



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933)

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín,
(Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

Volumen 42, 2024

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353540>

Recibido: 01/06/2023

Aprobado: 17/10/2023

Publicado: 19/01/2024

Cita:

Ricaurte-Cepeda M, Guerrero-Luna YP. Salud materna de mujeres indígenas. Experiencias tradicionales e institucionales. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2024;42:e353540
doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353540>

Salud materna de mujeres indígenas. Experiencias tradicionales e institucionales

Melissa Ricaurte-Cepeda¹,  Yessica Paola Guerrero-Luna² 

¹ Magíster en Psicología. Universidad de Nariño. Colombia. meli1254@udenar.edu.co.

² Magíster en Salud Pública. Universidad de Nariño. Colombia. yessicag@unicauca.edu.co.

Resumen

Objetivo: Comprender las experiencias de mujeres de un resguardo indígena en el proceso de atención, durante el trabajo de embarazo, parto y puerperio, en una institución pública del municipio de Ipiales, Nariño, Colombia. **Metodología:** Investigación fenomenológica interpretativa, que se desarrolló mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales con 36 mujeres, en cuatro fases: preparatoria, recolección de información; análisis de información y devolución de emergentes. **Resultados:** Se reconocieron como importantes las prácticas tradicionales en el cuidado de las mujeres y los niños, como el uso de hierbas medicinales y el acompañamiento del médico tradicional o partera durante el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo, la atención se realizó principalmente en la institución de salud, por la percepción de confianza en el uso de tecnologías. En este proceso se identificaron barreras de acceso administrativas, geográficas y económicas, así como prácticas violentas, especialmente durante la atención del parto, y la necesidad de seguimiento durante el puerperio. Se valoró como positiva la atención oportuna al ingreso, la información sobre deberes y derechos, y la proporcionada antes de algún procedimiento médico. **Conclusión:** La supremacía del modelo biomédico ha conducido a la preferencia de la medicina occidental durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio, y con ello, a la pérdida paulatina de los saberes ancestrales. La violencia durante la atención resulta de la intersección de factores como la violencia estructural hacia las mujeres, la mercantilización de la salud, los diseños curriculares, las políticas en salud, entre otros.

-----*Palabras clave:* medicina tradicional, modelo biomédico, mujeres indígenas, salud materna, violencia obstétrica.



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Indigenous Women's Maternal Health. Traditional and Institutional Experiences

Objective: To understand the experiences of women from an indigenous reservation during pregnancy, childbirth, and postpartum care in a public institution in the municipality of Ipiales, Nariño, Colombia. **Methodology:** Interpretative phenomenological research, which was developed through semi-structured interviews and focus groups with 36 women, in four phases: preparation, collection of information, analysis of information and return of emergent data. **Results:** Traditional practices in women's and children's care were recognized as important, such as the use of medicinal herbs and the support of the traditional doctor or midwife during pregnancy, childbirth and postpartum. However, care was mainly provided in the health institution, because of the perception of trust in the use of technologies. In this process, administrative, geographic, and economic access barriers were identified, as well as violent practices, especially during childbirth care, and the need for follow-up during the postpartum period. Timely attention at admission, information on rights and duties, and that provided prior to any medical procedure were considered positive. **Conclusion:** The supremacy of the biomedical model has led to the preference of Western medicine during pregnancy, childbirth, and postpartum care, and thus to the gradual loss of ancestral knowledge. Violence during care results from the combination of factors such as structural violence against women, the commercialization of health, curricular designs, and health policies, among others.

-----*Keywords:* traditional medicine, biomedical model, indigenous women, maternal health, obstetric violence
s

Saúde materna de mulheres indígenas. Experiências tradicionais e institucionais

Objetivo: Compreender as experiências de mulheres de uma comunidade indígena no atendimento, durante a gravidez, o parto e o puerpério, em uma instituição pública do município de Ipiales, Nariño, Colômbia. **Metodologia:** Pesquisa fenomenológica interpretativa, que se desenvolveu por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais com 36 mulheres, em quatro fases: preparatória, coleta de informação; análise de informação e devolução de emergentes. **Resultados:** Foi reconhecida a importância das práticas tradicionais no cuidado das mulheres e das crianças, como o uso de ervas medicinais e o acompanhamento do médico tradicional ou da parteira ao longo da gravidez, o parto e o puerpério. No entanto, o atendimento foi realizado principalmente na instituição de saúde, pela percepção de confiança que oferece o uso de tecnologias. Nesse processo identificaram-se obstáculos administrativos, geográficos e econômicos no acesso, assim como práticas violentas, especialmente durante o parto, e a necessidade de acompanhamento durante o puerpério. Considerou-se positiva a atenção oportuna no ingresso, a informação sobre deveres e direitos, e a proporcionada antes de algum procedimento médico. **Conclusão:** A supremacia do modelo biomédico tem levado à preferência da medicina ocidental no atendimento ao longo da gravidez, o parto e o puerpério, e com isso, à perda paulatina dos saberes ancestrais. A violência no atendimento resulta da interseção de fatores como a violência estrutural sobre as mulheres, a mercantilização da saúde, os planos curriculares, as políticas de saúde, entre outros.

-----*Palavras-chave:* medicina tradicional, modelo biomédico, mulheres indígenas, saúde materna, violência obstétrica.

Introducción

Me preguntaron si yo era de resguardo indígena y algo de la IPS [instituciones prestadoras de salud]. No recordaba lo que ella me preguntaba, porque apenas estaba calmando el dolor. Entonces, dijeron entre ellas [enfermeras]: “Pero para recibir las ayudas sí se acuerdan”. Eso me dio rabia [...]. No me dejaron tocar a mi bebé. La pusieron encima de mí, pero sobre una sábana, y yo iba a tocarla, pero me quitaban las manos

Mujer indígena entrevistada

Las experiencias adversas de las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio son una arista de un proceso histórico de violencias en los contextos públicos y privados, resultante de la intersección de factores como las asimetrías en las relaciones de poder, la mercantilización de la salud, el racismo, la discriminación, la injusticia epistémica, la naturalización de la violencia, los diseños curriculares, las políticas en salud, entre otros, que incrementan las desigualdades de género, la disparidad en el acceso a las oportunidades sociales y, por tanto, a las desigualdades en salud. Estos factores determinan las experiencias particulares en torno a la vivencia de la sexualidad, los procesos naturales del cuerpo femenino y la maternidad, que finalmente se

reflejan en las condiciones de salud y de vida digna de la población.

La atención materno infantil se reconoce como una prioridad de salud pública en el mundo, y un imperativo moral, ético y político de los Estados. Diferentes acuerdos y conferencias internacionales, como la Declaración de Alma-Ata en 1978 [1].; la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, realizada en Nueva York en 1990 [2]; la Primera Cumbre de las Américas, llevada a cabo en Miami en 1994 [3]; los Objetivos de Desarrollo del Milenio [4] y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [5]; la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) [6], entre otros, han enfatizado en la garantía del derecho a la salud y la vida del binomio madre-hijo, mediante el acceso, la atención oportuna y de calidad, y la incidencia en las brechas de equidad entre grupos sociales [7].

Pese a que las mejoras en la atención materna perinatal han salvado muchas vidas, las desigualdades en salud sexual y reproductiva siguen siendo evidentes y se vinculan con disparidades raciales, geográficas y de clase [8]. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) [9], en el 2020 murieron alrededor de 800 mujeres por día, por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Uno de los aspectos que impide que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo o el parto se relaciona con “i) atención de mala calidad, faltas de respeto, malos tratos y abuso; ii) número insuficiente de trabajadores de la salud que, además, carecen de la debida capacitación; iii) escasez de suministros médicos esenciales, y iv) poca rendición de cuentas de los sistemas de salud” [9].

El modelo biomédico de la salud, hegemónico en las sociedades occidentales, enunciado desde un discurso positivista, ha abordado la salud-enfermedad como un objeto aislado de la realidad subjetiva y contextual del cuerpo-sujeto [10]. Ha “expropiado a las personas de sus cuerpos y su autonomía” [11], especialmente a las mujeres, quienes han sido reducidas a objetos de atención y de la medicalización de los procesos naturales del ámbito biológico, social y mental [12].

Las implicaciones ético-políticas del modelo biomédico se reflejan no solo en las cifras (o a usencia de ellas) relacionadas con violencias en la atención en salud hacia las mujeres, sino, además, en la invisibilización de saberes tradicionales de las comunidades, principalmente indígenas y afrodescendientes, en torno a los cuidados de la salud. Este fenómeno, denominado “injusticia epistémica”, un concepto de Miranda Fricker, alude a la discriminación y la violencia que niegan la validez de los saberes de quienes son considerados carentes de capacidad o legitimidad intelectual [13].

La condición étnico-racial es un componente estructural de las inequidades en salud y amplía las desventajas de las personas y poblaciones con bajo estatus socioeco-

nómico [14]. La marginación y las violencias históricas contra las comunidades indígenas se acrecientan en las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, ampliando las brechas de desigualdad. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) [15], las mujeres indígenas fallecen por complicaciones durante el embarazo y el parto con más frecuencia que las demás. Asimismo, las creencias racistas y de género de los responsables en la toma de decisiones durante la atención materna de las mujeres y niñas incrementa la probabilidad de que padezcan maltrato y limitan los recursos para el acceso a la atención posnatal, con aumento de riesgos de morbilidad y mortalidad materna [16].

Las mujeres y las adolescentes indígenas presentan resultados en salud materna peores que el resto de la población. Sin embargo, los datos disponibles sobre morbilidad y mortalidad materna en América Latina “no son exhaustivos en lo absoluto [...]. Como resultado de esta falta de datos, las experiencias de las personas más marginadas, incluidos los pueblos indígenas y aquellos que experimentan una discriminación y una exclusión interseccionales basándose en otras características (p. ej. pobreza y discapacidad), siguen siendo invisibles” [16].

En Colombia, 1,9 millones de personas (4,4 % del total de la población del país) se autorreconocen como indígenas, de la cuales alrededor del 50,1 % son mujeres [17]. “Ellas enfrentan desigualdades en razón de género y pertenencia étnica como consecuencia del estigma, la discriminación y la invisibilidad de su cosmovisión y cultura” [17].

En el informe “Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos: alcances y desafíos para su medición en países de América Latina” [18], se establece una estimación de la razón de mortalidad materna indígena en Colombia tomando como base estadísticas vitales. Es necesario señalar que, en el año 2008, se incluyó la pregunta sobre pertenencia étnica en los certificados de nacimiento y defunción, mejorando la identificación de los casos. En este informe, tomando como base la información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, se estimó la razón de mortalidad materna en “123,3 (2008), 270,9 (2009), 191,1 (2010), 323,0 (2011), 238,0 (2012) y 355,7 (2013) defunciones maternas por cien mil nacidos vivos en poblaciones indígenas frente a 60,5 (2008), 71,5 (2009), 72,4 (2010), 69,1 (2011), 66,8 (2012) y 57,8 (2013) por cien mil nacidos vivos a nivel nacional” [18]. En la Figura 1 se presenta la razón de mortalidad materna indígena en Colombia en el periodo 2008-2013.

En la última semana epidemiológica del 2020, en el país se notificaron 577 muertes maternas: 409 tempranas (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación). La razón nacional preliminar de mortalidad materna a esta misma fecha es de 65,6 muertes por cada 100 000 nacidos vivos [19].

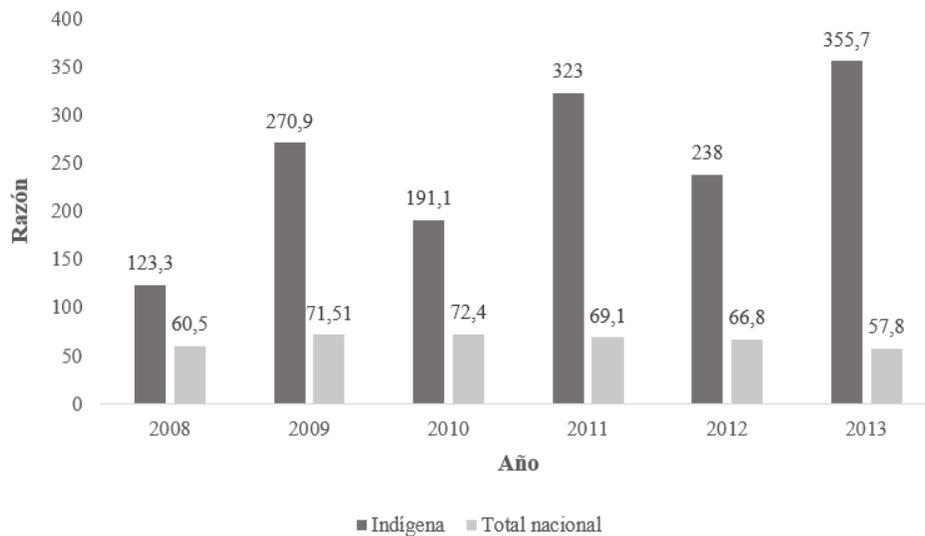


Figura 1. Razón de mortalidad materna en Colombia, periodo 2008-2013

Fuente: [18, p. 28].

La mortalidad materna en comunidades indígenas dentro del país es 5 veces mayor que el promedio nacional, siendo la más alta.

Estos indicadores están asociados con determinantes como el bajo nivel educativo, el desconocimiento sobre el embarazo, parto y posparto, y las barreras geográficas, económicas, culturales y de calidad de la atención en salud [20]. Un análisis en mortalidad materna del Observatorio Nacional de Salud, que incluyó la estimación de las razones de mortalidad materna entre 1998 y 2011, mostró que Cauca, La Guajira y Nariño, departamentos con 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 [21].

El departamento de Nariño, ubicado al suroccidente de Colombia, tiene una extensión de 33 268 km² y 1 627 589 habitantes (832 046 mujeres y 795 543 hombres); la población rural constituye el 56,15 % (913 960 habitantes), mientras que la población urbana conforma el 43,84 % (713 629). La población indígena alcanza las 206 455 personas (15,5 %), el 50,7 % son mujeres y el 81,4 % habita en zona rural [22].

Nariño ha sido uno de los departamentos más afectados por el conflicto armado interno y con mayores índices de violencia, derivada de la no presencia del Estado en los territorios, la existencia de grupos armados ilegales, cultivos ilícitos, la minería ilegal, el incumplimiento del Acuerdo de Paz [23], entre otros, que ha profundizado los niveles de pobreza y desigualdad entre sus

pobladores, especialmente de comunidades indígenas y habitantes de zonas rurales.

Los resultados que aquí se presentan surgieron de un proceso de investigación realizado como trabajo de grado de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Nariño, con mujeres del municipio de Ipiales, Nariño, pertenecientes al resguardo indígena de Ipiales, parte del pueblo de los pastos, que fueron atendidas en una institución de salud pública y acreditada, que ofrece servicios de segundo y tercer nivel de complejidad. Además, cuenta con una planta de profesionales (médicos generales y especialistas, profesionales de enfermería y técnicos en auxiliar de enfermería) de alrededor de 477 contratistas y 114 de nómina [24].

La población indígena de este territorio, principalmente de zonas dispersas, tiene dificultades para el acceso oportuno a los servicios de salud y se enfrenta a barreras como la atención no diferenciada. Respecto al indicador de mortalidad materna, la razón a nivel regional es significativamente mayor que el resto del país [25]. Las mujeres del resguardo indígena de Ipiales, desde el liderazgo, afrontan las diferentes situaciones que amenazan su autonomía, incluyendo aspectos organizativos internos e influencias externas como los grupos armados.

Este estudio buscó aproximarse a la comprensión de cómo fueron las experiencias de las mujeres del resguardo indígena en el proceso de atención, durante el trabajo de parto, parto y puerperio, en una institución pública

del municipio de Ipiales, Nariño, Colombia. Tras consultas de la literatura existente acerca del tema para la época de pandemia y pospandemia, son escasas las investigaciones relacionadas con la maternidad y los procesos de atención de la salud materna de mujeres indígenas, y de aproximaciones cualitativas en torno a estos temas; ejemplo de ello son las publicaciones de la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, una de las más importantes del país, siendo necesario mencionar que en los últimos 10 años (enero 2014 a septiembre de 2023), sin incluir los suplementos de trabajos libres, ha publicado alrededor de 16 artículos cualitativos, de un promedio anual de 25 trabajos publicados [26].

De esta manera, se evidencia la necesidad de desarrollar investigaciones que amplíen la información acerca de las experiencias subjetivas, la importancia del enfoque diferencial, la perspectiva de género y la atención primaria en salud en zonas dispersas, como recursos para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que por su debilidad motivan transformaciones a la Ley 100 de 1993.

Metodología

Investigación fenomenología hermenéutica, desarrollada a través de un proceso flexible y abierto, que buscó desentrañar, en las experiencias de las mujeres indígenas, cómo fue el trabajo de parto, parto y puerperio en una institución pública. Se indagó acerca de los significados alrededor de los procesos de maternidad, la accesibilidad geográfica, económica, administrativa y simbólica, y la humanización y el seguimiento.

Participaron 36 mujeres del resguardo indígena de Ipiales, de edades comprendidas entre los 18 y 62 años, de procedencia rural y urbana. Las participantes se identificaron mediante una base de datos suministrada por la institución, se seleccionaron por disponibilidad y el número se definió por el criterio de saturación de información.

El proceso se realizó en cuatro fases: 1) fase preparatoria; 2) fase de recolección de información, que se realizó durante los meses de octubre a diciembre de 2021; 3) fase de análisis de información y 4) fase de devolución de emergentes.

La información se obtuvo por medio de entrevistas semiestructuradas con 9 mujeres, que tuvieron una duración de 40 minutos. De igual manera, se realizaron 2 grupos focales, con una participación de 27 personas. Se trabajó bajo la dinámica de grupos pequeños para garantizar la discusión y el aporte de todas las mujeres, dado el número de mujeres que acudieron.

Para el análisis, se realizó la transcripción de la información y se asignó un código a cada participante para asegurar el anonimato y la confidencialidad de la siguiente manera: EP y GF1P, en donde E corresponde a

entrevista, P a participante y GF1 a grupo focal 1. Posteriormente se efectuó una reducción de datos a través de la separación de unidades de contenido, en función de criterios temáticos y conversacionales; posteriormente, se llevó a cabo el proceso de categorización y codificación, mediante el proceso mixto, puesto que se tomaron categorías deductivas producto de la revisión teórica, y se definieron categorías emergentes del discurso. La información fue contrastada con los objetivos y la teoría. El proceso se hizo con el apoyo del *software* ATLAS. Ti versión 6, licencia estudiantil de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.

Este estudio tuvo la autorización de la comunidad indígena y sus líderes; la institución de salud lo aprobó, y cuenta con el aval del Comité de Ética de la Universidad de Nariño, emitido en la Acta 037 el 21 de septiembre de 2021.

La vinculación al proceso fue voluntaria, mediante consentimiento informado por escrito. De acuerdo con la Resolución 8430 del Ministerio de Salud y Protección Social [27], el estudio se clasificó como una investigación con riesgo mínimo.

Resultados

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a las creencias y prácticas culturales en torno al embarazo, parto y puerperio, así como las experiencias en el proceso de atención institucionalizado. Estas últimas se clasificaron en accesibilidad, humanización del servicio y seguimiento.

Creencias y prácticas culturales en torno al embarazo, el parto y el puerperio

Se reconocieron diferentes creencias relacionadas con la maternidad y su vínculo con la enfermedad y la sanación. Se creía que las mujeres embarazadas pueden complicar una herida en otra persona al verla o tener contacto cercano. Una forma de revertir el efecto es aplicar saliva de la mujer en la zona infectada: “Un día a mi esposo se le inflamó la pierna; tenía que caminar con un palo de escoba y arrimado a la pared. Fuimos al hospital, le mandaron un poco de pastillas y no le hacían nada. Una señora me dijo: ‘usted ha de estar en embarazo; ¿por qué no le escupe?’. Yo no creía, entonces le escupí. En la tarde me dijo: ‘vea, me aflojó’, ya salió caminando solo” (GF1P3).

De igual manera, existía la creencia de que el sexo del bebé está asociado con el dolor durante el parto: “Cuando es niño, los dolores son más fuertes, más intensos, pero pasan rápido; y en las niñas, los dolores son más leves, pero duran más tiempo” (EP9).

El acompañamiento por los médicos tradicionales y parteras de la comunidad se identificó como significativo, debido a que los cuidados durante el embarazo permitieron reducir el dolor, la sensación de cansancio y fatiga, que relacionan con una posición inadecuada del bebé en el vientre: “Donde una partera acudí dos veces, porque sentí que mi bebé estaba mal; me fatigaba, me cansaba y me dolía el vientre. Ella me sobó y lo acomodaba la posición. Parecía que estaba metida bien abajo; ella lo acomodaba y dejaba de dolerme. Ella decía que estaba muy abajo, que quería como venírseme” (EP3).

Los baños con aguas y plantas como el eucalipto, así como las infusiones de manzanilla para el manejo del dolor se expresaron como prácticas comunes durante el embarazo.

Posterior al parto, las participantes manifestaron la importancia de fajarse, debido a que permite al cuerpo recuperarse y evitar dolores en el futuro: “Desde que uno lo mandan a la casa tiene que apretarse bien las caderas, fajarse para que los huesos ya vuelvan a su posición normal, así con el tiempo uno no sufriría de dolores” (EP9). Frente a esta práctica, se evidenció un contraste con la medicina occidental: “Los médicos prácticamente no están de acuerdo con eso, porque dicen que los huesos vuelven por sí solos” (EP9).

La toma de la purga es una de las prácticas de cuidados del puerperio inmediato más importantes para las mujeres y sus familias. Esta era percibida como una forma de desintoxicar el cuerpo y ayudar a desechar los restos de sangre y de placenta: “En mi familia son tradicionales, de que hay que tomar agua de la purga, que es para desechar las cosas que quedan por dentro, para bajar un poco el abdomen. Todo eso sí lo practiqué como lo mandan nuestros antepasados” (EP8). De no hacerse, puede generar complicaciones en la salud de la madre. La purga incluye ingredientes como jugo de naranja, aceite de resino, aceite de almendras, plantas medicinales como el culantrillo, la clara de huevo, entre otros.

Otra de las prácticas comunes en el puerperio era la dieta durante 40 días, que consiste principalmente en el consumo de caldo de gallina y e infusiones de hierbas para la producción de leche y la recuperación de la mujer. “La tradición es el caldo de gallina y todos los alimentos necesarios” (GF1P1); “Tenía que tomarme un poco de aguas, pero yo no las tomé; sí me enfermé, me dio mucha fiebre a los 40 días” (GF1P2). También la realización de baños con hierbas medicinales, como el laurel, se reconocieron como prácticas importantes durante el puerperio. “Me hicieron los baños con hierbas para que a uno no le vaya a dar dolor de cabeza” (EP9).

Envolver al recién nacido con el fin de que pueda crecer fuerte y evitar que se asuste, así como enterrar la placenta y usar el cordón umbilical con fines medicinales son prácticas que las mujeres más jóvenes desconocen y

no realizaron, pero son recordadas por las participantes con mayor edad: “Antes, a los bebés los envolvían para que crezcan fuertes, sobre todo los hombres. También decían que porque los bebés se asustan. Ahora ya no, dicen que hay que dejarlos que duerman libremente” (GF1P1). “El cordón, cuando ya lo votaban, decían que hay que guardarlo, porque si se hace pujón, hay que hervirlo y darle unas gotitas de agua al niño” (GF1P1).

Frente a la atención del parto, las participantes refirieron no sentir confianza en el acompañamiento de una partera o médico tradicional, debido a la percepción de riesgos y falta de asepsia en los procedimientos: “El parto con una partera tiene más preocupación, por más riesgo. Es muy diferente dar a luz en una clínica, en un hospital, que en la casa, porque en la casa, las parteras no suelen tener la higiene necesaria para traer al niño” (GF2P3). Además, se considera que las tecnologías de las instituciones de salud permiten abordar efectivamente las complicaciones, en caso de presentarse.

Atención del parto en la institución de salud

Experiencias previas propias o de familiares, así como la percepción de confianza en la atención sanitaria, motivaron a las mujeres a privilegiar el parto intrainstitucional: “Más tranquilo, más en confianza. Cuando nació mi hijo, se había estado pasando de tiempo, y cuando yo lo miré, nació moradito, y se le miraba como una gasa; luego, le metieron unas mangueras por la nariz y la boca. Si lo hubiera tenido por aparte, tal vez no lo contaba a mi hijo” (GF1P3).

A continuación se describen algunas experiencias relacionadas con la accesibilidad, la humanización de la atención y el seguimiento.

Accesibilidad

El acceso a la institución de salud fue inmediato; sin embargo, el traslado a la sala de partos tardó de 10 minutos a 1 hora. El tiempo de espera prolongado fue percibido como inadecuado e incómodo: “Que lo atiendan rápido, porque uno en ese estado se cansa más esperando y sobre todo porque el bebé puede sufrir algún daño si no lo atienden rápido” (EP5).

Debido a que las mujeres residían en diferentes zonas del municipio, algunas distantes de la cabecera municipal, la ubicación geográfica se reconoció como un limitante. Por la distancia y las limitaciones en los horarios del transporte público, algunas debieron esperar más de una hora para llegar a la institución de salud. “Me queda lejos. Una hora más o menos, porque mientras se demora el bus, mientras los carros, los atrancones [congestión de vehículos] y todo eso” (EP7).

El costo del transporte, que puede oscilar entre 5 mil y 30 mil pesos, dependiendo de la zona de residencia, se

identificó como un obstáculo en la atención, debido a que, por los bajos ingresos económicos de la población rural, este costo represento más de un día laboral. “No es fácil; toca llamar la carrera [un taxi u otro medio de transporte pago], y cobran caro” (EP1).

Humanización del servicio

Las mujeres valoraron de manera positiva la información sobre deberes y derechos, y la proporcionada de manera previa a procedimientos médicos. Algunas percibieron respeto y empatía ante el dolor y un trato amable durante todo el proceso de atención. “Hubieron dos auxiliares de enfermería que fueron más humanas, con una voz de aliento, me dijeron que me tranquilice” (EP4).

Sin embargo, todas las participantes refirieron deficiente comunicación con los profesionales de la salud y escasa explicación previa a la realización de procedimientos, situación que limitó aclarar sus dudas: “Yo tampoco pregunté, porque me daba vergüenza preguntar” (EP5). En pocos casos, el personal médico o de enfermería se identificó: “No me dijeron el nombre, y llegaban y me tantiaban, o sea, me tocaban y se iban. Llegaban varios, pero no decían nada”. Además, se manifestó que no existió material educativo ni enfoque de atención adaptado a las características culturales de las mujeres (EP5).

Frente a los aspectos locativos, refirieron incomodidad, por espacio reducido, desorden, ruido y bajas temperaturas en el área de urgencias y en la sala de partos. “No me sentí bien. Donde me atendieron era muy pequeño y sentía que me faltaba aire” (EP5).

Las participantes reconocieron malos tratos durante el proceso de atención: 1) la falta de empatía ante el dolor durante el parto: “En el parto yo estaba con mucho dolor, y entonces gritaba, y una enfermera me dijo que me calle, que no sea tan exagerada” (EP5); 2) esperas prolongadas para recibir valoración de especialistas: “Llegué como a las 8 y me atendieron como a la 1; tenía que revisarme el doctor y llegó como a la 1” (EP2); 3) percepción de abandono del personal de salud, que no acudía a pesar del llamado de las mujeres que se encontraban solas, dado que no se permitió el acompañamiento de su pareja: “Me dejaron sola y había un botón para machucar [oprimir], pero no llegaban rápido” (EP1); 4) no permitir el contacto de las mujeres con sus hijos: “Cuando estuve en el quirófano, no me acercaron a mi bebé, porque siempre dicen que se los ponen aquí [señala el pecho] para hacer el contacto con la mamá, pero a mí no me hicieron eso; solo de lejitos. Me dijeron: ‘Vea, aquí está su bebé’, y no sé por qué” (EP8); 5) falta a la privacidad y la confidencialidad, dado que se presentó divulgación de información de otras mujeres por parte del personal de salud en tono de burla: “Hablaban entre ellas como si uno no estuviera ahí; se reían de lo que habían hecho otras señoras en la labor de parto” (EP4); 6)

realización de procedimientos por estudiantes, sin previo consentimiento: “La médico le estaba explicando a la practicante cómo suturar los puntos de abajo, pero no me determinaron, ni me dijeron, ni me avisaron” (EP4); 7) restricciones en el acompañamiento de la pareja: “Mi bebé nació a las 2:10... les informaron a las 5 de la tarde. No me parece. Incluso, le dije a la enfermera: ‘Señorita, ¿será que me le puede dar informando a mi esposo o hacerlo pasar para que conozca a la bebé?’. Que no, ‘que se espere’, dijo. Entonces, le dije que ya debe estar desesperado allá afuera. ‘—mmm—dijo—; usted ya aguantó lo más difícil, lo más duro; él que aguante la espera’, bien grosera” (EP9).

La vergüenza, el miedo y la impotencia fueron las principales emociones referidas por las participantes durante la atención del parto: “Me sentí un poco ultrajada físicamente; sentí vergüenza, porque estaba completamente desnuda, había muchas personas que me estaban viendo” (EP4); “Uno se siente mal, pero tampoco se puede actuar de otra manera, porque uno depende de ellos” (EP8).

Seguimiento

Las participantes reconocieron los cuidados y las recomendaciones realizados por el personal de salud durante la estancia en la institución; sin embargo, manifestaron que al egreso no se estableció ningún contacto: “Sería bueno una llamada después de tener un bebé, saber si ha sucedido algo” (EP8).

Pese a que se recomendó asistir a la institución de salud al tercer día posterior al parto, algunas participantes manifestaron dificultades asociadas a las condiciones geográficas, económicas y culturales sobre el reposo y el “cuidado del frío” durante el puerperio, las mujeres pueden no asistir a esta consulta.

Discusión

El embarazo, el parto y el puerperio son procesos biopsicosociales en torno a los cuales cada cultura establece creencias y prácticas que son transmitidas de manera intergeneracional, posibilitando la perpetuación de los sistemas sociales [28]. En las comunidades indígenas, cada fase del ciclo vital se encuentra permeada e influenciada por aspectos inherentes a la historia, la cultura, las vivencias individuales y colectivas, así como por el contexto social, económico y político de su territorio.

En este artículo se presentan las experiencias de mujeres del resguardo indígena de Ipiales que tuvieron partos de forma institucionalizada. Es posible identificar creencias y prácticas culturales que perviven, como la acomodación de los niños en el vientre de la madre, realizada por una partera o médico tradicional; la purga,

así como los 40 días en el posparto, y el uso de plantas medicinales para baños e infusiones. De acuerdo con Rodríguez y Duarte [29], los saberes ancestrales de las mujeres de comunidades indígenas acerca del embarazo, el parto y el puerperio se traducen en prácticas vitales transmitidas intergeneracionalmente, que buscan el bienestar físico, emocional, espiritual y comunitario de la mujer y del niño. Sin embargo, y como se evidencia en investigaciones como la realizada por Rodríguez y Duarte [29] con mujeres colla de la región de Atacama, las estructuras de poder que subyacen a los discursos sobre la salud han posicionado al modelo biomédico como el conocimiento válido para la comprensión y el abordaje de los procesos de salud-enfermedad, poniendo en discusión e invisibilizando los saberes históricos de las comunidades.

Es necesario reconocer la incidencia de la atención sanitaria bajo el actual modelo de salud en la reducción de la mortalidad materna en el mundo, que, de acuerdo con la OMS [9], disminuyó en un 34 % entre 2000 y 2020, debido, entre otras razones, a la atención prenatal, el abordaje especializado de complicaciones durante el embarazo y el parto, como hemorragias graves, infecciones y preclamsia, así como la atención y el apoyo en las primeras semanas posteriores al parto.

Sin embargo, este modelo hegemónico de la salud también ha orientado la exclusión de los factores que hacen parte de los complejos procesos salud-enfermedad, reduciendo la noción de la salud a un antagonismo de la enfermedad, a un bien de consumo al que no todas las personas pueden acceder [11], con implicaciones en la autonomía y la soberanía corporal, así como en la generalización de una noción de la salud hegemónica aceptada como válida. Los resultados de este estudio evidencian la pérdida de creencias y prácticas tradicionales sobre los cuidados durante el embarazo, el parto y el puerperio en las mujeres indígenas jóvenes, así como la predilección por el parto institucionalizado, esto como producto de la percepción de falta de asepsia e inseguridad en el manejo de complicaciones en la atención por parteras o médicos tradicionales, y la confianza en el uso de tecnologías en la institución de salud.

Las mujeres indígenas enfrentan diferentes desafíos en salud, entre ellos, el de la interculturalidad en la atención, así como el conflicto entre los saberes de la medicina tradicional y la occidental. Además, como lo han evidenciado organizaciones como la OMS, la OPS y la Comisión Económica para América Latina, las muertes evitables y las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio se producen en países de ingresos bajos, principalmente en poblaciones indígenas. En estas comunidades, las mujeres enfrentan una triple desventaja, debido a su pertenencia étnica, su sexo y residencia predominantemente rural [12].

Si bien en la mayoría de los países la prestación de salud a las comunidades indígenas es gratuita, los cos-

tos de traslado, alimentación, alojamiento y atención del acompañante y pérdida de días laborales son una amenaza para el acceso a la atención primaria y la economía de los pacientes. De acuerdo con la OPS [30], las barreras económicas son bien identificadas al acceder a los servicios de salud en América Latina, principalmente en la población rural. Existe un consenso en la existencia de desventajas en la población rural frente a la urbana, dada por las distancias y los costos de transporte, que incrementa el riesgo de mortalidad materna.

En las mujeres indígenas confluyen una serie de determinantes sociales que, en intersección con la visión del modelo biomédico sobre la maternidad, el cuerpo y la salud, potencian su vulnerabilidad al maltrato obstétrico. Aspectos como la edad —debido a que en su mayoría son madres adolescentes o mayores—, la pobreza, el analfabetismo, los bajos niveles de escolaridad, la presencia de grupos al margen de la ley, algunas prácticas culturales y el idioma [31,32] incrementan los riesgos de sufrir violencias durante el embarazo, el parto y el puerperio. Es necesario señalar que los contextos de las comunidades indígenas pueden contribuir con la reproducción cotidiana y la normalización de actos de discriminación y maltrato, en particular en la esfera de la sexualidad y la salud reproductiva. Estas manifestaciones de la violencia son reforzadas en las instituciones de salud, al no considerar en los procesos de atención los valores, las creencias, las preferencias y las prácticas culturales [33].

En las experiencias de esta investigación, se reconocen actos de maltrato hacia las mujeres durante la atención sanitaria. Es necesario señalar que tal como se identifica en el estudio de Restrepo-Sánchez *et al.* [34], realizado en Colombia, o en el de Valdez-Santiago *et al.* [35], en México, este tipo de violencias no es exclusiva en las mujeres indígenas; sin embargo, la condición étnica agrava las profundas desigualdades históricas de estos grupos sociales.

La *violencia obstétrica*, entendida como una modalidad de violencia de género, hace referencia al daño infligido durante o en relación con el embarazo, el parto y el puerperio. Puede ser tanto interpersonal como estructural, derivada de las acciones de los proveedores de los servicios de salud, y también de arreglos políticos y económicos más amplios que dañan a las poblaciones marginadas [8].

Desde esta perspectiva, esta expresión de las violencias debe ser comprendida no solo como producto de comportamientos individuales inapropiados, sino que ello niegue la responsabilidad de los actores que lo cometen, sino, además, como el resultado de la intersección de factores estructurales, como la violencia histórica hacia las mujeres, el racismo, la exclusión, la mercantilización de la salud, los diseños curriculares en la formación de los profesionales de la salud, las políticas, entre otros.

De acuerdo con Gleason *et al.* [12], a pesar de los efectos de la violencia obstétrica en la salud y el bienestar individual y colectivo, sigue siendo un tema desconocido e incluso naturalizado tanto por las mujeres como por los profesionales de salud, lo que se refleja en la escasa visibilidad y relevancia en las agendas públicas y en la academia. Asimismo, “pese a los estudios que versan sobre el tema, en los últimos treinta años, el acervo documental alrededor de la violencia obstétrica o *disrespect and abuse* (D&A) en las comunidades indígenas es limitado” [12].

Experiencias de trato respetuoso, parto humanizado e interculturalidad pueden encaminar a las instituciones a optimizar el área ginecoobstétrica, así como a promover experiencias positivas y saludables en las mujeres. Un ejemplo de modelo intercultural se desarrolló en Ecuador, donde la inclusión de parteras en los centros de salud del Cantón Otavalo, el reconocimiento del uso de plantas medicinales, la elección de la posición para dar a luz, entre otras tradiciones, han influido en la disminución de la mortalidad materna indígena [36].

Colombia ha avanzado en materia de legislación para la atención diferencial en salud de grupos étnicos. Muestra de ello es el Decreto 1848 de 2017 [37], por el cual se establece un sistema de habilitación especial para las entidades promotoras de salud indígenas; la Ley 691 de 2001 [38], que reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de las comunidades indígenas en los servicios de salud, en condiciones dignas y apropiadas, y la Resolución 1035 de 2022, del Ministerio de Salud y Protección Social [39], por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, con un capítulo para los pueblos y las comunidades indígenas de Colombia. Así mismo, este Ministerio estableció, en el año 2017, los lineamientos para la incorporación transversal del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia [40].

Son grandes los esfuerzos de algunas instituciones y profesionales en la implementación e inclusión de la perspectiva intercultural en los currículos académicos en salud. Por ejemplo, el programa de Medicina de la Universidad de Nariño cuenta con las asignaturas Medicinas Alternativas y Tradicionales en el 10.º semestre, y Comunidad y Salud en el 3.º semestre de su plan de estudios [41]. De igual manera, la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá, ofertó, en el 2023, el diplomado Salud Intercultural, dirigido a talento humano interdisciplinario de áreas de atención en salud [42], y desde el Programa UR Intercultural de la Universidad del Rosario se ofrecen asignaturas electivas u obligatorias para la inclusión de la interculturalidad en todos los programas de formación [43]. En este sentido, es un imperativo ético y político incluir el enfoque intercultural en los procesos de atención, que convoca no solo

al reconocimiento de la diversidad cultural y étnica, sino también a la comprensión de las profundas afectaciones de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y campesinas, derivadas del conflicto armado, el olvido estatal, la discriminación y la exclusión históricas, con incidencia diferencial en las mujeres.

Entendiendo la salud como un proceso colectivo, se hace necesario aunar esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para propender por la salud materna, sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, afrodescendientes y campesinas, y con ello, garantizar el derecho a la libertad, la autonomía, la dignidad y la participación política, indispensables para reducir las brechas de desigualdad social y en salud, por razones de género y de etnia en el país.

Es evidente la necesidad de profundizar en la comprensión de las experiencias subjetivas de las mujeres en torno a la salud materna desde aproximaciones cualitativas, así como desde los discursos de las ciencias sociales que enriquecen al campo de la salud, permitiendo analizar determinantes como la clase, el género y la etnia, fundamentales para avanzar en la implementación del enfoque diferencial, multicultural y personalizado en la atención en salud, la atención primaria en zonas dispersas, así como en las transformaciones de las actuales leyes en salud del país, que faciliten el acceso, la oportunidad, la pertinencia y la calidad en la atención sanitaria.

Los resultados de la investigación tienen como limitación que no se indagó acerca de las experiencias del embarazo, el parto y el puerperio de las parejas de las participantes. Si bien durante el desarrollo de las técnicas acompañaron a las mujeres e hicieron aportes que se tuvieron en cuenta en los resultados, no se establecieron categorías específicas sobre sus experiencias particulares. Asimismo, se reconoce como un limitante la no participación del personal de salud en este estudio.

Conclusiones

Algunas creencias y prácticas tradicionales indígenas perviven en torno a los cuidados durante el embarazo, el parto y el puerperio, como la acomodación de los niños en el vientre de la madre realizado por una partera o médico tradicional; la purga, así como los 40 días de dieta en el posparto, y el uso de plantas medicinales para baños e infusiones. Sin embargo, también se reconoce la pérdida de los saberes ancestrales y la preferencia del parto institucionalizado, principalmente en las mujeres más jóvenes, situación que puede estar vinculada con las estructuras de poder que han posicionado al modelo biomédico como el conocimiento válido para la comprensión y el abordaje de los procesos de salud-enfermedad, poniendo en discusión e invisibilizando los saberes históricos de las comunidades.

La ubicación geográfica y los ingresos económicos, además de la condición étnica, pueden constituirse en limitantes en el proceso de atención del embarazo, el parto y el puerperio, que incrementan la vulnerabilidad y los riesgos en salud de las mujeres.

Las violencias durante el proceso de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio deben ser comprendidas como el resultado de la intersección de factores estructurales como la violencia histórica hacia las mujeres, derivadas de las asimetrías en las relaciones de poder, la mercantilización de la salud y la vida, el racismo y la exclusión, los diseños curriculares en la formación de los profesionales de la salud, las políticas, entre otros.

Recomendaciones

Debido a las escasas investigaciones sobre las experiencias de las mujeres indígenas durante el embarazo, el parto y el puerperio, se recomienda el desarrollo de estudios cualitativos que permitan profundizar en los aspectos subjetivos, culturales, históricos, políticos y éticos que subyacen a la atención sanitaria. Para ello, los aportes de las ciencias sociales como la antropología, la psicología y la sociología pueden ser claves.

De igual manera, se sugiere el desarrollo de estudios en torno a este tema, con la participación activa de las familias y con los profesionales de salud. Esto posibilitará ampliar la comprensión de los procesos de atención en salud y de fenómenos como las violencias en los contextos sanitarios.

Agradecimientos

A la Universidad de Nariño y al Centro de estudios en salud CESUN

Declaración de fuente de financiación

El proceso de investigación no tuvo fuentes de financiación.

Declaración de conflictos de intereses

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Declaración de responsabilidad

Las autoras son responsables de la información declarada y de su veracidad.

Declaración de contribución por autores

Melissa Ricaurte-Cepeda: concepción del artículo, análisis de la información, redacción del manuscrito, respuesta a observaciones y ajustes del proceso de evaluación para fines de publicación.

Yessica Guerrero Luna: obtención de la información en la que se sustenta la publicación, apoyo en el análisis de la información, apoyo en la redacción y ajustes del manuscrito para fines de publicación

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata [internet]; 1978 [citado 2023 sep. 18]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20deben%20cooperar,a%20todos%20lo%20dem%C3%A1s%20pa%C3%ADses>
2. Naciones Unidas. Cumbre Mundial en favor de la Infancia, 29 a 30 de septiembre de 1990, Nueva York, Estados Unidos [internet]; 1990 [citado 2023 sep. 18]. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/children/newyork1990>
3. Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas. Primera Cumbre de las Américas. Miami, [internet]; 1994 [citado 2023 sep. 18]. Disponible en: https://www.summit-americas.org/i_summit/i_summit_dec_sp.pdf
4. Naciones Unidas. Asamblea General. Declaración del Milenio [internet]; 2000 [citado 2023 sep. 18]. Disponible en: <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
5. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [internet]; 2015 [citado 2023 sep. 18]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
6. Consejo Ejecutivo, 140. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) [internet]; 2017 [citado 2023 ago. 16]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/273363>
7. Aguilar Revelo L. La autonomía de las mujeres y la igualdad de género en el centro de la acción climática en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina, ONU Mujeres [internet]; 2022 [citado 2023 jul. 18]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/48071>
8. O'Brien E, Rich M. Obstetric violence in historical perspective. *Lancet*. 2022;399(10342):2183-5. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01022-4)
9. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [internet]; 2023 [citado 2023 sep. 18]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
10. Ricaurte-Cepeda M. La salud colectiva: la salud en el contexto de la dignidad humana. *Univ. Salud* [internet]. 2020;22(1):3-4. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.202201.167>
11. Durán Rojas D, Duarte Hidalgo C. Perspectiva de género en la relación entre profesionales del área de la salud con usuarios y usuarias: una revisión de la literatura. *Sophia Austral*. 2019;(24):103-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-56052019000200103>
12. Gleason EG, Molina Berrío DP, et al. "Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad": experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas.

- Salud Colect. 2021;17:e3727. DOI: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2021.3727>
13. Fricker M. *Injusticia epistémica*. Barcelona: Herder Editorial; 2017.
 14. Viáfara-López CA, Palacios-Quejada G, Banguera-Obregón A. Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:1. DOI: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2021.18>
 15. Organización Panamericana de la Salud. *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. Washington: ops [internet]; 2018 [citado 2023 jul. 25]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49505>
 16. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Salud y mortalidad materna de las mujeres indígenas*. Unfpa.org [internet]; s. f. [citado 2023 ago. 12]. pp. 1-8 Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_v20_Spanish.pdf
 17. Organización Nacional Indígena de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud y Protección Social, United Nations Population Fund Colombia. 2022. *Situación de las mujeres indígenas en Colombia* [internet]; 2022 [citado 2023 ago. 4]. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/situacion-de-las-mujeres-indigenas-en-colombia>
 18. Márquez L, Plana A, Villarroel MC. Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos: alcances y desafíos para su medición en países de América Latina. *Cepal* [internet]; 2017 [citado 2023 jul. 25]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42029-mortalidad-materna-pueblos-indigenas-fuentes-datos-alcances-desafios-su-medicion>
 19. Instituto Nacional de Salud. *Comportamiento de la vigilancia de lesiones por pólvora pirotécnica. Boletín Epidemiológico Semanal. Colombia Semana Epidemiológica 52 de 2020* [internet]; 2020 dic. 27 – 2021 ene. 2 [citado 2023 ago. 16]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_53.pdf
 20. Organización Nacional Indígena de Colombia. *Naciones Unidas, Gobierno nacional y organizaciones indígenas se reúnen para acordar acciones que prevengan la muerte materna y neonatal* [internet]; 2016 oct. 18 [citado 2023 ago. 16]. Disponible en: <https://www.onic.org.co/comunicados-onic/1508-naciones-unidas-gobierno-150-nacional-y-organizaciones-indigenas-se-reunen-para-acordar-acciones-queprevengan-la-muerte-materna-y-neonatal>
 21. Castillo-Santana PT, Vallejo-Rodríguez ED, et al. *Salud materna indígena en mujeres nasa y misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos*. *Saúde Soc*. 2017;26(1):61-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168743>
 22. Colombia, Gobernación de Nariño. *Plan de desarrollo departamental “Mi Nariño en defensa de lo nuestro 2020-2023”*. Ordenanza 009 [internet]; 2020 jun. 25 [citado 2023 jul. 18]. Disponible en: https://sitio.narino.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/Plan_de Desarrollo_Mi_Narino_en_Defensa_de_lo_Nuestro_2020-2023.pdf
 23. Lasso Urbano C, Cabello-Tijerina PA. *Dialéctica del conflicto armado en el departamento de Nariño, Colombia en tiempos de paz, lecciones para la construcción de una Paz Histórica*. *Justicia*. 2022; 27(41):1-12. DOI: <https://doi.org/10.17081/just.27.41.5757>
 24. Hospital Civil de Ipiales. *Directorio de información de servidores públicos, empleados y contratistas* [internet]; 2020 oct. 13 [citado 2023 sep. 20]. Disponible en: <https://hospitalcivilese.gov.co/site/index.php/informacion-al-ciudadano-2/3-estructura-organica-y-talento-humano/3-5-directorio-de-informacion-de-servidores-publicos-empleados-y-contratistas>
 25. Chaves C, Mitis W. *Percepciones intergeneracionales sobre el embarazo a temprana edad de mujeres del resguardo indígena de cumbal*. [Trabajo de maestría]. [Pasto]: Centro de Estudios en Salud CESUN, Universidad de Nariño; 2019.
 26. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Archivos. [internet]; s. f [citado 2023 nov. 21]. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/about>
 27. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud* (1993, oct. 4).
 28. Harris O, Young K. *Engendered structures: Some problems in the analysis of reproduction*. En: Kahn JS, Llobera JR, editores. *The anthropology of pre-capitalist societies*. Critical social studies. London: Palgrave; 1981. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-349-16632-9_5
 29. Rodríguez V, Duarte C. *Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: embarazo, parto y puerperio en mujeres colla de la región de Atacama*. *Diálogo Andino*. 2020;(63):113-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812020000300113>
 30. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud* [internet]; 2023 [citado 2023 sep. 16]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57803/9789275327562_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y
 31. Castro A, Savage V, Kaufman, H. *Assessing equitable care for indigenous and afrodescendant women in Latin America*. *Revista Panamericana de Salud Publica*. [internet]; 2015 [citado 2023 sep. 20]; 38(2),96-109. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10044>
 32. Uribe M, Rodríguez K, Agudelo M. *Salud sexual y reproductiva en México: determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva del seguro popular en el municipio de León Guanajuato*. México: CLACSO [internet]; 2015 [citado 2023 sep. 20]. Disponible en: <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/handle/CLACSO/10994>
 33. Range Y, Martínez A, et al. *Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres tének y náhuatl de México*. *Rev. esc. enferm. USP*. 2019;53. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018028603464>
 34. Restrepo A, Rodríguez D, Torres N. *“Me des-cuidaron el parto”: la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto [tesis de grado]*. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana [internet]; 2016 [citado 2023 ago. 20]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/20447>
 35. Valdez R, Salazar Y, et al. *El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México*. *Rev. CONAMED* [internet]; 2016 [citado 2023 ago. 18]; 21(1): 42-47. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2016/supl1/4.pdf>
 36. Dueñas Matute SE, Martínez EZ, Donadi EA. *Intercultural childbirth: Impact on the maternal health of the Ecuadorian Kichwa and mestizo people of the Otavalo region*. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021; 43(01):014-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1721353>
 37. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. *Decreto 1848, por el cual se adiciona la Sección 2 al Capítulo 4 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el Sistema*

de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, aplicables durante el periodo de transición al Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI- y se dictan otras disposiciones (2017 nov. 8).

38. Colombia, Congreso de la República. Ley 691, mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. [Bogotá]: Diario Oficial 44.558 (2021 sep. 21).
39. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035, por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera (2022 jun. 14).
40. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia [internet]; 2017 [citado 2023 nov. 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>
41. Universidad de Nariño, Consejo Académico. Acuerdo 126, por el cual se modifica el Plan de Estudios del Programa de Medicina [internet]; 2008 jun. 20 [citado 2023 nov. 20]. Disponible en: https://secretariageneral.udenar.edu.co/?wpfb_dl=1275
42. Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá. Diplomado en Salud Intercultural [internet]; 2023 [citado 2023 nov. 20]. Disponible en: <https://educacionvirtual.javeriana.edu.co/salud-intercultural>
43. Universidad del Rosario. UR Intercultural [internet]; s. f. [citado 2023 nov. 20] Disponible en: <https://urosario.edu.co/static/UR-Intercultural/Inicio/>