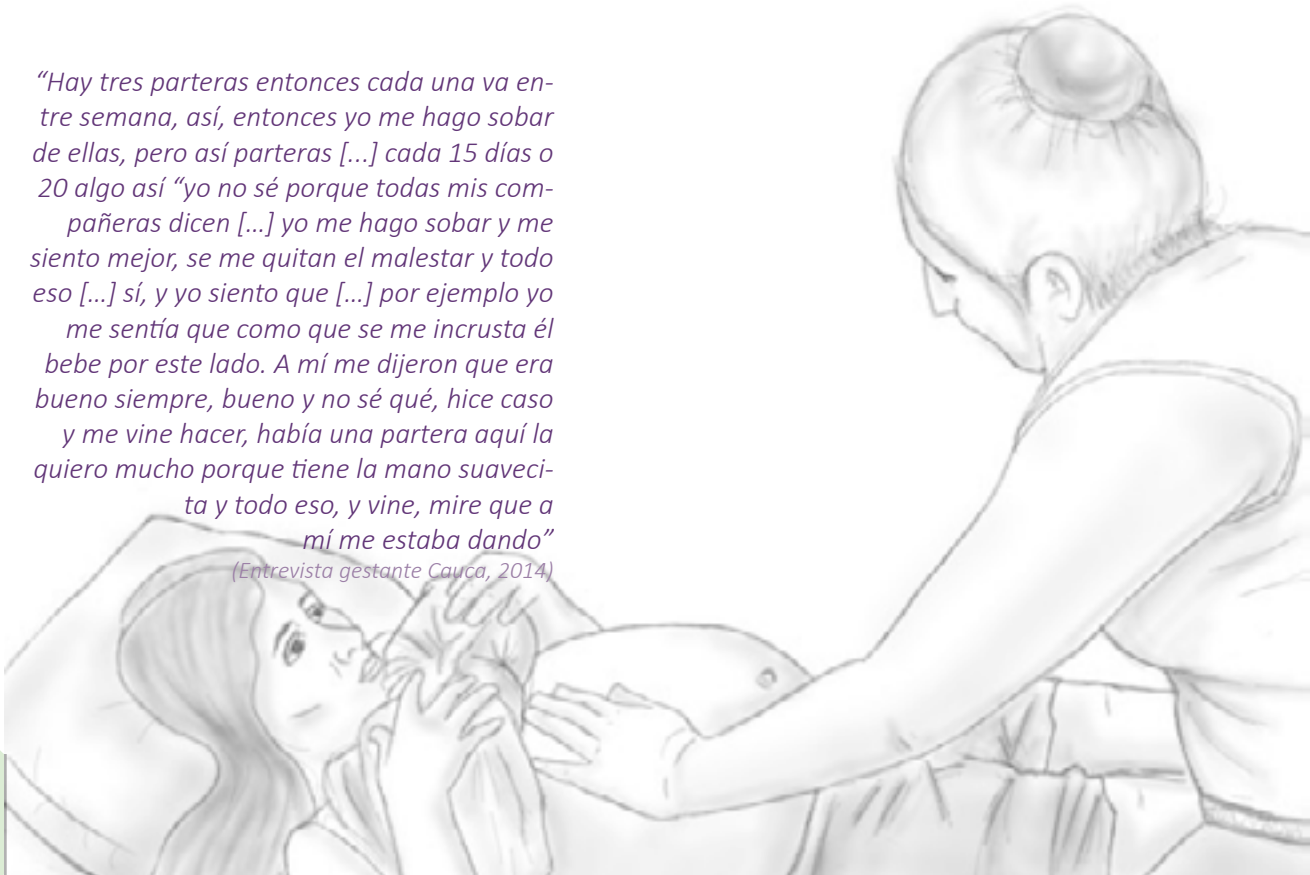
"No, no, yo sentía algo tan feo como más... no sé, siento que algo me duele, se me sube por la espalda y me sube al cerebro y me empiezo como a desmayar, yo creo que es un desmayo porque empiezo a ver feo y como que me aparece un dolorcito como de cabeza, y del dolor se me va como oscureciendo la vista totalmente"

(Entrevista gestante, Cauca, 2014)

"A mí me tocan mi pipa y Dios mío yo me muero, no me gusta parece que al bebé tampoco le gustara [el bebé brinca] feísimo y me siento mal, me da una cosa horrible, horrible"

(Entrevista gestante, Cauca, 2014)

La relación entre lo frio y lo caliente es fundamental a la hora de entender los cuidados que deben tener las madres durante su embarazo parto y puerperio, esta dualidad permea el accionar cotidiano y ritual de estas comunidades indígenas



4.3.1.3.2. *Agua de brevo*

Dentro de las prácticas indígenas y no indígenas una de las más difundidas es la toma y el baño de las mujeres embarazadas con *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 él bebé nazca mucho más rápido, además cumple funciones simbólicas pues mediante los baños y la ingesta de agua de *brevo* se saca el frio de la madre, frio que es culpable de enfermedades para ella y el bebé:

"El agua de brevo es para sacar el frío, eso es para sacar el frío, cuando tiene un estomagote tremendo es porque tiene mucho frío, entonces… días antes de que uno ya más o menos sabe la fecha que va a tener él bebé, o que ya se siente cansado, o pesado o que […] por acá, entonces se cocina unas hojas de brevo y se baña de aquí para abajo, también se les da, pero entonces no se puede dar mucho porque entonces les puede dar irritación porque es muy caliente, se saca […] si se da poquita, poquita toma, más bien bañarse el estómago de aquí para abajo, las piernas se bañan, porque toda planta por lo menos en demasía es malo, hay que saber qué tanto se toma y qué tanto se consume"
(Entrevista partera, Cauca, 2014)

Desde el imaginario indígena, principalmente de los **Nasa**, el momento del parto debe ser lo más rápido y fácil para la madre para lo cual el *agua de brevo* es fundamental, de ahí la importancia de esta práctica durante el embarazo y el parto. Dentro de la misma lógica de la toma o baños con *agua de brevo*, se presentan prácticas similares, que también consideran tomar bebidas que cumplen con una función aceleradora del parto; es posible que estas prácticas puedan ser respuesta a un sincretismo médico entre la sabiduría popular campesina e 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.
Fuente: *Entrevista indígena, Cauca, 2014*

"Acelerarlo, hacerles agüita, agüita, por lo menos yo acostumbro…pepas de café… se hace una trencita y se pone a hervir con pepas de café y se les da, cuando hay hoja de aguacate se le echa […] y eso ayuda a que dilate rapidito y ya agilice el parto, y también se le del agua de brevo"
(Entrevista partera, Cauca, 2014)

4.3.1.3.3 *Siembra de la placenta*

La práctica tradicional con mayor significación cultural es la *siembra de la placenta*, incluso desde la misma significación de *siembra* y *no entierro* tiene una razón de ser; para los **Nasa y los Misak** 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.

"Si ese amarre con la madre tierra verdad, que le entra listo aquí viene un nuevo ser entonces usted para que lo acoja en su vientre, entonces por eso es que se entierra la placenta y de pronto también por eso uno tiene tanto ese arraigo con la madre tierra también como indígenas, no es porque bueno […] porque piden tanta tierra sino que de pronto es ese arraigo que uno tiene porque está conectado directamente con la madre tierra" (Entrevista indígena, Cauca, 2014)

"Aja uno la siembra, con remedio, o sea la tradición de nosotros es esa, se siembra así en el corredor en una parte donde no le caiga agua, según la tradición y se le siembran remedios para que el bebé también esté bien y todo eso"
(Entrevista gestante, Cauca, 2014)

"La placenta uno pues claro la placenta llegan y la botan y ellos no la pueden botar, porque cuando estábamos en habían unas madres que había que echárselas en una chuspa y ellas se la llevaban, porque tenían que enterrarla al pie de la casa, porque pues que la madre tierra y no sé qué, entonces debía enterrarse, sí, entonces todas esas cosas"
(Entrevista funcionaria departamental, Cauca, 2014)

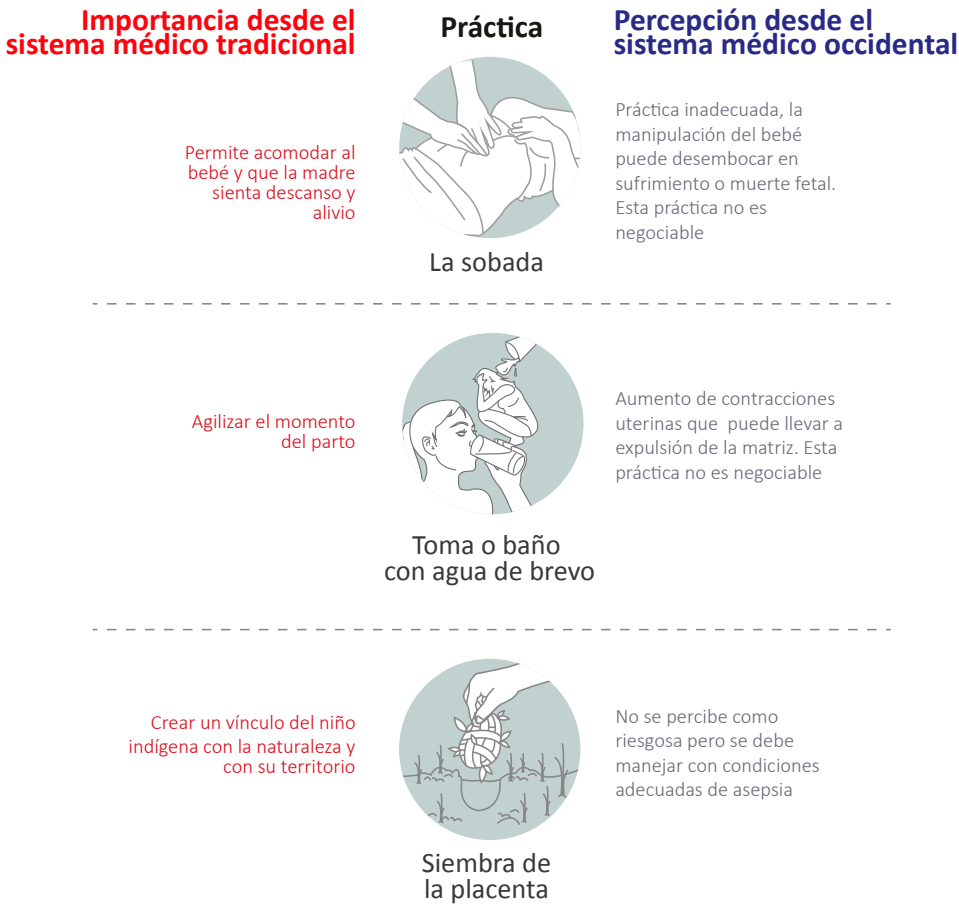


Figura 8. Principales prácticas desde el sistema tradicional

Fuente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

4.3.2. Prácticas del sistema occidental

Esta investigación evidenció como desde el sistema médico occidental y tradicional, hay una serie de connotaciones culturales que sustentan los accionares de cada uno de los sistemas, esto incluye las prácticas mismas. Cada sistema tiene sus prácticas propias para el periodo del embarazo, parto y puerperio, que son promovidas por cada sistema al entender que son adecuadas para el buen desarrollo de esta etapa. Si bien cada sistema tiene diferentes prácticas y valores culturales los dos buscan finalmente el bienestar de las comunidades y para este caso particular el bienestar de la madre y su hijo. Así las cosas, desde el sistema médico occidental también existen algunas prácticas básicas que deben ser tenidas en cuenta a la hora del *"buen llevar"* del embarazo, parto y puerperio.

Se realiza la misma salvedad respecto a que este estudio no es de carácter etnográfico, a continuación se presentan algunas generalidades de los cuidados desde el sistema médico occidental. Las prácticas desde el sistema médico occidental están principalmente dirigidas al control del riesgo, lo que prima es el monitoreo del estado de la madre y el bebé, por tanto los controles prenatales son parte fundamental del cuidado:

"Pues desde que llegué hasta ahora un caso de mortalidad no, de perinatales sí, por muchos descuidos… clínica y les mandamos pues como todo el primer control prenatal, se envían un montón de exámenes que hay que hacerlos para diagnosticar pues múl-

tiples patologías, infecciones, para saber, estudio de imágenes para saber cómo está el bebé, si está embarazada, o cómo va, pero se nos dificulta mucho pues de lo que he vivido yo no tanto de nosotros brindamos toda la parte… nuestros conocimientos ayudándoles a hacer un buen control prenatal, les explicamos desde que inician de cómo es un inicio de control prenatal, entonces nosotros les explicamos desde que ingresan le hacemos nuestra parte médica, les preguntamos, hacemos toda nuestra historia"

(Entrevista médico, Cauca, 2014)

Los controles prenatales como garantía de un *"buen embarazo"* son fundamentales, pues es gracias a estos que los profesionales de la salud pueden anticipar situaciones de riesgo potencial y actuar en consecuencia según sus conocimientos. Es de mencionar que desde la percepción de los médicos muchas complicaciones durante esta etapa se dan por descuido de las madres. Este punto se profundizará más adelante.

Dentro de los controles, las ecografías son fundamentales pues no solo sirven para que la madre vea a su hijo antes de nacer, sino que dan a los médicos información de vital importancia para saber si el embarazo puede ser considerado de bajo o alto riesgo. Con esto en mente es que desde el sistema médico occidental se hacen diferentes esfuerzos para que las mujeres asistan a los controles:

"Ella no aprovecha las oportunidades de tener la ecografía, de mirar cómo está el bebé, de si su embarazo es de alto o bajo riesgo y más cuando encuentra uno mujeres en edad muy temprana en embarazaditas"

(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

"No dejaron porque igual ya la habían enterrado, entonces no dejaron que la trajeran, pues que la sacaran para hacerle la necropsia, entonces uno muchas veces pues es feo pero uno toma estos ejemplos para decirles a las mamitas, hay, hay que hacer los controles, mire que son dos vidas, no es solamente usted, está su bebé, están sus otros hijos, entonces hay que hacer todo lo posible para que usted […]"

(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

Las prácticas desde el sistema medico occidental están dirigidas principalmente a favorecer el buen desarrollo del embarazo para la madre y el bebé, y de manera paralela son prácticas pensadas para dar información necesaria al médico sobre el estado de salud de la madre y el bebé durante las diferentes etapas de la gestación con el fin de facilitar la atención del parto por parte de los médicos.

4.3.3. Percepciones desde cada sistema médico

Cada sistema médico tiene sus prácticas principales y estas prácticas generan posicionamientos desde cada sistema. En el contexto caucano estos dos sistemas médicos están en constante relación, que en ocasiones se torna tensa debido a diversos factores como desconocimiento, distanciamiento cultural, falta de información, etc., lo anterior se suma a las diferencias estructurales que parten de las diferencias que existen entre los dos sistemas, respecto a la forma de definir la salud, la enfermedad, la muerte y la maternidad, así como de las prácticas de cuidado que se derivan de estos conceptos.

4.3.3.1. Homogeneización: la tiranía de la igualdad

Es claro que tanto el sistema tradicional como el occidental tienen como objetivo que sus prácticas y cuidados estén dirigidos a la búsqueda del bienestar de las comunidades, ninguno de los sistemas médicos culturales tiene un objetivo diferente y en el caso particular de la salud materna los esfuerzos desde cada sistema también están dirigidos al buen manejo de esta etapa buscando siempre la salud de la madre y el bebé; cada sistema tiene sus maneras específicas de realizarlo.

Desde el planteamiento terapéutico del sistema médico occidental la atención a las madres requiere gran atención y cuidado, de ahí que existan protocolos de acción que deben ser seguidos por los profesionales de la salud para la atención durante el embarazo, parto y puerperio. Según los participantes de este estudio, la atención que se presta desde el sistema médico occidental parte del principio de la igualdad en la atención, principio que dicta que todas las personas deben ser atendidas igual, de la misma forma puesto que *"todos somos iguales"*:

"No digamos que nosotros tenemos adoptado el protocolo del Ministerio de Protección Social de eliminar barreras de acceso a las maternas, todos, cierto, llámese indígenas, llámese cualquier materna, tiene unos privilegios, si obvio, entonces están identificadas son una urgencia no tiene esas barreras de acceso que diga oiga venga espérese, páseme la cédula, usted de qué entidad es, nada, la materna ingresa derecho al servicio de ginecología, aquí la ve un obstetra no la ve el médico general, la ve directamente el especialista y el especialista la define, pero es para todos o sea lo que yo te decía realmente no teneos un este […] diferencial de la indígena o de la raizal no, se maneja el protocolo como lo tiene establecido, lo que tratamos es de disminuir barreras de accesibilidad"

(Entrevista médica, Cauca, 2014)

"Todos por igual, lo único es que cuando ella está arriba es por la lengua, la barrera nuestra, pero igual, nuestra atención es igual, viene embarazada la persona con la que venga, que es lo que necesita, va para arriba, vamos hacer esto, la explicación la atención de su parto, todo eso"

(Entrevista enfermera, Cauca, 2014)

Si bien es cierto que desde el sistema médico occidental se han desarrollado avances dirigidos a superar las barreras de atención para las maternas, también es claro que no hay una diferenciación sobre estas, es decir no se tienen en cuenta las particularidades asociadas a condiciones intrínsecas de las mujeres, como su pertenencia étnica.

Esta situación ha desembocado en que desde las comunidades indígenas y en sí desde el mismo sistema médico tradicional, en algunos casos, se construya una percepción donde se considera que el sistema occidental no tiene las capacidades humanas para la atención de la población indígena, pues no reconocen sus particularidades, ésta apreciación integrada a otras condiciones son las que conducen a la población indígena a conformar sus propias instituciones de salud:

"Entonces la organización decide seguir su propio rumbo independientemente de lo que suceda con el Estado, con las instituciones y pues seguir con la orientación de la comunidad, siempre mediante asamblea se han hecho asambleas las reuniones pertinentes, y entonces se sigue fortaleciendo el programa de salud y se organizan las IPS, si, en el año 99, 2000 ya ahí los primeros avances en IPS a nivel de asociación en el Cauca, es así como aquí en… ya en el año 2000 […] 2006, no miento 2003 creo que es"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

4.3.3.2 .Riesgo

Desde el sistema tradicional indígena se tienen percepciones negativas y positivas sobre los actuares del sistema médico occidental; la situación contraria también se presenta con mucha frecuencia, y está dirigida principalmente a las prácticas que se realizan desde la medicina tradicional.

Como se anotó en líneas anteriores, la maternidad desde el sistema médico occidental tiene un alto componente de riesgo, pues esta etapa se entiende desde este concepto, por tanto el control y el manejo del mismo son fundamentales. Partiendo de esto se puede entender la relación entre las prácticas del sistema tradicional y el sistema médico occidental.

Para el sistema médico occidental las prácticas tradicionales son, en su mayoría, inadecuadas pues al no ser realizadas bajo las condiciones de asepsia que se sustentan desde el sistema occidental, pueden representar una exacerbación del riesgo expresado en infecciones y complicaciones innecesarias y esta situación aumenta de manera importante cuando de maternidad se trata, pues al parecer el problema no son las prácticas en sí, sino como estas son llevadas a cabo:

"En la parte de maternas sí pienso que la debilidad está es en el manejo aséptico de las cosas, yo pienso que ahí es donde hay las complicaciones, cierto, en usted con qué va a cortar ese cordón, en que usted si va a tender eso en la tierra donde hay todos los bichos y las bacterias entonces pongan una

sabanita blanca, en fin, que yo pienso que ahí, es donde tenemos las complicaciones, en que el tema de dilatar el cuello con cosas, entonces que te meten cebollas, que le meten plantas en la vagina, claro, hay platas que dilatan no, al contacto de ellas empiezan a expandirse y pues es un dilatador normal, aquí vemos muchos […] muchas pacientes que llegan sobre infectadas y uno va a esos cultivos salen unas cosas rarísimas son bacterias vegetales, entonces hay prácticas que uno dice […] entonces ellos para sanar entonces que échele ajo, que échele el café a la herida no […] de los hábitos que ellos tienen, en fin, entonces yo pienso que realmente yo no le vería problema, pienso que aquí habría que apoyar simplemente es a que cuando ya se haga esa extracción del cordón y todo eso que sea de la manera más aséptica para que ni se vaya a infectar el bebé ni se vaya a infectar la mamá"

(Entrevista Médica, Cauca, 2014).

Dentro de las prácticas tradicionales más usadas y que se presentaron anteriormente (toma de *agua de brevo* y *la sobada*) también hay una posición clara de los profesionales de la salud pertenecientes al sistema médico occidental, que si bien no están asociadas al concepto de asepsia sí se relacionan con el riesgo.

La toma de *agua de brevo* es una práctica difundida en la región y no es exclusiva de las mujeres indígenas, pues también es usada por mujeres campesinas e incluso mujeres residentes en Popayán; esta práctica tiene posicionamientos claros desde el sistema médico occidental pues la consideran una práctica peligrosa que puede generar graves complicaciones al momento del parto:

"Y no solamente los indígenas, otro tipo de culturas de tomar agua de brevo, entonces el agua de brevo, lo que nosotros les explicamos en la parte occidental es que sí le va a producir contracciones uterinas que pueden ayudar a que el trabajo de parto se acelere pero esa agua de brevo puede ser tan fuerte en algunas mujeres que es finalmente como la oxitocina es un oxitóxico finalmente y si se aumenta el… las contracciones uterinas pueden producir la ruptura uterina, pueden producir la muerte fetal, sufrimiento fetal, entonces son esas cosas que uno trata de que ellas no utilicen ese tipo de plantas, si […]" *(Entrevista funcionaria del departamento del Cauca, 2014)*

Evidentemente el manejo de los aceleradores o dilatadores al momento del parto es un campo de dominio exclusivo de la medicina occidental y por tanto no se puede concebir un manejo similar desde otro sistema, pues al hacerlo se generaran complicaciones para la madre y el bebé, por tanto se busca que este tipo de prácticas sean eliminadas totalmente debido a los graves riesgos que conllevan:

"A mí me llegó acá hace como 20 días, ella [la gestante] no era indígena, era una señora de una vereda y la hermana es, vuelvo y te repito, es promotora de la IPS no sé si enfermera, entonces ella llegó porque ya estaba con dolores de parto ta, ta, ta y le tocamos, le hicimos y sí ya estaba en trabajo de parto, estaba como en dilatado cuatro, pero tenía la presión alta, estaba como en 150/100, algo así la presión, entonces ella [la gestante] le comentó a la auxiliar que le habían dado agua de brevo, entonces la auxiliar dijo que, por qué si ella [la promotora IPS] sabía que ella trabajaba en la IPS, no que no le importaba, que era de la cultura, entonces cuando yo llegué y le pregunto lo mismo, dijo, sí lo que pasa es que nosotros practicamos nuestra cultura, sí yo estoy de acuerdo, yo te admito que sea de una indígena pero no tú, porque tú eres una persona de salud, tú sabes cuáles son las consecuencias de eso, me dijo no, no importa yo soy de la comunidad, vuelvo y te lo repito usted no es de la comunidad, usted es de una persona de salud"

(Entrevista, médico, Cauca, 2014)

Es claro en la cita anterior que la toma de *agua de brevo* si bien pertenece a la tradición cultural indígena y popular, ésta se anula al ir en contravía del conocimiento y prácticas del sistema médico occidental, así cuando la auxiliar de enfermería indígena que labora en una institución de salud occidental da de beber *agua de brevo* a una mujer de la comunidad es señalada y descalificada por el siste-

ma para el que trabaja, ya que más allá de su pertenencia *étnico-cultural*, estar dentro del sistema médico occidental le exige funcionar según las reglas del mismo, donde el *agua de brevo* es considerada perjudicial.

Efectivamente la situación es que esta práctica tiene consecuencias negativas, consecuencias que muchas veces han sido atendidas por el personal de salud occidental, de ahí que ellos conozcan muy bien las consecuencias y por tanto busquen la erradicación de esta práctica. La percepción sobre esta práctica, expuesta por los participantes de este estudio, está sustentada no solo en la experiencia sino también en evidencia científica, que ellos manifiestan conocer:

"Hay prácticas desde la parte cultural que desde la parte occidental están soportadas científicamente que sí pueden causar efectos adversos a la mamá y al bebé, ejemplo, por ejemplo, el agua de brevo y de hecho no estoy hablando solamente que el agua de brevo la utilicen solamente la medicina tradicional, la medicina indígena, no, de hecho es una […]la hoja de brevo es una medicina […]es una práctica cultural en cualquiera de las comunidades o sea […] si existe, de hecho ahorita la estaba buscando porque yo había bajado el artículo de evidencia científica cuando hacen el estudio de las plantas medicinales que utilizan para en la gestación, el trabajo de parto y la lactancia materna y la evidencia científica sí muestra que la hoja del brevo tiene un efecto como la oxitocina, ¿qué hace eso?, desencadena actividad uterina, y esa actividad uterina porque yo lo he reconocido, cuando se grafica en una monitoría fetal la actividad uterina aumenta a [polifetal] es decir más de 5-6 contracciones en 10 minutos y puede causar ruptura uterina y sufrimiento fetal, sí, entonces esa evidencia científica sí está y está documentada, hay una […]"

(Entrevista funcionaria departamental, Cauca, 2014)

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, para el sistema médico occidental los avances científicos deben ser usados para mejorar la atención de las maternas y reducir lo más posible el riesgo durante esta etapa, por tanto prácticas como las ecografías son necesarias para identificar el riesgo mismo del embarazo. Una práctica tradicional que va en contravía con lo anterior es *"la sobada"*, que desde el sistema médico occidental es sumamente perjudicial para la madre y el bebé y que sin duda aumenta de manera considerable el riesgo de complicaciones:

"… O él bebe está muerto o que se hacen sobar, o que se hacen sobar y vienen con la circular entonces se complica el momento del nacimiento"

(Entrevista médico, Cauca, 2014)

"Y lo que por ejemplo yo insisto mucho en las capacitaciones con parteras es que la partera no debe cambiar de posición al bebé, eso es sí, algo en que yo les he insistido mucho porque aquí acostumbraban mucho eso, de que hay gestantes que dicen es que mi hijo está en mala posición voy a ir donde la partera para que me lo cambie de posición entonces en eso sí yo he insistido mucho al bebé nadie lo puede cambiar de posición, el bebé cambia solitico y ustedes por muy parteras que sean, yo les digo por muy parteras, por mucho tiempo que lleven de parteras es imposible que ustedes cambien de posición al bebé, él solito cambia porque es que el problema es que en un cambio de posición uno puede matar al bebé"

(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

Para el sistema occidental *"sobar"* a una mujer parte de la idea de acomodar el bebé lo que es imposible de hacer. Las prácticas tradicionales tienen un alto componente cultural pero desde el sistema médico occidental son vistas como riesgosas, no sólo desde la evidencia científica, sino también desde las consecuencias negativas de estas prácticas, observadas en su experiencia laboral.

Tanto la toma o baños de agua de brevo como *"la sobada"* son prácticas criticadas por las personas pertenecientes al sistema occidental que participaron en esta investigación, pues desde estas narrativas se acudió a la evidencia científica como sustento de sus posiciones y percepciones. Con esto en mente y buscando ampliar el panorama respecto al tema para el lector, se realizó una revisión inicial de algunos estudios clínicos sobre los riesgos identificados desde la medicina occidental derivados de estas dos prácticas.

Con relación al agua de brevo no fue posible identificar en esta revisión estudios en los que se describieran daños a la salud de la madre y el niño causados por esta práctica. En lo concerniente a *"la sobada"* desde el sistema médico occidental se encontró una técnica que podría guardar similitudes, se trata de la *versión cefálica externa*, una práctica recomendada en gestantes a término para evitar el parto en presentación no cefálica (47). Hay que resaltar de manera enfática que esta búsqueda no se realizó con ánimo de validar o invalidar las prácticas tradicionales, pues esto iría en contravía de lo que se ha propuesto en las líneas precedentes y venideras.

4.3.3.3. Sistema tradicional y valores propios: desaparición o resistencia

El sistema médico tradicional, como se evidenció, está íntimamente ligado al sistema cultural y por ende a la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas **Nasa y Misak**; las prácticas tradicionales son parte de esa expresión cultural y como tal, la desaparición de estas influirá directamente en la pervivencia cultural de estos pueblos.

En la actualidad desde la percepción de los indígenas, se presenta un proceso que ellos identifican como pérdida de valores culturales debido a la *"occidentalización"* de las personas indígenas, hecho que ha desembocado en que las prácticas y tradiciones culturales no se usen y esto ha conducido a la propagación de enfermedades. Este concepto aplica de igual manera durante el embarazo:

"…Entonces es una lucha, nosotros antes luchábamos en recuperar territorio hoy en día hemos recuperado un parte del territorio, pero nos falta es ese valor tan fundamental de la recuperación de nuestro pensamiento propio, de los valores propios, es una lucha que nosotros en estos tiempos que tenemos que hacer y en eso pues el Gobierno nacional nos tiene […] las instituciones del gobierno tienen que entender de que hoy en día nosotros estamos hablando de los planes de salvaguarda de que si nosotros pues el Gobierno no nos reconoce esos valores culturales propios, que nosotros que cada pueblo tenemos nunca vamos a lograr porque van a seguir presentando las muertes maternas, las muertes perinatales, pero si desde el Gobierno mismo ya empiezan a mirar con esas políticas diferenciales que nosotros planteamos como pueblo […] que nosotros también tenemos unas políticas propias que esas políticas van de acuerdo a la situación que está presentando que se manifiesta la madre tierra"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

El *"buen vivir"* de los pueblos indígenas está relacionado directamente con su territorio, así como con su cosmovisión y cosmogonía, por tanto pensar en pueblos indígenas reconocidos y fortalecidos sin valores culturales es un error, pues estos valores según los líderes y lideresas indígenas muchas veces se pierden por la influencia de las políticas asistencialistas del Gobierno, así como de la influencia de grupos religiosos:

"Recientemente un problema aún más grande por la dependencia, por la entrada del Plan Mundial de Alimentos acabó con el ejercicio de la solidaridad en las mingas, en los trabajos, porque antes la gente llevaba comida a los trabajos, después iba era a recoger arroz, aguapanela, aceite y pendejadas, cuando ya se acabó eso, la gente no quiso llevar a trabajar, o sea ya en la casa"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

"Como les digo hay algunas compañeras que no acuden ya por las creencias religiosas, no, desafortunadamente diría yo, en este momento tenemos un alto índice de […] evangélicas en los territorios, y con eso ha sido un poco difícil lograr concertar que no es que nosotros estemos en contra de […] si no lo que nosotros queremos es que la parte cultural no se deje a un lado"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

La desaparición de prácticas culturales influye directamente en la pervivencia cultural de estos pueblos

Como se mencionó el objetivo de los sistemas médicos es el bienestar de las personas y en el caso de las maternas no es diferente, por tanto las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas, cimentadas en los valores culturales, son las encargadas de hacer que el embarazo, parto y puerperio se lleven de la mejor manera evitando complicaciones para la madre y el bebé; romper con estas prácticas culturales o con los valores propios, que en términos prácticos es lo mismo, puede ser la manera de explicar las muertes maternas y perinatales según el sistema médico tradicional:

"…Entonces también hemos tenido dificultades en las muertes maternas como dice, le digo a usted, es por esas causas, porque prácticamente se ha desconocido un ámbito donde uno prácticamente cuando los […] nuestros mayores nos enseñaron a nosotros que siempre debía ser es la práctica cultural, en donde se debe enterrar el cordón umbilical, el cordón umbilical debe estar al lado de nuestro pueblo en un sitio especial donde los mayores nos lo dijeron, y hoy en día qué hacemos, […] los cordones umbilicales pues los tiramos donde caigan, los dejamos en los hospitales botados y eso ha hecho de que las enfermedades se vayan apoderando de nuestros hijos, de nuestras comunidades, entonces ha sido una situación bastante, bastante compleja porque creo que ese tema […] a ver la medicina nuestra ha perdido fuerza a través del modernismo que se ve en los medios de comunicación llámese televisión, propagandas hacen que hoy en día los jóvenes se interesen más por mirar el modernismo de afuera y dejan un poco lo cultural, eso en esa parte hemos tenido dificultades"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

4.3.4. Parto: el momento de las tensiones

Dentro de la etapa de la maternidad el parto es el momento central para los dos sistemas médicos y por tanto es también el espacio donde se evidencian las mayores tensiones entre los dos, tensiones que se expresan en temas como el *parto vertical vs el parto horizontal* o el *parto domiciliario vs el parto institucional*. La tensión entre los sistemas médicos hace necesario que se realice una descripción del parto vertical que se asocia al sistema médico tradicional y en ese orden de ideas puede ser desconocido para el lector, pues el parto asociado al sistema médico occidental es el horizontal y ese es mucho más conocido y entendido.

> Pues el Gobierno no nos reconoce esos valores culturales propios…, que nosotros tambien tenemos una politicas propias que van de acuerdo a la situación que se esta presentando que se manifiesta en la madre tierra
>
> Fuente: *Entrevista indígena, Cauca, 2014*

4.3.4.1. Breve descripción del parto vertical

El parto vertical es el relacionado con el sistema médico tradicional indígena, por tanto es el que más se usa por las mujeres indígenas y en algunas ocasiones por mujeres no indígenas residentes en zonas rurales, principalmente mujeres campesinas. El parto vertical, como su nombre lo indica, remite a una forma de parto donde la mujer no está en una posición horizontal o acostada, por el contrario 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:

"Y solita, mamá me cuenta que ella cuando me tuvo a mí, que ella alistó un poco de chiros y eso dolores, y ella misma se puso a hacer un caldo porque ella sabía que ya la bebé venía, pues era yo, bueno, entonces que ella alistó, se puso hacer el caldo y todo y la olla estaba que hervía con leña y toda esa vaina, y ella fue y alistó y toda al pie de la cama, puso el tendido y todo eso y cuando le vinieron los dolores ella fue y se arrodilló y rum los dolores y cuando rapidito nací, y ella tenía que listo desinfectadas las tijeras, que eso ni eran ni tijeras, sino un pedazo de carrizo bien afilado que eso tiene un filo, y que

con eso es que le cortan el ombligo y la lanita para desinfectar para amarrar, y ella misma que hizo todo, me recibió, me cortó el ombligo y ya me envolvió cuando nací y entonces fue donde ya llegó un señor, un vecino que había llegado a visitarla y que él fue el que la ayudó donde, él es fue que llegó y que como así que enferma y que no sé qué, él fue que recogió todo, entonces ella ya se subió a la cama, se acostó como conmigo y ya, acabó de mirar la olla para servir el caldo, hacer el chocolate; que cosa para tener la guapeza así, ¿No?

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

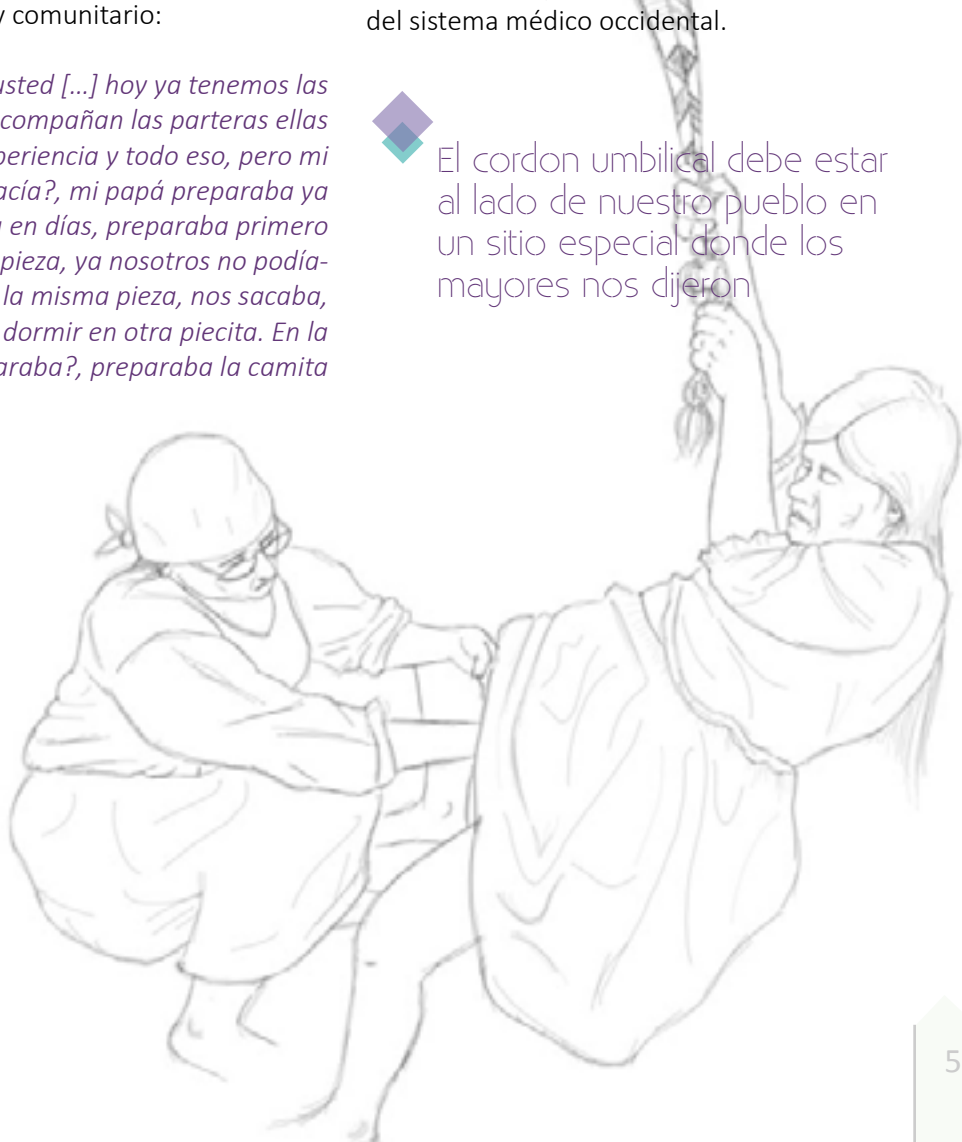
De acuerdo con lo mencionado por los participantes de este estudio, Al parecer hace tiempo muchas mujeres manejaban su parto solas, ellas eran quienes preparaban todo previo al parto, lo que por algunas mujeres es visto como sinónimo de fortaleza, pero actualmente desde las autoridades indígenas se insiste en que el parto vertical debe ser acompañado por la partera y el medico tradicional. El parto tradicional siempre ha tenido un alto componente familiar y durante su práctica, la compañía de la familia es fundamental. Este parto condensa todo el concepto de maternidad indígena que refiere a un concepto participativo familiar y comunitario:

"Mi papá, hoy usted […] hoy ya tenemos las parteras, nos acompañan las parteras ellas tienen más experiencia y todo eso, pero mi papá, ¿qué hacía?, mi papá preparaba ya cuando estaba en días, preparaba primero un espacio en la pieza, ya nosotros no podíamos dormir en la misma pieza, nos sacaba, teníamos que dormir en otra piecita. En la pieza, ¿qué preparaba?, preparaba la camita donde iba a llegar el niño con paja entonces él conseguía con tiempo, conseguía paja, la ponía a secar y la organizaba, la tenía lista para cuando fuera a llegar la nueva vida, preparaba un chumbe, un chumbe es una tira o sea una faja, una… como la puedo llamar, es un… que nombre, cómo le digo, un chumbe visto desde […]diría que es una correa muy larga para envolver al niño, no tengo en este momentico el concepto para decirle cómo describir el chumbe, entonces en el sitio donde iba a tener donde iba a pasar el parto organizaba en el centro de la sala, organizaba para amarrar el chumbe de ahí, porque mi mamá cuando iba a tener el niño tenía que apoyarse de ahí, usted se acuerda que ayer decía la partera que en el hospital pues la mamá tiene que acostarse o sea quedaba horizontal, no, allá culturalmente en la comunidad el niño lo reciben la mamá de pie o arrodillada"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

La posición vertical que caracteriza el parto tradicional está pensada por el sistema y percibida por las mujeres como la mejor posición para dar a luz y por tanto se presentan tensiones cuando se contrapone esta práctica tradicional con el parto horizontal característico del sistema médico occidental.

El cordon umbilical debe estar al lado de nuestro pueblo en un sitio especial donde los mayores nos dijeron



4.3.4.2. Vertical *vs* horizontal: tensión entre lo domiciliario y lo institucional

Al igual que se presenta con otras prácticas tradicionales, el parto vertical ha generado posicionamiento entre los actores del sistema médico occidental y más aún cuando se aborda la relación entre parto vertical y parto domiciliario. Para el sistema médico occidental el parto vertical como práctica en sí misma no es inadecuado, la situación está en que la forma del parto vertical puede generar riesgos para la madre y el bebé debido a la posición del parto, esto según las narrativas de los participantes en este estudio; en esa posición es factible que el bebé pueda golpearse al salir del vientre materno y generar un trauma cráneo-encefálico, pues debido a la posición es difícil que la persona que atiende el parto pueda estar bien ubicada para recibir el bebé. Igualmente, también se puede presentar que por la fuerza que hace la madre y la fuerza de gravedad misma se pueda generar un desprendimiento de la matriz:

"Es que ellas […] y si uno se va a mirar por gravedad, de hecho que uno parado pues baja más fácil, pero entonces lo que uno tiene que enseñarle también a la mamita es el riesgo que tiene, que así como baja por gravedad el niño, también puede bajar por gravedad la matriz"

(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

"Ellos tienen no sé si has visto que ellos […] tradicionalmente el parto lo tienen como arrodilladas, parto vertical le llaman a eso pero... pues eso es […] el parto debe ser acostado, sí, eso sí tampoco es negociable, porque puede pasar se le caen a uno a veces al médico, es mejor acostado, cuando salen muy… salen muy […] el parto puede ser un parto acelerado, porque el parto puede estar un momento normal y de un momento a otro se puede acelerar, eso no se puede tampoco predecir, entonces en ese momento usted es […] el dilatante está en seis, no bien, se sale el niño se cae y tiene trauma craneoencefálico, entonces el parto debe ser […]sí, o en agua, en agua está bien porque no pasa nada, el niño salió y bueno no se me cayó […] pero así, no comparto mucho ese tipo de parto […] lo que pasa es que ellas hacen más fuerza, sí, pero tampoco porque está mal el pujo, el pujo debe ser de la vagina no debe ser desde acá y ellas muchas veces pues pujan de acá, entonces la vagina se hincha y se complica el parto, inclusive en […] en la sala de […] no en la sala de partos, si no en la sala de maternidad cuando se pasa allá al bebé con la mamá cuando espera antes del parto antes de pasarla"

(Entrevista médico, Cauca, 2014)

"Hay una cama y arriba hay un lazo, ellas se prenden de ese lazo, aquí no lo ha visto, sí un lazo desde arriba y ellas se prenden para pujar más sí, eso está bien hasta ahí, pero ya después no, porque tiene que estar acostadita, sí, ya hay que pasarla a su camilla y todo el cuento. Ahora el riesgo de eso es que cualquier parto se puede complicar le puede dar una hemorragia después del […] por el parto si"

(Entrevista médico, Cauca, 2014)

La posición del parto es algo que no se puede negociar por el riesgo que este supone, riesgos que desde el sistema occidental son innecesarios pues al momento de tener un parto horizontal estos se minimizan, además la posición horizontal es mucho más favorable para el médico que recibe el parto.

El parto vertical se ha asociado directamente al parto domiciliario, casi que se podrían utilizar como sinónimos, al menos en lo que se refiere a estas comunidades indígenas. Si bien el parto vertical tiene una fuerte asociación al parto domiciliario en mujeres indígenas, esto no quiere de decir que algunas mujeres indígenas no opten por partos horizontales en sus domicilios, pero la posición vertical es la más frecuente en las mujeres indígenas.

Desde el sistema médico occidental se han desarrollado diversos esfuerzos para fomentar el parto institucional frente al parto domiciliario. El parto institucionalizado 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. La búsqueda de la ampliación de la cobertura en relación al parto institucional se basa en lo anteriormente mencionado, pero además se arguyen otros factores determinantes asociados a lo que se denomina *"parto seguro"*.

La maternidad es, según los hallazgos de este estudio, desde el sistema médico occidental, una etapa de riesgo por tanto este riesgo debe ser controlado y en lo posible reducido para esto es indispensable que el parto sea atendido en un IPS donde va a contar con todos los medios técnicos y humanos para un buen manejo del mismo, medios que en un parto domiciliario no se van a tener, lo que desvirtúa la práctica del parto domiciliario convergiendo en que el parto seguro es solo posible en el marco de un parto institucional:

"...El parto domiciliario, pues yo pienso que un parto domiciliario pues es complicado no, porque de todas maneras pensando en la técnica séptica pues es un momento donde hay mucho contacto, pues con el entorno que se está, entonces toca tener un sitio muy limpio, muy adecuado para eso, entonces yo pienso que no es tan adecuado el parto domiciliario, que es preferible que sea un parto institucional"
(Entrevista persona área administrativa hospital, Cauca, 2014)

"Entonces de acuerdo a eso, es que en comunidades indígenas se da alta muerte materna, porque muchas mamás de ellas tampoco acuden al servicio del hospital a tener su bebé para tener un parto seguro"
(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

El parto seguro es el parto institucional, esta es la premisa del sistema occidental, premisa que desde este sistema médico no puede ser discutida porque *"así es"* y desde éste se considera que muchas veces algunas madres no entienden que su parto estará seguro en una institución y no en una casa:

"Es muy difícil con ellas porque pues ellas tienen sus creencias, tiene sus costumbres y con la materna es difícil pues decirle a ellas que su parto está seguro en un hospital, en una institución que en casa corren mucho riesgo, es muy difícil hacerles entender a ellas"
(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

La necesidad de atender el parto en una institución de salud occidental parte de la idea misma del riesgo y el control del mismo, pero esto no quiere decir que la única opción de un parto seguro sea institucional, por el contrario se puede pensar en un parto seguro en el domicilio y eso se ha demostrado en algunas experiencias que se han desarrollado en el departamento del Cauca.

Entonces de acuerdo a eso, es que en las comunidades indígenas se da alta muerte materna, porque muchas mamás tampoco acuden al servicio del hospital a tener su bebé para tener un parto seguro

4.3.4.3. La comodidad de la madre

Las mujeres indígenas tienen su posición respecto al parto, algunas optan por uno u otro según su criterio propio, necesidades, gustos y la comodidad que sientan respecto de uno o de otro. Las mujeres indígenas, en general, prefieren el parto domiciliario vertical, pues ha sido el parto relacionado con sus tradiciones culturales, además es el parto con el que sus madres y abuelas tuvieron sus hijos e incluso muchas mujeres indígenas actualmente ya han tenido varios partos en esa forma, por tanto se puede afirmar que uno de los criterios de las mujeres indígenas para preferir el parto domiciliario vertical es la experiencia, ya sea directa (de ellas) o indirecta (de sus madres y abuelas). Además cuando una mujer ya ha tenido partos de esta forma cambiar a otra, a un espacio diferente, es algo que podría ser traumático:

"Sí claro, claro que sí, porque la mujer indígena tiene unas costumbres totalmente diferentes a las costumbres de la mujer no indígena, por ejemplo, por lo general la mujer indígena el parto vertical no es muy [...] casi no, a ellas les gusta, les gusta el parto en cuclillas, les gusta el parto agarradas de (...) Entonces de hecho que es muy difícil, y más cuando por ejemplo ya han sido mamitas

que los anteriores partos han sido por su […] en su forma que culturalmente lo hacen, y que ya uno por tanta enseñanza, por tanta cosa, por tanta insistencia Doña se trae acá y que uno venga un momento y le diga es que tiene que quedarse en esta posición es muy difícil, es muy difícil, pero pues en eso también estamos con el jefe […] en que se tiene que darle como a la gente la manera de cómo quieren tener el parto"

(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

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. En las IPS occidentales a la sala de partos no puede entrar sino un familiar lo que sin duda rompe con las concepciones culturales asociadas a la maternidad indígena:

"Bueno una de las cosas y que ellos inicialmente nos decían era la parte de la calidez digamos del hogar, el acompañamiento de la familia, del mismo personal ellos empezaron a referirnos eso no, de los comentarios de que no había esa calidez en la atención, en que como nosotros empezar pues a trabajar, entonces esa fue una de las cosas que empezamos también pues a retomar y a mirar con los profesionales que estamos acá con las gestantes"

(Entrevista enfermera, Cauca, 2014)

El hogar representa para las mujeres calidez, cercanía, familiaridad, de ahí que el parto domiciliario sea entendido como el más cómodo para ellas, por tanto una de las dificultades que se ha tenido desde las IPS occidentales para lograr que las mujeres asistan a las mismas a atender su parto. Asociado a esto, uno de los puntos importantes está relacionado con la timidez de las pacientes indígenas, pues dentro de las IPS ellas se sienten fuera de su espacio cotidiano, este se traduce en confianza, en comodidad, además en las IPS se encuentran con personas desconocidas, no están las personas que generan confianza, que generalmente son los médicos tradicionales y las parteras:

"…Entonces primero sería bueno, segundo por la parte familiar o por las creencias o porque de pronto les da pena también a veces estar acá en consulta, que usted sabe que por lo menos los médicos ellos siempre acá se trabaja mucho en equipo, entonces a veces entra el uno y no mire de pronto quiero que me colabores en una cosa, o esto lo podemos hacer así, entonces de pronto pensaría yo que también sería como una parte de la timidez, o que muchas veces los médicos pues a veces también se alteran, entonces no, pensaría yo que de pronto en la casa se tiene como mayor confianza, de pronto sería como esa parte"

(Entrevista psicóloga, Cauca, 2014)

"Allá por lo menos en el hospital, bueno allá todo es abierto no, digámoslo así, todo abierto ahí está el doctor, la doctora, todo, todo lo miran, en cambio en el trabajo el parto de nosotros no es así, el trabajo de nosotros llegamos siempre es en el suelo tendido algo no más, cosas limpias, nosotros no […] nosotros si viene el bebé nosotros no las estamos mirando, siempre es bajo un cortina que arrope bien hasta los pies y debajo de eso nosotros hacemos… y que no se prenda ninguna clase de luz que se vea en sí en […] en […] cuando venga el bebé, es a todo tiro es tapado, entonces por ese lado nosotros hemos venido ganado también a las mamás porque pues uno no está observando todo, todo eso, entonces muchas mamás a ellos les gustan es así"

(Entrevista partero, Cauca, 2014)

Las mujeres indígenas toman sus decisiones respecto a su parto, la posición en la que se sienten más cómodas, quienes son los que deben acompañar ese momento, etc., son cosas que las mujeres indígenas consideran importantes y el cambio de estas formas de asumir el parto puede ser entendido por ellas como maltrato, por tanto algunas de las exigencias que se hacen en las IPS occidentales puede ser percibidas por las mujeres como maltrato y por eso no se sienten atraídas para tener su parto en estas instituciones:

"Aja sí, lo otro es que hemos y personalmente yo en cada […] en cada reunión que voy, les digo de que muchas indígenas no acuden a los hospitales también porque a veces se maltrate, porque a veces bueno porque las bañan con agua fría, bueno que la alimentación no es ésta, pero lo principal, lo principal que yo he visto es que a la hora del parto pues en la casa el parto es vertical. En la camilla y entonces una mujer indígena que nunca ha salido y entonces que la tengan, que de pronto abrir para poderle pues sacarle el bebecito y que nunca ella ha estado así, entonces a veces eso es una incomodidad que hasta del estrés, ellas del estrés no pueden ni tener su bebito"

(Entrevista funcionaria departamental, Cauca, 2014)

"Es innegable que los riesgos durante el parto son reales y estos deben ser evaluados para evitar complicaciones para la madre y el bebé, pero esto debe hacerse de manera coordinada entre los dos sistema médicos, teniendo en cuenta las particularidades que supone el embarazo en una mujer indígena y entendiendo desde la diversidad étnica la necesidad de llegar a un diálogo horizontal de saberes".

(Entrevista funcionaria departamental, Cauca, 2014)

4.4. Relaciones entre tratantes y tratadas

Luego de presentar algunos elementos que hacen parte de la conceptualización de la salud, la enfermedad, la muerte y la maternidad como constructos propios de cada sistema médico y a su vez como productos de sistemas sociales y culturales más amplios, a continuación se esbozan algunos aspectos concernientes a los actores de dichos sistemas, que para efectos de este estudio aludieron a los *tratantes* como aquellos poseedores de un cuerpo de conocimientos y experticia que los habilita para desplegar una serie de acciones tendientes al cuidado de la salud.

La figura de *tratante* puede asimilarse a la del médico, al punto de ser términos utilizados indistintamente, para este estudio con el término *tratante* también se hace referencia a otros actores de los sistemas médicos que cumplen con este rol, por ejemplo enfermeras o parteras.

Por su parte, como *tratadas* o pacientes en este estudio se consideraron en esencia las madres indígenas quienes durante la gestación y de acuerdo a su experiencia, conocimientos, creencias, valores y evaluaciones acuden a uno u otro sistema médico para el cuidado de su salud y la de su hijo.

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. Por último, y como producto de dicha experiencia fue posible identificar algunos avances en términos de lograr un mayor acercamiento entre *tratantes* de sistemas médicos que en algunos casos se muestran como opuestos y complementarios.

4.4.1 Percepciones de los *tratantes* y las *tratadas*

El momento de la atención en salud donde concurren médico y paciente es un espacio en el que se estructuran formas de percibir al otro. A partir de encuentros y desencuentros, la imagen construida por las madres indígenas de los médicos occidentales se describe en términos de lo que se expresa en la relación y se refuerza a partir de los relatos del personal de salud occidental.

Así, son comunes las expresiones que aluden a regaños orientados a lograr un acatamiento de los procedimientos o acciones médicas prescritas; apreciación que termina afianzándose en discursos que normalizan algunos tratos del personal de salud. En este terreno lo que la madre interpreta, comunica o manifiesta, en algunos casos, se soslaya o se lee atenuando su importancia:

"Ah, que le dieran esa oportunidad a uno, pero esos doctores no hacen sino regañarlo a uno, porque yo me acuerdo que uyyy! Con esos dolores tan horribles decía "médico, enfermera déjenme de pie, déjenme de pie que yo no quiero acostarme no quiero acostarme", y yo con esos dolores me paseaba así, y ellos no, no, no quédese ahí, regáñenme, me toco que acostarme, eso es grave, eso no lo dejan hacer lo que uno quiere"

(Entrevista gestante, Cauca, 2014).

"Muchas veces ellas no están de acuerdo, que no, que mejor que se las lleven, entonces los médicos les hablan un poquito más duro sí, haciéndoles entender de que están cometiendo un error al llevárselos, entonces ellas como que están susceptibles pues a esa… digamos a esa situación, entonces consideran de que porque el médico subió un poquito de tono entonces ya las están regañando, ya las está maltratando entonces a veces no sé, no sé…"

(Entrevista psicóloga, Cauca, 2014).

"Yo no dialogué sobre ese tema con la paciente, yo no sé qué pensaría ella, pues yo en el momento me enojé mucho por ver cómo estaba haciendo las cosas pero… pues eso fue lo que alcancé a mirar en ese momento"

(Entrevista médico, Silvia, 2014).

"… Y una de las cosas que decían las gestantes, las señoras, era que no les gustaba venir a tener el parto acá, porque acá se les maltrataba, ¿cuál era el maltrato que teníamos nosotros acá con ellas?, la hacían bañar, ese era el maltrato para ellas"

(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

De otra parte, en un escenario donde lo que se persigue es el encuentro, médicos y personal de salud describen a las madres indígenas. Dentro de sus relatos señalan la terquedad junto con expresiones como *"son cerradas"*, *"no entienden"* o *"se esconden"*, dichas características son esgrimidas en un intento por describir e interpretar el por qué las madres no asisten a los controles prenatales o cualquier acción en salud, aun cuando el personal de salud occidental decide ir directamente a las casas de las madres para realizar los controles y seguimientos necesarios para su etapa de gestación, esfuerzos que en muchas ocasiones son fallidos, en algunos casos, no sólo por la actitud de la madre sino también por la que revelan sus familias:

"Incluso a veces las pacientes no quieren venir a la consulta, al control prenatal, a la valoración médica, y es uno quien toma la iniciativa de ir hasta sus casas para hacerles la valoración allá, para explicarles todas las consecuencias y las recomendaciones que deben seguir y muchas veces se esconden, entonces uno llega a la casa y se esconden, uno le dice al familiar que está ahí, ¿está la paciente?, no la paciente salió en la mañana y no ha vuelto, y sale el niñito y uno le pregunta, ¿cierto?, no ella estaba hace un momentico aquí y apenas se fue, entonces es muy difícil eso y digamos que la misma familia es capaz pues de acolitar eso"

(Entrevista médico, Silvia, 2014)

"Entonces ellas son muy tercas se les puede decir usted está en embarazo y ellas dicen que no, que no y que no, porque a mí me pasó en una comunidad, a mí me pasó en una comunidad, ¿señora usted está en embarazo? porque ella pasó a la consulta, señora usted está… "no yo no estoy en embarazo pero es que yo estoy muy inquieta, muy preocupada porque eso se me mueve", era lo más chistoso que ella me decía, eso se me mueve, yo le dije venga mamita acuéstese yo la voy a auscultar y le voy a mirar qué es lo que tiene, yo cogí el fonendo y le empecé a auscultar la fetocardia, a buscarle la fetocardia y efectivamente estaba en posición cefálica el bebé, señora usted está en embarazo, "no señora yo no estoy en embarazo, yo consulte al médico tradicional y él me dijo que yo tenía sapitos", entonces yo le decía, pero señora es que se le mueve y usted me está diciendo que se le mueve, "no es que él me dijo que tenía muchos sapitos", entonces terca, terca y no aceptó que estaba en embarazo, después como a los… como al… porque tampoco vino acá al hospital, como al mes volví otra vez a la comunidad haciendo brigadas de consulta extramural cuando ella pues ya tenía al bebé en los brazos, entonces le dije ¿mamá qué era eso un sapito o un bebé?, a ella le daba risa y me decía, un bebé, y yo le decía, si ve, usted no tenía sapitos usted tenía era un bebé."

(Entrevista enfermera, Páez, 2014)

Otra característica manifiesta en el momento de la atención que se narra con preocupación y a la vez con beneplácito corresponde a la tolerancia de las madres indígenas al dolor. Tener un umbral del dolor alto, se asocia con ser *"fuertes"*, *"guapas"*, *"no gritonas"*, cualidades infundidas a las mujeres desde la crianza que pueden facilitar las intervenciones médicas; pero que a la vez pueden derivar en que ellas no reconozcan el riesgo asociado a los signos de alarma lo que puede llevar a la identificación tardía de los mismos y a complicaciones posteriores:

"La mujer indígena es berracota, cierto, entonces eso hace que su umbral del dolor sea más alto y esto mismo hace que se reste importancia a los síntomas de alarma, entonces una mujer embarazada de este contexto por ejemplo, empieza con dolores bajitos, cierto, pero ella como fue acostumbrada a que no le duela, a que no[…] a que no llora, a que no se queje, entonces ella le restó importancia, cierto, y dice, no eso debe ser cualquier cosa y me fui a jornalear y seguí cocinando; y llegó el marido tal vez bajo los efectos del alcohol y la maltrató y ella sigue con el dolor nunca dijo nada, pun!!!Terminó en un aborto; ¿Qué paso?, al hacer la unidad de análisis nos dimos cuenta que esa embarazadita tenía signos de alarma y sin embargo le restó importancia, porque su umbral del dolor fue muy alto, cierto, entonces le restó importancia y terminó en esto, aumentando las estadísticas"

(Entrevista enfermera, Cauca, 2014)

"No, ellas no hacen sino… son guapas eso es increíble, son guapas, ellas no quieren ni gritar, porque lo miran a uno a veces, qué pensarán, que uno las va a regañar o algo, ella no, ellas son calladas son fuertes, la mamá es la que nos habla"

(Entrevista médico, Cauca, 2014)

Asimismo, la no asistencia a los servicios de salud por parte de las madres indígenas, se ha interpretado en algunos casos como muestra de desinterés frente a su salud y la de su hijo, a la que se suma el que las mujeres indígenas sean percibidas como poco expresivas afectivamente.

Esta última apreciación se ancla en que en raras ocasiones se observa a las madres manifestar su preocupación, tristeza o cualquier emoción, lo que puede en algunos casos ser interpretado por el personal de salud occidental como una muestra de desdén o inexpresividad:

"Bueno hay muchas mujeres que me imagino que no van a controles ni con parteras ni con médico, nada... porque son personas que no piensan en ellas, no piensan en su bebé y dicen no eso para qué, aquí no más puedo y la partera puede, a la hora que ella venga ella me puede atender, pero nunca pensando, llegan a pensar que el riesgo que pueden tener, con el bebé o con propia ella misma, entonces ellas no se concientizan, no les interesa sino traer ese hijo al mundo y no más"

(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

"La cultura indígena todos sabemos que afectivamente son un poco planos, cierto, inexpresivos y más la mujer"

(Entrevista médico, Cauca, 2014)

4.4.1.1 Cuando la cultura se percibe como barrera

La cultura de las madres indígenas es comprendida desde la medicina occidental como un elemento que configura formas particulares de concebir los riesgos en salud, así, algunas condiciones que pueden describirse como signos inequívocos de alarma o como factores de riesgo desde la medicina occidental *"sangrado, presión alta, estar obesa"* identificados de manera tardía, o ciertas acciones u omisiones de las gestantes, entre ellas *"no comer bien"*, *"no asistir a los controles prenatales"* o *"no planificar"*, se asumen desde lo occidental como situaciones que generan complicaciones durante el embarazo y el parto. Estas configuraciones del riesgo asociadas al embarazo desde lo tradicional, pueden llevar a que los signos de alarma pasen inadvertidos por algunas madres y sus familias, pues para los indígenas el embarazo en sí no representa una etapa de riesgo, es algo que se percibe y se vive como un proceso natural:

"Es que un embarazo o sea para la comunidad… o para todas las comunidades indígenas es algo que es natural, que no es considerado como una enfermedad, sino como un proceso más, que uno está embarazado pero tiene que seguir haciendo todas sus actividades y hay veces la mujer no valora el riesgo que tienen frente a la muerte, ellas no miran el riesgo de que uno puede morir por un sangrado, que si uno tiene muchos hijos puede morir por ese sangrado, que si uno tiene la presión alta o que si esta obeso o tal cosa puede tener algún problema, cierto eso no lo miden. Las familias tampoco miden ese riesgo o sea hay veces uno va a las familias y las familias no miran el riesgo que tiene la madre por no hacerse esos controles, no mira el riesgo de la madre por no comer bien cierto, entones hay veces que en nuestras comunidades ese riesgo nosotros no lo valoramos"

(Entrevista profesional de la salud Cauca, 2014)

Por su parte, el bajo uso de métodos de planificación familiar de las madres indígenas, que se explica desde la medicina occidental con afirmaciones que reconocen la importancia otorgada por los pueblos originarios a la reproducción biológica y cultural, así como, con una apreciación sobre una posible regulación de la fecundidad y las decisiones sobre la sexualidad de la mujer en manos del hombre; representan los puntos que despiertan mayores cuestionamientos desde lo occidental, entre otras razones, por la presencia de un alto número de gestantes denominadas *"multíparas"*, condición catalogada como de alto riesgo para la salud de la madre y del niño:

"Bueno a ver, en cuanto a la materna digamos muchas veces los embarazos no deseados sí, la dificultad que veo es que de pronto como pareja les hace falta como mayor comunicación para iniciar un método de planificación, sí, entonces muchas veces "no es que mi compañero no permite que yo planifique", porque dentro de la parte cultural entre más hijos se tenga pues más, cómo le digo más… ay se me escapa el nombre […] como […] o sea ellos dentro de la parte cultural es la procreación, o sea de más hijos para que no se pierda como esa […] como esa costumbre o que no se termine, o sea que no se extinga pues la cultura, si, entonces ellos tienen esa digamos ese […] esa creencia, entonces, qué pasa, los compañeros, los esposos no están muy de acuerdos que ellas planifiquen, entonces como no están muy de acuerdo, entonces por decir algo "yo no le doy permiso para que planifique", entonces como no le doy permiso, entonces por eso encontramos maternas multíparas o sea que han tenido muchos hijos, sí, entonces eehhh"

(Entrevista psicóloga, Cauca, 2014)

Lo anterior decanta en una serie de desencuentros entre ambos sistemas médicos, entendidos éstos en un sentido amplio como sistemas culturales. Las diferencias culturales entre tratantes y tratadas además de ser fuente continua de choques, se registran en algunos casos por el personal médico occidental como barreras para la atención en salud. Teniendo en cuenta esto, desde el sistema médico occidental se busca, en algunas ocasiones, adelantar acciones dirigidas a generar cambios en la forma como desde el sistema indígena se perciben los signos de alarma y como se realizan algunos procedimientos desde este sistema:

"Sí un choque cultural más que todo, eso sí es muy cierto, nos íbamos acomodando era con el tiempo, el tiempo y más o menos ya nos estamos adaptando a la atención como tal, pero en realidad de pronto una inducción o algo para poder atenderlas no, y obviamente sí chocamos mucho porque de todas maneras tienen su cultura, sus propias creencias, y realmente chocan mucho con la medicina occidental, que es el gran inconveniente, en sí, rige mucho el machismo, ellas dicen que están solitas, también hay un componente a parte del económico, las bebidas bueno todo, todo influye mucho para que se nos complique de todas maneras la atención de esas maternas, sobre todo obviamente en las complicadas que es la que en realidad estamos sufriendo en la urgencia"

(Entrevista médico, Páez, 2014)

"Yo creo que hace falta como pues no sé si compromiso, no sé si compromiso, porque ahí yo o sea yo no podría decir si compromiso de las comunidades indígenas, no sé, no sé, porque o sea por qué, no sé, porque ellos tienen su idiosincrasia[...]entonces es

muy difícil cambiarla, que es lo que nosotros hemos… o sea es muy complicado, hemos tenido algunas reuniones acá en los que entra uno como a chocar con ellos y dicen pero es que ustedes porque es que hacen eso, ustedes por qué hacen eso, ustedes por qué…"
(Entrevista funcionario departamental, Cauca, 2014)

"Yo creo que hace falta como pues no sé si compromiso, no sé si compromiso, porque ahí yo o sea yo no podría decir si compromiso de las comunidades indígenas, no sé, no sé, porque o sea por qué, no sé, porque ellos tienen su idiosincrasia[...]entonces es muy difícil cambiarla, que es lo que nosotros hemos… o sea es muy complicado, hemos tenido algunas reuniones acá en los que entra uno como a chocar con ellos y dicen pero es que ustedes porque es que hacen eso, ustedes por qué hacen eso, ustedes por qué…"
(Entrevista funcionario departamental, Cauca, 2014)

Del mismo modo, la confianza puesta en la medicina tradicional por las madres indígenas y percibida por el personal de salud occidental, se interpreta como una barrera para el reconocimiento oportuno de complicaciones durante el embarazo y el parto. Son reiterados los señalamientos sobre cómo dichas complicaciones, que en última instancia demandan ser resueltas en los servicios de salud occidental, podrían haberse evitado mediante una identificación y manejo oportuno:

"Las comunidades indígenas, la medicina propia, entonces tienen su médico tradicional, tiene su partero o su partera y entonces muchos de ellos se confían de ellos, pero nunca el partero le dice a la materna, mire su hijo está sentadito, ellos siempre les dicen que está de pie, y cuando va a… que esta de cabecita, y cuando va a nacer el bebé resulta que está de pie y allí es cuando viene la muerte materna"
(Entrevista auxiliar de enfermería, Páez, 2014)

"Las pacientes de acá no aceptan nuestra medicinas, hay personas que tienen que ser vacunadas antes de, cuando están embarazadas y ellas no aceptan eso porque su cultura no lo permite, pero no nos dicen por qué, tampoco no aceptan nuestros medicamentos porque dicen que son malos para el bebé o son malos para ella, porque sus ancestros, sus personas que… sus padres, sus abuelos les han dicho que no, que es malo… a veces confían más en lo que les dice la partera, sí, por todo lo que tienen como tradición que lo que uno les dice y terminan haciéndole más caso a ella que a uno…
(Entrevista médico, Silvia, 2014)

"Acá digamos que en la mayoría de los casos, uno tiene que enfrentarse ya a las complicaciones de un embarazo que ha sido mal llevado por sus costumbres"
(Entrevista médico, Silvia, 2014)

"La maternidad indígena está […] está básicamente amarrada por la cultura y eso les ponen a ellos […] ellos con eso ponen muchas barreras y ponen en riesgo la vida de ellas, la vida de sus hijos también, finalmente ellas consultan muy tardíamente. La parte de la comunicación también a veces es dificultosa porque ellas a veces si están en control prenatal el médico occidental le puede decir bueno y sus signos de alarma son estos y estos y estos suelta la chorrera, y ya, entendió
(Entrevista funcionaria departamental, Cauca, 2014)

A su vez, la consulta tardía de las madres indígenas a los servicios de salud occidental ubicados en los municipios, hace necesaria la remisión de casos a niveles superiores de atención, por lo regular ubicados en ciudades como Popayán. Esta situación constituye un punto de desacuerdo entre las madres indígenas y el personal de salud occidental, que en algunos casos es percibido por los médicos occidentales como un cuestionamiento sobre la calidad técnica de sus acciones, lo que a su vez deriva en lo que como ellos lo han denominado una *"estigmatización de la medicina occidental"*:

"Confianza, la confianza, sí porque siempre es… no sé es si el médico de allá del hospital lo van a dejar morir, porque pasa eso que la paciente llega aquí tan complicada que entonces al último que le achacan es al hospital, porque allá llega muerto, allá la dejaron morir, allá la dejaron desangrar allá no le hacen nada y la mandaron para Popayán eso no atienden nada…
(Entrevista médico, Páez, 2014)

"Pues en realidad a pesar de que llevo pues suficiente tiempo trabajando acá considero que lo que se nos dificulta a nosotros nuestra razón de trabajar acá es como la falta de conciencia, de la parte cultural, de que nosotros estamos aquí es para ayudar, algunos pacientes creen que nosotros nos gusta mandar a Popayán o que nos gusta remitir a Cali, porque no podemos hacer nada acá es que no tiene la dimensión de lo que ellas viene muy graves acá y como vienen tan graves se nos escapa a nosotros de las manos nuestra labor, toca mandarlas a un especialista por esa razón el hecho de que una mala información sea dada que es muy común también en la cultura indígena es que si hay un defecto, o si hay un problema en alguna acción por parte de, o sea lo que quiero hacer aquí es algo puntual, no es que nosotros obremos mal sino que dentro del concepto de ellas el hecho de que algo salga mal por algún motivo ya generalizan y de ahí en adelante dicen que no hay que ir al hospital, porque a todas las mandan para Popayán, no hay que ir al hospital porque todas las pacientes embarazadas no les va bien no hay que ir al hospital porque tal cosa o sea hacen un estigma de la atención médica acá y ese estigma se generaliza en todo el resguardo, y es muy escasa la que hace caso omiso a eso pero la mayoría tienen esa parte que nos intimida a nosotros para trabajar adecuadamente

(Entrevista médico, Silvia, 2014)

La estigmatización de la medicina occidental tiene un componente adicional relacionado con la no aceptación por parte de algunas personas indígenas de las prácticas o intervenciones del sistema occidental, lo que representa una fuente considerable de malestar entre médicos y personal de salud occidental, en gran medida por quebrantar las convicciones y preceptos sobre los cuáles se establece la práctica médica occidental que busca el cuidado y la seguridad del paciente:

"En el cuál llama el abuelo del niño de forma agresiva y me grita, "doctora necesito que mande ya la ambulancia, pero ya, y si no me la manda ya usted tiene la culpa, mi hijo se me está muriendo".[ ] Inmediatamente pues mandamos la ambulancia porque ni siquiera nos dijeron dónde había que irlo a recoger, a tanto pues dimos fuimos por el bebé, el niño estaba en unas pésimas, por no decir deteriorables condiciones pues, y cuando ya llegamos el bebé llegó acá con la mamá y en compañía del abuelito, le expliqué lo que teníamos que hacer, que al niño había que canalizarlo pues hacerle todo el procedimiento, la mamá me dijo, "yo no voy a permitir que le hagan nada", yo le dije, "cómo así, usted me llama a mí a insultarme y decirme que le mande la ambulancia porque su hijo se va a morir y viene acá y usted no me permite hacerle absolutamente nada, entonces yo qué hago, le dije, "me coloca entre la espada y la pared", le dije, "entonces, ¿yo qué hago?" no, yo no voy a permitir porque mire a mi hijo, como está mal es culpa de usted, yo le dije ¿cómo así?, me dijo, sí es que ustedes lo único que le hacen es sacarle sangre a mi hijo"

(Entrevista médico, Silvia, 2014)

"Entonces digamos un choque muy difícil entre lo que uno quiere hacer bien en cuanto a la atención médica y en cuanto a lo que ellos perciben como una buena atención médica, eso más que todo"

(Entrevista médico, Silvia, 2014)

4.4.1.2 *¿Y por qué las mujeres no vienen?* Otras razones expuestas desde el sistema occidental

Desde la medicina occidental otras circunstancias se arguyen como posibles explicaciones frente a la no asistencia o baja adherencia de las madres indígenas a los controles prenatales o la atención institucional del parto. Las condiciones sociales y económicas, el cultivo de la tierra y las labores del campo que poco tiempo dejan para otras actividades, los largos desplazamientos que realizan las gestantes para llegar a los centros de atención o el acompañamiento y el cuidado de la dieta por parte de sus familias, fueron situaciones reiteradas, incluso por indígenas que prestan sus servicios a entidades de salud del sistema occidental:

"Pues de pronto no realmente porque no quieran, de pronto porque acá nosotros dependemos de la agricultura, nuestra vida pues es la agricultura y nosotros estamos muy enfocados en trabajar la tierra diariamente entonces he… de pronto no les queda tiempo para venir"

(Entrevista médico, Silvia, 2014)

"Otras cosa es que nosotros… otra cosa de las muertes maternas es que nosotros tenemos que contemplar que nuestras mujeres, por ejemplo hay veces que yo soy de… pero resulta que y entonces conseguí un marido y el marido es de Toribío o el marido es de Morales o el marido es de Costa Pacífica, por ejemplo cierto, y ellas generalmente todos sus controles y todas sus cosas las hacen allá donde ellas están con sus maridos, pero cuando van a tener sus hijos ellas migran, ellas van para donde está su mamá donde va a ser quien le va a atender la dieta y en ese momento que ellas migran hay veces que nosotros como salud, o sea bien sean las IPS indígenas, las ESE, no se dan cuenta dónde está la gestante, o sea puede que uno le tenga un seguimiento, así como los de tuberculosis uno les tiene, tenemos seguimiento, pero resulta que llegó un momento que no volvió al control, las busca uno y no están, cierto, y no le dan razón y resulta que la señora se fue a donde su mamá y resulta que allá la señora no se llevó sus papeles completos, la señora no se llevó pues no sabe informar qué fue lo que le hicieron cierto hay veces… bueno hay muchas cosas, y hay veces pueden pasar esas muerte maternas así, o sea que se fueron a otro sitio y no supieron cómo fue la evolución del parto, no llevó los papeles y una muerte"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

Se suma a lo anterior las condiciones geográficas del Cauca, departamento que se caracteriza por tener una topografía accidentada, que junto con la falta de carreteras viables en algunos municipios de las zonas rurales, y la baja cobertura de medios para desplazarse (pocas ambulancias disponibles), dificultan el acceso de la población a los servicios de salud. Las madres indígenas y sus familias se ven entonces abocadas a caminar largas distancias o improvisar formas de transporte, procurando administrar de la mejor manera los recursos económicos con los que cuentan. Igualmente, los largos desplazamientos implican que en muchas ocasiones las mujeres indígenas deban pasar varios días fuera de su casa dejando solos a sus hijos, sus cultivos, sus animales, en sí su hogar. Esta situación es una de las razones por las que muchas madres indígenas no se desplazan a los centros de salud occidentales:

"Pero ese momento uno para traerla es difícil[4] E: ¿Aquí hay una ambulancia exclusiva para maternas o es compartidita? P1: Aquí hay para lo que salga E: ¿Cuántas ambulancias hay? P1: Pero entonces si son se da prioridad a las remisiones de maternas, son tres no Oscar ustedes que trabajan en… hay tres"

(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

"En estos días tocó bajar una así, bajar dos macas ahí porque había un derrumbo en la loma y con maca hasta ahí y a ella le toco esperar a que echaran pica y pala para abrir un camino pasar la maca y poder bajar a… que ahí estaba el carro que le mandamos, de las tres de la tarde bajo aquí a las ocho, uf"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

"Aja la estancia, la geografía por ejemplo que un indígena de por allá de tres horas, cuatro horas de camino y le toque venir hasta acá, empezando por ahí ya es una barrera que en los municipios no pueda haber un sistema… por ejemplo en la… hablando específicamente de las maternas que van hacerse una ecografía y las traen a un municipio, y no que allá no hay, entonces las tienen las tienen que… las tienen que pasar a un nivel 3, que las tengan que remitir a Popayán, Santander o Caldono, por ahí pues yo he visto muchas barreras en ese sentido, porque pues las indígenas empezando que la economía no tienen, por ejemplo un presupuesto para trasladarse, ellas vienen presupuestadas hasta tal sitio y luego les dicen que tienen que hacer esas vueltas, entonces en ese sentido pues ese es el… siempre he visto en todos los recorridos que hemos realizado ese es el… la mayor dificultad "

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

4. E: entrevistador y P: participante.

4.4.2. Otros elementos que median en la relación

Como un elemento que media en la relación entre *tratantes* y *tratadas* y que al mismo tiempo participa en la construcción de la representación que el personal de salud occidental se forma de las madres indígenas, aparece el trabajo previo de los mismos con dicha población. La experiencia con otros pueblos originarios en este estudio se reveló como origen de dos situaciones contrapuestas, por un lado constituye el punto sobre el que se anclan y fortalecen ciertas percepciones que pueden tornar difícil la relación entre tratantes y tratadas, como el creer que la población indígena es *"cerrada"*; mientras que por el otro, la experiencia puede actuar como un espacio que facilita la apertura a otras formas de concebir la atención en salud acordes, en este caso, a la cosmovisión de los pueblos indígenas:

"Yo pienso que ellos están muy organizados, pienso que están muy organizados en el sentido de que tienen muy claro como los propósitos para su comunidad, sí, he… además que ellos articulan mucho la parte de salud que es lo que no manejamos nosotros, nosotros manejamos salud como desde lo asistencial, sí, el control, la vacuna; pero ellos sí lo han articulado con su forma de vida que eso es que le llama la atención a uno, sí, entonces ellos en lo de salud ellos uno los escucha hablar de cosas como bueno… como la alimentación, como las huertas caseras, como pues ellos hablan de todo el componente de la cosmovisión, que de la luna, que todo lo que es el ciclo de los astros, entonces ellos involucran muchas, muchas cosas que cuando lo explican ellos, uno ya lo entiende, pero pues desde lo… desde lo tradicional, sí, y desde sus ancestros, por lo menos ellos dentro del PIC [5] manejan unos encuentros de… cómo es que se llaman, encuentros de saberes, sí, entonces ahí tienen a sus médicos tradicionales, a las parteras, a los mayores que llaman ellos sí, entonces unas personas que como con la tradición oral han ido contándoles a los otros todo lo de las plantas medicinales…"
(Entrevista funcionario departamental, Cauca, 2014)

"Soy de Atlántico, soy egresada de la Universidad, de la seccional de... desde pues casi estudios, pues casi todos han sido allá, empecé a trabajar, hice mi rural en Putumayo, desde ahí empieza mi experiencia con indígenas que es creo hasta un poco peor que la que hay acá, allá es mucho más complicado también por el acceso hacia el hospital y todo y las creencias son mucho más cerradas que las que hay aquí, al menos aquí de pronto uno puede entrar en contacto, pero en Putumayo es mucho más cerrado, y pues después me fui a trabajar en la ciudad pero ya otra vez retorné hacia acá al Cauca, y llevo ya casi dos años, ya voy a cumplir casi dos años trabajando aquí"
(Entrevista médico, Páez, 2014)

La confianza aparece como un aspecto que se edifica fundamentalmente en el encuentro entre tratante y tratada; así el primer contacto que establece la madre indígena con el médico occidental o tradicional se presenta como un momento decisivo en el que se pone en juego la capacidad del *tratante* de establecer un ambiente de confianza que se afianza o debilita con la experiencia, de allí el que algunas madres manifiesten sentirse más cómodas con ciertas parteras o ciertos médicos sin importar el sistema médico al que pertenecen. La confianza surge entonces como un punto en común y como un componente de relevancia, tanto para tratantes tradicionales como occidentales.

"Pero todo eso también ha variado, también cambia, por ejemplo puede ser que la primera vez que vengan aquí quieran hacerlo con una mujer, porque pues de hecho… pero cuando desafortunadamente por X o Y motivo no está la mujer porque le tocó salir a una vereda o algo, entonces se les pasa con el médico que esté, se le da la opción de que está fulano, sutano y sutano, usted con cuál quiere, entonces ellas eligen ya con cuál de ellos quieren y muchas veces de esa primera atención depende si ellas quieran seguir pasando o no con ese médico, y hay muchas que dicen no yo sigo con el médico, ya no... sí eso es lo primero que ellas preguntan, ¿está el médico fulano?, y si no está entonces dicen

5. Plan de Interacciones Colectivas

"ah no entonces yo vengo otro día"… sí hay unas que dicen "no yo vengo cuando esté él" dicen, pero pues también todo depende de qué tan enfermas están, entonces yo ya definitivamente no me puedo poner a esperar que esté con el que yo quiero, pero y pasan con el que esté, pero desde que no sea nada de gravedad esperan al que ellas quieren"

(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

"Las compañera acuden a parteros de confianza, porque pues nosotros desde acá desde la IPS y las autoridades tradicionales certifican unos sabedores ancestrales en su territorio, pero pues obviamente no le podemos decir a la partera, éste es el médico tradicional, esta es la partera que debe utilizar, porque pues es de acuerdo a la comodidad que tenga la compañera, cómo se siente, sí, lo mismo que acá no, lo mismo desde la parte occidental, si yo voy a una consulta y ahí el médico de esa consulta médica, pues me genera confianza, pues yo voy a querer seguir pasando con él, pero si hay un médico como que me atienden así por cumplir y nada más, entonces pues yo no vuelvo, lo mismo pasa acá de acuerdo a la confianza que le hacen saber en lo personal"

(Entrevista indígena, Silvia, 2014)

La confianza no solamente se construye desde la vivencia personal, ésta tiene un alto componente asociado a las experiencias que han tenido mujeres cercanas, familiares, amigas, etc, pues según las experiencias de su círculo cercano se configura a quien se dirige o no la confianza.

Así mismo, la calidez, la empatía y el compromiso que demuestra el *tratante* son cualidades que contribuyen a generar un ambiente de confianza. Del mismo modo, el idioma aparece como un aspecto medular a la hora de generar cercanía, al punto que algunos médicos o profesionales de salud occidental consideran a los traductores como puerta de entrada a la hora de trabajar con la partera:

"Sí claro, por lo que ellas son tímidas y por lo que algunas solo manejan el namrik que es la lengua pues de ellos de la cultura Misak, cuando hay de pronto dificultades porque no me entienden, sí, de parte de la lengua, del castellano, entonces se busca acompañamiento de una auxiliar, sí, que sea Misak y ella o sea por medio de ellos, entonces se puede o sino pues lo que se busca es como generarles primero como empatía con ellas, no se les pregunta pues si ellas no quieren hablar, pues tampoco se les obliga sí, pero pues primero que todo se da digamos como un rapport, se establece como un rapport una confianza entre la paciente y usuario, entonces primero se hace eso y de acuerdo a como ellas se siente entonces uno va trabajando con ellas"

(Entrevista psicóloga, Cauca, 2014)

"… Vengo de la vereda de… mi trabajo ha sido ser partera desde que empecé a los 15 años, me gustó el trabajo y lo he seguido haciendo porque ese es mi trabajo y pues lo hago con amor y con cariño a la gente a servirle, y me buscan mucho porque pues ellos necesitan, dicen que confían en mí, y que por eso me buscan demasiado, entonces pues yo soy nativa de aquí de…"

(Entrevista partera, Cauca, 2014)

4.4.2.1. Algunos elementos contextuales de la relación tratante-tratada

No todo lo que contribuye a generar un ambiente de confianza en la relación entre *tratante occidental* y madre indígena recae en el dominio de lo individual o intersubjetivo, sino que dicha relación es cualificada por el contexto bajo el que tiene lugar, en este caso el ámbito institucional. La institución de salud y las administradoras de planes de beneficios a su vez, conforman instancias a partir de las cuales se demarcan tiempos, ritmos de trabajo, espacios y condiciones que definen ciertas actuaciones del profesional de salud. Surge como ejemplo de ello, la necesidad de priorizar la atención de los pacientes de acuerdo a la urgencia o gravedad de su condición o reducir el tiempo de la consulta, por una baja capacidad de respuesta institucional, circunstancias que menoscaban la calidad de la atención brindada:

"De riesgo, en algún momento uno tiene que pasarla por enfermería porque el médico no le va a decir todo lo que uno se demora uno en enfermería, en explicarle, porque

uno cuando hace un control por enfermería pues hace mucha educación, cierto, pero los médicos es rápido, eso es uno, y otro es que tenemos a los médicos saturados, o sea tanto las IPS como las ESE no tienen el personal suficiente para atender a la población, cierto, y no solamente la población de la… porque yo no estoy hablando de la población de la… sino de toda la población. Entonces tenemos médicos que eso llega y hacen la consulta, y la consulta de la embarazada debe durar entre 30 y 45 minutos, y esos 30 o 45 minutos se convierten en 15-20 llenando y haciéndole todo rápido, rápido, porque es que tiene una cola de padre y señor mío que también hace que el control prenatal no sea el adecuado, cierto"

(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

"… Se hace un trabajo de calidad, pues para mí no hay calidad, no habría calidad, porque la calidad yo realmente es poder hablar con la gente, poder escucharla, poder decirle, bueno qué es lo que le pasa, porque es que mucha gente se enferma y no… lo que se ve es la consecuencia, el dolor de cabeza, el dolor de espalda, pero realmente, ¿qué pasó antes de eso?, sí, entonces si el personal de salud comunitario llega… a bueno lo que nos pasa a veces yo personalmente hablo de que aquí paso eso y lo he dicho también, la paciente llega a la brigada y bueno, ¿usted qué tiene? Que le duele la espalda, listo va para médico, qué hace el médico, pues entonces pastillas para el dolor, sí, pero resulta de que no, pues como nadie le preguntó qué fue lo que pasó, de pronto fue que estuvo por allá cargándose un bulto de leña y lo que necesita es de pronto un masaje, pero la auxiliar a qué hora va a tener tiempo de decirle "venga señora yo le hago el masaje… sí, pero entonces vuelvo y digo a qué hora se hace eso, con tanto papel, y para suprimirlo cómo, entonces yo decía la verdad es que de allá los saberes de allá arriba que se ingenien como realmente minimizan todo eso, si lo pudo hacer el… porque no lo puede hacer el…" *(Entrevista indígena, Cauca, 2014)*

De manera contraria la relación entre *tratante* y *tratada* indígena, se caracteriza por la ausencia de entes que actúen como intermediarios, se configura una relación directa donde las actuaciones del médico tradicional o partera devienen en un espacio de cercanía, la mayoría de las veces: la casa familiar, además sin que en ellas exista una relación económica entre sus actores, aunque sí existe un reconocimiento o *"cuido"* que se da al médico tradicional partiendo del principio de reciprocidad.

"Ese tiempo yo nunca trabajaba con sueldo, una comidita me dan normal, una comidita, pues sí hay muchas… como la costumbre de nosotros que tenemos los indígenas siempre es… como el cuido que hablamos no… la mayoría de parteros o de parteras son mayores, son mayorcitas ya, entonces ellas no tienen esa capacidad de ir a visitar de casa en casa, así como hace un promotor en campo…. si llaman de noche, a cualquier hora, así esté lloviendo, como sea, a uno le toca salir porque eso es como de emergencia pues"

(Entrevista partero, Cauca, 2014)

"… No, porque si nosotros traemos a los médicos tradicionales a este espacio
E: Aja.
P: Le estamos haciendo un mal al médico tradicional
E: Ok
P: Porque el médico tradicional el espacio que tiene es el espacio natural de cada familia, porque si llega acá y se sienta acá en un consultorio pierde la esencia del ser médico tradicional "

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

El vínculo establecido entre *tratante* y *tratada*, forjado con el tiempo a partir de la experiencia, se ve en muchos casos quebrantado por factores estructurales ya sea de los servicios de salud, la academia o algunas particularidades de los territorios.

Adicional a lo anterior, la estabilidad de los profesionales occidentales se ve amenazada por el tipo de contratación propia de las instituciones de salud, además de la alta rotación que se puede dar por problemas de seguridad, esto cuando los profesionales de salud occidental aceptan ir a los municipios, pues en ocasiones se presentan varias plazas libres debido al temor suscitado por el conflicto armado, pese a las garantías económicas que se ofrecen.

A su vez, estas dificultades parecen ser más notorias cuando se trata de contar con especialistas dispuestos a desplazarse a estos municipios para realizar los controles prenatales, aspecto que trabaja en sinergia con la actitud de algunas madres indígenas que se niegan a ser atendidas por el personal de salud occidental, lo que conduce a una atención deficiente durante el embarazo, esto desde el punto de vista de la medicina occidental.

Además, la falta de profesionales que desde la academia reciben una formación con enfoque social, sumado al traslado de aquellos, que pese a contar con una formación más cercana a lo que se esperaría para el trabajo con comunidades indígenas hacia otros departamentos del país, traen consigo un cuestionamiento sobre la idoneidad de los profesionales de salud que trabajan con pueblos originarios:

"Nosotros en el Cauca como nosotros somos ESE(s) nuevas el tipo de contratación que se ha tenido no permite tener un personal estable, entonces yo a veces, yo aquí tengo un médico 2 meses, 3 meses, entonces usted no hace proceso, no hace proceso y esa es la realidad de todo el departamento, cierto, lo mismo les pasa a ellos allá, sí, ellos tienen médicos 1 mes"
(Entrevista enfermera, Cauca, 2014)

"No, yo diría que hay problema con eso, entonces nosotros incluso ahora estamos trabajando en parte en eso, porque… bueno por un lado los médicos no quieren ir a la zona rural, o sea el problema de que no haya médicos, no es que no se quiera contratarlos sino que no quieren ir, hasta el médico general no quiere ir… Así le ofrezcan el salario que sea…Y si es especialista prácticamente toca llorarle, rezarle el día anterior a ver si de pronto quieren decir que sí, entonces es un problema serio porque la única vez que van… nosotros nos desalentamos con esto, porque tenemos un programa con el que esperábamos impactar mejor, pero cuando nos vamos a la contratación de los especialistas con un buen salario, estamos dando mejores condiciones que el resto de EPS, y en el término financiero digamos que si ese fuera un factor, y resulta que no, simplemente no esa zona es de riesgo; esa zona es muy peligrosa, el Cauca no se puede andar por ningún lado, yo sí con mucho gusto pero aquí en… pero yo no le puedo ir a donde están los problemas, entonces no hemos podido lograra que el personal sea el mejor… El tema nutricional también, si usted quiere llevar una nutrición aquí se vuelve una locura tratar de que la nutricionista vaya a campo, toca pagarle casi que el mismo salario que se le paga al especialista, para lograr que vaya una única vez y entonces definitivamente se torna muy difícil en algunas zonas del departamento llevar un equipo bueno, ecografías, terrible porque las señoras no quieren salir y generalmente en el primer nivel no encontramos un ecógrafo, entonces también se quedan sin su ecografía, entonces si hay muchos problemas o sea el control prenatal es un factor bastante complejo acá en el seguimiento adecuado de la gestación"
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

La estabilidad de los profesionales occidentales se ve amenazada por el tipo de contratación de las instituciones de salud y la alta rotación que se da por problemas de seguridad

"… Y muchos de nosotros que se han capacitado acá, que han estudiado acá, no se quedan aquí, salen del territorio porque son muy buenos. … a veces tiene que traerse gente, incluso aquí a nivel departamental se tiene una deficiencia seria, porque el personal aquí lo preparan muchísimo porque uno de nuestros principales problemas es el tema de la maternidad y entonces en la misma universidad les hacen una capacitación un poco más enfocada en esa parte, pero ellos salen y se van para otros departamentos"
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

"Hemos mirado mucho el enfoque, sí, el enfoque hemos tratada de que sea siempre un enfoque social y como de talla y también nos hemos dado cuenta de que ese enfoque pues casi no lo hay, casi no lo hay, sí, entonces las personas que llegan acá, pues por ejemplo los médicos, las enfermeras son profesionales que muy poco vienen acá, sí, entonces a veces tenemos dificultades porque dicen no yo no voy a ir por allá, sí, hay gente que… por lo menos aquí a nosotros nos hacía falta un médico, y qué decían, no yo por allá no voy porque por allá hay mucha guerrilla, porque por allá es muy lejos, por allá… horrible no, jajaja, nos abruman entonces eso es busque y pasa lo mismo no, que es peligroso, entonces esa situación ha sido complicada, pero bueno ahí hemos ido tratando de solventarla, y sí prácticamente es eso
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

"… Osea la confiabilidad que nosotros tenemos cuando tenemos un conocimiento, no digo que pues nos las sepamos todas, pero pues amplio y con algún criterio, y no representan ninguna credibilidad para una persona pues de la comunidad indígena, pues es como complicado verdad, entonces si alguien que de pronto no haya estudiado, no digo que no sepa o que no tenga experiencia, pero tiene más confiabilidad, entonces yo creo que eso es lo que falla"
(Entrevista médico, Páez, 2014)

"Yo tengo que basarme sobre hechos reales, y estudié medicina sobre la evidencia
(Entrevista médico, Silvia, 2014)

"…Por ejemplo, toda nuestra gente está certificada en atención de tercer nivel, con los cursos de urgencias para partos y urgencias neonatales, por ejemplo, esas las condiciones de los médicos que trabajan con nosotros"
(Entrevista médico, Páez, 2014)

El conocimiento médico occidental parte de la validación científica, proceso que se basa en la revisión y evaluación de la mejor evidencia disponible, así como de su aplicación a escenarios locales. Este proceso de validación de conocimiento se reconoce en las guías y protocolos de atención clínica, según los cuales los profesionales de salud deben encaminar su accionar en lo cotidiano.

4.4.3. El conocimiento en el sistema médico occidental: formación y validación

En la formación del médico occidental surge como un hecho reiterado la primacía otorgada a la adquisición de conocimientos técnicos sobre las mejores prácticas médicas, soportadas a su vez, en evidencia científica actualizada y del más alto nivel de calidad. De esta manera, la formación técnica como sustento primordial del quehacer médico, demanda del profesional de salud un proceso continuo de formación, que permita la evaluación y adaptación de las prácticas médicas, a la luz de los avances científicos:

Bajo este contexto, el conocimiento y la aplicación de normas, protocolos y guías de atención aparecen como estrategias fundamentales a la hora de prevenir fallos o errores médicos. De modo tal que estos aspectos se revelan como puntos centrales al momento de garantizar la seguridad del paciente, por lo que la generación de espacios de capacitación y socialización de estas herramientas al personal de salud, se plantea como objetivo para mejorar la calidad en la atención. De la misma forma, la actualización y cumplimiento de dichas normas se citan como la manifestación más importante de la idoneidad del profesional de salud:

"En la parte de atención de trabajo de parto también tenemos algunas dificultades, los protocolos a veces no están socializados en su gran mayoría, entonces los médicos a veces hacen lo que lo que les enseñaron en la universidad, o lo que en el momento pueden hacer o se acordaron, pero finalmente si ellos estuvieran muy bien entrenados ellos harían las cosas como dice el protocolo, a la regla y a la norma, y eso mejoraría la calidad de la atención de las mujeres, y la remisión obviamente a nivel 3… remiten las pacientes a la Plata Huila, la Plata Huila tienen un hospital nivel 2 y en el hospital nivel 2 de la Plata Huila hay cuatro ginecólogos, que finalmente ellos están trabajando con lo que ellos sabían de la normatividad antigua, ellos no están capacitados en prácticas obstétricas que salvan vidas, ni en las guías de manejo que mandó el Ministerio ultimadamente o sea ellos no tenían esa actualización y entonces eso también causaron una serie de…"

(Entrevista funcionaria departamental, Cauca, 2014)

"..En segundo lugar a lo que yo te decía que es la percepción mía de a veces la idoneidad de algunos médicos que están trabajando allá, porque hay muchas veces que si uno les ve y tiene por ejemplo ocho controles prenatales en el hospital de un municipio por ejemplo, pero cuando uno mira si le tomaron exámenes, que ecografías, resulta que nada, o hay exámenes que están alterados y nunca les hicieron nada, no las trataron, no les hicieron de pronto una remisión digamos como dice la ley pues que por lo menos una vez sean vistas en todo el embarazo por el ginecólogo, para que uno por lo menos pueda mandarle los exámenes que le hacen falta, dejarles todo completico

(Entrevista ginecólogo, Popayán, 2014)

"Otro es que a pesar de que sean profesionales, a pesar de que sean especialistas, nosotros no podemos medir, o sea nosotros no podemos estar allí para que no ocurran cosas, o sea los mismos especialistas cometen errores, nosotros tuvimos una paciente, una gestante, que no detectaron que estaba embarazada entonces la abrieron y cuando la abrieron por un quiste, se dieron cuenta que estaba embarazada, cierto, entonces tenemos esos problemas así con los hospitales y un hospital de segundo nivel, no era ni siquiera una hospital de primer nivel, inclusive en el primer nivel no se hace eso, y le tocó que otra vez cerrar a la paciente no le pudieron hacer nada, pero fue una agresión innecesaria para la usuaria, cierto, porque no deberían haberle hecho eso, o sea no agotaron como la (…) no siguieron las guías de manejo sino que dieron un diagnóstico, abrámosla y (…)

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

La actitud del médico, como profesional que brinda una atención humanizada basada en el conocimiento y el reconocimiento de las particularidades individuales y culturales de su paciente, aparece como un aspecto mencionado aunque no tan recurrente en el discurso del personal de salud occidental. Desde allí surge el llamado de algunos participantes, a reevaluar los patrones bajo los que se concibe la idoneidad médica en función de otros elementos, que involucran además de un componente ético, una mayor comprensión de los contextos locales y la cultura de los pueblos indígenas:

"Hemos avanzado muy poquito, pienso que ha faltado mucha campaña educativa a todas las personas, por lo menos en la atención en salud, no sé en el tema educativo como estén, cierto, si eso haya mejorado o no haya mejorado, pero pienso que en el tema de salud si hay mucha ignorancia de realmente el tema de manejar ese tipo de cosas, cierto, del tema de la parte de religiones y eso yo pienso que hay más sensibilidad, sí, entonces uno ya sabe que los testigos de Jehová no se dejan aplicar y la gente ya los maneja, cierto, y se respeta, y hay unos consentimientos informados y ya se le dice "bueno si usted quiere le hago o si no, no", y pienso que eso hemos mejorado; pero en el tema de razas no, que también diría tenerlo igual, usted debería tener un consentimiento para decir "oiga, a mí no me tocan los estudiantes" cierto, "a mí no me quitan mi [anaco]"… eso no existe, cierto, cuando el paciente llega pues el paciente desafortunadamente debe someterse a unos protocolos que tratan de ser lo más humanos y amigables para el paciente… pero que no tenemos en cuenta nosotros eso, si dentro de sus creencias y dentro de su este, para usted es normal que le digan oiga quítese toda la ropita póngase esta bata venga yo lo veo no, no está, pienso que hace mucha, mucha educación en cuanto a eso"

(Entrevista médica, Cauca, 2014)

" Llega mucho médico que es de otra parte y de pronto no está familiarizado o pues digamos no han tenido el entrenamiento, o por lo menos nosotros pues en la carrera cuando uno es de aquí sin ser terrenalista, yo soy médico de aquí pero ginecólogo de la universidad del Valle, entonces uno pues digamos está más empapado de eso, porque si uno viene de allá no tienen ni idea de cómo manejar comunidad indígena, ni cómo lidiar pues con eso, ni con los riesgos , ni con las particularidades que les decía ellos del control, pero entonces si uno a veces … ellos digamos están comentando pacientes para remitirlos, pareciera que no tienen ni idea pues de que están haciendo, como que decir me voy por allá lejos, que allá nadie me ve ni se da cuenta que hago, entonces no sé, entonces a veces también debería evaluarse la…digamos la… formación pues digamos si, la idoneidad a veces de los médicos que van a partes pues lejanas, no, ellos tienen la excusa que dicen no pues que allá nadie más quiso ir...pero igual debería ser un criterio"

(Entrevista ginecólogo, Popayán, 2014)

Entre tanto, algunos participantes destacan como en el Cauca y otros departamentos con una alta proporción de población indígena, la formación del personal de salud en temas como interculturalidad y enfoque diferencial son prioritarios en el momento de brindar una atención en salud no sólo de calidad desde el punto de vista técnico, sino también desde la pertenencia cultural. Dicha formación, se señala, debe estar encabezada por la Secretaria Departamental del Salud y trascender el terreno de la transferencia de conocimiento a uno más práctico y vivencial que permita adquirir las habilidades necesarias para el trabajo con población indígena.

"… Entonces venía con esas expectativas de ver qué realmente… o sea uno lee cuando está estudiando pues que es difícil enfocar un paciente indígena por sus cuestiones de cultura, de costumbres, en fin, entonces uno los lee, pero digamos no lo dimensiona hasta que ya uno empieza a trabajar con los pacientes…"

(Entrevista médico, Silvia, 2014)

"… Me voy a poner decir que es que no, que es que aquí no pasa nada, nooo, eso es la verdad, y yo estoy segura que ésta es la realidad de casi todo el departamento, porque la academia no ve esa parte intercultural, desde la academia viene el problema entonces usted ya venir en la práctica a cambiar a una persona, es muy poquito el que da la vuelta, muy poquito"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

Por otra parte, la medicina occidental que goza de pleno reconocimiento y validez como sistema médico estatal, desde la perspectiva de representantes de la medicina tradicional, parecería en algunos casos afianzar su hegemonía sobre otros sistemas en una suerte de negación del *"otro"*, allí el *saber* y el *hacer legítimo* es el que proviene de la medicina occidental por lo que educar y capacitar a médicos y parteras tradicionales sea considerado como una tarea importante:

"Lastimosamente estamos dentro de un sistema donde hay un modelo y ese modelo no admite que haya otros modelos"

(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

"Entonces con ellas se coordina les mando el transporte a las diferentes veredas, para que ellas se acerquen acá al hospital, unas veces hacemos solamente reunión, que es de oírlas a ellas y hacer comentarios de cuántas gestantes tiene cada una, qué riesgos les han observado a ellas, y en otras ocasiones las traigo es para darles capacitación, sí, entonces pues casi siempre son los mismos temas, yo con ellas no les he cambiado temas sino que vuelvo y les… porque así como hay parteras como doña, y como muchas otras que captan, hay otras que hay que volverles y volverles"

(Entrevista auxiliar de enfermería, Cauca, 2014)

Bajo este modelo el encuentro entre tratantes de las dos medicinas tendría como fin último replantear el quehacer de la medicina tradicional y ponerlo en función de los preceptos de la medicina occidental o circunscribir el actuar de ese *"otro"* a un pequeño número de prácticas, por lo regular de acompañamiento o traducción de las indicaciones del médico occidental a la lengua de las madres indígenas, en este caso principalmente, las parteras durante el parto:

"La medicina tradicional responsable es muy buena, y tiene unos alcances interesantes hasta cierto punto, los hierbateros, por ejemplo, son la solución en donde no hay otro tipo de… Por acá en Colombia todavía somos muy vulnerables, somos un país con desarrollo demasiado bloqueado, entonces todo eso hace que todavía ese recurso sea potencialmente bueno, y si se explotara como debe ser, sería mejor, entonces sencillamente los médicos tradicionales que mantienen en su comunidad, con la Fe en ellos y todo eso, terminan hasta curando, pero ellos tienen uno limitantes, hay cosas, hay patologías que son de cirugía, de patologías que son de oncología, de radioterapia"
(Entrevista funcionaria departamental, Cauca, 2014)

"Incluso en el hospital tiene un listado de todas las parteras que hay en el resguardo, ese listado de todas esas parteras nosotros incluso conocemos cuáles son las parteras juiciosas y cuáles las parteras que no lo son; las parteras juiciosas las llamamos a aquellas que traen la paciente a los controles y le dicen "vea usted no ha ido a control vamos", y las traen y las acompañan al control o vienen y las dejan ahí y luego salen y se van; pero uno les pregunta me trajo mamá tal, o sea porque acá el término para las parteras es… entonces me trajo tal paciente… tal personal, las traen aquellas que son juiciosas y aquellas mismas juiciosas son las que entran a la sala de partos acompañando a la paciente y les dan dentro de su lengua en […] les dan el aliento para que hagan las cosas bien, les enseñan cómo hacer los pujos dirigidos y todo lo demás, son cuando uno puede trabajar tanto el médico como la partera y todas las tres personas que es la implicada la paciente trabajamos en conjunto, y es donde uno dice, "bueno todo salió bien", pero en realidad de ese listado de esas parteras solamente un 20%, son juiciosas"
(Entrevista médico, Cauca, 2014)

Sin embargo, fue posible advertir que en algunas ocasiones se da un diálogo de saberes entre tratantes de ambas medicinas lo que ha facilitado el enriquecimiento de médicos occidentales y tradicionales. Sin embargo, dichos procesos corresponden a experiencias propias de algunos municipios del Cauca que han dado paso a formas de atención más comprensivas de las realidades culturales de las madres indígenas, plasmadas en acciones concretas en beneficio de la salud materna.

"Hacemos una reunión, una junta médica porque tenemos una embarazada de X vereda que el partero dice… yo digo es un alto riesgo ella no puede tener un parto en casa, y el partero dice sí, sí lo puede tener en casa, entonces la embarazada viene y me dice, no pues yo lo voy a tener en casa porque el partero me dijo, ¿qué hacemos?, entonces no se trata de llamar, miren yo digo y punto, no, esto es conversadito, esto es por las buenas… don Mario buenos días… entonces qué hacemos, ahí son las reuniones que tenemos con él, ya sea teguala, ya sea partero, nos reunimos en la vereda, nos reunimos acá la familia, la embarazadita, su partero y vamos personal de la IPS; exponemos por qué nosotros creemos que no puede ser un embarazo… en bien de ese bebé y de esa embarazada que no lo puede tener en casa, el partero explica sus razones de por qué sí lo puede tener; tratamos de llegar a un acuerdo. Hasta el momento siempre nos ha funcionado, no hemos tenido ninguno que…salgamos pues agarrados con el partero, no, siempre nos ha ido bien, llegamos a un buen término y por supuesto la embarazada va a creer porque la última palabra en este territorio lo tiene un médico tradicional y lo tiene su partero y eso es lógico cierto, y es muy respetable"
(Entrevista enfermera, Cauca, 2014)

> Lastimosamente estamos dentro de un sistema donde hay un modelo y ese modelo no admite que haya otros modelos
>
> Fuente: Entrevista médico, Cauca, 2014

4.4.4. Conocimiento indígena: tradición, confianza y reconocimiento

A diferencia de la forma de acceder y validar el conocimiento desde el sistema occidental, el tradicional que para esta investigación se centró en el conocimiento de las parteras, tiene matices diferentes asociados a los valores culturales del sistema occidental.

La partera se forma al interior de su familia a partir de las enseñanzas de sus padres o abuelos, quienes a su vez son médicos tradicionales o parteras y obtuvieron dicho conocimiento de sus ancestros; en algunos casos los primeros partos atendidos son de parientes cercanos y luego de conocidos o vecinos.

Otro elemento que puede aparecer como esencial para llegar a ser partera, corresponde a una especie de *"predestinación o don"* que dota a la partera de ciertas destrezas en la atención a las madres y que actúa como cimiento de cualquier práctica tradicional:

"... Ahh listo, esto lo que pasa es que mi abuela es partera y es médica, mi abuelo o sea el abuelo de mi papá también era médico y entonces por medio de... ahh y más aprendí fue por medio de mi abuela porque pues ella era partera, y entonces en el primer bebé que iba a nacer... con la esposa que tuve antes entonces ahí venia era... ella pues siempre me inculcaba eso, no, de que ustedes los muchachos o jóvenes tienen que aprender también como nosotros aprendamos, ella era como que me entregaba el trabajo que ella tenía que tiene que aprender, entonces yo le decía "abuela, ¿pero cómo?", entonces ella me decía mire, mire todo lo que yo hago...Entonces yo pues le ponía mucha atención, entonces yo decía bueno pues es algo interesante, a mí como que me nació de que eso era interesante porque era... eso a mí se me vino como que eso era de la familia, eso era como de todo, así como que me gustó todo lo que ella hacía, dije claro esto es importante, en mi pensé eso, y yo decía pues voy a tener este bebé con mi compañera pues mucho más atrás vendrán más y cuando ella no esté entonces yo que hago,"
(Entrevista partero, Cauca, 2014)

"No hay como le cuento yo que me dio ese mérito que yo quería pero no que otra persona me diga venga... yo te enseño a ser partera, eso ya no es partera positiva, es que uno nazca con esa... eso sabe quién le da el don, mi Dios desde que uno nació viene con esa cosa aquí y que se dé cuenta cómo está un bebé, cómo está posicionado, qué tanto le falta, que por lo menos ella me llame a mí y diga hay mire que yo ya entré a los nueve meses y quién sabe cuándo me tocará"
(Entrevista partera, Cauca, 2014)

El conocimiento y el quehacer de las parteras se valida desde el reconocimiento otorgado por la comunidad, ser buena partera está dado no sólo por el saber hacer, sino también por la confianza puesta en ellas y el ser consultadas por las madres cuando experimentan algún malestar durante su embarazo o para ser atendidas en el momento del parto:

"Pues eso yo diría el control de ellas, que ellas hay algunas que a los tres meses ya lo llaman a uno mire que yo me siento mal, me siento enferma, no sé qué es, entonces uno va y le dice es que es el bebecito que está empezando a desarrollar por eso son los cambios, ya usted no tiene el útero vacío ya está ocupado y usted tiene es que tener mucho cuidado, entonces ellas de ahí para allá empiezan a uno cada mes, cada mes, cada dos meses lo llaman a uno para que le hagan una revisión para ver cómo va el bebé; y a veces que ellas caminan demasiado o les toca ir a dejar la merienda del esposo entonces caminan largo, entonces llegan y se cansan y les duele. Entonces ahí es que ellas lo llaman a uno para averiguar por qué le está doliendo, qué es lo que está pasando con el bebé que le patalea demasiado, que algunas que no se mueve y así, entonces uno va y la revisa y le dice vea el bebé tiene mucho frío, a veces, y si no pues que a ellas les coge esa fatiga que no quieren... Pues que les coge ardor entonces uno les dice, bueno eso ya no es normal, eso tiene que ir al hospital porque parece ser una infección que usted está ocasionando, entonces pues el médico es el que lo decide entonces ya uno le (...)
(Entrevista partera, Cauca, 2014)

Por su parte, el reconocimiento de la comunidad como criterio primordial del sistema médico tradicional para validar un conocimiento médico, es aplicado también para la medicina occidental.

Entender la importancia que el sistema médico occidental pueda contar con el reconocimiento o *"aval"* que da la comunidad, médicos tradicionales y parteras ha permitido la articulación de los dos sistemas que se refleja en acciones conjuntas en favor de la salud materna. Cabe mencionar que si bien esta situación no se observó de manera recurrente, pudo observarse en un municipio del Cauca (Figura 9).

"El posicionamiento del programa, la aceptación de la importancia del control prenatal y médico occidental por parte de los sabedores ancestrales, esa es otra de la cosas que a mí me ha parecido que realmente está muy bien, porque al inicio nosotros puede ser que como médicos occidentales dijéramos, bueno sí listo vamos a trabajar de la mano con ellos, pero que ellos en realidad sepan que nosotros estamos proyectándonos de la misma fue… de la misma forma que ellos están trabajando"

(Entrevista funcionaria departamental, Cauca, 2014)

"Que yo reciba llamadas de los tegualas o los parteros en la noche, doctora tengo esta paciente ya lleva 7 horas, usted ¿qué cree? Entonces, que a mí me tengan como en cuenta para ese tipo de cosas, yo creo que ha sido muy satisfactorio, porque esto nos hace creer que si nosotros estamos creciendo, ellos también, estamos todos encaminados por el mismo lado, por un territorio de semillas y gestantes sanas"

(Entrevista médica, Cauca, 214)

"La mamá uno le dice, ese es el corazón de tu hijito, entonces generalmente uno ve que la mujer que llegó un poco parca al consultorio y que no decía nada, es el momento en el que como que ella desnuda su alma y sus ojitos se llenan de lágrimas, cierto, entonces valió la pena ese control prenatal"

(Entrevista médica, Cauca, 2014)

Figura 9. Principales elementos en la relación tratante-tratada

Fuente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

4.4.5. Interculturalidad: límites y avances

La experiencia de *tratantes* occidentales y tradicionales en la atención brindada a las madres indígenas, ha permitido a cada actor advertir los límites de su sistema médico en el cuidado de la salud materna. No obstante, dicho reconocimiento ha tenido diferentes matices para cada sistema. Así, desde los tratantes tradicionales fue posible encontrar cómo la medicina tradicional en algunos casos no puede atender ciertas condiciones de salud de las madres por tratarse de enfermedades que no son propias, por tanto al no disponer de los medios necesarios para tratarlas se muestran a favor de la intervención de la medicina occidental; desde esta perspectiva la medicina occidental se concibe como necesaria y complementaria a la medicina tradicional.

"Pero yo sí después de lo que le digo, las dietas las he mandado al médico, yo les he dicho vayan al médico y pasen a revisión, cómo se encuentran, cómo quedaron si quedaron bien, entonces ustedes quedan satisfechas, eso sí lo he hecho yo, claro que las remito pero en sí que el médico lo haga porque él quiera… entonces yo estoy compartiendo allá y acá, entonces yo quiero ustedes también compartamos por igual, vamos allá, si nos llama el hospital a una reunión o una capacitación pues escuchemos para aprender porque no sabemos todo... a mí me gustaría de que ustedes dejaran ese egoísmo, porque yo me he dado cuenta que es como un egoísmo que ustedes no quieran compartir con el hospital, porque es que la enfermedad no tiene horas, ni años, ni fechas, y la persona que se enferme no puede ser sólo embarazada, vamos a necesitar del hospital, entonces por qué no coordinamos con el hospital nosotros como indígenas, démonos cuenta de que nosotros estamos impidiendo una cosa que la gente la necesita, y cuando ya miremos que una embarazada, o sea una señora pierde su bebé, pierde su o pierde la mamá, entonces ahí sí nos lamentamos y decimos pues la llevamos al hospital y no nos la atendieron rápido y muchas veces le echamos el agua sucia es a la persona, que tal vez uno no compartimos y eso no es así" *(Entrevista partera, Cauca, 2014)*

> …que a mí me tengan como en cuenta para ese tipo de cosas, yo creo que ha sido muy satisfactorio, porque esto nos hace creer que si nosotros estamos creciendo, ellos también, estamos todos encaminados por el mismo lado, por un territorio de semillas y gestantes sanas
>
> Fuente: Entrevista médico, Cauca, 2014

Por otra parte, desde la medicina occidental en este estudio no fue posible identificar en el discurso de sus representantes referencia a un reconocimiento de otras formas de entender la salud y la enfermedad, de interpretar sus causas y por tanto, concebir como necesarias otras técnicas de curación distintas a las de su sistema médico. Lo anterior, desde la perspectiva de la medicina tradicional, va en detrimento de la salud debido a que dificulta la realización de acciones adecuadas a las condiciones de salud de la población indígena. En cambio fue posible registrar algunas descripciones en las que se manifiestaron la necesidad de introducir algunos cambios en los servicios de salud occidental, con el fin de hacerlos más amigables para las madres indígenas y lograr que estos sean más frecuentados:

"…Entonces sí, vimos que ese era como el factor para que las señoras no vinieran acá, entonces empezamos, dijimos bueno pues veamos cuáles son las costumbres de ellas y adaptémonos a esas costumbres, no"
(Entrevista enfermera, Cauca, 2014)

En esta misma línea, las adaptaciones en los servicios de salud occidental se fundamentan principalmente en un conocimiento general de algunas prácticas indígenas de cuidado durante el parto y el puerperio, además de orientarse a buscar la comodidad o generar un ambiente de mayor familiaridad en las madres. La mayoría de prácticas se centran en cambios en la alimentación, el permitir que las parteras ingresen al trabajo de parto o la entrega de la placenta:

"Y como medicina occidental que ellos nos llaman, a pesar de que nosotros hemos tratada de incorporar que la partera pueda entrar al parto, que la comida sea como ellos quieren, entonces que no les den ni ensalada, ni jugos, sino que les den chocolate, agua de panela, gallina, caldo de gallina, ese tipo de cosas para que la gente se sienta como en su habitat, pero ha sido muy complicado"
(Entrevista enfermera, Cauca, 2014)

"Si he escuchado pero no sé definitivamente, he escuchado pues que ellas hacen unos ritos pero no solo con los partos ellos hacen unos ritos de sanación, unos ritos como a la tierra, bueno una serie de cosas y cuando van a tener el bebé algunos he escuchado que la partera como que toma alcohol, le sopla, bueno, una cosa así, pero la verdad no tengo conocimiento de acerca de que les realizan, no sé
(Entrevista médico, Cauca, 2014)

"Sí, nosotros por ejemplo si la paciente es indígena y ella quiere llevarse la placenta para enterrarla en su casa con toda su t radición, nosotros se la entregamos, eso sí lo hacemos"
(Entrevista médico, Cauca, 2014)

"Llevarse a segundo nivel en Popayán, allá también a veces pues los médicos ya saben, más que todo Susana López ya adquieren a la partera también para que entre allá
E: y, ¿la dejan entrar y todo?
P: la dejan entrar y no hay problema, pero antes sí no las dejaban entrar a las parteras, ni nada porque eso… porque ustedes no hacen parte de eso y por seguridad del médico pues no lo dejan entrar "
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

Desde el sistema médico occidental los avances asociados a la alimentación, el ingreso de la partera en el momento del alumbramiento y la entrega de la placenta, son percibidos como progresos, que han sido producto de acercamientos paulatinos con el sistema médico tradicional. Así, por ejemplo, en retrospectiva hace unos años el que una partera estuviera presente en el momento del parto era una situación casi que impensable, mientras que en la actualidad las parteras pueden hacer presencia durante el parto como apoyo para la madre indígena.

No obstante, como se señaló, estos cambios, en su mayoría, están dirigidos a prácticas específicas sobre las que se tiene un conocimiento general, que no comprende un entendimiento de la complejidad de sentidos y significados culturales de dichas prácticas y de reconocer que las mismas hacen parte de un sistema médico cultural más amplio.

En este orden de ideas, si bien los avances son importantes y marcan una ruta guía para el acercamiento de dos sistemas médicos diferentes, de la misma manera suponen un reto en cuanto a la necesidad de seguir avanzando en una integración mucho más amplia de los dos sistemas médicos, antecedida por un reconocimiento y entendimiento previo del otro sistema médico como igual.

A su vez, de la mano con la valoración que realizaron los tratantes tradicionales sobre la medicina occidental como complementaria, se apreció desde las instituciones prestadoras de salud indígenas una mayor integración de la medicina tradicional y occidental en la atención en salud materna, particularmente desde las acciones de salud pública que tienen lugar desde el momento inicial de la intervención donde se estableció un diagnóstico de la situación de salud de cada familia y se elaboró un plan de trabajo con acciones pertinentes desde ambas medicinas:

"Sí claro, esto nos permite como tener una visión, un diagnóstico de la familia, luego viene algo que se llama los planes de intervención, entonces de acuerdo a un diagnóstico o una situación de la familia se plantean una serie de actividades integrales lógicamente sí, bueno se analiza la situación de la familia a través de la ficha familiar o a través de la visita domiciliaria y se crea una serie de lo que llamamos plan de intervención, donde se plantea una serie de actividades, tanto propias como occidentales dado el diagnóstico de la familia, entonces se plantea, entonces llega y se encontró una gestante y verifica, y pregunta si ha salido al médico occidental, si ha tenido atención por el médico tradicional, si ha estado siendo atendida por la partera, no solamente es la cuestión de salud sino todo alrededor"
(Entrevista indígena, Cauca, 2014)

Con menor frecuencia se evidenciaron algunos avances que hacen parte de experiencias propias de algunos municipios, caracterizadas por procesos previos de reconocimiento, diálogo y concertación entre tratantes de ambos sistemas médicos y comunidad, donde los cambios que surgieron son resultado de una construcción que parte de las creencias y necesidades de las madres y sus familias:

"…. Hicimos fue un cambio de alimentación, y ahoritica todas las embarazadas que llegan y que se hospitalizan por cualquier razón o cuando ya están en el trabajo de parto o el puerperio nosotros les damos he… digamos que la gallina de campo es uno de los alimentos que es como el más confiable por decirlo así, en algún momento nos decían que el cordero, pero ya nos dijeron que no era muy bueno durante los primeros 15 días porque también era muy fresco que producía algunos otros problemas, entonces el cordero ya no nos toca a nosotros, porque antes también decíamos que se podía variar entre gallina y cordero, entonces ya el cordero lo eliminamos de la dieta… hemos hecho una discriminación entre los alimentos que sí son pertinentes y los que no, entonces los que no, pues ya se les da una instrucción a las personas que preparan los alimentos para que no se den estos alimentos, bueno el chocolate que también se utiliza, que antes la discusión, que si las galletas o las tostaba ya también en el encuentro nos dijeron que las galletas no, que mejor eran las tostadas, entonces bueno estamos haciendo todo el tiempo ajustes dependiendo de lo que nos vaya indicando"

(Entrevista enfermera, Cauca, 2014)

Finalmente y como punto en común se encontró que las apuestas que buscan ofrecer a la población indígena una atención en salud con un enfoque intercultural están supeditadas a voluntades de diversos actores y en diferentes niveles; no basta con la iniciativa de los niveles directivos de una institución, si por ejemplo, no existe personal de salud que manifieste cierta afinidad y apertura para adaptar sus prácticas, o por el contrario, un sistema de salud y entidades territoriales que no proporcionen el impulso necesario a este tipo de acciones:

pues son experiencias diferentes a lo que vivimos en la ciudad, es muy diferente y tratar con una persona de ciudad a una persona del sector rural y más en este cabildo indígena, y más enfrentarnos a su cultura, a sus ropas, a su vestir que pues no estamos enseñados, hasta primero aprender que cómo se llama cada parte de su vestimenta,

"Que tengamos estos avances porque es un avance que se tiene acá en la… el programa Mujer Dadora de Vida, el programa gestora, muchos programas que hay en los diferentes, en las diferentes IPS pero acá el programa es un programa que se le hace una apuesta desde los municipios, ustedes miran aquí que los municipios, que el municipio está aquí, que está la ESE, que está la IPS, que está la comunidad y así en los diferentes municipios del norte del Cauca está el programa, y el programa se hace por voluntades, sino tuviéramos la voluntad de todos pues el programa no se daría cierto, porque puede que la ESE tenga la voluntad pero si el resto no funciona y no puede que la IPS tenga la voluntad pero si la Secretaría no funciona pues tampoco se da, entonces es voluntad de todos cierto, y como en todo, todos ponemos puede que lo que ponga uno se vea más que lo que pone el otro, pero es una apuesta de todos"

(Entrevista enfermera, Cauca, 2014)

"Entonces ya pues enfrentarnos a la cultura fue muy… pues son experiencias diferentes a lo que vivimos en la ciudad, es muy diferente y tratar con una persona de ciudad a una persona del sector rural y más en este cabildo indígena, y más enfrentarnos a su cultura, a sus ropas, a su vestir que pues no estamos enseñados, hasta primero aprender que cómo se llama cada parte de su vestimenta, que el [anaco], que el reboso, que el [juliao] entonces ya uno tenía que ir ya como acomodándose todos los días a decirles para un examen, te puedes quitar esto, te puedes quitar esto y más llegarles a ellos"

(Entrevista médico, Silvia, 2014)

5

Discusión

Los hallazgos de esta investigación se enmarcaron en un contexto particular situado en algunos municipios del departamento del Cauca, sin embargo, develaron algunos resultados que pueden brindar elementos teóricos y metodológicos dirigidos a futuros trabajos con poblaciones indígenas. Para este estudio los sistemas médicos se entendieron como sistemas culturales lo que llevó a identificar diferencias claras en cómo desde cada sistema se definen conceptos como salud, enfermedad, muerte y maternidad; estas diferencias se reflejan en las prácticas y cuidados que desde cada sistema se dan a las madres durante el período que comprende la gestación, el parto y el puerperio.

Dentro de este período, el parto fue el momento en el que se expresaron las mayores tensiones debido a las diferentes significaciones otorgadas desde cada sistema; esta situación se evidenció en la tensión respecto a la posición del parto (vertical u horizontal). Sumado a esto, desde los actores de cada sistema, que para este caso se entiende como los tratantes occidentales y las tratadas indígenas, se encontraron percepciones que se mueven en doble vía y que permean la relación, que está inmersa en un contexto particular que va de lo cotidiano a lo nacional (Figura 10).

Se evidenció que la interculturalidad crítica se muestra como necesaria para mediar la relación de los dos sistemas médicos. Esta interculturalidad trasciende lo funcional y apunta a una interculturalidad donde se llega a acuerdos a partir de diálogos horizontales de saberes, donde los dos sistemas se reconocen como iguales y complementarios. Esto sin duda parte de los avances que hasta el momento se han dado en algunos municipios del Cauca los cuales son un paso en esta búsqueda de la interculturalidad crítica, pero a su vez suponen retos que se deben asumir no sólo a nivel local e interpersonal, sino también a nivel nacional.

Pensar los sistemas médicos como sistemas culturales, permitió entender como sus prácticas y agentes se integran en un cuerpo de normas, valores y nociones que a su vez hacen parte de un marco cultural más amplio. Para éste estudio los sistemas culturales fueron asumidos como una herramienta útil a la hora de entender las diferencias existentes en las prácticas y nociones de cada sistema frente al cuidado de la salud materna, sin abordar cómo estos elementos son expresión de un sistema de valores y tradiciones del contexto cultural más amplio del que hacen parte. De acuerdo a lo anterior, se evidenció que frente a la atención en salud durante la gestación y el parto de las mujeres **Nasa** y **Misak** del Cauca, el sistema médico occidental y el sistema médico indígena exhiben algunas diferencias.

Desde el discurso de los participantes se rescataron algunos elementos esenciales y en algunos casos contrapuestos sobre la forma como cada sistema médico conceptualiza la salud, la enfermedad y la maternidad.

Desde el sistema tradicional la salud se entiende como armonía y equilibrio de la persona con diferentes esferas de la vida, por su parte el sistema occidental pone el acento en el individuo, principalmente en su dimensión biológica, esto sin desconocer la existencia de formas más comprensivas de entender la salud que involucran otras dimensiones, como la que proviene de la perspectiva de los determinantes sociales, que para esta investigación no se evidenció cuando se indagó sobre el sistema médico occidental.

La enfermedad desde cada sistema cultural presenta divergencias entre sí, pues para el sistema médico tradicional ésta se entiende como el resultado de la ruptura o incumplimiento de normas culturales que desembocan en desarmonía y en desequilibrio, mientras que para la medicina occidental la enfermedad se conceptualiza bajo criterios bilógicos e incluso genéticos que predisponen a los individuos a la misma.

Con lógicas similares, desde la medicina tradicional el embarazo y el parto son acontecimientos naturales que no sólo atañen a la madre, pues el embarazo se vive en familia y su cuidado está relacionado con restablecer o conservar el equilibrio de la madre y el niño con su familia, comunidad y territorio. De otro lado, desde la medicina occidental la maternidad representa un período de riesgo para la madre, por lo que su cuidado demanda la valoración oportuna y el manejo de los riesgos que se puedan presentar. Las diferencias en los conceptos de salud, enfermedad y maternidad de estos sistemas médicos han sido puestas de manifiesto por otros estudios realizados con pueblos indígenas en Latinoamérica y el país, tal es el caso, de un estudio realizado con madres Embera de Antioquia que revela como la maternidad trasciende la reproducción biológica (41, 48).

La comprensión de las distintas maneras de abordar la salud y la maternidad aporta al entendimiento de aquello que se valora como importante o necesario para el cuidado de la salud materna y la atención de las mujeres durante la gestación y el parto; de allí las particularidades en las acciones e intervenciones que plantea cada sistema. El contar con un territorio propio que permita la pervivencia cultural de los pueblos indígenas y el cultivo de las plantas y alimentos tradicionales es un paso ineludible para el buen vivir de los pueblos indígenas, por lo que las acciones encaminadas al logro de este objetivo constituyen en sí mismas acciones en salud, más aún en el caso de las madres indígenas quienes durante la gestación, el parto y la dieta deben, de acuerdo a su cultura, consumir ciertos alimentos o cumplir con ciertas prácticas alimenticias para cuidar de su salud y la de su hijo (2).

Para los pueblos **Nasa** y **Misak** las plantas y alimentos considerados calientes son fundamentales para el buen desarrollo del embarazo, parto y puerperio de la madre indígena. Los cuidados culturales asociados a la alimentación se han identificado en otros estudios realizados en comunidades indígenas *Embera* y *Wounaan* del Chocó (49). Conocer y entender las prácticas de cada sistema médico permite apreciar su complejidad y reconocer como estas se enmarcan, en un entramado de significados y lógicas bajo las cuales cobran sentido.

El parto se muestra como uno de los momentos de mayor desencuentro entre ambos sistemas médicos, entre otras razones, por la existencia de prácticas, técnicas y cuidados, sustentados en lógicas distintas; por un lado desde lo occidental se privilegia el control del riesgo, mientras que desde lo tradicional se hace énfasis en el carácter vinculante del parto con la familia, la comunidad y la naturaleza. Expresión de ello es la tensión que se registra entre parto domiciliario e institucional. El *primero* propio, aunque no exclusivo, de las madres indígenas **Nasa** y **Misak**, permite a la madre y al niño vivir el alumbramiento en un entorno de confianza, familiaridad y cercanía; así como la posición vertical hace posible que el niño reciba la conexión del mundo espiritual, el territorio y del mundo de abajo. El *segundo*, concebido desde lo occidental como *"medida de primer orden para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal", es también un indicador para "Mejorar la salud materna"* según el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (50, 51).

El análisis de las principales causas de muerte materna en el país indica como la mayor proporción de defunciones ocurre por trastornos hipertensivos o complicaciones hemorrágicas, causas de defunción que se dan con mayor severidad en el último trimestre de gestación, el parto y postparto (52). Países como Perú presentan más del 70% de defunciones maternas en el momento del parto (53). De allí, el que parte de los esfuerzos nacionales y departamentales de los últimos años en salud materna se han concentrado en mejorar el porcentaje de partos institucionales (24). La baja asistencia de las madres indígenas a los servicios de salud occidental constituye entonces uno de los puntos más críticos, reflejo de las tensiones entre ambos sistemas médicos. Sin embargo, la percepción negativa de los servicios de salud occidental, entre otras, por el desconocimiento de las prácticas culturales asociadas con el embarazo y el parto, fue un aspecto esgrimido por madres indígenas del departamento del Cauca para no consultar (54).

Desde la medicina tradicional el embarazo y el parto son acontecimientos naturales que no sólo atañen a la madre, pues el embarazo se vive en familia y su cuidado está relacionado con restablecer o conservar el equilibrio de la madre y el niño con su familia, comunidad y territorio

La tensión que se expresa entre el parto domiciliario y el parto institucional se explica desde las diferencias que existen entre dos sistemas médicos culturales, para este caso el occidental y el tradicional indígena. Cada sistema esgrime unas razones válidas para sustentar su direccionamiento hacía un tipo de parto, de ahí que no se pueda reducir la relación de los sistemas a pensar que solo uno de ellos es el adecuado, por el contrario es necesario ampliar el espectro y entender la relación de los sistemas y sus agentes desde la interculturalidad.

En un sentido general la interculturalidad es entendida como el encuentro entre personas o grupos de distintas culturas, independientemente de las condiciones de igualdad en las que deviene (3). Este estudio identificó diversos patrones de relacionamiento, que no son excluyentes y por el contrario se encuentran mezclados, entre tratantes del sistema médico occidental y madres **Nasa** y **Misak** del Cauca y que se pueden evidenciar en diferentes niveles, desde lo individual cotidiano, pasando por la relación entre sistemas y actores de los mismos, hasta llegar a niveles departamentales, municipales e institucionales. Frente a estos patrones, se esbozan algunos elementos que contribuyen a su comprensión, sin la pretensión de ser una explicación global aprehensiva de la complejidad de estas realidades.

El *primer patrón* de relación tuvo lugar cuando el diálogo entre actores de los dos sistemas médicos se caracteriza por un pobre reconocimiento del saber médico tradicional por parte del sistema occidental; éste se manifiesta a través de expresiones y acciones que cuestionan la validez, adecuación y eficacia de las prácticas tradicionales, respecto al cuidado de la salud de la madre y el niño durante el embarazo, parto y puerperio. Lo anterior deriva en intentos por capacitar a médicos y parteras tradicionales con el fin de disminuir los riesgos durante la atención o lograr el acatamiento de las madres indígenas a las prácticas y estrategias de cuidado occidentales, dejando de lado cualquier tipo de práctica tradicional que el sistema occidental considere inadecuada.

Actitudes de tolerancia o una aceptación parcial del "*otro*" indígena, que se conoce someramente, conforman algunos de los principales rasgos identificados como parte de un *segundo patrón* en el que tratantes y madres indígenas se relacionan. Basados en este conocimiento superficial, los servicios de salud occidental introducen algunos cambios en la atención brindada a las madres, con el fin de hacerlos más amigables y ampliar las coberturas de atención. De acuerdo con lo propuesto por el filósofo Fidel Tubino este tipo de relación se podría enmarcar dentro de la interculturalidad funcional, en la que un sistema adopta algunas características de otro, sin conocer muy bien sus lógicas y significados, con el propósito de ponerlo a su servicio (3).

La aceptación propuesta por el sistema occidental desde una interculturalidad funcional se expresó también al momento de reconocer la necesidad de incluir a los sabedores tradicionales (médicos tradicionales, parteras/os, pulseadores, yerbateros) como adiciones al sistema médico occidental, de alguna manera volviéndolos auxiliares de enfermería occidentales, lo que en última instancia busca un aumento de la cobertura de servicios del sistema médico occidental.

> Desde la medicina occidental la maternidad representa un período de riesgo para la madre, por lo que su cuidado demanda la valoración oportuna y el manejo de los riesgos que se puedan presentar

Las adaptaciones que realiza el sistema médico occidental parecen surgir de lo que se conoce y la forma como desde occidente se significan las prácticas tradicionales, es decir se trataría de adecuaciones culturales, en lugar de servicios con pertinencia intercultural, en los que los cambios son producto de un diálogo entre representantes de ambos sistemas, que da paso a consensos sobre las mejores maneras de atender la salud materna, de acuerdo a las preferencias, necesidades, valores y prácticas de las madres indígenas (49).

El *tercer patrón* en el que madres y tratantes se relacionan estuvo definido por un diálogo horizontal de saberes que ha permitido procesos de intercambio y construcción conjunta de nuevas formas de cuidar la salud de las madres. Dos características que se mostraron como fundamentales en este patrón fueron: *el reconocimiento* del sistema médico tradicional en igualdad de condiciones al sistema médico occidental, lo que implicó desde este último asumir el saber médico tradicional como legítimo; y *la aceptación* mutua de los límites y las posibilidades de cada sistema médico para el cuidado de la salud de las madres indígenas. Esta forma de relacionamiento pertenecería a lo que Viaña ha llamado interculturalidad crítica en tanto involucra procesos de permanente negociación y concertación cimentados en relaciones simétricas (3). Este tipo de relación constituye un referente y un ideal por el que deben propender representantes de ambos sistemas médicos tal como lo indican otros estudios en salud realizados con pueblos originarios (54).

La relación entre el tratante occidental y la madre indígena está atravesada por formas de percibir. Las percepciones como fenómenos culturales están asistidas por ideologías y valores que actúan como marcos de referencia a partir de los que el sujeto interpreta incluso sus propias sensaciones corporales (55); así un signo de alarma que aparece como evidente desde la medicina occidental puede no serlo para una madre indígena o tal vez su significado sea otro, por lo que consultar a los servicios de salud occidental no sea en muchos casos la mejor opción y por el contrario, se piense como última alternativa.

Esta situación explica, hasta cierto punto, la asistencia de las madres a los servicios de salud occidental de manera tardía, lo que en sinergia con la baja capacidad resolutiva de los servicios de salud municipal, (por lo general de primer nivel), termina en mayores complicaciones y en remisiones a servicios de mayor complejidad, aspectos que para las madres indígenas se convierten en factores determinantes para decidir no asistir a los servicios de salud occidental.

La madre y sus familiares crean una percepción negativa de los servicios de salud occidental y de los agentes de dicho sistema, en razón a la pobre mejoría, las complicaciones, los traslados y los llamados de atención de los profesionales de salud, que, algunas veces, son percibidos por las madres como agresiones. Este tipo de experiencias se integran a los marcos de referencia de las madres, sus familias y comunidades en un proceso de construcción social, lo que genera otras formas de comprender la realidad, así la apreciación negativa inicial de una madre se transmite a otras personas de la comunidad y se traduce en lo que los médicos llaman *"estigmatización de los servicios de salud"* (55).

Los médicos, por su parte, construyen una imagen de las madres basada en lo que ellos tildan como una cuestionable comprensión de situaciones que ponen en riesgo su salud y la de su hijo, y que se expresa a través de valoraciones negativas o descalificaciones. Estas apreciaciones terminan insertándose en las estructuras de referencia de los médicos y se aplican para calificar de manera general a las madres indígenas. Fue posible encontrar algunos profesionales en los que la experiencia previa con pueblos indígenas en lugar de promover la apertura hacia otras maneras de entender la salud y la enfermedad, terminaba facilitando una visión estereotipada de la población indígena (56).

Las percepciones que tienen sobre unos y otros, los *tratantes occidentales* y las *tratadas indígenas*, permea la relación de estos y el momento del parto no se escapa de esto. La posición vertical asumida por la madre especialmente durante el período de dilatación del parto ha sido documentada por diversos estudios como una estrategia no necesariamente vinculada a complicaciones para la madre o el niño, mientras se ha asociado con una disminución en el tiempo del trabajo de parto (48, 57).

En esta misma línea, países como Perú reconocen la posición vertical en el parto como una práctica válida y segura y por tanto aceptada por el sistema nacional de salud peruano (12). No obstante, en este estudio prevaleció una percepción negativa del parto vertical sobre la base de considerar que éste acarrea mayores complicaciones para la madre y el niño, o por la incomodidad que representa la posición que el médico debe asumir en el momento del alumbramiento, lo que en conclusión lleva a preferir la posición en decúbito dorsal.

La lectura realizada por tratantes y madres sobre el *"otro"*, está caracterizada por un desconocimiento mediado en parte por una distancia social, que se amplía o surge como producto de los desencuentros entre sujetos con creencias, valores y prácticas culturales contrapuestas, o que puede tener origen en una imagen preconcebida del *"otro"* que hace difícil cualquier intento de acercamiento (58).

Así como la pertenencia étnica y cultural de las madres indígenas permea la forma como se percibe la realidad, para el sistema occidental ser médico implica pertenecer a un grupo con un cuerpo de conocimientos y técnicas soportadas en ideologías y principios, que demarcan lo que se valora o privilegia en la formación y la práctica (41). La formación académica de médicos y profesionales de la salud occidental con un énfasis en lo biológico y en lo técnico, prima una atención basada en las mejores técnicas validadas científicamente y soslaya otras dimensiones. En este estudio esta apreciación contrasta ampliamente con el contexto social y cultural de las madres indígenas quienes además de un saber anteponen la confianza, la familiaridad y la cercanía como criterios para validar el saber y el quehacer médico.

En la formación médica además de la adquisición de conocimientos y habilidades, tienen lugar aprendizajes sobre formas de comunicarse con el paciente, de creencias, fines e imperativos éticos que guían la práctica médica (54). Como ejemplo, en este estudio la postergación de la muerte se mostró como un fin propio de la práctica médica occidental, fin que va en contravía con una visión de la muerte como evento natural ajeno a ser catalogado como evitable o no por los pueblos indígenas y su sistema médico. No obstante, fue poco lo que este estudio logró avanzar en el entendimiento de este tipo de elementos y las formas como se transmiten, aspectos que podrían ampliar la comprensión de las actuaciones de médicos y profesionales, que merecerían ser profundizados en otros estudios.

La tensión que se expresa entre el parto domiciliario y el parto institucional se explica desde las diferencias que existen entre dos sistemas médicos culturales, para comprender dichas dinámicas es necesario ampliar el espectro y entender la relación de los sistemas y sus agentes desde la interculturalidad

El contexto en el que tiene lugar la relación entre tratante y tratada, por su parte, configura maneras de relacionarse y aporta elementos para comprender las actuaciones de cada actor. La mediación de las EPS e IPS en el encuentro entre tratante y tratada crea ciertas exigencias y limitaciones para ambas partes, ejemplo de ello, el manejo del tiempo en la consulta que para este estudio se cita como uno de los aspectos que más deteriora la calidad de la atención y dificulta la generación de un vínculo de confianza con el paciente.

Sin embargo, es importante señalar como éste y otros aspectos, como, la alta rotación del personal de salud por el tipo de contratación o por problemas de seguridad en el territorio, hacen parte de situaciones cuyo entendimiento trasciende lo institucional y refieren a condiciones del contexto caucano o dificultades administrativas, financieras o de otro tipo, propias de la estructura del sistema de salud (59).

> Los médicos, por su parte, construyen una imagen de las madres basada en lo que ellos tildan como una cuestionable comprensión de situaciones que ponen en riesgo su salud y la de su hijo

La comunicación entre representantes de ambos sistemas médicos está enmarcada en relaciones de poder establecidas históricamente. El sistema médico occidental ha gozado del reconocimiento del Estado como la forma legítima de atender y cuidar la salud de la población general, lo que ha dejado de lado otros sistemas médicos, que en algunos casos se comportan como más adecuados de acuerdo a las características sociales y culturales de ciertas poblaciones (20).

Reconocer el sistema médico tradicional en su diversidad es necesario para no caer en la imposición de un modelo de atención en salud que dista de las expectativas y necesidades de la población, modelo que pese a ser legítimo para el Estado, no deja de ser ajeno para algunas madres Nasa y Misak, quienes confían y dan validez a la medicina tradicional. El concebir a médicos y parteras tradicionales como referentes para el cuidado de las madres durante el embarazo, parto y dieta ha sido un hallazgo identificado en estudios realizados con otros pueblos originarios del país (49, 54).

Es en esta línea que el SISPI, expresado en la Ley 1450 de 2011, contempla como fundamental para el desarrollo del sistema, la participación del Estado como garante de *"los medios necesarios para la atención de todos los pueblos indígenas; de acuerdo a su cosmovisión"* (2). Lo anterior, implica el reconocimiento y la garantía de los derechos de los pueblos indígenas de modo tal que los modelos de atención sean acordes a una concepción holística de la salud, busquen el fortalecimiento de la medicina propia y fomenten la participación de los pueblos indígenas, principios enunciados en la Reunión Regional de Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2008 (60).

En este orden de ideas, en Colombia la Ley 21 de 1991 que ratificó el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), establece que el Estado debe proporcionar a los pueblos indígenas los medios necesarios para organizar y prestar servicios de salud acordes con sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (61). No obstante y teniendo en cuenta las dinámicas propias del sistema de salud colombiano, la Ley 691 de 2001 incluye dentro de la misma lógica de funcionamiento las instituciones de salud indígenas, pese a que éstas desarrollan acciones particulares de acuerdo a su cosmovisión y sistema médico, acciones que desde la percepción de las comunidades indígenas son desconocidas por el sistema nacional de salud.

En este estudio se evidenció que este aspecto representa una fuente de tensión entre los dos sistemas médicos; no obstante, dado que su análisis excede las posibilidades de este estudio se considera importante considerarlo objeto de futuras investigaciones (61).

Al tener en cuenta que la manera en que médicos occidentales y madres indígenas se relacionan está configurada por diversas condiciones y actores, este estudio destacó cómo los avances en materia de interculturalidad dependen en gran medida de cambios en diferentes niveles y de la voluntad de distintos actores. Si bien, repensar los modelos y las instituciones de salud son tareas necesarias, no serían suficientes si no se cuenta con profesionales que tengan la disposición **para establecer relaciones basadas en el reconocimiento del otro como igual y a la vez como diferente en sus valores, creencias, ideologías y prácticas culturales**. El logro de una actitud de apertura y reconocimiento hacia otras formas de entender la salud dependería en parte de cambios en la esfera personal, los que de igual manera podrían promoverse a través de procesos de formación que generen espacios de conocimiento propio, autocrítica, reflexión y que permitan desde la misma formación profesional el acercamiento y contacto con comunidades y agentes de los sistemas médicos tradicionales.

El contexto no solo aporta elementos asociados a lo normativo y al sistema de salud nacional, sino que también involucra la realidad puntual y cotidiana del departamento del Cauca, aspectos que influyen directamente en la atención en salud a mujeres **Nasa** y **Misak** durante el embarazo, el parto y la dieta. Esto concuerda con lo observado en otros estudios en la atención a madres independientemente de su pertenencia étnica, entre ellos, las barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud, los cuestionamientos frente a la calidad de la atención y las condiciones económicas y laborales de las madres y sus familias (10).

Este estudio encontró cómo para las madres indígenas lograr una atención en salud pertinente desde lo cultural es un reto: primero, en muchas ocasiones las madres carecen de los medios necesarios para realizar los cuidados y prácticas culturalmente apropiadas, ya sea por carecer de un territorio propio, por los desplazamientos a los que se ven forzadas, o por el escaso apoyo brindado a las instituciones de salud indígenas para el fortalecimiento de la medicina tradicional, condiciones que han conducido a una pérdida progresiva de valores y que dificultan, no solo la posibilidad de la pervivencia cultural del pueblo, sino también *"el buen llevar"* del embarazo, el parto y la dieta desde el punto de vista cultural. segundo, el sistema occidental que en muchos casos es leído por las madres indígenas como ajeno, hostil y de difícil acceso; deja a las madres en un espacio de incertidumbre frente al cuidado de su salud y la de su hijo, situaciones que por demás las hace más vulnerables a sufrir complicaciones, enfermedades o desenlaces fatales durante el embarazo, parto o puerperio.

Cabe entonces preguntarse hasta qué punto el modelo de atención y cuidado de la salud en Colombia, en un intento por ofrecer una atención igual a toda la población, desconoce y oculta lo diferente, y prima una atención basada en lo que el sistema por diseño puede ofrecer, lo que no necesariamente corresponde a las particularidades y necesidades de las madres indígenas y sus familias.

Este estudio buscaba aportar algunos elementos para ampliar la comprensión de la relación entre tratantes occidentales y madres indígenas en la atención en salud durante el embarazo, parto y puerperio; si bien se recogen varios hallazgos importantes en este tema, es de señalar la necesidad de un trabajo de campo más intenso en el tiempo con comunidad, lo que permitiría recoger con mayor detalle las percepciones de las madres y sus familias, dado que en este estudio no fue posible acceder a un número considerable de estos actores.

El contexto no solo aporta elementos asociados a lo normativo y al sistema de salud nacional, sino que también involucra la realidad puntual y cotidiana del departamento del Cauca, aspectos que influyen directamente en la atención en salud a mujeres Nasa y Misak durante el embarazo, el parto y la dieta

Como parte del análisis se plantean algunos desafíos en la investigación en salud con pueblos indígenas, entre ellos un análisis de los avances normativos y su materialización en contextos particulares o una aproximación que permita ahondar en los procesos de formación de tratantes occidentales que pueda dar luces sobre sus actuaciones en la atención brindada a la población indígena.

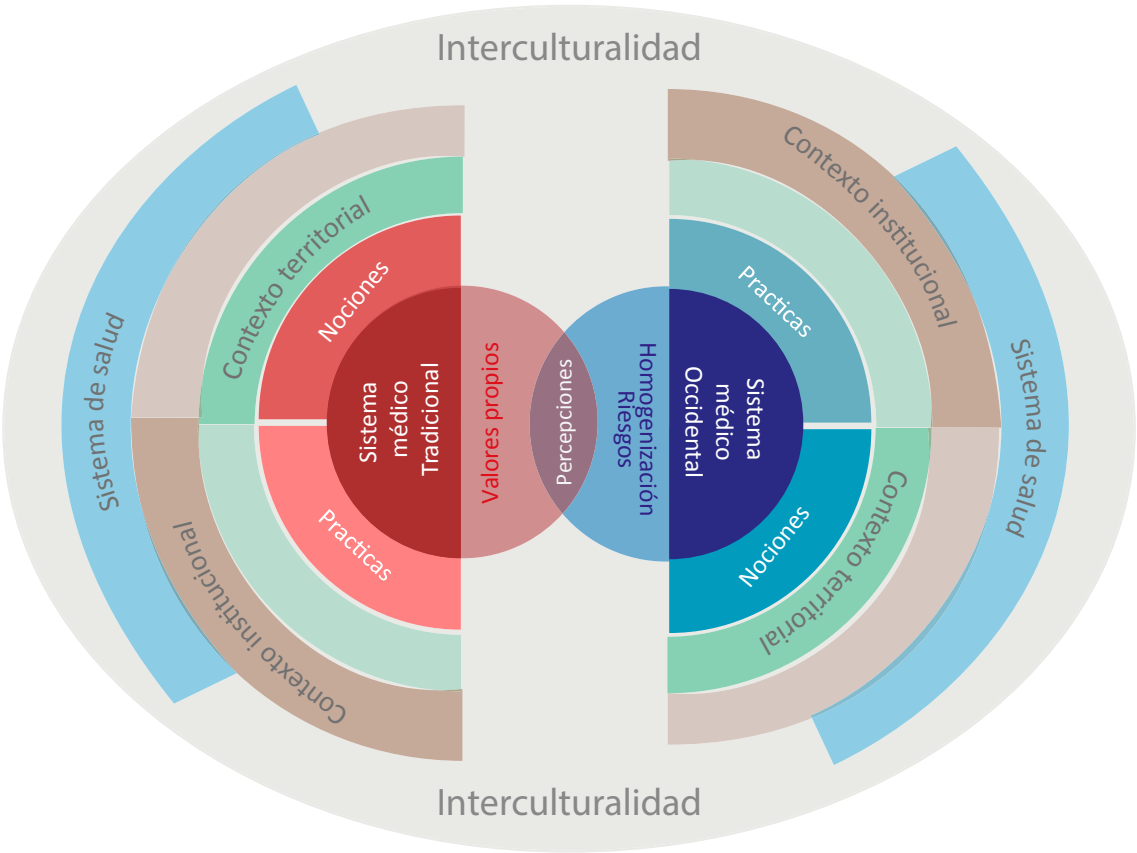


Figura 10. Principales hallazgos

Fuente: equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

Conclusiones

1

La injerencia directa de los sistemas culturales en los sistemas médicos se explica por la presencia de valores culturales de las sociedades lo que devela que la forma de entender conceptos como salud, enfermedad, maternidad y muerte es propia de cada sociedad. A su vez, esto se traduce en las prácticas que desde cada sistema se usan para preservar la salud y prevenir la enfermedad. Estas prácticas, en reiteradas ocasiones, se traducen en tensiones entre los diferentes sistemas médicos, pues cada uno aboga por que sus prácticas son las adecuadas y las más efectivas.

2

La maternidad, entendida y vivida de manera diferente desde cada sistema médico, presenta un escenario de tensiones constantes entre el sistema médico occidental y el sistema médico tradicional, donde el momento del parto se erige como la epítome de esta tensión, tal vez por representar un espacio en el que tiene lugar un conjunto de prácticas como la posición asumida o los mecanismos para facilitarlo (*la sobada, el agua de brevo*); soportadas en un cuerpo de nociones y valores culturales que les dan sentido, y donde lo que se aprecia como importante es diferente, por un lado el control de lo que se concibe como riesgo y por el otro la armonía, la familiaridad y el vínculo de la madre y el niño con la naturaleza.

3

La coexistencia de los dos discursos y prácticas médicas en el contexto caucano ha revelado diferentes formas a partir de las cuales representantes de los diferentes sistemas médicos se relacionan, lo que a su vez deja ver la presencia de modos distintos de interculturalidad. Subsisten entonces formas de relacionarse caracterizadas *por la imposición de un saber sobre otro, por la distancia cultural manifiesta entre tratantes y tratadas o por la intención de poner un saber en función del otro*; a la par y aunque en menor medida de relaciones en las que tiene lugar un reconocimiento del otro como igual, lo que ha dado paso a un enriquecimiento mutuo y la generación de propuestas en salud más acordes a las realidades de las madres indígenas.

4

En ocasiones la visión de las prácticas de salud y los cuidados culturales desde los médicos occidentales se basa fundamentalmente en los resultados adversos observados en algunas madres que consultan de manera tardía, lo que por demás revela un conocimiento incipiente de las lógicas y sentidos que subyacen a las prácticas culturales que de tenerse, posibilitaría una mirada más comprehensiva de las mismas.

5

Si bien cada sistema sustenta su pensar y accionar según sus propias categorías culturales, se evidenció que el sistema occidental que se presenta como sistema hegemónico, tiene una pretensión de subordinación del sistema médico tradicional, lo que exacerba las tensiones, ya que el sistema tradicional constantemente lucha por su supervivencia, no solo como sistema, sino como cultura, como pueblo.

6

Es imposible desconocer los esfuerzos que se han hecho desde el sistema médico occidental en busca de generar acercamientos a las madres indígenas, aun así estas acciones no han dado los resultados esperados debido a que muchas de éstas dependen de voluntades individuales lo que impide continuidad, sumado a esto, se evidenció que estas acciones no tendrán los resultados esperados sino son resultado de un proceso de **diálogo horizontal de saberes entre los dos sistemas.**

7

Además de las percepciones que *tratantes* y *tratadas* de cada sistema médico construyen con relación al otro, este estudio muestra la existencia de otros elementos que median en la relación y en la asistencia o no de las madres indígenas a los servicios de salud occidental. La ubicación de la población en zonas dispersas y de difícil acceso, así como las condiciones socioeconómicas, constituyen barreras para el acceso a los servicios occidentales. De la misma manera, las dinámicas establecidas por las instituciones de salud frente a lo que se exige al profesional en términos de tiempos, ritmos de trabajo, requerimientos de información, ajuste a las condiciones laborales y de contratación en muchos casos caracterizadas por la inestabilidad, terminan impactando la calidad de la atención y la relación que se establece entre el médico y la madre indígena.

8

Este estudio evidenció como entre las comunidades **Nasa** y **Misak** del departamento del Cauca, existe un número de madres gestantes que no logran acceder a los cuidados que se proponen desde los sistemas médicos tradicional y occidental. Desde cada sistema esta situación se explica a partir de diferentes elementos. Para el sistema médico tradicional los mismos se relacionan con la pérdida progresiva de valores culturales, las dificultades que enfrentan los pueblos indígenas para el desarrollo de un sistema de salud propio, que demanda la movilización de recursos de diverso tipo, el respeto y la garantía de derechos establecidos en la normatividad nacional.

El sistema médico occidental enfrenta situaciones relacionadas con la ausencia, en muchos casos, de servicios de salud con pertinencia cultural, los que por el contrario son percibidos por la comunidad como hostiles. Estos elementos asociados a los dos sistemas dejan a las madres indígenas en un espacio de incertidumbre donde no es posible realizar, en gran medida, las prácticas que por su cultura y tradición permitirían un *buen vivir* del embarazo y tampoco acceder a la atención brindada por la medicina occidental.

9

La poca formación de los profesionales de la salud del sistema médico occidental frente a la atención intercultural se develó como uno de los principales obstáculos al momento de la relación de los dos sistemas. De igual manera, la experiencia en el trabajo con poblaciones indígenas no garantiza una apertura al diálogo de saberes, por el contrario, en ocasiones la experiencia juega un papel central al reforzar imaginarios negativos en relación a las poblaciones 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.

Bibliografía

1. Betancourt Rodríguez CF, Alfonso Pinilla; Yaneth María. Apreciaciones sobre el Contexto Sociocultural del VIH-Sida en las Comunidades Indígenas en Colombia. Desacatos. 2011(35):75-86.

2. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. Rev. Lat. Am Enfermagem. 2010;18(3):459-66.

3. Viaña J, Tapia L, Walsh C, Mora D, De Alarcón S, Ploskonka S, et al. Construyendo Interculturalidad Crítica. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, La Paz. 2010.

4. ACNUR; UNHCR. situacion Colombia Indigenas. 2012:1- 4.

5. Ministerio de Salud y de la Protección Social; República de Colombia. Perfil Epidemiológico de Pueblos Indígenas de Colombia. Organización Panamericana de la Salud,2010.

6. Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Bienestar Familiar, Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 ENSIN Bogotá D,C.,2011. p. 513.

7. Alcaldía Municipal de Toribo. Plan de Desarrollo Municipal. In: Cauca, editor. 2012- 2015. p. 219.

8. Banco Interamericano de Desarrollo BID. Salud de la Mujer Indígena, Intervenciones para Reducir la Muerte Materna. 2010. p. 266.

9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, Organización Panamericana de la Salud, UNFPA, Naciones Unidas. Salud Materno Infantil de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos. Santiago de Chile2010. p. 149.

10. Instituto Nacional de Salud INS, Observatorio Nacional de Salud ONS, Ministerio de Salud y de la Protección Social. Mortalidad 1998 - 2011 y Situación de Salud en los Municipios de Frontera Terrestre en Colombia. Bogotá, D.C, : 2013 Segundo Informe.

11. Quiceno P, Lucero J. Las Transformaciones del Significado y la Vivencia de la Maternidad, en Mujeres Negras, Indígenas y Mestizas del Suroccidente Colombiano. Sociedad y Economía. 2011 (18): 59-84.

12. Arias Valencia; María Mercedes. Comportamiento reproductivo en las etnias de Antioquia-Colombia. Salud Pública de México. 2001;43(4):268-78.

13. Arias Valencia; Maria Mercedes. Determinantes próximos de la fecundidad: comportamiento reproductivo de las indígenas *Chamibida* de Antioquia, Colombia *Proximal determinants of fertility: reproductive behavior among Chamibida*. Cad Saúde Pública. 2005;21(4):1087-98.

14. Arias Valencia; María Mercedes. Calendario reproductivo en mujeres indígenas U'wa (Tunebo) de Boyacá, Colombia. Papeles de población. 2013;19:159-81.

15. Valencia Cortés; Erika María, Arias Valencia; María Mercedes. *Reproductive calendar of the Embera eyabida indigenous groups from the Nusidó community in Frontino*, Colombia. Investigación y Educación en Enfermería. 2014;32:337-46.

16. Oviedo María del Pilar; Hernández Andrea; Mantilla Blanca P; Arias Karen N; Flórez Nieves Z. Comunidades Embera y Wounaan del departamento de Chocó: prácticas de cuidado durante el proceso de gestación. Rev Fac Nac Salud Pública. 2014;32(2):17-25.

17. Muñoz Bravo; Sandra Felisa; Castro Edgar; Castro Escobar; Zindy Alexandra Chávez Narvaez; Natalia Ortega Rodriguez; Diana Marcela. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud. 2012;44:39-44.

18. Acosta Infante Y, Segura O. Indígenas gestantes en la ribira del Amazonas, Colombia, 2009; conocimientos, actitudes y prácticas. Investigaciones Andina. 2011;13:108-20.

19. Henao CLG, Buitrago PAO. Estado nutricional materno de las mujeres indígenas de Río Sucio Caldas 2004-2005 y la asociación directa con el peso de sus recién nacidos. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2007;12:193-202.

20. Beltrán LP, Castro AMP. ¿ Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. Revista Ciencias de la Salud. 2006;4.

21. Moreno Leguizamón CJ. SALUD-ENFERMEDAD Y CUERPO-MENTE EN LA MEDICINA AYURVÉDICA DE LA INDIA Y EN LA BIOMEDICINA CONTEMPORÁNEA. Antipoda Revista de Antropología y Arqueología. 2006:91-121.

22. Proyecciones DANE. http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_area_1985-2020.xls 2015.

23. Municipio de Toribio Alcaldía Municipal. Plan Local de Salud Intercultural In: Cauca, editor. 2012 - 2015. p. 80.

24. Gobernación del Cauca. Plan de Desarrollo Departamental In: Cauca, Editor. 2012 - 12015. p. 244.

25. Secretaria de Bienestar y Desarrollo Social; Coordinación de Salud; Municipio de Silvia. Plan Local de Salud del municipio de Silvia In: Cauca, editor. 2012 - 2015. p. 78.

26. Cordoba Diaz NP, Almendra Taita Isidro, Montano Harold, Tombe Rodrigo. Perfil Epidemiológico Municipio de Silvia Cauca 2009 - 2011. 2012. p. 52.

27. Alcaldía del municipio de Silvia. Plan de Desarrollo, estrategico, participativo e intercultural del municipio de Silvia In: Cauca, editor. 2012 - 2015. p. 286.

28. Alcaldía Municipal de Páez - Cauca. Diagnóstico Plan de Salud de Páez Cauca. In: Cauca, editor. 2012 - 2015. p. 188.

29. Alcaldía Municipal de Páez. Perfil Epidemiológico del municipio de Páez 2011. In: Cauca, editor. 2011. p. 32.

30. Página web Municipio de Páez - Cauca. Aspectos geográficos (localización, límites, extensión) 2015 [cited 2015 march 17].

31. Alcaldía de Inzá Departamento del Cauca. Diagnóstico de la Situación de Salud del Municipio de Inzá - Cauca. In: Cauca, editor. 2012 - 2015. p. 47.

32. Página web Municipio de Inzá - Cauca. Aspectos geográficos (localización, límites, extensión) 2015 [cited 2015 17 marzo].

33. Estructura organizacional. http://www.esetierradentro-cauca.gov.co/es/acerca-de-la-entidad/estructura-organizacional, 2015 [cited 2015 march 17].

34. Alcaldía Municipal El Tambo - Cauca. Plan de Desarrollo Tambo Somos Todos 2012 - 2015:155.
35.Bonilla-Castro E, Sehk PR. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociasles: Editorial Norma; 2005.

35. Vázquez M, Silva M, Mogollón A, Fernández-Sanmamed M, Delgado M. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Universidad Autónoma de Barcelona. 2006:19-51.

36. Strauss AL, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada: Universidad de Antioquia; 2002.

37. Solano NS. *Perceptions and beliefs in the mental health-illness community, narrated by urban healers in Mexico City Shoshana* Berenzon Gorn Jair Hernández Hernández.

38. Ortega-López RM. Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. Cultura de los cuidados, año X, nº 19, 1er semestre 2006; pp 63-72. 2006.

39. Pirona M, Rincón M, García R, Cabrera R. Significados socioculturales de la salud/enfermedad bucal en los indígenas Añú. Ciencia Odontológica. 2008;5(1).

40. Flores-Guerrero R. Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. Revista Mad. 2004(10):21-9.

41. Moral Santaella C. Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. Revista de Investigación Educativa. 2006;24(1):147-64.

42. De La Hoz Restrepo F-P, PHD, Cotes K-P, MSc, Osorio MB, MSC, Alzate M-L, PHD, Gutierrez M-E, PHD. Barreras de acceso a los servicios de vacunación en la ciudad de Bogotá D.C. 1 ed. Colombia,2013, Abril 23.

43. Marulanda CO. El movimiento indígena colombiano: de la identidad negativa a la identidad positiva. El Ágora USB. 2011;11(2):49-65.

44. Hernández Delgado E. La Resistencia Civil de los Indígenas del Cauca Papel Politico. 2006;11:177-220.

45. Castro HU, Arcila AFR. Sentidos de Lugar y Movimiento Social: Indígenas de Toribio y Defensa de su Territorio en Colombia. Latinoamérica Revista de estudios Latinoamericanos. 2014;2014(58):9-31.

46. Hutton E, Hofmeyr G. Versión cefálica externa para la presentación podálica antes de término (Revisión). 2007.

47. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www. update-software. com. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003934. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.); 2009.

48. UNFPA; Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Atención en salud con pertinencia intercultural, módulo técnico-teórico. 2011. p. 41.

49. Ministerio de Salud; Dirección General de Promoción y Prevención; República de Colombia. Norma Técnica Para la Atención del Parto. p. 17.

50. Consejo Nacional de Política Económica y Social; República de Colombia; Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes Social 140. 2011. p. 55.

51. Sivigila; Instituto Nacional de Salud. Informe Final del Evento Mortalidad Materna, Colombia. 2014.

52. Seinfeld J. Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú. Cuaderno de política. 2011.

53. Lolas Stepke F. Proposiciones para una teoría de la medicina. Proposiciones para una teoría de la medicina: Universitaria; 1992.

54. Vargas Melgarejo LM. Sobre el Concepto de Percepción,. Redalycorg. 1994;4:47.

55. Escalante Betancourt Y. Derechos de los pueblos indígenas y discriminación étnica o racial. 2009.

56. Breilh J. El logro de una ciencia intercultural. 2003.

57. Botello NA, Carmona VLL. Violencia y distancia social: una revisión: Universidad Autónoma del Estado de México; 2004.

58. Guerra García YM. Medicina y derecho el control de la vida y la muerte del individuo, desde la norma. Revista Prolegómenos Derechos y Valores de la Facultad de Derecho. 2012;15(29):67-77.

59. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud de los pueblos indígenas de las Américas. Quito: 2009.

60. Congreso de la República. Ley 21 de 1991. Bogotá, Colombia1991.

61. Congreso de la República. Ley 691 de 2001. Bogotá, Colombia2001.