

**Salud médica intercultural con mujeres en etapa de embarazo, parto y puerperio.**

**Aproximaciones al caso del Hospital Mama Dominga en el resguardo Misak de Guambía,  
Cauca.**

“Los mayores hablan que primero fue la tierra y junto con ella estaba el agua. En el kθrrak o páramo había grandes lagunas, entre ellas Nupisu o Piendamu mθk (macho) y Ñimpi ishukpisu (hembra); había humedales o ciénagas que se unieron con las lagunas y lo llamamos pikap-ojo de agua y todos se iban uniendo para formar dos ríos grandes que corrían hacia abajo, donde se unen para dar origen al piurek, que se llamó tata Ilimpi y mama Keltsi, su esposa. Luego nacen los primeros hijos, ocupando diferentes espacios del territorio, unos habitando en kausrθ, otros en anistrapu y en wampiksrθ; ellos fueron los shurmera, los mayores, de allí nacen los hombres y mujeres grandes como Piendamú, Calambás, Tumpe, Tesha de la Estrella, Karamaya, Manuela y Dominga, de ellos venimos todos los Misak, de ellos nacen todos nuestros valores y costumbres, y con ellos se rigen los destinos del territorio. Mientras kallim y pishimisak guían a través de los sueños a los Misak y a los mθrθpelθ médicos, quienes ofrendan en nombre de las familias, deseando bienestar en el diario vivir. El kallim es dueño de todo, de lo material, de lo espiritual y de los fenómenos naturales.

[...] Somos hijos del agua y de la tierra, estamos hechos de ella, en ella nacimos, vivimos y morimos como el ciclo natural, pero seguimos en ella transitando con los espíritus de los mayores, que indican el camino a los jóvenes que vienen atrás. Por eso nuestro futuro viene de los recuerdos de los mayores y los futuros van recogiendo nuestras pisadas, eso es, nuestro territorio y su historia”.

Taita Javier Cambalás Tunubalá

Segundo Plan de Vida y Pervivencia Misak

## Introducción

En el presente documento se analizan las relaciones dadas entre distintos actores del Hospital Mama Dominga en el modelo intercultural que plantea para la atención de las mujeres en etapa de gestación, parto y puerperio. Así, esta apuesta de investigación propone aportar a las reflexiones sobre las tensiones dentro de los modelos de salud interculturales, ampliando el debate acerca de la necesidad de la gestación de acciones colectivas en pro de la autonomía cultural, como derecho generacional fundamental de las comunidades indígenas y étnicas que habitan el país, tanto dentro de sus instituciones, como desde el rol de las mujeres gestantes, en parto, puerperio y racializadas, que están en el derecho de recibir atención en salud acorde a sus dinámicas culturales. Para el análisis de este, me apoyo en estudios que se encuentran en el marco de la decolonización del conocimiento, el feminismo indígena, la violencia obstétrica y la proposición de modelos interculturales en salud para el desarrollo de sistemas médicos con enfoque diferencial.

El estudio se centra en el Hospital Mamá Dominga (HMD), ubicado en el páramo de Las Delicias, en el Resguardo de Guambía, municipio de Silvia, en el Departamento del Cauca, al sur de Colombia. A partir de un estudio etnográfico con metodología cualitativa realizado entre marzo de 2021 y marzo de 2022, se implementaron técnicas como entrevistas a mujeres en etapa de gestación y a mujeres que previamente tuvieron su parto en el HMD. Durante ellas, pregunté acerca de cómo han sido llevados los partos en sus familias y a qué tipo de medicina recurren más (medicina propia o medicina convencional), así como con cuál de ellas se sienten más cómodas. También se hicieron preguntas más generales acerca del funcionamiento e instalaciones del HMD.

Por otro lado, dirigí dos grupos focales, cada uno con 8 mujeres embarazadas. Estos fueron llevados a cabo durante una jornada de atención en salud materna del HMD. Es importante aclarar que hubo ciertas limitaciones, porque las mujeres que participaron de estos espacios disponían de tiempo limitado, ya que necesitaban asistir a dos o tres citas durante ese mismo día (por ejemplo: consulta general, ecografía y psicología), de modo que establecer un vínculo o momento de confianza fue

complejo ya que no me conocían. Sin embargo, esto cambió en el momento en que una de las auxiliares más queridas por las mujeres se unió a nuestro espacio, por lo que ellas manifestaron sentir más comodidad para hablar. También se llevó a cabo un taller sobre cuerpo, en el que las mujeres dibujaron la silueta del cuerpo femenino y posicionaron los malestares o cambios que percibían durante la etapa de embarazo, teniendo en cuenta que estaban en distintos momentos del periodo de gestación (entre los 3 y 8 meses). Esto fue importante para entender, por un lado, las distintas enfermedades o dolencias manifestadas por ellas a las y los médicos de la medicina convencional y, por el otro, las manifestadas entre ellas, encontrando que, al hablar con otras mujeres en su misma situación, comentaban una serie de malestares cuya curación relacionaban con la medicina propia, tales como la sanación mediante masajes o hierbas encontradas en las chagras, o mediante rezos realizados por las y los mayores.

Por otro lado, participé como observadora en consultas médicas a mujeres de entre 1 y 3 meses de embarazo, siendo estos los meses de mayor riesgo, como argumenta el personal de la salud convencional. En este espacio, el médico principal de atención a mujeres en etapa de gestación del HMD se encargaba de pesar a las mujeres, medir sus vientres y hacer una serie de preguntas sobre la alimentación y actividades realizadas diariamente. Es importante anotar que, durante estas consultas, mi presencia no pasaba desapercibida. Si bien el médico y las embarazadas interactuaban siguiendo toda la estructura propuesta por él, las mujeres solían mirar de reojo hacia donde me encontraba yo sentada, o bajaban la voz al responder algunas de sus preguntas, principalmente cuando las mujeres atendidas eran menores de 23 años. Frente a esto, el médico comentaba que las menores de 20 eran la población más difícil, dado que se sentían más avergonzadas de expresarse sobre su cuerpo y sexualidad.

Por otra parte, durante recorridos de campo visité el Resguardo de Guambía junto a Tatas y Mamas Misak en los que conocí sus visiones sobre la salud y el territorio. Estos espacios fueron importantes porque me permitieron el acercamiento a distintas personas de la comunidad que más adelante fueron

piezas importantes para la concertación de mi participación en los espacios antes mencionados. Además de ello, participé de reuniones llevadas a cabo por el sistema de salud propio en la Casa Sierra Morena, de la cual hablaré más adelante, y reuniones para hablar sobre interculturalidad en el HMD.

Esta monografía comprende el análisis del territorio, la cosmovisión y la salud, desde la visión de los mayores y mayoras como elementos fundamentales para la pervivencia del pueblo Misak; además, describe los lugares de la salud tradicional y convencional (este último planteado idealmente como intercultural), como escenarios de relacionamiento y de atención para los actores y actrices que son descritos desde sus diálogos en el HDM, dedicando un apartado especial a la comprensión de la maternidad entre las mujeres Misak y su comunidad. Posteriormente, analizo las prácticas en salud de acuerdo con los agentes de cada sistema de salud (convencional o tradicional), entendiendo estos como “sistemas culturales”, que 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 éstas y sus roles" (Langdon & Wiik, en Castañeda, Castillo, Cortes, & Vallejo, 2017, p. 63). Este entendimiento, permite identificar diferencias puntuales en cómo cada sistema crea, a partir de un contexto particular y formas de relacionamiento, sus definiciones de salud, enfermedad, muerte y en este caso es especial: sobre el proceso de la maternidad.

En este sentido, se llega también a que, mediante estos sistemas, se identifican, categorizan y se diferencian las prácticas y cuidados particulares en etapas como la gestación, el parto y el puerperio, que no se viven únicamente como sucesos biológicos, sino también como acontecimientos culturales y primordialmente espirituales, que engloban formas de concebir el mundo y la vida.

Para continuar, resalto las acciones implementadas dentro del Hospital Mama Dominga en pro de la apuesta intercultural y, finalmente, presento consideraciones sobre las necesidades del diálogo intercultural para la atención de las mujeres gestantes, en parto y puerperio, en cumplimiento de su derecho a recibir atención en salud acorde a sus dinámicas culturales.

\*\*\*

*Hay lugares a los que llegar, siendo foráneos, nos transmiten tranquilidad, haciendo que sensaciones de pesadez o nerviosismo se vuelvan difusas y de repente, se nos permita la quietud. Supongo que, como en mi caso, es por la novedad que encuentro cada vez que me muevo de la urbe a lo rural, que pruebo distintos aires y veo cielos diversos... “Tata Felipe, ¿cómo se llama esta zona?”, “Aquí estamos en Guambía Nueva”, me contesta como un guía paciente, “todo nuestro resguardo se compone de 10 zonas, cada una con su alcalde”.*

*Hace 25 minutos pasamos por el casco urbano de Silvia, un pueblo con casas que tiene pinturas o grafitis artísticos en sus fachadas que retratan la vegetación, la fauna, las costumbres del campo caucano y hasta las iniciativas de emprendimientos; por ejemplo, si una familia vende miel en su hogar, la pintura correspondiente son unas abejas grandes con estilo realista y muy coloridas, que le dan un encanto mayor al negocio.*

*Ya en el Resguardo de Guambía o Wampia, territorio indígena Misak, es fácil reconocer la diversidad de la que se habla en Colombia. Dentro y a su alrededor, se encuentran cerros, humedales, lagunas, un río y montañas; lugares sagrados a los que acuden los Tatas y las Mamas en búsqueda de conexión con sus espíritus mayores, quienes a través de sueños les transmiten la sabiduría que caracteriza a su comunidad.*

*El Tata Luis Felipe Muelas es el coordinador del área de salud propia del pueblo Misak. En respuesta a todas mis dudas de primeriza, escuché salir de su boca una de las frases que antes había leído en el documento Plan de Vida Misak (2008)<sup>1</sup> y en el Manifiesto guambiano (2010): “Recuperar la tierra*

---

<sup>1</sup> El Plan de Vida, una estrategia que nació en Colombia y ahora se usa en distintos países de Latinoamérica, incorpora los sentires de la comunidad y busca proponer un modelo de vida propio dentro del territorio, conforme a la cosmovisión y valores Misak. Esta herramienta comunitaria se hace a consciencia y sin intervención externa, y sus cuatro pilares fundamentales son: el territorio, la organización política y social, la economía propia y la cultura, que se componen de ejes como la educación, la producción, la comunicación, la justicia y la salud, siendo esta última el eje de principal interés para este artículo.

*para recuperarlo todo”. Un lema de la lucha indígena Misak que denota la importancia del territorio como un espacio en el que se desarrolla y se vive la comunidad, y que, por su ancestralidad, hace que sea un transmisor de tradiciones y cultura.*

*Así, bajo los intentos de organización política de los grupos indígenas de Colombia se han creado, entre otras, estrategias con el fin de fortalecer la medicina propia y ejercer el Derecho Mayor, que justifican que por ser originarios y primeros pobladores de América, antes de la llegada de Cristóbal Colón, tienen el derecho y el deber de defender sus tierras y desarrollar su identidad dentro de ellas, planteando de esta manera una forma de resistencia y reivindicación como sujetos políticos.*

### **Territorio, cosmovisión y salud**

Cada vez que el Tata Felipe tocaba más puntos en nuestra conversación, yo me ubicaba más y más en el lugar. Ya no sentía que estaba precisamente en un espacio de quietud y sin problemas, me sentía en un espacio habitado, con luchas, cambios y gente dispuesta a ejercer sus ideales. Un lugar con límites, propuestas y tensiones, incluso con un paisaje cargado de agencia y memoria; es decir, como retoma Nogué (2018) en su texto “*Yi- Fu Tuan. El arte de la geografía*” en donde resalta los pensamientos de Tuan, que define “*lugar*” como la transformación de un espacio tras la interpretación por medio de los sentidos, que otorgan a la persona que lo habita experiencia espacial para lograr crear una dimensión y significación de éste (2018, p. 262). Así, para otorgarle sentido a un espacio, bajo la propuesta de Tuan, es necesario el contacto largo y repetido en el que, además, se presentan relaciones humanas que establecen vínculos emocionales y sentimentales comunes frente al lugar conformado, como lo es el territorio Misak, al que se le otorga sentido a partir de su componente de ancestralidad y sabiduría, porque en él se enmarcan la vida de las y los mayores, reconociendo de esta manera que el “*lugar*” hace parte de la construcción de ideas y en el que se ubican las acciones y cualquier análisis de la realidad construida.

El pueblo Misak es originario del continente americano, precisamente del territorio del Cauca, donde habitan históricamente. Bajo su concepción, la cultura Misak es un plano en el que se organiza el ir y venir que se hace constante en el movimiento que conforma un espiral, en el que “todo fluye, permanece y vuelve a empezar” (Tunubalá & Muelas, 2008, p. 87). De esta manera, tanto el territorio, como cada Misak que lo habita, construye su realidad teniendo como referente las huellas de sus mayores y cada uno y una, está en la responsabilidad de pisar nuevas para las próximas generaciones.

De esta forma, se manifiesta la importancia como pueblo que resiste ante la homogeneización cultural del sistema de salud convencional, de salvaguardar sus saberes y prácticas culturales, que construyen la identidad o el Ser Misak- Misak. Como lo enuncian en el su Plan de Vida y Pervivencia Misak:

“el Planeta agua, el territorio y la cosmogonía pueden evolucionar de manera normal sin necesidad de que exista el ser humano. Pero el ser humano sin territorio y sin cosmovisión existirá sin identidad, sin dignidad, sin autonomía, sin autoridad, sin justicia, será como cualquier occidental que se convierte en hijo del viento que se deja arrastrar y ahuyenta los espíritus de las montañas y de las aguas” (Tunubalá & Muelas, 2008, p. 48).

Sin embargo, hoy, las autoridades y mayores del territorio reconocen la pérdida de autonomía, que cada vez es más latente debido a procesos de construcción de nación en los que las comunidades étnicas de Colombia han sido dejadas de lado, haciendo que, al no participar de este gran proyecto mediante la manifestación de su identidad, sus saberes y capacidad de agencia, sean relegados y tengan un rol “pasivo”.

En esta lucha y en cuanto al sistema de salud en Guambia, las y los mayores de la comunidad han buscado estrategias en las que puedan participar de la construcción del significado de este sistema, entendiéndolo también, según lo dicho anteriormente, como un sistema cultural, y lo han hecho por medio de la invitación al diálogo intercultural desde la implementación de la Constitución del 91, que brindó el reconocimiento a la diversidad étnica y cultural de la nación, como un alguacil argumentaba

durante un encuentro realizado en septiembre del 2021, en el que se hacía seguimiento a distintos proyectos trabajados en la comunidad.

Para la atención en salud, especialmente la materna, en el Resguardo existen tres sitios destacados por su valor cultural. El primero es la casa Sierra Morena, un espacio destinado a la medicina propia, como es llamada en el territorio la medicina tradicional Misak. Allí se cultivan plantas medicinales, se experimenta con ellas para la elaboración de medicamentos de uso tópico o de administración por vía oral, jabones, shampoos, gotas, ambientadores y distintos productos que se venden dentro de la comunidad y a sus visitantes. Este lugar, además, cuenta con salas de reuniones en donde los Taitas y Mamas se encuentran para dialogar sobre la salud del pueblo Misak y diseñar planes de acción.

Cerca de él, se encuentra la Casa del Nuevo Sabio, que es la casa de las parteras. Inicialmente, este espacio estaba pensado para atender a las mujeres en su parto, no obstante, la infraestructura no se ajustó a las necesidades, debido a que es un lugar muy frío, a pesar de los intentos de modificaciones locativas. Así, este es utilizado como un centro de encuentro para las parteras de la comunidad y para realizar cateos o brindar consejos a las mujeres en etapa de gestación o puerperio.

Por último, está el Hospital Mama Dominga, un espacio institucional de complejidad de primer nivel y con carácter privado, de régimen especial que tiene sedes en Piendamó, en Silvia y en Las Delicias.

El HDM de las Delicias es el foco de esta investigación, elegido particularmente porque es el único de estos tres que se ubica dentro del Resguardo de Guambía, teniendo así mayor asistencia indígena que sus otras dos sedes y, por lo tanto, mayor demanda de servicios y de atención intercultural.

El Hospital surgió como una respuesta a lo establecido en el Plan de Vida para el pueblo Misak, creado en 1994 a partir de la visión de las y los mayores, que, al no verse representados ni valorados en los centros de salud a los que acudían, desarrollaron la idea de crear un espacio de diálogo de saberes dentro de su territorio indígena, en el que tradicionalmente existen enfermedades, métodos o

formas de curación y distintos actores y actrices cuya función es la de prevenir enfermedades y cuidar la salud desde la visión Misak y de curar, desde la visión de la salud convencional.

Entró en funcionamiento el 28 de abril del año 2000, y al día de hoy brinda servicios mediante un modelo que, en su página web, definen como “de atención integral y diferencial”, teniendo en cuenta que en él trabajan agentes de la medicina convencional (entendiendo esta como la medicina occidental de la que nos beneficiamos generalmente los grupos sociales no étnicos en Colombia), como médicos, médicas, enfermeros, enfermeras y auxiliares de enfermería formados bajo el sistema de salud y educación occidental, además del personal que se identifica como Misak, que, como será visto más adelante, también es formado a partir de la misma educación, teniendo de aliadas y aliados a algunas personas que ejercen la medicina propia (tradicional Misak)<sup>2</sup>, como taitas y mamas sabedoras que se formaron bajo los métodos de la comunidad. En esta formación es importante la observación y acompañamiento a mayores y mayoras que desarrollan sus actividades y las transmiten de generación en generación.

El hospital presta distintos servicios<sup>3</sup>, entre ellos, los relacionados con la salud materna, el parto y el puerperio (tales como la atención a embarazadas y detección temprana de alteraciones al embarazo, atención del parto y atención a recién nacidos), etapas en las que, a los ojos de la comunidad, las madres y sus hijas e hijos requieren de atención médica acorde con su sistema de valores y sistema cultural. Sin embargo, lo que se puede evidenciar actualmente es que en el HMD predominan los métodos, la infraestructura y el personal que caracteriza a la medicina convencional.

Es necesario resaltar que no hay muchas fuentes abiertas a las que se pueda recurrir para la obtención de datos estadísticos sobre el HMD, sin embargo, según el Informe de Rendición de Cuentas (2021),

---

<sup>2</sup> Los términos de “medicina convencional” y “medicina propia” serán usados de ahora en adelante bajo la anterior contextualización.

<sup>3</sup> Se encuentran aquí los de medicina general, obstetricia, medicina interna, nutrición y dietética, odontología, pediatría, psicología, radiología e imágenes diagnósticas, toma de muestras de laboratorio, ultrasonido, vacunación, procesos de esterilización y salud materna y para neonatos.

se registra que el hospital cuenta con una sala de partos y que se atendieron 343 partos durante el pasado año.

En el diálogo con Mama Ascensión, la directora del Hospital, en agosto de 2021, se percibe que hay tensión profunda entre la visión Misak, que es el deber ser (a partir de sus motivos de creación), y los servicios y métodos que en efecto se ofrecen en el HDM. Ella, manifiesta sobre la visión a futuro del hospital que: “lo que aquí necesitamos es un rediseño de lo que según la norma se llama *Programa de Gestantes*, se necesita un rediseño al programa materno. Nuestra meta no es solo disminuir la muerte materna, nuestra meta es la pervivencia Misak, por eso queremos llamarle *Espiral para la vida y la pervivencia*, aquí se enrollan y se desenrollan las vidas y todo inicia con nuestros mayores, no sólo con la vida del bebé o la bebé que llega. Se inicia en el fuego, con los abuelos. Por eso es que necesitamos una reorientación, liderada por nuestros Tatas y Mamas”.

La reestructuración planeada dentro del HMD, decide que dejará de llamarse “Programa materno-maternidad segura”, ya que “*Espiral para la vida y la pervivencia*” hace referencia a las y los abuelos acompañando, guiando y cuidando a las nuevas generaciones. A partir de esta idea, se retoma el Artículo 7 de la Misak Ley, establecida en el Plan de vida (2008), que plantea que la salud debe ser asumida desde la reconstrucción social, estableciendo el derecho a la mejora de servicios públicos, sociales y de alimentación, que deben estar diseñados acorde a la cultura y formas de vida de la población que fortalezcan la identidad, trayendo una serie de prácticas concretas que estarían presentes en el HMD y serían lideradas por agentes de salud propia.

Aun así, esta IPS- indígena trabaja bajo la Ley 100 de Salud en Colombia en conjunto con dos EPS, Mallamas y Emssanar, y desde el año 2010, la IPS está cobijada bajo el Sistema de Salud Indígena Intercultural (SISPI).

"En Colombia, en el Decreto 1995 de 2014 se concretiza el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) como un proceso de política pública en salud en el que se entiende la

salud como un campo político y se desarrolla un sistema de atención en salud integral e intercultural, en el marco del derecho de los pueblos indígenas para que el Estado proporcione una atención de salud que responda a las necesidades socioculturales y epidemiológicas de los pueblos, [así como] a la importancia de las medicinas tradicionales en el proceso de salud y enfermedad” (Ortiz, 2019, p. 150 ).

Sin embargo, al hablar de la colectividad de la salud, como un servicio efectivo brindado por el Estado colombiano para los pueblos indígenas, se encuentran diferencias y vacíos en la práctica.

### **Actores, actrices y sus diálogos**

Según las palabras del Taita Felipe Muelas, el pensamiento Misak fue enseñado por “la gente grande”, es decir, los primeros Taitas y Mamas que ahora son quienes guían el camino con sus saberes, que permiten la comunicación y el compartir con elementos especiales del territorio, tales como la naturaleza, el fogón, la minga, el trabajo y la familia. Siendo entonces la gente grande una unidad que proporciona la supervivencia, permanencia y reproducción de los saberes Misak.

Los médicos sabedores del territorio, son llamados mutautas o nutautas, quienes poseen saberes ancestrales contruidos durante siglos acerca de plantas medicinales y se encargan de realizar investigaciones sobre el manejo de la fauna del territorio, la creación de métodos y ritualidad para la sanación de enfermedades, la elaboración de compuestos para la preparación de productos y medicamentos, la combinación de extractos biológicos para preparar medicinas, el análisis del ecosistema y sus cambios climáticos, la conservación y clasificación de semillas de acuerdo con los ciclos de vida, la creación de tecnologías y rituales de preparación y cuidado de los suelos para la agricultura. Estas personas no tienen vinculación con el HMD, sin embargo, son quienes aconsejan, en gran medida, a las y los directivos del Hospital para pensar en la salud del pueblo.

Por otro lado, las parteras, son mujeres que, como ellas lo enuncian, se encargan de transmitir la cultura y los saberes de su pueblo a través del recibimiento de las nuevas vidas. Son parte fundamental

del Espiral de la vida, ya que hilan el conocimiento de los mayores con las nuevas generaciones. En relación a ello, la descripción de las parteras tradicionales tiende a entenderse bajo la mirada de que, “son personas que surgen de su propia comunidad y que por tradición, convivencia y vocación se dedican a atender partos y algunos problemas de salud, de acuerdo a los hábitos y costumbres de la región donde prestan sus servicios” (Jiménez, Pelcastre & Figueroa, 2008, 161).

Ubicándonos en el HMD y según datos suministrados por el área administrativa del mismo, en este espacio trabajan 70 personas, entre Misak y no Misak. Dentro de este equipo se encuentran una coordinadora general, nueve médicos y médicas generales (dos de ellos asisten de manera rotativa con el hospital de Piendamó), tres odontólogos generales, tres enfermeras jefe, dos enfermeras, dos bacteriólogas, dos psicólogas, dos auxiliares de farmacia, una auxiliar de odontología, diecinueve personas en el área administrativa, el grueso de las y los empleados (24 personas) ocupa el cargo de auxiliares de enfermería y, por último, una partera Misak, que asiste de manera no regular. Otras personas asisten al hospital para jornadas especiales de salud que son organizadas junto a la sede de Piendamó o con Hospitales de Popayán.

Desde la creación del HMD, las y los coordinadores han sido siempre Taitas y Mamas de la comunidad capacitadas principalmente en el manejo de lo comunitario, tema primordial a tener en cuenta por las autoridades Misak; esta decisión ha sido reprochada desde el exterior porque deberían nombrarse personas egresadas de estudios del sistema de salud occidental formal, ratificando nuevamente diferencias sustanciales entre los actores; sin embargo la comunidad Misak defiende su postura teniendo en cuenta principalmente que:

- Para la comunidad Misak, prima la construcción de identidad y la pervivencia de las comunidades, por lo que, es necesario e importante apelar a la recuperación de la historia, los discursos, el Derecho Mayor y la cosmovisión, debido a que estos relatos de las y los Mayores son una relación directa con el territorio y también una relación con el sujeto mismo que construye su identidad.

- Siguiendo lo propuesto por Zapata (2015, p. 97), los indígenas han sido confinados a espacios culturales en los que se resaltan sus costumbres, vestimentas y paisajes. Sin embargo, esto actúa como una barrera que imposibilita, a los ojos de Occidente, el reconocimiento de su conocimiento académico y científico, mostrando así una postura elitista, racista y, además, clasista, en el campo intelectual nacional. Esta postura es descrita por algunas madres de la comunidad que, durante sus intentos de organización y socialización con brigadas de salud convencional que asistían al territorio, se sentían apreciadas al hablar sobre su cultura y sobre las ideas de maternidad, pero que al hablar sobre prácticas en salud, como el uso de algunas plantas para anestesiarse el dolor de las mujeres en parto, eran cuestionadas o silenciadas por las y los visitantes.
- La educación propia, como resaltan Félix y García (2012), con el fin de capacitar a los miembros de una comunidad, promueve el retorno a las tradiciones ancestrales, creencias y valores, haciendo de la educación una actividad integral de la comunidad en la que cada persona tiene un rol, ya sea como receptor o como transmisor de los saberes, discursos y métodos.

Dado a las diferencias existentes, es necesario comprender que los diálogos deben partir del entendimiento de que es el personal de una institución quien, en mayor medida, le da sentido al lugar, en este caso, un hospital en donde se construyen relaciones de poder entre las pacientes y el personal que los atiende, desconociendo el mandato de la convivencia comunitaria.

Por otra parte, el saber de las parteras y médicos de la medicina propia son limitados a la esfera cultural, abstrayéndolos de la racionalización o ámbitos académicos adjudicados a los médicos convencionales, que defienden sus posiciones de poder y jerarquía, sin atender la misión institucional en pro de la pervivencia Misak y de la conexión entre la comunidad y el HMD. De esta manera, como manifiesta la comunidad, los médicos que llegan al territorio, tratan de resolver los problemas de salud sin tener en cuenta el componente étnico diferencial.

Durante uno de los recorridos de campo, el Taita Luis Felipe comentaba:

“nosotros tenemos un sistema de salud desarrollado de manera milenaria. Todo lo que yo sé, fue enseñado por alguien mayor, y a esa persona se lo enseñó otro mayor y ellos son los que han edificado al pueblo Misak, así que las personas que llegan desde afuera con sus conocimientos, son muy bien recibidos, ellos y lo que saben son bien recibidos, pero no pueden pensar que conocen a nuestro pueblo más que nosotros, que somos parte de él y que pues, día a día atendemos las peticiones de quienes nos buscan”.

Por otro lado, las y los enfermeros del HDM, son quienes tienen que enfrentarse a la dualidad epistémica y cultural, y deben hacerlo siempre durante la práctica de sus actividades, usualmente sin tiempo para la reflexión. Un ejemplo de ello es un caso en el que la madre tiene alguna complicación, pero no quiere ser remitida a la cabecera municipal de Silvia o a Popayán, así que ellas y ellos son la figura mediadora que, por un lado, buscan cumplir con lo que la madre y el bebé necesitan y, por otro, intentan no ir en contra de sus solicitudes fundamentadas en lo cultural. Algo a destacar en este punto es que las y los auxiliares, aunque algunos se autoidentifican como Misak, tienen educación en medicina convencional y no en medicina propia.

A partir del cuestionamiento de la identidad propia de quienes se identifican como Misak y cuestionamientos a la institución misma, auxiliares, médicas y médicos indígenas, manifiestan que se necesita la generación de espacios que propicien el conocimiento en la medicina propia y que los conocimientos convencionales que son aplicados, se ajusten al contexto cultural para hacer realmente del HMD un espacio intercultural en la práctica.

Aunque en el HMD existe la separación entre el personal Misak y no Misak, los mismos trabajadores y pacientes entrevistados reconocen que hay quienes vienen de afuera (como personal de salud) y “conectan” mucho más con las personas que las y los propios Misak, como algunas mujeres en etapa de embarazo y puerperio comentan acerca del médico Christian Smith, de Popayán, egresado de la

Universidad del Cauca. En una entrevista realizada en agosto de 2021, el médico afirma que hay un choque cultural al que deben adaptarse al llegar al Resguardo, y reconoce que enfrentarse a este espacio y su población es una nueva experiencia que necesita de distintas reflexiones, entre las que considera fundamental aprender sobre el espiral de la vida, ya que éste permite un entendimiento no solo sobre la salud del territorio, sino también acerca de las formas de actuar y de comunicarse entre las distintas generaciones.

La comunidad atendida, identifica que el flujo de personal médico convencional, (porque en su mayoría son estudiantes que están cursando su rural y que dura un año aproximadamente) genera retrasos por el proceso de acoplarse a estar en un espacio nuevo y perteneciente a otra cultura, ya que, es necesario primero entender que en qué consiste esa cultura y cuáles son sus formas de vida y planes de acción, siendo esto una gran limitación para el establecimiento de un vínculo constante entre sistemas culturales.

Antes de entrar a una consulta, observé que un médico no indígena buscaba entablar una conversación con una de las mujeres embarazadas a partir de algunas bromas respecto al tiempo de espera en el lugar, y aunque parecía bastante agradable, la mujer no parecía precisamente cómoda debido a barreras idiomáticas que no permitían la fluidez de la conversación. Minutos más tarde, cuando entraron al consultorio y yo entré justo detrás, él me dijo: “yo aquí he intentado de distintas maneras, llevo aproximadamente tres meses, pero todavía es duro. Cada una es distinta, pero más allá de eso, entre todas son muy cerradas y uno siempre las ve hilando, tejiendo y hablando, pero es entre ellas, de resto dejan saber muy poco, o si mucho con algunas auxiliares que son mujeres y también Misak”.

Ahora bien, las maternas, actrices principales de este estudio merecen un espacio especial que se presenta a continuación.

### **La maternidad para las mujeres Misak**

Como se enuncia en el video producido por Biodiversidad Televisión (7 de julio de 2021), Taitaciro Aguacero, es el que habla fuerte y Mamá Dominga, el páramo que escucha. En conjunto, guían a la comunidad Misak. Mama Dominga es el espíritu de la montaña que habitan el territorio ancestral. Ella se encarga de dar vida, enseñar, sanar y sostener al ser Misak. Es la principal guía de la mujer Misak que, desde la niñez es acompañada en el fortalecimiento de los pilares fundamentales como el amor, la dignidad, el equilibrio y respeto por el territorio y la cultura. Así, se dice que las mayores son la compilación del saber ancestral de Mama Dominga, quienes contribuyen con el servicio y sabiduría, transmitiendo el legado por generaciones desde su identidad cultural y gran espiritualidad. La maternidad, según la cosmología Misak, es una etapa del desarrollo humano y social. A partir de ella, la mujer y el hombre, madre y padre de la o el bebé que viene en camino, se agrupan para brindarle al territorio una nueva forma de vida.

Una de las mujeres atendidas en el HMD, condensó en las siguientes palabras el pensamiento de varias entrevistadas sobre la maternidad:

“Yo digo que eso es un concepto de vida, de familia, de unidad. Un embarazo es algo muy espiritual, y lo espiritual se lleva muy ligado a ese proceso del embarazo y la mujer, uno siente cuando la partera o la familia está pendiente, se siente que hay unidad y que quieren estar muy al tanto de la mujer, entonces pienso que es eso, la espiritualidad, la unidad, la vida, que llega a un ser especial. [Pausa contemplativa] Todo eso”.

Así, el embarazo, para muchas mujeres Misak, trasciende del ámbito familiar, al comunitario, reconocen la necesidad de atención por parte de las parteras y confían en su labor de la reproducción poblacional y cultural en el territorio que les permite reconocerse como mujeres capaces y fuertes, contrario a lo que les hacen sentir cuando acuden al hospital (como pacientes débiles y enfermas).

Es importante resaltar que, bajo la cosmovisión Misak, la salud se asocia al equilibrio de los componentes de la vida, y la enfermedad sería el desequilibrio que llega a partir del incumplimiento

de normas sociales y sus principios y valores compartidos como personas que se identifican como indígenas Misak, situación que no va directamente relacionada con el embarazo.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que no todas las mujeres conciben la maternidad de igual forma y tampoco viven el “ser mujer” de la misma manera, incluso al encontrarse identificadas con una misma cultura o grupo en particular, ni viviendo en el mismo espacio o territorio.

Es de anotar que, desde sus planteamientos, la mujer Misak es cuidadora del hogar y también de la comunidad, pero a su vez, es considerada una subalterna del hombre, paralelo a lo que sucede en los hospitales de la medicina convencional, en donde el rol de la mujer es soportar para dar vida.

Esta afirmación se ratifica cuando Mama Ascensión, hablando de la categoría de “mujer Misak”, comenta que “desde pequeña me inculcaron en la familia que la mujer tiene que ser muy sumisa y escuchar al marido... Esa era la enseñanza que me dejaron”, haciendo referencia a lo transmitido en su familia y comunidad por los hombres y también por las mujeres. Más adelante, también habló de que las mujeres tienen que mirar hacia el suelo, sin ver a los ojos y se les entrega así un rol de pasividad frente a las decisiones tomadas en el hogar y en espacios públicos. También reconoce que tuvo un padre maltratador y bastante machista, que golpeaba física y psicológicamente a su madre, agregando que:

“pero en el tiempo que he ido creciendo, tanto física como [en lo] psicológico dije que no... Esa no es la manera de ver, porque el objetivo de la mujer Misak no debería ser sólo atender, sino que ese concepto de la mujer Misak es muy importante, que merece respeto, cariño, la comprensión que a veces tenemos nosotras las mujeres con todos los demás, no solo nuestros hijos”.

En relación con el planteamiento anterior, durante la misma entrevista, entra en la conversación un nuevo término: la *dualidad*. “Mi mamá decía que la dualidad tiene que existir y la mujer y el hombre tienen que apoyarse y así es como existe la dualidad, con el hombre y la mujer caminando en conjunto.

Mi mamá me enseñaba mucho eso, pero en la práctica, en muchas familias no había eso”. Este concepto, que bajo su narración se podría percibir como más ideológico que práctico, es la base para entender lo que deberían ser las relaciones equitativas entre géneros; el caminar al lado de, y no tras alguien. No obstante, añade que:

“los hombres son los que hablan de que la dualidad y la espiritualidad y la cosmovisión y muchas veces las mujeres no hablamos de eso, antes somos las mujeres las que lo practicamos, por lo menos en el tema del tejido, de la alimentación y de la convivencia; somos las mujeres las que más hablamos a nuestros hijos, entonces es en ese sentido que estamos en esa lucha de hacer ver de que nosotras no estamos saliendo a marchas<sup>4</sup> por las mujeres para sobrepasar a los hombres sino para fortalecer a lo nuestro, nuestro pueblo guambiano, nuestra identidad y cosmovisión”.

Este apartado demuestra que las mujeres, hoy en día, siguen siendo las encargadas de la crianza dentro de los espacios privados como el hogar, y, por otro lado, en lo público, siendo este un espacio que se les ha otorgado a los hombres tradicionalmente, las mujeres se están abriendo camino para demostrar su capacidad organizativa y de liderazgo, aunque pocas mujeres hablan de sus luchas y logros, como el representativo caso de Mama Ascensión, en cabeza del HMD.

Las mujeres entrevistadas hablaron sobre la “pasividad” característica de las mujeres Misak y la constante de sentirse vulneradas y vulnerables, marcando de esta manera también un relacionamiento entre ellas y el personal de salud que limita su agencia y el reconocimiento de ellas mismas como el foco central del proceso de embarazo. Una de las participantes de estos espacios de reflexión decía “lo que pasa es que somos nosotras las que tenemos la experiencia de ser mamitas, pero aquí parece

---

<sup>4</sup> En referencia a estas marchas, Mama Ascensión se refiere a las llevadas a cabo en el marco del Paro Nacional de 2021 (especialmente en los meses de marzo, abril y mayo), en las que el movimiento indígena tuvo alto alcance en distintas ciudades del territorio nacional, especialmente en la ciudad de Cali.

que todo el mundo sabe más de qué me duele y qué me va a doler, pero yo a veces me siento en perfecto estado y ya, solo un poquito más cansada por el peso de la barriga, pero yo estoy bien”.

La vulnerabilidad de estas mujeres tiene que ver también con la exposición constante de sus cuerpos a médicas y médicos que, si bien son amables, no entienden sus solicitudes y ellas no se sienten en capacidad de expresarlas en plena confianza. Así, resulta entonces que, entre las mujeres, encuentran que su discurso es minimizado por la medicina convencional que patologiza el proceso de embarazo y crea relaciones desiguales en las que, uno de los sujetos es el que tiene el poder y conocimiento, y la otra, tiene un rol secundario, creando una relación paternalista entre los sistemas de salud aquí encontrados y, asimismo, entre la mujer embarazada y el personal de salud que la asiste, que hace a un lado sus ideas culturales sobre la maternidad.

### **Prácticas en salud materna en el HDM**

Para Bourdieu (2007), las prácticas son acciones realizadas a partir de la aplicación del conocimiento y se ubican en un determinado espacio social denominado “campo”. Así, quienes realizan estas prácticas tienen el interés de un capital específico.

A partir de ello, también se encuentran tensiones por la adquisición de capitales entre la medicina propia y la convencional, que, a pesar de que buscan compartir en un espacio, hay pugnas para la obtención de reconocimiento en el campo.

Es importante tener en cuenta que, en Colombia, la mayoría de las instituciones de salud pertenecen a sistemas de medicina convencional, en donde no se ejecutan propuestas ni proyectos con enfoque diferencial étnico, por lo tanto, abarcan únicamente la atención biológica y dejan a un lado la composición social y cultural de cada persona, homogeneizando poblaciones sin dedicarse a sus particularidades intrínsecas, como el género y la etnia. Por lo tanto, las propuestas de SISPI y medicina alternativa son todavía poco frecuentes y, por ello, muy débiles a nivel de instituciones nacionales.

Para las comunidades indígenas, como propone Osorio (2017), su cultura se fundamenta en pensamientos que expresan manifestaciones relacionadas con sus costumbres, formas políticas, educativas, musicales, lingüísticas, espirituales, de formas de trabajo, entre otros elementos como los relatos, los mitos y las leyendas. A partir de ello, este acercamiento cultural reflejado en diversas esferas, permite mantener lazos de unidad que cohesionan a los miembros de cada comunidad en torno a sus luchas por defender lo *propio*, siendo la espiritualidad un eje yuxtapuesto a cualquier práctica llevada a cabo. Esto los ha llevado a desarrollar prácticas de salud y de curación de la enfermedad, configurando sistemas médicos y de conocimiento del cuerpo humano desde la naturaleza y espiritualidad, en un medio con relaciones culturales, sociales, económicas y espirituales que privilegian la pervivencia y el crecimiento como pueblo indígena a lo largo del tiempo.

Bachiller (2020), en su estudio sobre la comunidad Misak, manifiesta que hay enfermedades que se crean a partir del espacio en el que se ubican las embarazadas, configurando el hogar como el equilibrio en las mujeres, pues la enfermedad surge del “exceso de pishi o exceso de pashi; un juego de elementos fríos y calientes” (Bachiller, 2020, 75- 76), encontrando así una tensión también entre la arquitectura de los espacios y los elementos allí presentes, teniendo en cuenta que muchas mujeres afirman que la sala de parto es un lugar muy frío que, si bien el personal de salud presente les explica que es por asepsia, para ellas esto no es lo fundamental dado que otros malestares están presentes.

Para afrontar el programa materno, las y los coordinadores entran con la idea de adoptar una postura fundamentada en lo propio, sin embargo, una vez ocupan el cargo, de acuerdo con testimonios de auxiliares Misak que llevan entre 5 y 6 años en el HMD, “son absorbidos por lo occidental”, que es lo que prima a nivel interinstitucional. Esto es un gran reto debido a que constantemente están yendo y volviendo a sus costumbres y cosmovisión como pueblo indígena, a manera de resistencia.

Respecto a ello, Mama Ascensión, durante una reunión realizada de manera trimestral para hacer seguimiento al programa materno del HMD, comentó:

“a veces es difícil, porque los Mayores le dicen a uno una cosa, las parteras le dicen otra que en muchas ocasiones va relacionada, pero luego por otro lado a uno desde Ministerio [de Salud] le están exigiendo cosas que acá no son relevantes o que acá no se manejan como ellos quisieran, entonces inicia una corredera para hacer las cosas y poder cumplir con requerimientos y ojalá no siempre fuera así, pero es que realmente hay cosas que tocan, porque si no pues se acaba”, haciendo referencia con esto último al proyecto de reformar el programa de salud materno para convertirlo en el *“Espiral para la vida y la pervivencia”*.

En distintas conversaciones con el personal de salud del HMD, comentan que siempre han existido intentos de diálogos entre ambos sistemas de salud. Al inicio del programa de salud materna, en el año 2004, había una unión estrecha entre el HMD y la Casa Sierra Morena. A partir de esta unión, se realizaban reuniones semanales entre el coordinador del programa, el médico convencional, las jefas de enfermería y parteras de la comunidad, en las que discutían cómo llevar a cabo el programa materno, uno de los primeros del HMD. Con el pasar de los meses, se fue delegando este espacio a auxiliares, dado a que ellas y ellos tienen un cargo inferior a la jerarquía del sistema de salud convencional y, más adelante, se fue perdiendo el contacto entre ambas medicinas enfocadas en la salud materna. En estos encuentros se identificaron muchas muertes perinatales que no habían sido contadas en algunos registros que ya tenían, se afianzó el diálogo con las parteras y se amplió el debate en cuanto a la preocupación que siempre han tenido las autoridades Misak: cómo se manifiestan la identidad y los conocimientos culturales y tradicionales dentro del HMD.

Para el año 2008 las y los agentes de la salud convencional crearon un espacio para explicarles a las parteras, desde su conocimiento, los riesgos de una mujer durante la etapa de embarazo, cómo y para qué se hacen exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas, cómo llevan a cabo los partos bajo el método convencional y las complicaciones que pueden tener las mujeres durante el mismo o en el puerperio. Además, hablaron de enfermedades de transmisión sexual, asepsia y antisepsia en la atención del parto, planificación familiar, enfermedades congénitas, cesáreas, desnutrición,

malnutrición materna y el bajo peso al nacer. Enseñaron a las parteras la práctica del tacto vaginal y aunque fueron dotadas con un kit para partería con guantes, gasas y alcohol para cumplir la tarea, ellas cuestionaron el sentimiento de vulnerabilidad que manifestaban las mujeres embarazadas en el momento del tacto, siendo esto reflejado por el relato de una mujer de 3 meses de edad que participó de uno de los grupos focales:

“en el embarazo de mi hermana hace un año ella estaba en la casa y se sintió malita, entonces vinimos al hospital, sin embargo ella no creía que iba a tener a la bebé porque todavía le faltaban un mes, pero entonces a ella le hicieron revisiones igual en la camilla y lo que le dijeron fue que ya lo iba a tener, entonces pues todas con mi mamá nos asustamos porque no teníamos nada listo y nos tocó salir a la casa a traer algunas cosas y en eso ella se quedó solita, pero fue un ratito, porque la otra hermana ya iba llegando, entonces mientras eso ella dijo que llegaron algunos de los auxiliares a hacerle el tacto pero en repetidas ocasiones y eran dos y casi no le dijeron nada sino que era a tocarla como si nada y para nosotras eso no está bien, entonces ahorita en mi embarazo a mí esa es una de las cosas que me da miedo, o no solo miedo sino que me pone incómoda y me gustaría que conmigo no sea así”.

De esta forma, bajo el relato de esta madre, se resalta que hay prácticas de la salud convencional que son normalizadas e involucran acciones en el cuerpo de las mujeres gestantes que son llevadas a cabo sin su consentimiento, convirtiéndolas en cuerpos sexuados y pasivos, alejándose nuevamente del diálogo, tanto entre los sistemas de salud, como en la relación agente de salud- embarazada.

En cuanto a la transmisión de saberes propios, las parteras aclaran que se entregan a partir de tradiciones familiares y manifestaciones recibidas en los sitios sagrados; es decir, este don, también llamado “secretos”, es otorgado a algunas personas para que continúen con el legado y las obligaciones de cuidar al pueblo Misak, para que este pueda pervivir sin perecer ni rendirse ante la homogeneización que, de acuerdo con las palabras de Taitas y Mamas de la comunidad, “absorben el corazón” de la gente mestiza y blanca.

En este sentido, desde las diferentes coordinaciones del HMD, se reconoce que no hay una organización o un plan estructurado desde la institución para generar un empalme a la hora de la llegada de nuevas personas que trabajarán en el HMD, así que es necesaria la creación de una metodología que trascienda una inducción, planteando la opción de un acompañamiento continuo mediante el cual realmente se aporte a la continuidad del aprendizaje y se eviten los conflictos y tensiones entre el personal en la relación paciente- personal de salud, que, como lo enuncian auxiliares Misak, éstas últimas suelen ser tensiones invisibles, en el sentido de que no son habladas y, por lo tanto, no se trabaja en la resolución de casos puntuales.

Lo que se observa es que, las personas Misak que visitan el hospital, frente al primer inconveniente, no suelen enunciarlo en ese mismo momento o espacio, sino que, como sucede en varios casos, no vuelven y, por otra parte, dan a conocer sus críticas o inconformidades en otros espacios comunitarios en los que se sienten más cómodos y cómodas para hablar. Las embarazadas, por ejemplo, no hacen preguntas en consulta, sino que, al finalizar la misma, hablan con las auxiliares sobre lo dicho por el médico o médica y solicitan esta información en nam trik, lengua Misak.

Esta situación, permite plantear la necesidad de que el modelo de salud que se implementa en el HMD potencialice el uso del nam trik como primera lengua, entendiendo que bajo esta lengua se configura la realidad de quienes acuden al Hospital. De esta manera, la ejecución de esta propuesta se daría en el marco de un proceso social y político de autoidentificación étnica y de legitimación y recuperación de prácticas y conocimientos culturales que son necesarios para el territorio, utilizando el español como segunda lengua.

En cuanto al parto, es válido preguntarse ¿cómo trabajan las parteras desde la salud propia? Encontrando como respuesta que, para ellas, el ejercicio de partería significa “ver”, asociado al cuidar y velar por alguien y, por otro lado, lo asocian con el “entre todos” que hace inmerso el sentido colectivo del cuidado. Así, no se entiende este como un proceso de “atención” sino de “cuidar entre

todos”, que sitúa a la comunidad como sujetos activos para el cuidado de la mujer embarazada y la nueva vida en camino.

Durante un parto con parteras Misak, para empezar, se realizan vaporizaciones que incrementan el calor en el espacio en donde se dará a luz, que tradicionalmente es el hogar de la mujer embarazada, y se incrementa también el calor en su vientre y zona vaginal. Después, la mujer debe posicionarse en cunclillas y sujetar una soga que está colgada desde un punto alto de la casa. Ya en esta ubicación, debe hacer fuerza y pujar apoyándose de la soga, halando esta hacia abajo. La explicación de la ubicación corresponde a que la mujer es ayudada por la fuerza de gravedad, que hace que el niño o la niña baje con mayor facilidad. La partera, en este caso, ayuda a la mujer mediante la guianza en las posiciones, y también en la vigilancia del bebé, que pronto, por esa fuerza de gravedad, caerá. Así, ella está lista para recibirlo sin que este caiga al suelo y pueda sufrir alguna lesión.

Para muchas mujeres de la comunidad, este método tiene más sentido y eficacia que el implementado en los hospitales. En el HMD, el parto consiste en que la mujer se debe acostar en la camilla y debe subir sus piernas a las perneras, acomodándose en posición de litotomía o posición ginecológica, haciendo que su cuerpo quede en una posición vertical manteniendo la apertura de piernas, que le permite al médico o la médica tener mayor visualización y control de toda la situación, ayudando al bebé o la bebé a salir desde dentro de su madre.

Es importante tener en cuenta que, en este tipo de parto, la mujer está mucho más expuesta al control del personal de salud, quien en ocasiones se apoya de implementos como el forceps para sacar al bebé, de maniobras que presionan la barriga de la madre, o en hospitales de mayor complejidad, se apoyan de los elementos necesarios para llevar a cabo una cesárea.

En el caso de los partos podálicos<sup>5</sup>, bajo la medicina tradicional, la partera realiza masajes a la barriga de la mamá para acomodar al bebé y que éste se posicione para que la cabeza salga primero. Esta

---

<sup>5</sup> como son llamados los partos en los que el bebé tiene los pies hacia la apertura vaginal.

práctica, a los ojos del personal de salud del HMD es bastante peligrosa porque, si bien en algunas ocasiones la partera logra este posicionamiento del bebé, en muchas otras no, así que el parto pasa a ser un momento bastante complejo y de alto riesgo para ambas vidas, principalmente la del o la neonata, ya que puede pasar mucho tiempo intentando salir y finalmente, puede morir por asfixia.

Respecto a este punto, comenta el personal de salud del HMD que son llamados para asistir a los hogares de forma inmediata o las mujeres son transportadas al HMD con el bebé a punto de salir, pero en ocasiones, ya está muerto o muerta. Así, les toca recurrir a procedimientos de extracción del recién nacido no vivo por prácticas que el personal de salud del HMD consideran negligencia médica.

Como el parto convencionalmente es asumido como una patología, puede generar sobremedicación y sobreinstrumentalización. Lo anterior, es respaldado por movimientos que promueven el parto humanizado y respetado, como la Asociación El parto es Nuestro (2022), que propone el término de “cascada de intervenciones”, que hace referencia a la medicalización innecesaria en el proceso de parto normal bajo la premisa de cumplir con determinados protocolos hospitalarios.

A partir de esto, es necesario hacer un paralelo con los métodos usados por las parteras de manera tradicional, teniendo en cuenta que, el parto Misak consiste en que la mujer debe hacer la mayor parte del trabajo por ella misma.

### **El camino a la interculturalidad: aciertos y desaciertos**

Esta sección está orientada a pensar sobre el tipo de intervención que necesita el HMD y da ideas sobre lo recogido en campo que podrían implementarse de manera efectiva y oportuna en el territorio Misak. Hoy, el pueblo Misak enfrenta diversos retos derivados de sus complejas relaciones con el Estado colombiano para prevenir su extinción. Lejos de oponerse férreamente a todo contacto con éste y sus instituciones, las y los Misak han demostrado estar dispuestos a la integración de saberes y prácticas que puedan fortalecer su territorio sin perder autonomía y sin dejar de reafirmar su autoridad como comunidad poseedora del Derecho Mayor.

En salud, a pesar de que en la normativa nacional hay un incentivo y una propuesta que permite la formulación y organización de los sistemas médicos indígenas en Colombia, la realidad que la IPS- I Hospital Mama Dominga vive con las EPS a las que presta servicio, es que estas últimas no tienen en cuenta su cosmovisión, así que los tratamientos, cuidados, instalaciones y el personal, no son acordes con el Plan de Vida Misak.

En este marco, el objetivo del HMD debería ser la pervivencia espiritual, cultural, física y colectiva Misak, según lo planteado en el Plan de Vida Misak, pero al evaluar su objetivo como institución prestadora de salud y según su propuesta de medicina convencional, lo que busca este programa es la disminución de la mortalidad materna, encontrando un desbalance entre estas dos posturas que puede ser observado en los métodos de acción implementados en la institución y que, de manera fáctica, crea tensiones entre ambos sistemas de salud.

Desde los agentes tradicionales de salud del territorio, la interculturalidad significa agrupar el sistema de salud convencional con la medicina propia. A pesar de ello, esta relación no es planteada bajo un ideal horizontal en donde ambas medicinas ocupan el mismo lugar; por el contrario, los sabedores y médicos de la comunidad Misak reconocen que la medicina propia debe ocupar el lugar principal, siendo el eje central de la salud de la comunidad, ya que ésta no sólo es curativa sino también preventiva y, por otro lado, la salud convencional debe ser un apoyo que sirva, bajo sus métodos, a las personas de la comunidad que requieran de ella, teniendo en cuenta que esto es también una apuesta política por el pueblo Misak. Así, “construir conocimiento desde lo indígena no se concibe solamente como una forma de reapropiación cultural. Se asume también como una posibilidad de revertir el orden colonial impuesto” (Sepúlveda, 2011, p.29), ya que, “hacer ciencia” constituye también una forma de ejercicio de poder.

De esta manera, la medicina convencional, idealmente -o tradicionalmente-, no es buscada para todos los casos; por el contrario, recurren a ella en momentos en los que la medicina propia no puede actuar

con tanta rapidez, encontrando como ejemplo principal los casos en los que se requiere de intervenciones quirúrgicas, como una cesárea.

Ampliando el tema de la interculturalidad, es necesario tener en cuenta que en esta, al agrupar dos sistemas culturales, en este caso de salud, como lo plantea Viaña, Tapia y Walsh en Castañeda, Castillo, Cortes, & Vallejo (2017, p. 63) se abarca “una variedad de formas de relación entre actores de diferentes sistemas médicos que dependen, entre otros, del reconocimiento del otro, de la apertura al diálogo y del ejercicio de poder”; es decir, es necesario reconocer la diferencia desde el reconocimiento del otro como un sujeto que construye conocimiento y que, a partir de mi relación con él, puede, al igual que yo, aportar al ejercicio médico.

Un elemento importante, de avance en la interculturalidad, entendiendo este como un cruce de caminos, es la vinculación laboral de una partera de la comunidad, como personal del HMD. Algunos actores manifiestan que es importante que las mujeres parteras sean reconocidas como trabajadoras, sean vinculadas al HMD y tengan un salario por sus labores prestadas; sin embargo, como expone Coro (2016, p. 30) "las actividades no- económicas de las mujeres indígenas han sido ignoradas e invisibilizadas, a pesar de que son éstas las que sostienen la misma existencia de los pueblos indígenas"; así, siendo esta una práctica que no corresponde a la medicina convencional, hay limitaciones al realizar contrataciones al personal de la medicina propia Misak, debido a que, dentro de la categoría de “personal de salud” encontrada en el HMD, la formación de estas mujeres no se sustenta en la educación occidental.

Otros, postulan el reconocimiento tradicional a estas labores, que no está ligado al intercambio de labores- dinero, sino al intercambio de labores- apoyos en especie a las mujeres parteras, siendo que las labores trascienden a esferas espirituales que no pueden ser monetizadas y no pueden participar de las relaciones del mercado. Algunas de las parteras han fijado a través de los años que su labor prestada debe ser retribuida mediante ayudas como mercados y no precisamente con dinero. Esto se

configura a partir de la idea de que fueron elegidas y se les fue entregado un don que debe ser puesto a la disposición de la comunidad.

Las dos posturas dejan a la partera en una condición de desprotección laboral, que es similar en los distintos territorios nacionales y latinoamericanos, (Coro, 2016) enfrentándose a “una doble vulneración de los derechos, no sólo a los suyos, sino también hacia los de las usuarias de sus servicios, que deben establecer relaciones mercantiles para acceder a los mismos” (González, Peralta & Pitaluga, 2019, p.262).

En relación con el programa de salud, las mujeres parteras mayores reconocen su identidad de mujeres indígenas como un “bagaje político” relacionado a la constitución del 91. El pueblo Misak visionó que el programa debía ser llevado desde las mayores, los mayores, las autoridades y ellas, que son una de las partes más importantes a escuchar por ser las portadoras del saber de la partería y de la cultura Misak, siendo esto reconocido por toda la comunidad.

Para profundizar en los ajustes del programa, es necesario tener en cuenta que los intentos de organización de las parteras se iniciaron entre los años 93 y 94, como las mayores lo recuerdan, desde antes que iniciara el proyecto de Sierra Morena. Ya para este tiempo, las parteras de la comunidad eran invitadas por las Autoridades del Cabildo a espacios de conversación para organizar el programa materno y una ruta de fortalecimiento del ejercicio en el territorio.

Cuando el HMD nació y se formalizó el programa materno, las voluntades de médicos y médicas nuevas que llegaban al territorio, era la de generar un vínculo estrecho para compartir conocimientos y fortalecer los servicios prestados generando propuestas interesantes que empezaban y se perdían en el tiempo, porque como ellas lo enuncian en un espacio de reflexión llevado a cabo en la Casa del Nuevo Sabio, cada proceso terminaba no por falta de interés de ellas, sino por fallas institucionales, teniendo en cuenta que, los acuerdos que se hacen con algún director o directora del HMD, cambian cuando hay un relevo, por el cambio de gobierno y distintas agendas que no priorizaban sus labores.

Muchas propuestas aún tienen vigencia, pero las mujeres parteras manifiestan que ya no tienen la disposición para iniciar un proceso nuevamente, debido a la clara desconfianza que hay por dejar procesos abandonados posteriormente. Tampoco se han hecho evaluaciones o seguimiento a los programas y actividades llevadas a cabo desde el nacimiento del HMD por parte de las Autoridades indígenas, quienes comentan que, cuando el programa de salud inició, nunca pensaron que éste iba crecer tanto, en cuanto a alcance y a personal y es por ello que desde un inicio no se plantearon políticas institucionales claras y delimitadas, teniendo en cuenta que éste programa de salud se contempló como parte del Plan de Vida Misak y no como una institución misma.

Desde el punto de vista de la comunidad y las mujeres gestantes, existe la necesidad de que las y los médicos que llegan al territorio tengan una formación con enfoque diferencial que atienda a las solicitudes del contexto cultural. Son tal los casos que, en ocasiones, cuando toca remitir a una gestante a un hospital de alta complejidad, ella disiente porque muchas mujeres han tenido malas experiencias en las que se han sentido vulneradas por especialistas que imponen sus métodos sin consultar ni brindar información completa y clara, aun cuando las mujeres están en capacidad de decidir o cuentan con una persona acompañante de su confianza.

Como se mencionó anteriormente, la falta de atención diferencial, hace que las mujeres que asisten a consultas se sientan prevenidas por dinámicas culturales y dinámicas de poder, en las que el médico hombre es quien suele tener la palabra y ellas, al estar en una etapa de mayor vulnerabilidad, representan una relación asimétrica y paternalista en la que se priva el diálogo horizontal y las mujeres no logran tener información clara respecto a sus cuerpos y el proceso de gestación que cada una de ellas lleva, situación empeorada por las barreras de la lengua, en algunos casos y los tecnicismos médicos en otros.

Nuevamente el papel de la partera es fundamental, pues al ser mujeres de confianza dentro de la comunidad, especialmente para gestantes, pueden diagnosticar las causas ocultas de la inasistencia al Hospital y han abierto o enlazado, con su interacción, los canales de comunicación de las mujeres

Misak (calladas y reservadas) un poco más con las y los médicos convencionales. Es propio señalar que, por un lado, parte de las dificultades para la garantía de derechos sexuales se encuentra en la condición de subordinación de las prácticas de salud indígenas. Respecto a esto, hay que aclarar que, para su implementación, no siempre se requiere de la asistencia de algún o alguna agente de salud tradicional (como una partera), sino que muchas de estas prácticas de salud son conocidas y efectuadas por las mujeres embarazadas o mujeres cercanas a ellas, como sus madres y abuelas y, por otro lado, por el desconocimiento de las prácticas características de la salud convencional.

Estos planteamientos, encaminan hacia la discusión sobre “violencia”, entendiendo este “no como un acto sino como un continuo, no tanto como algo excepcional sino como una realidad normalizada [y] no tanto como política, sino como cotidianidad” (Rodríguez, Segovia & Cruz en Muelas, 2018, p. 11). En este caso, siguiendo los planteamientos de Muelas (2018, p.7), la violencia obstétrica, no sólo se presenta como un tipo de violencia de género, teniendo en cuenta que ésta se produce únicamente en función de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, sino que también se configura en el marco de la violencia cultural y espiritual, que desconoce los saberes ancestrales, ignorando aspectos y ejecuciones que podrían ser llevadas a cabo por agentes de salud de la comunidad, como las parteras, que mitigarían las acciones vividas de violencia obstétrica en el HMD y el territorio.

Es necesario reconocer entonces que, a pesar de que esto no esté en las intenciones del personal de salud, como ellas y ellos lo manifiestan al poner este tema en cuestión, en el sistema de salud convencional, se han naturalizado rasgos machistas en las intervenciones, que dirigen a la mujer a ser sujetos pasivos del servicio de salud, aun cuando toda la experiencia del embarazo está dentro del entendimiento de la experiencia femenina y la capacidad de las mujeres gestantes.

Lo que se puede observar, según lo plantea Menéndez (2015, 46) es que existe:

“una continua expansión de la biomedicina que afecta su relación con las otras formas de atención.

Dicha expansión se caracteriza por un proceso de continuidad/discontinuidad, [...] la

expansión opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización, es decir, un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos”.

Así, podríamos decir que el sistema médico se configura a partir de relaciones de poder en las que las mujeres no saben que pueden llegar a ser violentadas y el personal de salud no es consciente de la normalización de algunas prácticas que pueden conducir en algunos casos a violencia, en este caso, obstétrica y multidimensional, teniendo en cuenta el aspecto de género y cultural vivido en el territorio y específicamente en el HDM.

En este punto, en palabras del médico Christian Smith, durante una entrevista realizada de manera virtual, comenta que es importante debatir sobre la Ley 100 en salud y la situación del personal de salud en Colombia, debido a que, en su afán de prestar una atención rápida, los turnos doblados y los bajos sueldos, el personal maneja altos niveles de estrés que convierten una sala de parto en un espacio con mayor carga emocional no apta para realizar procedimientos que, más allá de atender patologías, atienden a la naturaleza del ser humano, que va ligada a aspectos culturales.

Otro aspecto importante a analizar de la interculturalidad son los métodos de salud. Según la propuesta de Rappaport (2007, p. 618), “es útil considerar la metodología de estos intelectuales no como una apropiación de prácticas ajenas, sino como el ejercicio intercultural”, entendiendo la interculturalidad como “partir desde el conocimiento de lo propio para ir integrando otros conocimientos” (CRIC, 2000, p. 4). A partir de esta idea, Rappaport (2007, p. 618) enfatiza en que lo propio “no es un conjunto primordial de costumbres, sino una posición dentro de la sociedad moderna”, lo que significa que, para los proyectos interculturales, no es suficiente la implementación de técnicas y la utilización de herramientas, en este caso traídas desde la medicina convencional al territorio indígena, sino que debe primar el análisis y la taxonomía de prácticas para así implementar

las que son acordes o pueden ser apropiadas por las comunidades, haciendo a un lado otras que no son compatibles con el territorio y las concepciones de salud y maternidad Misak.

Durante un grupo focal realizado con auxiliares de enfermería, enfermeras y enfermeros jefes y médicos del HMD, tanto Misak como no Misak, llegaron a la conclusión de que, la educación que recibieron en instituciones formales de medicina convencional, se dirigía principalmente a la patologización del parto, es decir; a entender este como una etapa de enfermedad y vulnerabilidad biológica. Esto se debe, según lo compartido en este espacio, a que desde el sistema formal de educación se hace énfasis en todo lo que puede salir mal en un parto, las posibles enfermedades o afecciones de la mujer embarazada y las del neonato. Así, cuando se enfrentan a un parto sin complicaciones, no saben cómo responder a ello y, usualmente, acuden a la instrumentalización o sobremedicación.

En perspectiva de lo compartido con las mujeres embarazadas en un taller realizado sobre el reconocimiento corporal durante la gestación; es coherente con la idea anteriormente expuesta. Las mujeres que acuden al HMD comentan que, desde que llegan, sienten que en el Hospital las tratan como personas enfermas y no se considera el embarazo como una etapa natural en la vida en la vida de ellas. “Nosotras por lo menos venimos y lo primero que nos dicen es que estamos muy viejas o si la niña es joven que está muy niña y que entonces eso ya trae complicaciones en cualquiera de los casos porque ya nos ven como mujeres que no somos capaces de hacer nada y nosotras hemos tenido hijos siempre y aquí son nuestras mamás y parteras y abuelas las que nos ayudan, porque si no aquí sólo dicen que tiene una enfermedad y que tienen que mandarla a Popayán o a otro lado y a nosotras no nos gusta porque allá sí es peor”, dejándolas sin alternativas de atención acordes a sus necesidades culturales y convirtiéndolas en clientas de un mercado de servicios de salud que para ellas y su comunidad, involucra aspectos espirituales y culturales que no se contemplan y sienten que no son valorados.

Por consiguiente, se muestra la desconexión ontológica de entender el embarazo y las prácticas relacionadas a éste entre las y los agentes de salud presentes en el HMD y las mujeres embarazadas que acuden para solicitar los servicios de esta institución.

Por otra parte, el HMD ha implementado métodos que buscan ajustarse a las costumbres de la comunidad Misak, como la instalación de calentadores para las salas, ha permitido los cuidados de alimentación y la utilización hierbas en el puerperio para conservar el calor en las mujeres recién paridas. Además, entre las mejoras que destacan tanto el personal de salud, como las y los directivos y mujeres embarazadas, se encuentra la documentación (mediante registros en cuadernos que están siendo digitalizados) de partos asistidos por parteras en los domicilios, la gestión y el apoyo para mediar en conflictos presentados entre mujeres gestantes, médicos y auxiliares, que ha funcionado a partir de la creación de espacios de explicación de partos alopáticos a las mujeres embarazadas y a las parteras, para que entiendan qué les van a hacer, y la explicación de procesos propios a médicos convencionales para que conozcan y tengan en cuenta las solicitudes de las mujeres embarazadas y de las actividades llevadas a cabo por las parteras.

De igual forma, se ha apoyado a otros resguardos y comunidades indígenas y campesinas que habitan en la zona, o cerca de ella, mediante visitas domiciliarias de médicos convencionales o auxiliares del HMD a mujeres que tienen dificultades para asistir a los controles en el Hospital, ya sea por el acceso geográfico, las dificultades económicas y familiares o distintas situaciones, comentando que a muchos hombres no les gusta que sus esposas se movilicen del hogar y asistan al HMD, dado a que prefieren que estén en casa ocupándose del espacio privado.

A pesar de esos logros o avances en la atención, algo que resaltan las mujeres que hacen parte del personal médico del programa materno, es que, con cada Cabildo se cambian algunas decisiones. En palabras de la Auxiliar Paola, lo que quieren es que haya “una decisión que defienda la dignidad de las mujeres gestantes y no que esta esté a disposición de cada mandato”.

Lo que comentan ellas mismas es que, en muchos casos, los gobiernos dentro de la comunidad también reproducen lógicas patriarcales en las que la mujer está absolutamente condicionada a las decisiones de su esposo, o padre o hermano mayor, en caso de que sea una madre soltera, encontrando nuevamente que se sienten limitadas desde las Autoridades territoriales, encontrándose en una encrucijada en la que, a pesar de que les gustaría manifestarse ante esto, consideran que no pueden, debido al miedo que sienten de ser rechazadas por su comunidad.

Por otro lado, la falta de sistematización y documentación de la información en el resguardo y el HDM sobre la atención en las diferentes etapas de gestación y nacimiento, especialmente sobre mortalidad materna, determina un vacío estadístico sobre el funcionamiento de los programas. "La mortalidad materna es un indicador de injusticia social e inequidad de género" (Díaz, 2006, p. 9). Y Gonzalez, Petalta y Pitalinga (2019, p.258) afirman que esta "es un problema multiprocesual que incluye aspectos socioeconómicos y culturales; por ello, su disminución requiere de las articulaciones y el compromiso de las/os diferentes agentes de salud, como también de referentes comunitarias/os". De esta forma, la partería se manifiesta en el territorio de manera fundamental para las mujeres que están embarazadas y como un "eje fundamental de memoria y resistencia" (Muelas, 2018, p.5), que se relaciona a identidades vulneradas en Colombia a partir de categorías como género/ etnia/ clase.

Antes, según comentan las y los directivos del HMD, los registros se hacían de forma manual en cuadernos. Más adelante se creó una normativa en la que se precisa que las instituciones prestadoras del servicio de salud están en el deber de registrar la historia clínica de sus pacientes de forma digital. A partir de ello, reconocen que algunos de estos métodos han fortalecido los procesos internos que les permiten avanzar de formas más organizadas y eficientes, como en el ejemplo anteriormente mencionado.

En 2016 se hizo una consulta de la que el HMD obtuvo datos cualitativos acerca de cómo había mejorado o empeorado la percepción del programa de salud materna en la comunidad, teniendo en cuenta su objetivo institucional, y se reveló que las personas consideraban que había disminuido la

mortalidad materna. Así, a pesar de que reconocen que la muerte materna ha disminuido, también reconocen que la muerte perinatal es un indicador que no han podido estabilizar y disminuir, encontrando que el año pasado (2021) murieron 5 bebés y el año antepasado (2020) hubo una cifra de 6.

En relación a lo anterior, los aciertos y desaciertos y los factores mencionados, los Tatas y Mamas de la comunidad y del HMD plantean la idea de la creación de una “guía para el parto humanizado y respetado Misak”. Este proyecto busca que las mujeres Misak puedan tener sus partos en las instalaciones del Hospital con una adecuación correspondiente al parto típico Misak. Más allá de este momento en particular, se busca también que la asistencia de las mujeres durante su etapa de embarazo sea liderada por las agentes de salud tradicional, siendo ellas las principales veedoras de que las prácticas llevadas a cabo por el personal de salud convencional no sean abusivas ni irrespeten los cuerpos de las mujeres y sus bebés.

### **Consideraciones finales**

“Para dialogar, es indispensable la voluntad de abrirse al universo gramatical, simbólico y espiritual de una persona diferente de sí, lo cual implica no tenerse miedo recíprocamente”.

Francesca Gargallo Celentani

A manera, de cierre, resulta entonces importante pensar distintos cuestionamientos. Por ejemplo: dentro de sus planteamientos, el hospital se propone como un espacio intercultural y, a pesar de que ha implementado prácticas en pro de esa interculturalidad, de acuerdo con la comunidad, principalmente las y los Mayores, este sigue siendo un espacio para la medicina convencional (por sus métodos, estructura arquitectónica y agentes que salud que actúan bajo la educación y salud occidental). Así, es válido preguntarnos, ¿qué se requiere para que en un espacio en el que convergen dos sistemas culturales se permita –y efectivamente se dé– el diálogo horizontal y no sea este un encuentro que no logre superar la fase de tensión inicial que hay en todo relacionamiento? Y, ¿cómo

se reinterpreta un espacio en donde ya hay dinámicas y roles configurados, para que la comunidad se apropie de él bajo sus ideales culturales que enfatizan en lo espiritual?

Pese a que políticamente hay un reconocimiento diferencial para el sistema intercultural de salud del HDM, falta establecer y delimitar la integración de los sistemas convencional y tradicional, partiendo de la diferencia estructural de visiones: tradicionalmente, la maternidad se reconoce como parte fundamental de la espiral de vida y convencionalmente, se piensa en esta como una patología o condición limitante.

Para retomar algunos puntos, dentro de la construcción de interculturalidad, volviendo a esta como un proceso en el que dos sistemas de conocimiento se relacionan en un espacio en particular en búsqueda de la convivencia y el diálogo horizontal, es necesario re-pensar la comunicación que se da entre los agentes, en este caso de la salud. Para ello, es necesario recurrir a la mirada de ambas partes, que, sin duda, necesita una reestructuración.

Por un lado, es necesario que el sistema de salud convencional reconozca a las y los agentes del sistema de salud propio como interlocutores con métodos y capacidades de crear y poner en práctica el conocimiento médico. Es decir, como se dijo previamente, se hace fundamental que la sociedad occidental deje de reconocer a los pueblos indígenas como exclusivamente productores de cultura, entendiendo esta únicamente desde la danza, la música, la comida y los ritos; sino que, se reconozca la capacidad de crear conocimiento y la de estructurar métodos que son aplicables de acuerdo a la concepción de realidad que habita cada lugar y cada grupo socio- cultural.

Una vez esto suceda, se hace precisa también la necesidad de que las y los interlocutores pertenecientes al sistema de salud propio, reconozcan la superación de esa brecha y su diálogo sea planteado desde la paridad, sin la prevención de quien ha sido sometido a la vulnerabilidad y desigualdad.

Esto, como es planteado aquí, requiere por supuesto de tiempo y dinámicas que fortalezcan el conocimiento y re-conocimiento de la medicina propia, fortaleciendo la transmisión de los saberes indígenas como ontologías que agrupan la ciencia, la cultura y la espiritualidad, aportando de esta manera a la salud de la comunidad Misak que, en el caso puntual de la maternidad, se direcciona a la pervivencia colectiva de un pueblo que ha resistido a distintas formas de dominación occidental.

Así, para evaluar las relaciones de poder existentes en el camino a la interculturalidad, es necesario recordar también que, teniendo en cuenta los ideales de las y los mayores, por quienes surgió el HMD, es una responsabilidad del personal Misak destacar sus creencias y también es un deber del personal externo que llega al territorio y al HMD, actuar bajo los valores y objetivos de la institución. Lo anterior, es de igual forma un compromiso de la coordinación de la institución, entendiendo que está encabezada por Tatas y Mamas que tienen que buscar la generación espacios integrales con metodologías propias para promover la producción científica Misak, aprovechando de manera oportuna la articulación con Sierra Morena, intentando cerrar de esta manera la ruptura entre sus aspectos culturales como Pueblo Misak y lo vivido al día en el HMD.

A partir del diálogo intercultural, se puede buscar entonces la creación de una ruta de ingreso y capacitación étnica obligatoria para las y los médicos que vienen desde fuera del territorio, para, conjunto a ello, establecer en el HMD el empleo de la lengua indígena nam trik, la vinculación de mujeres parteras, una arquitectura acorde a las necesidades y métodos, así como las herramientas usadas en cada procedimiento, la alimentación tradicional y las distintas solicitudes que puedan concertarse en el camino de reestructuración del *Espiral para la vida y la pervivencia*.

Por otra parte, teniendo en cuenta que el sistema de salud convencional rompe de alguna manera lo personal, en términos de identidad propia, bajo la normalización de acciones que acuden a la eficacia y rapidez como su personal de salud lo sustenta, se necesita que la mujer no sea vulnerada en su intimidad e integridad corporal, siendo ella quien decida de manera libre y respetada sobre su cuerpo

y proceso de maternidad, sin verse coercida por el discurso institucional que no responde a las manifestaciones étnicas de las mujeres indígenas Misak que habitan el territorio.

Así, se hace precisa la creación de espacios en donde las mujeres embarazadas sean instruidas y preparadas dentro de los métodos de la salud convencional, creando una guía de parto respetado y humanizado en donde ellas puedan conocer con anterioridad a qué tipo de experiencia se van a enfrentar, permitiéndoles de esta manera elegir cómo van a llevar su embarazo y planear su parto de una manera que, sea acorde tanto a los servicios prestados por el Hospital, como a su cultura y deseos como mujer gestante.

Relacionado con esta última idea, es necesario también, como lo expresan las mujeres Misak que hacen parte del personal de salud del HMD, revertir el machismo presente en las dinámicas médicas que existen en el Hospital y, en este punto, se realiza un paralelo con las dinámicas paternalistas dentro de la cultura del pueblo Misak. En ambos espacios –tanto en el HMD como en los demás espacios de la vida privada y pública Misak-, las mujeres sufren de distintas violencias a partir de diversas relaciones de poder en las que se ubican como subalternas y en desventaja (frente a sus autoridades territoriales, al gobierno nacional, a la institución HMD, a los hombres/ parejas en su comunidad), por ello, es necesaria la creación de políticas en salud que respondan a las condiciones culturales (enfoque étnico) y también de políticas en salud que tengan enfoque de género, planteando así las mujeres como el eje central de la experiencia de ser madres y puedan llevar a cabo un parto humanizado y respetado bajo sus decisiones informadas.

Por otro lado, cabe retomar el problema de la falta de continuidad de los planes de organización del programa materno dentro del HMD que las parteras han intentado llevar a cabo. Así, como manifiestan, la rotación los gobiernos locales ha sido también una de las limitaciones que ha generado tensiones, principalmente por el abandono de procesos adelantados que, con cada nuevo mandato, querían ser ejecutados desde el inicio, impidiendo el avance y la repetición de acciones que causaron el alejamiento de las mayores del HMD.

Para finalizar, resalto la importancia de ampliar el debate intercultural, siendo esta una apuesta de integración de conocimientos que, bajo una construcción en diálogo equitativo, permite la autonomía cultural y el reconocimiento de los derechos fundamentales de las comunidades indígenas y étnicas que habitan el país a partir de brindar la opción de elegir frente a los métodos de curación y salud, en donde las personas, en este caso mujeres gestantes, puedan encontrarse con su cuerpo a partir de sus ideas culturales, sociales y espirituales, que son indivisibles en la construcción de identidad.

## Bibliografía

- Asociación El Parto es Nuestro. (16 de mayo de 2022). Medicalización rutinaria del parto. ¿Qué es un parto conducido o una "dirección activa del parto"? Obtenido de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinaria-delparto>
- Bachiller, T. (2020). Saberes contrahegemónicos de las mujeres del sur global frente al desarrollo como proyecto moderno y patriarcal. Popayán: Universidad del Cauca.
- Biodiversidad Televisión. [Arles David Porras] (7 de julio de 2021). Mama Dominga. Espíritu de la Montaña. [Video] Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=S8q1ETBpiSc>
- Bourdieu, P. (1998). La Distinción. Madrid, España: Grupo Santillana Ediciones.
- Bourdieu, P. (2007). El sentido práctico. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Cabildo Indígena de Guambía (2010). *Por la defensa del patrimonio del pueblo Misak y los demás pueblos- Manifiesto guambiano*. Silvia.
- Cabildo Indígena de Guambía (17 de 03 de 2022). *IPS-I Hospital Mama Dominga*. Obtenido de <https://www.mamadominga.com/>

- Cabildo Indígena del Resguardo de Guambía- IPSI Hospital Mama Dominga (2021). Informe de rendición de cuentas. Silvia.
- Canavesio, M., Peralta, S. & Pitaluga, G. (2019). Mujeres y salud materna. Una experiencia con parteras tradicionales del sur de México. *ConCienciaSocial*, 254-296.
- Castañeda, C., Castillo, P., Cortés, K. & Vallejo, E. (2017). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saúde Soc.* , 26(1), 61-74.
- CRIC (Consejo Regional Indígena del Cauca). (2000). *Informe final, Profesionalización Consejo Regional Indígena del Cauca*. Popayán: PEB/CRIC.
- Coro, J. (2016). Mujeres indígenas, feminismo y condición postcolonial. *Lectora*, 22(3), 27-42.
- Díaz, D. (2006). *Mortalidad materna, una tarea inconclusa*. México D.F.: Fundar.
- García, W. & Félix, G. (2012). Revisión crítica de la etnoeducación en Colombia. *Historia de la Educación* (32), 343-360.
- Jiménez, S., Pelcastre, B., & Figueroa, J. G. (2008). Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación. *Revista Chilena De Salud Pública*, 12(3), p. 161–168. Recuperado a partir de <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/2205>
- Tunubalá, F. & Muelas, J. B. (2008). *Segundo Plan de crecimiento y permanencia cultural del pueblo Misak*. Bogotá.
- Menéndez, E. (1998). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Buenos Aires: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CESAS).

- Muelas, D. (2018). *Partería: Perspectivas jurídicas de los conocimientos tradicionales y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres Iku*. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
- Nogué, J. (2018). Yi-Fu Tuan. El arte de la geografía. *Icaria Editorial, Colección Espacios Críticos, núm. 11*, 262- 265.
- Ortiz, S. (2019). Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades el Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional. *Ciencias de la salud, 17*, 145- 162.
- Osorio, C. (2017). Religiosidad e identidad: la lucha indígena como resistencia territorial desde la Espiritualidad. *Revista Kavilando, 9(1)*, 184-203.
- Rappaport, J. ( 2007,). Intelectuales públicos indígenas en América Latina: Una aproximación comparativa. *Revista Iberoamericana vol. LXXIII, núm. 220*, 615- 630.
- Sepúlveda, B. (2011). Intelectualidad indígena y colonialidad del saber en América Latina. *Cuadernos Interculturales 9 (17)*, 27-31.
- Tunubalá, J. (2017). Parteras del pueblo Misak: Mujeres hilando conocimientos de vida y de re- existencia. Tesis para optar al título de Sociólogo. Cali: Universidad del Valle.
- Zapata, C. (2015). Intelectuales públicos, intelectuales críticos: la intelectualidad indígena en América Latina. *Revista anales Séptima Serie. , 91-102*.