

Hacia un modelo de atención intercultural del parto en la comunidad indígena Emberá Chamí: investigación acción participación

Towards a Model of Intercultural Childbirth Care in the Emberá Chamí Indigenous Community: Participatory Action Research

Rumo a um modelo de atenção intercultural do parto na comunidade indígena Emberá Chamí: pesquisa ação participativa

JOHN CAMILO GARCIA URIBE, ANÍBAL VICENTE ARTEAGA NORIEGA, JOHN JAIRO BOTELLO JAIMES,
YURANY LICETH ECHEVERRY CATAÑO, ANGIE KATHERINE TURRIAGO CASTAÑEDA

John Camilo Garcia Uribe

Corporación Universitaria Remington,
Medellin, Colombia
John.garcia@uniremington.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-3810-5583>

Aníbal Vicente Arteaga Noriega

Corporación Universitaria Remington,
Medellin, Colombia
Anibal.arteaga@uniremington.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-6612-1169>

John Jairo Botello Jaimes

Corporación Universitaria Remington,
Medellin, Colombia
jhon.botello@uniremington.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-5326-7708>

Yurany Liceth Echeverry Cataño

Dirección local de salud, Riosucio, Colombia
nanyecheverri82@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-9812-2705>

Angie Katherine Turriago Castañeda

Universidad católica de Manizales, Colombia
angie.turriago@ucm.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-4463-4238>

Correo de correspondencia:

angie.turriago@ucm.edu.co

Fecha de recepción: 20/08/2024

Fecha de aceptación: 07/11/2024

Resumen

La salud de los indígenas es una prioridad mundial, especialmente, en países de bajos y medianos ingresos suele ser un asunto crítico por la exacerbación de desigualdades sociales. Estudio cualitativo en el que se aplicaron herramientas de investigación acción participación. Con el objetivo de diseñar un modelo de atención intercultural del parto con la comunidad Emberá Chamí de Riosucio Colombia. Las experiencias y significados de la comunidad indígena alrededor de la atención del parto están enmarcadas en la percepción de barreras e injusticias epistémicas y sociales, un modelo de atención intercultural implica superar estas barreras y generar procesos de adaptación y modificación de prácticas y saberes institucionalizados. Para la atención intercultural del parto es fundamental contar con una infraestructura que cuente con las áreas, ambientes en las cuales se respeten, en donde se permita la práctica de la medicina ancestral y occidental de manera sincrónica, puesto que al conocer las necesidades específicas de la comunidad sobre las creencias y practicas relacionadas con el parto, podemos mejorar la experiencia de las gestantes.

Palabras clave: investigación acción participación; enfermería transcultural; interculturalidad; atención el parto; salud indígena.

Financiación: este trabajo no ha recibido financiación

Conflicto de intereses: los autores declaran que no hay conflicto de intereses



Licencia: este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2025 John Camilo Garcia Uribe, Aníbal Vicente Arteaga Noriega, John Jairo Botello Jaimes, Yurany Liceth Echeverry Cataño, Angie Katherine Turriago Castañeda

Citación: Garcia Uribe, J. C., Arteaga Noriega, A. V., Botello Jaimes, J. J., Echeverry Cataño, Y. L., Turriago Castañeda, A. K. (2025). Hacia un modelo de atención intercultural del parto en la comunidad indígena Emberá Chamí: investigación acción participación. *Cultura de los Cuidados*, (70), 225-244. <https://doi.org/10.14198/cuid.27554>



Abstract

The health of indigenous people is a global priority, especially in low and middle-income countries, it is often a critical issue due to the exacerbation of social inequalities. This is a qualitative study in which participatory action research tools were applied. With the objective of designing an intercultural childbirth care model with the Emberá Chamí community of Riosucio, Colombia. The experiences and meanings of the indigenous community around childbirth care are framed in the perception of epistemic

and social barriers and injustices, an intercultural care model implies overcoming these barriers and generating processes of adaptation and modification of institutionalized practices and knowledge. For intercultural childbirth care it is essential to have an infrastructure that has areas and environments in which they are respected, where the practice of ancestral and western medicine is allowed in a synchronous way, since knowing the specific needs of the community about the beliefs and practices related to childbirth, we can improve the experience of pregnant women.

Keywords: participatory action research; transcultural nursing; interculturality; childbirth care; indigenous health.

Resumo

A saúde dos indígenas é uma prioridade mundial, especialmente em países de baixa e média renda, onde costuma ser um assunto crítico devido à exacerbação das desigualdades sociais. Estudo qualitativo no qual foram aplicadas ferramentas de pesquisa ação participativa. Com o objetivo de desenhar um modelo de atenção intercultural do parto com a comunidade Emberá Chamí de Riosucio, Colômbia. As experiências e significados da comunidade indígena em torno da atenção ao parto estão enquadrados na percepção de barreiras e injustiças epistêmicas e sociais. Um modelo de atenção intercultural implica superar essas barreiras e gerar processos de adaptação e modificação de práticas e saberes institucionalizados. Para a atenção intercultural ao parto, é fundamental contar com uma infraestrutura que disponha de áreas e ambientes nos quais se respeite e se permita a prática da medicina ancestral e ocidental de maneira síncrona, pois ao conhecer as necessidades específicas da comunidade sobre as crenças e práticas relacionadas ao parto, podemos melhorar a experiência das gestantes.

Palavras-chave: pesquisa ação participativa; enfermagem transcultural; interculturalidade; atenção ao parto; saúde indígena.

INTRODUCCIÓN

Los saberes ancestrales de las comunidades indígenas son construidos a través de una relación dinámica y sistemática de acumulación de investigación y experiencias que conjugan la observación, la contemplación y la comprobación alrededor de procesos de adaptación con la naturaleza para la resolución de problemas de la vida cotidiana de su comunidad (Tolé Martínez, 2022). De acuerdo con la (UNESCO, 2022), los saberes ancestrales se enmarcan en una especie de patrimonios vivos o latentes que permiten construir y mantener sentimientos identitarios y de continuidad en los aborígenes. Reconocer estos saberes permite promover la cohesión social, el respeto por la diversidad cultural y la creatividad humana, así como ayudar a las comunidades a crear sociedades resilientes, pacíficas e inclusivas.

La salud de los indígenas es una prioridad mundial, especialmente, en países de bajos y medianos ingresos suele ser un asunto crítico por la exacerbación de desigualdades sociales que se extienden hacia estos pueblos (Sajtos *et al.*, 2023). Desde diferentes latitudes se ha venido trabajando por modelos de atención intercultural en salud a través de procesos de reconocimiento y validación de saberes (Aguilar Peña *et al.*, 2020; Mignone *et al.*, 2007), con el objetivo de garantizar igualdad de oportunidades sanitarias, centrándose en las poblaciones indígenas que sistemáticamente han disparidades históricas y diferentes tipo de injusticia epistémica y sociocultural. Las intervenciones sanitarias eficaces en las comunidades indígenas deben incorporar los conocimientos, creencias y cosmovisiones indígenas para que sean culturalmente apropiadas.

La mortalidad materna y neonatal sigue siendo un grave problema de salud pública en los países de medianos y bajos ingresos (Felisian *et al.*, 2023). En el caso de Colombia después de la pandemia por el Covid-19 se presentó un incremento considerable de los casos de morbilidad materna extrema “la razón de morbilidad materna extrema para el 2021 es de 48,4 casos por cada 1 000 nacidos vivos, con respecto al 2020, de 39,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Hasta la semana epidemiológica 08 de 2022 se habían notificado 4 996 casos con una razón de 48,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos”(Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2022). De acuerdo con este mismo informe, en la población indígena colombiana para el 2021, se reportó una razón de 34,9 casos por cada 1 000 nacidos vivos. Aunque los datos de comunidades rurales dispersas e indígenas suele tener subregistros o sesgos en el análisis y recolección de la información por subrepresentación (Freyermuth, 2002).

El municipio de Riosucio Caldas, es un territorio caracterizado porque el 80% de su población es indígena de la étnia Embera Chamí, con una población aproximada de 100.000 habitantes. En las comunidades indígenas existe una mortalidad materna cinco veces mayor a la de la población no indígena de Colombia. Los problemas de acceso a servicios de salud y la inequidad social se tiende a agudizar en las comunidades indígenas y población pobre vulnerable (García-Uribe & Chavarría-Ramírez, 2023). En este sentido, se requieren intervenciones multisectoriales que tengan en cuenta la cultura de estos pueblos para reducir la inequidad que los afecta, la injusticia epistémica y favorecer el acceso a los servicios sanitarios (Bello-Álvarez & Parada Baños, 2017).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) Según datos del año 2012, a nivel mundial la mitad de la población en países industrializados utiliza actualmente de alguna forma la medicina tradicional y complementaria en donde destaca a Colombia con un 40%. (OMS, 2024).

Colombia acogió el concepto de interculturalidad de los principios del sistema indígena de salud propio intercultural (SISPI), donde se entiende la interculturalidad como: “la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del sistema general de seguridad social en salud SGSSS, que genera el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio.” (Artículo 75, Decreto 1953 de 2014). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos legislativos y administrativos ha sido compleja su implementación, especialmente por la diversidad de pueblos indígenas, así como por dificultades geográficas, técnicas y culturales (Aguilar Peña *et al.*, 2020).

La iniciativa de una atención intercultural del parto en la comunidad descrita nace por mesas de dialogo instauradas en el marco de las políticas públicas para atender las crecientes cifras de mortalidad materno perinatal, a raíz de estos diálogos, los indígenas representadas por sus gobernadores, cabildantes y comuneros de los cuatro resguardos indígenas compartieron experiencias y testimonios sobre las dificultades en la prestación de los servicios en salud, especialmente por un denominado choque cultural entre las prácticas y saberes ancestrales y la medicina occidental. En este sentido, el objetivo de este proyecto de investigación es el diseño e implementación de un modelo de atención intercultural del parto en la comunidad Emberá Chamí de Riosucio Colombia.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo en el que se aplicaron herramientas de investigación acción participación. Este trabajo se inscribe en la perspectiva teórica de Borda, quien propone una mirada crítica para la recuperación de la historia y la cultura, especialmente de los pueblos marginados o excluidos (Fals Borda & Rodriguez Brandao, 1986). Para ello, es necesario volver los ojos, respetar y reaprender de cuatro pueblos que hacen parte de la esencia de Colombia: los indígenas, los palenques, los artesanos y los patriarcas colonos de la frontera agrícola (Borda, 2007)

El proceso metodológico dio inicio con la identificación del problema por la comunidad y el establecimiento de mesas de trabajo con los actores institucionales y académicos. El equipo investigador se conformó luego de las mesas de dialogo iniciales y estuvo constituido por personal de la secretaria de salud de la del municipio de Riosucio, personal administrativo y asistencial del hospital local e investigadores de la Facultad de Ciencias de la salud de la Corporación Universitaria Remington con formación en modelos de cuidado intercultural, investigación cualitativa y trabajo con comunidades vulnerables. Se contó con la participación de actores o facilitadores locales, miembros de la comunidad indígena, el gestor de salud indígena y el líder del centro de etnosalud quienes facilitaron los diálogos de saberes con la comunidad, la logística y concertación de los espacios para el establecimiento de una agenda de trabajo (Abad Corpa *et al.*, 2010). “Los facilitadores cumplen un doble rol: como facilitadores, pero también como investigadores. En su rol como mediadores del diálogo de saberes, pueden facilitar el acceso a conocimiento de dos maneras: gracias a su propia especialización, en caso que dominen el tema de investigación; y a través de otros especialistas” (Zapata & Rondan, 2016).

Para el trabajo de campo se combinaron diversas técnicas de recolección de la información como entrevistas semiestructuradas, diarios de campo, grupos focales, descripciones

fenoménicas (autobiográficas) y observación participante. Se registró el lenguaje verbal y no verbal, consensos y disensos de los participantes, se tomaron datos de la dinámica del grupo y del ambiente en el que se encuentren los participantes. Se tomaron notas de testimonios de las intervenciones, registro fotográfico en tres momentos, se realizó grabación de la sesión previo consentimiento verbal y escrito de los participantes.

Las entrevistas individuales y grupales fueron grabadas y posteriormente transcritas en Microsoft Word. Para el análisis de los resultados se construyen unidades semánticas y mapas categoriales a través de la agrupación desagrupación de los datos, para identificar los códigos y las categorías, en el software Atlas.ti. Se realiza triangulación de la información se comparan los hallazgos con otros estudios y se realiza una visita de referenciación al resguardo de la comunidad indígena. Una vez analizada la información se procedió a devolver los resultados en las mesas de trabajo con participación de integrantes de la comunidad indígena a través de un nuevo grupo focal. Para el análisis de este grupo focal se realiza un análisis in vivo pragmático para la construcción de la ruta de trabajo, establecer las prioridades y dar inicio a un nuevo ciclo en el que se evalúan las acciones implementadas.

MUESTREO

El proceso de muestreo se orientó desde las mesas de trabajo, es decir, los actores institucionales (hospital) académicos (universidad) y líderes de la comunidad indígena sugirieron expertos temáticos y vivenciales para explorar el fenómeno. Se realizó un grupo focal en la institución hospitalaria, un grupo focal con mujeres indígenas que han dado a luz durante los últimos dos años en el hospital y entrevistas a parteras y chamanes de la comunidad indígena; y finalmente, un grupo focal entre los integrantes de la mesa de trabajo. Para la realización de las entrevistas se concertaron espacios cercanos a los participantes como las juntas de acción local y la institución hospitalaria.

Los criterios de selección de los participantes fueron construidos desde la mesa de trabajo con base en los siguientes aspectos: mujeres indígenas que han sido atendidas durante los últimos dos años en el hospital durante el proceso de parto y posparto; parteras de la comunidad Emberá Chamí autorizadas para el ejercicio de la práctica por parte del resguardo indígena; profesionales de la salud con dos años de antigüedad en el hospital y que participan de la atención del parto y post parto, así como los integrantes de la mesa de trabajo, líderes indígenas, líderes o representantes de la institución de salud y de la administración local.

Entrevistas a personal asistencial occidental	un medico ginecólogo, dos auxiliares de enfermería y dos enfermeras
Grupo focal con profesionales de la salud	tres enfermeras, un ginecólogo y un auxiliar de enfermería
Entrevista a comunidad indígena	dos médicos tradicionales (resguardo indígena de san Lorenzo y nuestra señora de la montaña) y un promotor de salud intercultural propia
Un grupo focal	cuatro autoridades indígenas y ocho parteras

Posterior al análisis genérico, se procede a realizar un análisis por subgrupo para identificar características, consensos y disensos entre los grupos comunidad indígena y profesionales de salud. En el caso de la comunidad indígena se puede apreciar que los conceptos más frecuentes fueron atención, hospital, partera indígena, comunidad, tradiciones, espacios, costumbres, acompañamiento, barreras y garantía de derechos, tal como se puede apreciar en la figura 2.

Figura 2. Nube de palabras en el discurso de los participantes de la comunidad indígena



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación 2024

Al preguntar por las experiencias durante el parto surgen dos conceptos que parecen contrapuestos en el discurso acompañamiento y barreras “*para tener el hijo uno requiere estar acompañada, pero lo que encuentra son barreras*” MI-GF2 “*uno como partera trata de acompañar pero muchas veces no puede porque no lo permiten*” MI-GF3. “*a veces estamos en una sala solas, con más mujeres con dolor*” MI-GF3; “*el hospital queda muy lejos, no hay horarios para las citas, y a veces es difícil que dejen acompañante, entonces el acompañante debe buscar donde quedarse, son barreras sobre las barreras*” MIGF2. Estas son algunos de los testimonios que configuran la categoría barreras de acceso a los servicios de salud que emergen en la narrativa de la comunidad indígena como aquellas dificultades para el acceso a los servicios de diversa índole, técnica, geográfica, institucional o económica.

Mientras que en los profesionales de la salud los conceptos más frecuentes fueron, atención del parto, comunidades indígenas, medicina occidental, infraestructura, conocimientos, debilidades y prácticas.

Figura 3. Nube de palabras análisis por subgrupo de los profesionales de salud del hospital de Riosucio



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación 2024

En el discurso de los participantes profesionales de la salud se consideraron como categorías emergentes complicaciones del embarazo y cuidado intercultural. *“uno ve que cuando las gestantes no vienen a los controles sea cual sea la causa, terminan complicandose”* PS-GF1. *“Entonces debemos mejorar la atención para evitar complicaciones, debemos hacer que las gestantes quieran venir a ser atendidas al hospital”* PS-GF1. *“Contar con la cultura de ellos, sus costumbres y prácticas es una necesidad, pero es complejo porque no estamos capacitados para eso, entonces ellas no vienen y se complican porque no hay estratificación del riesgo, puede que muchas puedan ser atendidas por parteras, pero puede que otras no, de ahí la necesidad de adaptarnos”* PS-GF1.

Estas dos miradas sobre la atención del parto tienen puntos de encuentro y desencuentro que se ponen en tensión en los mapas categoriales citados a continuación en las categorías emergentes: barreras acceso a servicios de salud; complicaciones del embarazo, diversidad y cuidado intercultural.

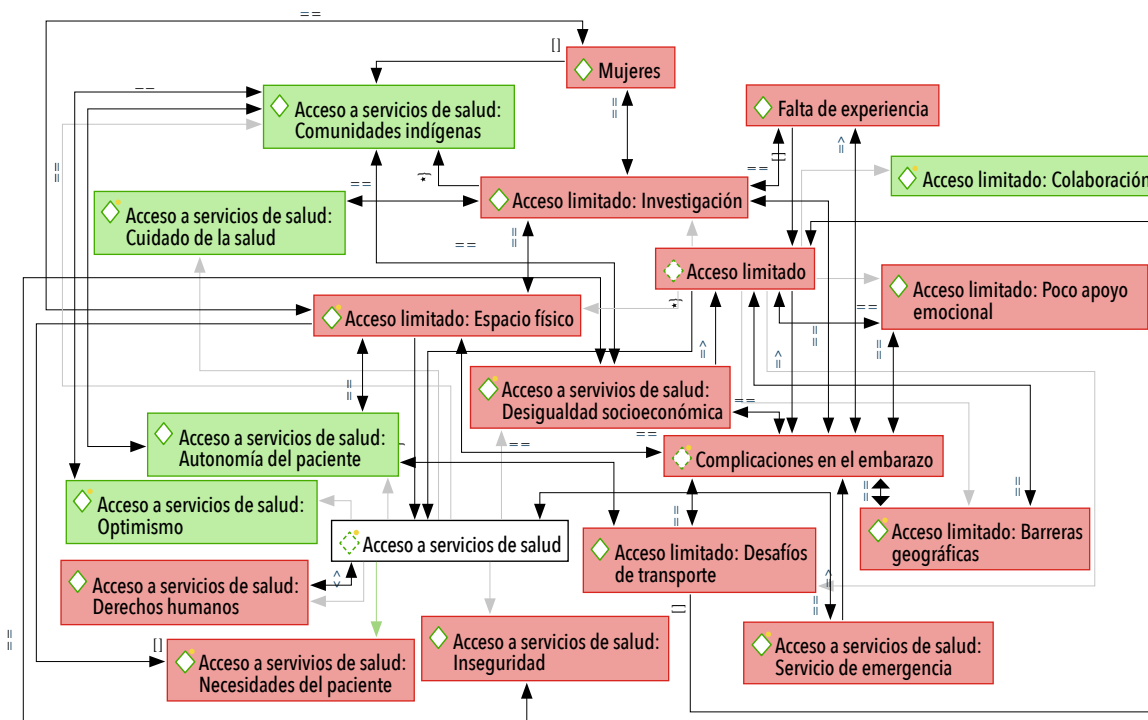
UNA MIRADA SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD INDÍGENA EMBERÁ CHAMÍ DE RIOSUCIO

El acceso a los servicios de salud de las comunidades indígenas de Riosucio es un factor determinante para el cuidado de la salud de la población, tal como lo refieren los participantes de este estudio: *“que una mujer pueda acceder a los controles prenatales, a la atención del parto y al seguimiento post parto y del recién nacido es una necesidad fundamental para la salud de la población”* PSH-1, en este punto concuerdan los relatos de la comunidad indígena *“el acceso a los servicios del hospital es muy importante para que estemos saludables”* MCI-2. El hospital no siempre es descrito en función de búsqueda de soluciones ante la enfermedad, sino que de acuerdo con los relatos de los pacientes *“a veces vamos al hospital porque ofrecen cosas para estar saludables”* MCI-1. Los participantes de la comunidad indígena, resaltan que la búsqueda de los servicios hospitalarios es un proceso autónomo y voluntario, que son ellos quienes toman la decisión de acudir, incluso aunque sea bajo recomendaciones o consejos de los médicos tradicionales *“yo voy al hospital cuando considero que lo necesito”* MCI-3 *“uno sabe cuándo necesita ir al hospital”* MCI-2. Esto se puede ver representado con los recuadros verdes de la ilustración Nro. 13. Sin embargo, en los relatos de los participantes fue posible identificar aspectos negativos relacionados con el acceso a los servicios de salud (recuadros de color rojo). La comunidad indígena y los profesionales de salud destacan barreras geográficas, económicas y administrativas para el acceso a los servicios de salud. *“el hospital queda muy lejos, uno no tiene como llegar al hospital, por eso a veces no vamos [...] ; ir al hospital implica gastar dinero en transporte, comida, estadía y no tenemos suficiente dinero para ir”* MCI-2. *“No tenemos transporte para asistir al hospital, a veces los horarios en que nos atienden hacen que tengamos que salir muy temprano [...]. Es difícil que permitan que uno vaya con la partera”* MCI-3. Estas dificultades parecen en términos cualitativos afectar en mayor medida a mujeres y por supuesto a población de escasos recursos, *“es posible observar que la comunidad de escasos recursos y en especial las mujeres gestantes indígenas tienen mayores dificultades para acceder al hospital”* PS -3.

En la infraestructura física hospitalaria no se tienen espacios diferenciados o adaptados para la atención de la comunidad indígena de acuerdo con sus creencias y perspectivas, lo cual, es uno de los factores que determina la búsqueda de servicios hospitalarios, de acuerdo con las participantes de la comunidad indígena *“es difícil llegar al hospital y cuando una llega se encuentra con un ambiente totalmente diferente a nuestro hogar, en el que una se siente extraña, como si no perteneciera allí, uno no vuelve a donde no se siente cómodo”* “No se cuenta con los aditamentos necesarios para una atención del parto intercultural, solo podemos ofrecer servicios de medicina occidental” PS-3. En este punto, es posible vislumbrar como el espacio físico y la atención intercultural del parto inciden en el acceso a los servicios de salud y en especial de las mujeres a la atención del parto en las instituciones de salud.

Tanto los profesionales sanitarios como las participantes de la comunidad indígena reconocen que no tener acceso a los servicios de salud puede generar complicaciones en el embarazo o que una vez presentadas las complicaciones se presenten efectos mortales para el feto y la madre *“uno sabe que si el embarazo se está complicando debe ir al hospital, y si no lo atienden a uno rápido se puede morir, a veces el medico tradicional o la partera no puede resolver algunas cosas graves y es necesario ir pronto al hospital”* MCI-4.

Figura 4. Percepciones sobre el acceso a servicios de salud por parte de la comunidad indígena de Riosucio



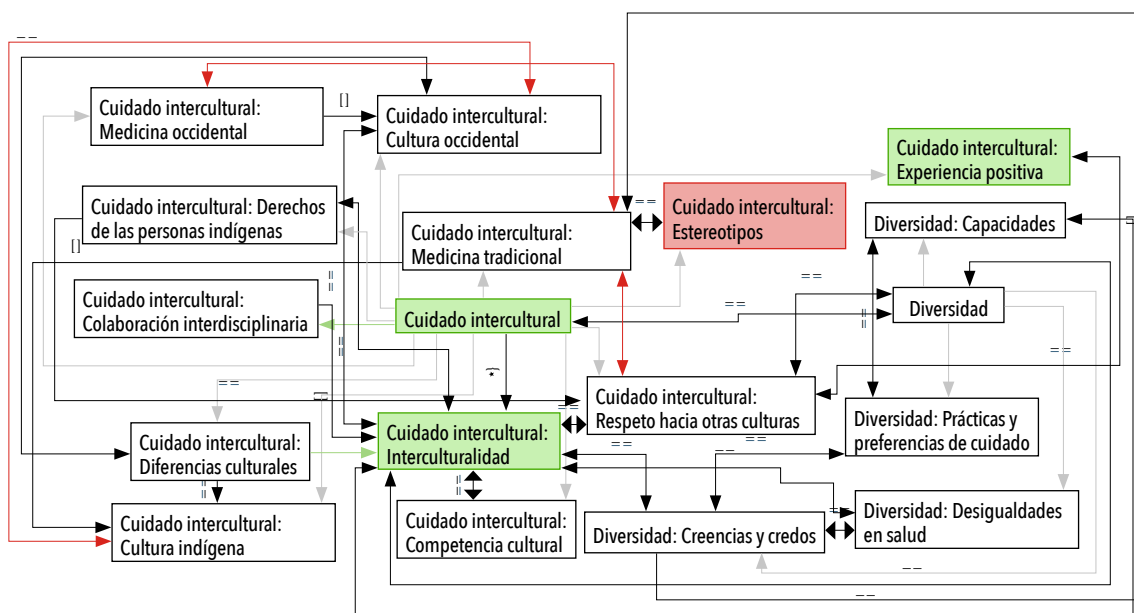
Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación 2024

En las gestantes indígenas estas barreras a los servicios de salud se agudizan por su condición de ser mujer, por los cuidados adicionales que requieren para el transporte y por qué suelen requerir acompañante para sus traslados *“nos queda muy difícil transportarnos, no podemos montar en moto y requerimos ir acompañadas”* MCI-4. Se resalta también el poco acompañamiento emocional durante el proceso del embarazo, el parto y el postparto, especialmente por desconocer las prácticas culturales y los saberes ancestrales *“A veces la atención no es de buena calidad, ellos no saben la importancia que tiene el parto y la placenta para nosotros [...], a veces requerimos más acompañamiento”* MCI-2. Al no contar con una ruta de atención diferenciada, es usual que existan reprocesos y barreras administrativas, *“A veces hay muchos trámites, no es claro que debemos hacer, a dónde ir, a quién buscar”* MC5. Estas barreras, en ocasiones imposibilitan el acceso a los servicios de salud, lo cual, se traduce en un aumento de la morbilidad materna *“las gestantes no consultan a tiempo, muchas veces prefieren la atención del parto por las parteras de su comunidad, porque es más cómodo y tranquilo para ellas, acorde a sus prácticas y creencias”* PS-3.

Las diferentes cosmogonías del proceso salud y enfermedad entre la comunidad indígena y los profesionales de salud, puede generar conflictos y en algunos casos no se reconoce al otro como un interlocutor válido, generando estigmatización sobre las prácticas ancestrales. *“Para los profesionales de salud a veces es difícil llegar a acuerdos con la comunidad indígena”* PS-1, *“Existe una incredulidad y en ocasiones rechazo a los saberes ancestrales, uno debe creer en lo que le están haciendo, ellos deberían contar con nuestras creencias y tradiciones”* MCI-2. *“muchas gestantes indígenas no asisten a los controles prenatales, lo cual, dificulta diagnosticar y prevenir a tiempo complicaciones gestacionales”* Sin embargo, vale la pena mencionar que en el territorio se han adelantado estrategias de etno-salud, que han acercado los servicios de salud a los territorios habitados por las comunidades indígenas *“Existe una oficina y un gestor de etnosalud que han tratado de acercar los servicios de salud a la comunidad y de abogar por una atención intercultural”*.

Una de las categorías más robustas en cuanto a densidad y enraizamiento fue el cuidado intercultural, para los profesionales de la salud es necesario un trabajo interdisciplinario, reconocer las diferencias de cada una de las culturas y referenciarse a través de otras experiencias exitosas en modelos de atención intercultural *“es necesario capacitarnos en atención intercultural, en la cultura indígena de nuestra comunidad y trabajar con otros profesionales para articular de la mejor forma posible el proceso de atención en este grupo poblacional”*. Para los participantes de la comunidad indígena la atención del parto precisa de un enfoque de interculturalidad que reconozca la diversidad y que sea diverso *“se requiere del reconocimiento de la cultura del otro, las diferencias, credos y prácticas, pero también de una integración, un dialogo de saberes en el que se respete la cultura y los derechos de la comunidad indígena, y de toda la población diversa que suele ser excluida, capacidades diferenciadas, orientaciones sexuales, entre otras”* MCI-4. La concepción de salud enfermedad anidada en cada una de las culturas y representada por los estándares de la medicina occidental y la medicina ancestral o tradicional indígena, tienden a chocar frecuentemente, *“para nosotros la relación y armonía con la madre tierra y los espíritus ancestrales es fundamental”* MCI-3. La evidencia científica y las guías de práctica clínica suelen ser usados como contraargumento que suelen cerrar la vía a los diálogos de saberes.

Figura 5. Precepción de la comunidad indígena Embera Chami de los 4 resguardos indígenas del Municipio de Riosucio Caldas para la atención del parto institucional



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación 2024

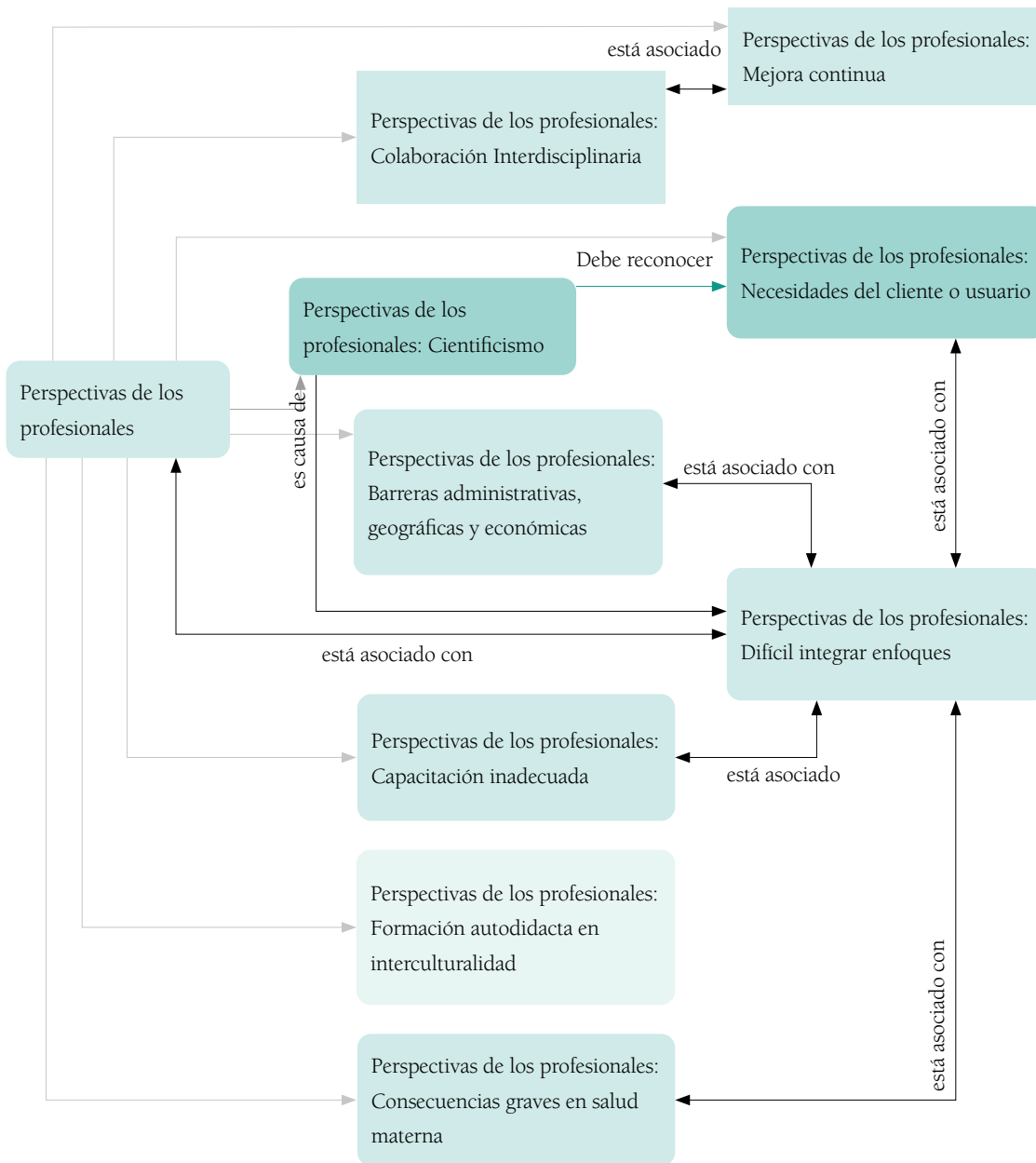
De acuerdo con lo anterior, a continuación, se describe una síntesis de la percepción de los participantes de las comunidades indígenas sobre el proceso de atención del parto institucional. *“Existen demoras, retrasos, tramites y largas distancias que dificultan el acceso a los servicios de salud”* MCI-3. *“Las diferencias entre las culturas no se reconocen, ni las tradiciones, ni las costumbres, sino que se suele querer imponer una cultura a la otra”* MCI-3. Por tanto, *“se requiere de abordajes interculturales, espacios físicos adecuados, rutas de atención diferenciadas e integradas, participación de la comunidad en la adaptación y diseños de espacios”* MCI-1. *“si no se reestructura la atención la comunidad no va asistir a los hospitales y no se podrán prevenir las complicaciones maternas”* PS-2.

Percepción de los profesionales de salud del hospital de Riosucio sobre la atención del parto institucionalizado de pacientes de la comunidad indígena

En el caso de los profesionales de la salud, si bien se describe una actitud de servicio orientada a la mejora continua y a tratar de identificar las necesidades de los pacientes, destacan que no cuentan con conocimientos, formación ni experiencia en atención intercultural y que lo poco que han aprendido acerca del tema ha sido por metodologías autodidactas o a través de la experiencia en el día a día con la comunidad. En este sentido, uno de los participantes afirma *“realmente no sabemos de la atención intercultural, lo que ello significa, no conocemos lo que representan y significan muchas cosas de la cultura indígena, hemos ido aprendiendo sobre la marcha”* PS-3. Uno de los factores que suele determinar la posibilidad o no de dialogo de saberes, es la noción de la validez del conocimiento, para algunos profesionales *“es difícil aceptar algunos cambios, porque muchas de las prácticas y costumbres indígenas carecen de sustento científico”* PS-1. Tanto los profesionales como los participantes de la comunidad

indígena, concuerdan en que existen barreras de diversa índole y las dificultades de una integración de saberes para la atención intercultural.

Figura 6. Percepción de los profesionales de salud del hospital de Riosucio sobre la atención del parto institucionalizado de pacientes de la comunidad indígena

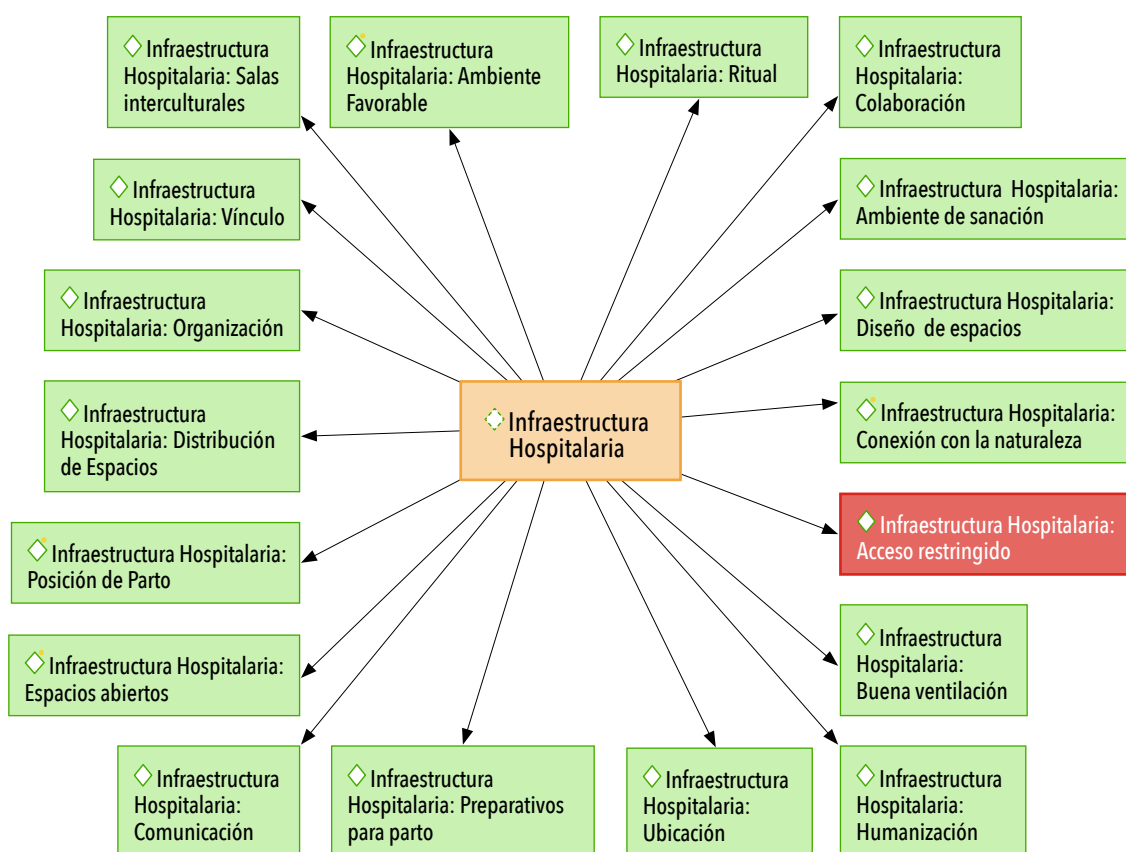


Estos mapas categoriales se discuten en la mesa de trabajo para configurar una ruta de trabajo y se llega al consenso que se requiere enfrentar tres problemas principales: la arquitectura hospitalaria; la formación en interculturalidad y establecer una ruta de atención del parto con enfoque intercultural que favorezca el acceso de las comunidades al hospital. En este artículo se describe el trabajo alrededor de la primera meta concertada, la infraestructura hospitalaria como un aspecto clave en la constitución de un modelo de atención intercultural del parto.

De acuerdo con los participantes, existe un vinculo entre el territorio, el espacio, el tiempo y las personas: *“tocar la naturaleza, estar en un espacio abierto y amplio, respirar aire puro, uno sabe que pertenece allí y se siente segura, poder tocar la tierra al enterrar la placenta, poder sentir el su olor y su textura es una forma de sentir que la madre naturaleza nos soporta y nos apoya”* M-GF-2. Por el contrario, en el ambiente hospitalario se presenta una especie de aislamiento espacial, temporal y familiar: *“uno siente que no pertenece allí, no le permiten estar con sus familiares, se siente encerrado, en el hospital y en la misma camilla con barandas, con cortinas y con aparatos, allá el tiempo se hace eterno”*M-GF-2.

En este mismo aspecto, los profesionales de la salud que la infraestructura hospitalaria obedece al diseño organizacional tradicional de los hospitales y que se requieren realizar modificaciones para implementar el modelo de atención intercultural del parto: *“ellos tienen una mirada diferente del parto, del embarazo y de la salud, si ellos son la comunidad para la cual prestamos el servicio debemos realizar muchas adecuaciones arquitectonicas y en general en el modelo de prestación de los servicios, en especial contemplar la relación con la naturaleza, respetar y favorecer sus rituales, y flexibilizar el asunto de las visitas o acompañantes”* EM-1. La categoría emergente infraestructura hospitalaria puede apreciarse en la figura 7.

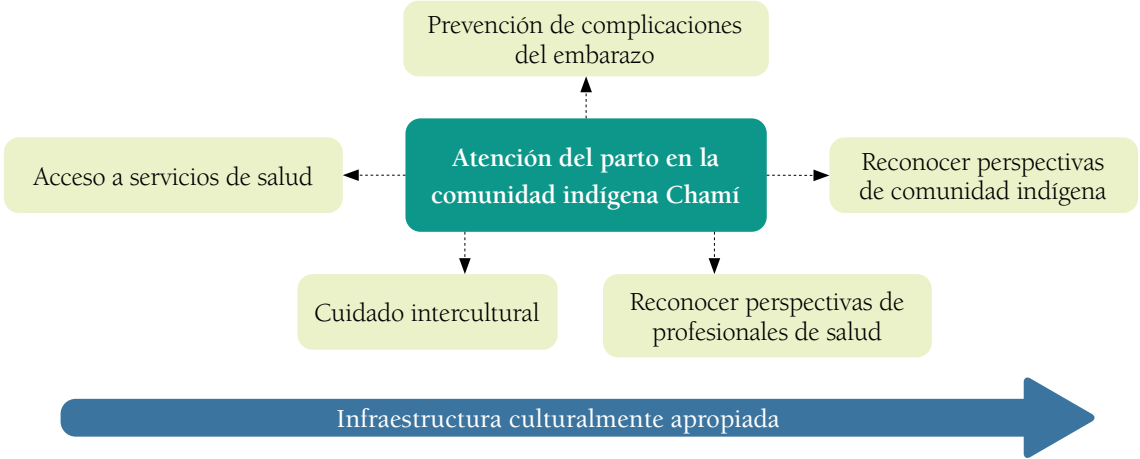
Figura 7. La infraestructura hospitalaria un aspecto clave para la atención intercultural del parto



Finalmente, es posible evidenciar que para una atención del parto institucionalizada pero en el marco de un modelo intercultural se requiere la gestión de las barreras administrativas, económicas y geográficas para que la comunidad pueda acceder a los servicios de salud o en su defecto algunos servicios de salud se desplacen a la comunidad, pudiendo identificar y tratar a

tiempo complicaciones del embarazo. Es impertérrito un reconocimiento y respeto de la cultura del otro para que se pueda llegar a un cuidado intercultural, que sea acorde a las necesidades de la población, que reconozca la diversidad y que posibilite la participación comunitaria en la gestión del proceso salud enfermedad. Tal como se puede apreciar en la Red de redes de la figura 8.

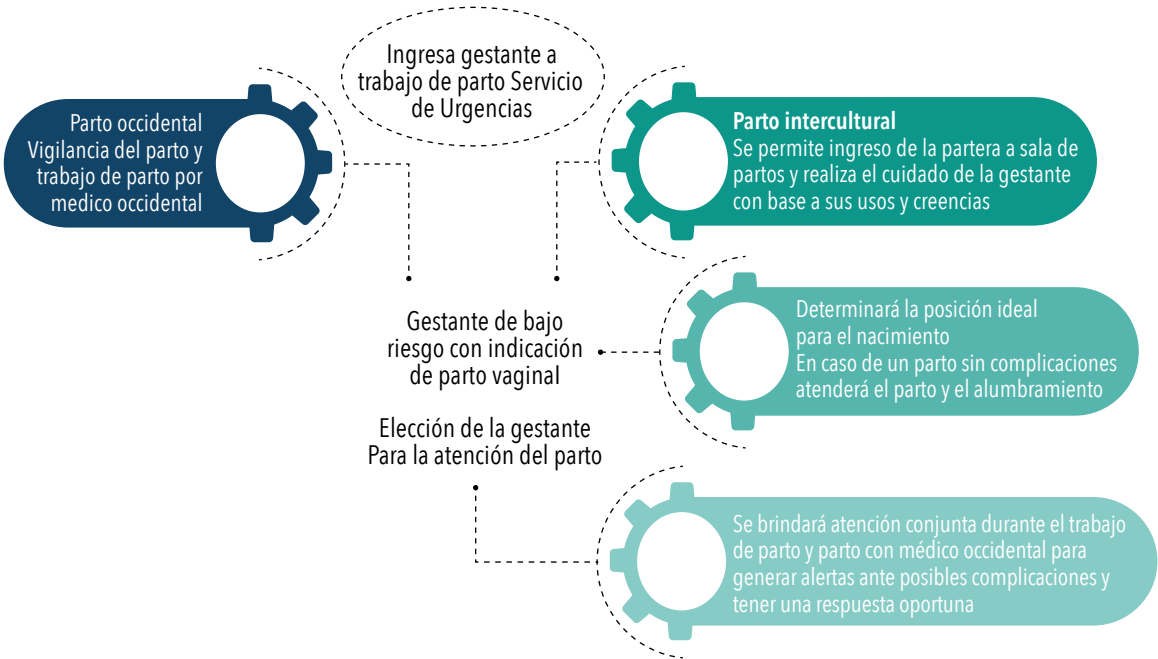
Figura 8. Red ded redes



DE LA INVESTIGACIÓN A LA ACCIÓN

Una vez consolidado el analisis preliminar de la información se convoca al equipo interdisciplinario de trabajo conformado por un líder de la comunidad indigena, dos representantes de la comunidad indigena, un representante de la oficina de etnosalud, un representante del hospital, un representante de la administración local y dos investigadores con experiencia en investigación cualitativa para las propuestas de acción. La ruta de atención se ejemplifica en la figura 9.

Figura 9. Ruta de atención intercultural del parto



Respecto a las adaptaciones de infraestructura estos fueron los acuerdos concertados con la comunidad:

Grupo de Apoyo Diagnostico y complementaria terapéutica	servicio de Terapias	No requiere ajuste de infraestructura
	Farmacéutico	Crear huerto con las plantas más utilizadas que permitan en manejo de la medicina ancestral
	Odontología	No se requiere ajuste a la infraestructura
	Imágenes diagnosticas	No se requiere ajuste a la infraestructura
	Laboratorio clínico	no se requiere ajuste a la infraestructura
	Toma de citologías	no se requiere ajuste a la infraestructura
Grupo de internación	Hospitalización	<p>Disponer de una habitación que garantice, privacidad, seguridad, confort.</p> <p>Primer ambiente: tener un área para realizar la consulta y otra para el baño</p> <p>Segundo ambiente: en donde se puede realizar la ofrenda para llevar a cabo el ritual de sanación.</p> <p>Un tercer ambiente: que cuente con las siguientes características de dotación (estufa o fogón, ollas, jarras, vasos, recipientes grandes de plástico, elementos simbólicos como maracas, piedras, plumas, aceites, tabacos, flores, velas entre otros) los cuales deberán estar dentro de una estanterías o armarios.</p>
Grupo quirúrgico	Cirugía	No requiere ajuste de infraestructura

Grupo de atención inmediata	Servicio de urgencias	No se requiere ajuste a la infraestructura
	Transporte asistencial	No requiere ajuste por la naturalidad del servicio prestado
	Atención pre hospitalaria	No requiere ajuste por la naturalidad del servicio prestado
	Atención al parto	<p>Crear una sala de partos exclusivo para la atención intercultural, la cual permita un trabajo vertical con la medicina tradicional y la occidental. Deberá contar con lo siguiente:</p> <p>Área de trabajo de parto la cual cuente con un espacio de circulación o movimiento para moverse libremente, con paredes rosada o azules, que permitan el ingreso de la luz natural y artificial ajustable para adaptarse a las necesidades, una adecuada ventilación y contar con la siguiente dotación contar con una silla de partos, cama o camilla ginecológica, barras para hacer para hacer estiramientos o ayudar a las posturas verticales, alfombra de suelo, lazo o cuerda (chumbes)</p> <p>Una segunda área para el baño, el cual deberá tener ducha en caso de ser necesario para utilizar para los baños durante el trabajo de parto.</p> <p>Un ambiente en el cual se pueda guardar los equipos necesarios para un parto seguro en cuanto equipos biomédicos, además de ello una estantería con los siguientes elementos: almohadas, colchoneta, mantas, aromaterapia, requiere dotación con la disponibilidad de utilizar una estufa, con jarra, ollas de diferentes tamaños, y una olla de barro para la depositar la placenta.</p> <p>Estos espacios deben generar intimidad y seguridad para la gestante, en donde se podría incorporar elementos de identidad cultural, deberá estar equipada con todo lo necesario</p>

Las modificaciones fueron aprobadas por la administración local quienes fueron participes del proceso. Lograr adecuar estas áreas en cuanto a la infraestructura hospitalaria, se visibilizan como áreas altamente sostenibles en el tiempo, puesto que se podrá contar con

una infraestructura para la atención del parto seguro intercultural lo que permitirá que las comunidades indígenas en el territorio sigan recibiendo atención humanizada de una manera respetuosa de sus creencias y tradiciones haciendo posible que futuras generaciones de mujeres indígenas accedan a ella. Al ser un diseño participativo con las comunidades indígenas, crea un sentido de pertenencia, propiedad y responsabilidad lo que contribuye a su permanencia a lo largo del tiempo, así mismo este diseño permite la incorporación de nuevas tecnologías o ajustes al diseño para mejorar la experiencia del parto. Reconocimiento y valor de la sabiduría ancestrales que contribuye a la legitimidad y permanencia de la cultura en el territorio

DISCUSIÓN

En el contexto del cuidado de la salud, es imperativo abordar las inequidades existentes en el acceso a servicios médicos de calidad, especialmente en comunidades que enfrentan desafíos adicionales debido a su diversidad cultural y su ubicación geográfica remota. Para la población indígena Embera Chami, el acceso a una atención médica adecuada no solo es una cuestión de salud, sino también de justicia social y cultural. En este sentido, la percepción de la infraestructura hospitalaria cobra una relevancia significativa, ya que los espacios físicos de los hospitales no solo deben cumplir con requisitos funcionales, sino también reflejar y respetar las prácticas culturales y las necesidades específicas de la comunidad. Abordar estas cuestiones desde una perspectiva intercultural y humanizada es fundamental para garantizar que todos los individuos, independientemente de su origen étnico o cultural, tengan acceso a servicios de salud dignos y equitativos. Entender como los sistemas culturales permite comprender desde la interculturalidad, concebida esta última como un encuentro entre personas o grupos de distintas culturas, independientemente de las condiciones de igualdad en las que deviene (Viaña Uzieda *et al.*, 2010)

Algunos estudios han descrito como a través de implementación o análisis interculturales es posible identificar aspectos clave para trabajar de forma mancomunada con la población en temas de salud no solo la atención del parto (Rueda *et al.*, 2019), sino también otros aspectos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (García-Uribe & Castaño-Diez, 2022)

La sinergia entre ambas medicinas o sistemas médicos, el poder reconocer el sistema tradicional y su diversidad es necesario para no imponer un modelo de atención en salud que no cumpla con las expectativas y necesidades de la población, modelo que pese a ser legítimo para el estado, no deja de ser ajeno para algunas mujeres indígenas, quienes confían y dan validez a la medicina tradicional, tal como se ha identificado en otros pueblos del país (Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de la atención en salud para la población materno perinatal, 2018)

De acuerdo con González Juárez y Noreña Peña (2011) la competencia cultural implica que el personal asistencial se forme y se informe en términos culturales con los grupos étnicos, para posibilitar diálogos de saberes y cuidados no multiculturales sino inter o transculturales. En el contexto de la globalización, los cambios demográficos, fenómenos migratorios y de gentrificación cada vez es más importante comprender y comunicarse eficazmente con personas de diversos orígenes culturales y raciales/étnicos (Xu & Davidhizar, 2005) (Zazzi, 2020). En los estudios de Wikberg (2021) se encontró que la experiencia de cuidar está relacionada

con el poder; la familia siempre está presente; la maternidad y la migración: la vulnerabilidad múltiple; el encuentro intercultural cambia a la madre y a la matrona; y los conflictos pueden provocar cambios. Estos temas aunque no fueron categorías explícitas de este estudio, se pudieron evidenciar sucesos análogos, toda vez que se exploraron relaciones de poder e injusticias epistémicas (Fricker, 2011) que subyacen sobre las comunidades indígenas y las experiencias conflictivas entre las culturas han generado transformaciones sociales y sanitarias.

Desde diversas perspectivas se puede entender el concepto de cuidado intercultural, en el caso de enfermería Leininger (1991) y McFarland (2002) ofrecen un marco para comprender y brindar un cuidado del parto centrado en la cultura. Al reconocer que el cuidado de la salud está profundamente arraigado en las creencias, valores y prácticas culturales de las personas, brindando una atención individualizada y culturalmente apropiada que promueva experiencias de parto positivas y significativas (Romero, 2009). Con el modelo del sol naciente de Leininger es posible analizar las prácticas de cuidado y construir un modelo intercultural con la participación de las comunidades (García Uribe *et al.*, 2022), para lo cual se espera continuar trabajando con la comunidad indígena y los actores institucionales.

Otra perspectiva importante que permite continuar trabajando en esta misma línea es la teoría de la competencia cultural (Campinha-Bacote, 2002) que puede ofrecer un marco conceptual sólido para guiar una atención transcultural del parto. Esta teoría reconoce la diversidad cultural como un factor fundamental que influye en la salud y la experiencia del embarazo, el parto y el posparto (Marrero González, 2013). La implementación de estos modelos ha ayudado a establecer mejoras en las percepciones de las pacientes al momento de realizar el trabajo de parto, lo cual es un factor que se podría usar para modelos de salud centrados en el paciente. La cultura es muy importante por tanto según los resultados presentados según la percepción de las pacientes, se hace necesario realizar adaptaciones hospitalarias para la atención centrada en el paciente con enfoque cultural, que permita un trato humanizado e integral.

Si bien esta investigación es un primer paso en la construcción de un modelo de salud intercultural para la atención del parto y postparto, se requiere de compromiso de los actores políticos e institucionales para que a pesar de los cambios de gobierno se mantenga en diálogo y trabajo intersectorial con las comunidades indígenas quienes manifiestan su compromiso e interés con la construcción de un modelo para la atención en salud que permita articular los saberes ancestrales al cuidado de la salud, de tal forma que se puedan solventar problemas ya ampliamente descritos en la literatura, como la falta de acceso a servicios de salud de calidad y la discriminación cultural en la atención (Ramírez Rojas, 2020)

CONCLUSIONES

Para la atención intercultural del parto es fundamental contar con una infraestructura que cuente con las áreas, ambientes en las cuales se respeten, en donde se permita la práctica de la medicina ancestral y occidental de manera sincrónica, puesto que al conocer las necesidades específicas de la comunidad sobre las creencias y prácticas relacionadas con el parto, podemos mejorar la experiencia de las gestantes durante el proceso de dar a luz, esto no solo contribuye con a resultados positivos en salud materna e infantil, sino que fortalece la confianza y la relación entre las comunidades, los usuarios y la atención médica culturalmente competente y centrada en las

necesidades del cliente, para lo cual se elaboraron unos diseños arquitectónicos para realizar la atención intercultural en el Hospital Departamental San Juan de Dios de Riosucio Caldas.

Con el desarrollo de esta investigación se conoció la percepción de la comunidad indígena Emberá Chamí que habita en el municipio de Riosucio y el talento humano en salud, en donde efectivamente existe una brecha que obstaculiza el aprovechamiento al máximo los conocimientos y las prácticas entre ambas medicinas, limitando la atención integral de las gestantes, con un abordaje a sus necesidades físicas, mentales y espirituales.

La elaboración en conjunto de una ruta de atención materno perinatal para la atención del parto intercultural representa un paso significativo hacia la atención médica centrada en la diversidad cultural, cumpliendo con la normatividad actual colombiana con la integración de prácticas, creencias y tradiciones en el proceso de atención a la materna, logrando mayor equidad en el acceso a la atención médica.

REFERENCIAS

- Abad Corpa, E., Delgado Hito, P., & Cabrero García, J. (2010). The Participatory-Action-Research. A way to research in the nursing practice. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.7614>
- Aguilar Peña, M., Tobar Blandón, M. F., & García-Perdomo, H. A. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 1-5. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>
- Bello-Álvarez, L. M., & Parada Baños, A. J. (2017). Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos centinela. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(4), 256. <https://doi.org/10.18597/rcog.2925>
- Borda, F. (2007). *La investigación y acción en convergencias disciplinarias* [Latin American Studies Association].
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Fals Borda, O., & Rodriguez Brandao, C. (1986). Investigación participativa. *Instituto del Hombre*.
- Felisian, S., Mushy, S. E., Tarimo, E. A. M., & Kibusi, S. M. (2023). Sociocultural practices and beliefs during pregnancy, childbirth, and postpartum among indigenous pastoralist women of reproductive age in Manyara, Tanzania: A descriptive qualitative study. *BMC Women's Health*, 23(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02277-4>
- Freyermuth, E. (2002). La mortalidad materna y el subregistro en la región indígena de los Altos de Chiapas. Propuesta de un indicador alterno para su identificación. *Perinatol Reprod Hum.*, 17(4).
- Fricker, M. (2011). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing* (Repr). Oxford University Press.
- García Uribe, J. C., Pineda, L., & Mosquera, D. (2022). VPH la vacuna de la promiscuidad: Una revisión de literatura y análisis desde la enfermería transcultural. *Enfermería Comunitaria. Revista Internacional de cuidados de salud familiar y comunitarias*, 18(supl), 4-17.
- García-Uribe, J. C., & Chavarría-Ramírez, V. C. (2023). Mortalidad infantil en Antioquia

- durante el año 2021: Hacia un enfoque sindemico. *Revista Ciencia y Cuidado*, 20(2), 39-50. <https://doi.org/10.22463/17949831.3690>
- García-Uribe, J.-C., & Castaño-Diez, N. (2022). Percepciones de profesionales sanitarios sobre medidas no farmacológicas para el manejo del dolor crónico. *CES Enfermería*, 2(2), 5-27. <https://doi.org/10.21615/cesenferm.6306>
- González Juárez, L., & Noreña Peña, A. L. (2011). Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable. *Enfermería universitaria*, 8(1).
- Instituto Nacional de Salud de Colombia. (2022). *Boletín epidemiológico: Morbimortalidad materna 2016-2021*. INS.
- Leininger, M. M. (Ed.). (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice* (3rd ed). McGraw-Hill, Medical Pub. Division.
- Marrero González, C. M. (2013). Competencia cultural: Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE Revista de enfermería*, 7(2), 10-19.
- Mignone, J., Bartlett, J., O'Neil, J., & Orchard, T. (2007). Best practices in intercultural health: Five case studies in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 3(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-3-31>
- Ramírez Rojas, M. G. (2020). *Experiencias de investigación en acción participativa en comunidades de Zongolica y Vicente Camalote. Una perspectiva con enfoque en salud materna e infantil* (1.ª ed.). Ediciones Comunicación Científica. <https://doi.org/10.52501/cc.011>
- Romero, M. N. (2009). Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad cultural. *Index de enfermería*, 18(2), 10-19.
- Rueda, G., Paz, L. S., & Avendaño, W. R. (2019). Análisis de la Educación Intercultural en Grupos de Estudiantes de la Universidad Francisco de Paula Santander, en Colombia, que Fueron Víctimas del Conflicto Armado. *Formación Universitaria*, 12(4), 95-104. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062019000400095>
- Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de la atención en salud para la población materno perinatal (2018).
- Sajtos, L., Martini, N., Scahill, S., Edwards, H., Biasiny-Tule, P., & Te Rangi, H. (2023). Delivering Culturally-Appropriate, Technology-Enabled Health Care in Indigenous Communities. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 51(2), 322-331. <https://doi.org/10.1017/jme.2023.62>
- Tolé Martínez, J. (2022). *Voces de la amazonia: Entre la conservación ancestral y la explotación económica de los recursos materiales*. Universidad Externado de Colombia.
- UNESCO. (2022). *Patrimonio vivo y pueblos indígenas: Convención para la salvaguarda del patrimonio inmaterial*.
- Viaña Uzieda, J., Tapia Mealla, L., & Walsh, C. E. (Eds.). (2010). *Construyendo interculturalidad crítica*. Convenio Andrés Bello, Instituto Interamericano de Integración.
- Wikberg, A. M. (2021). A theory on intercultural caring in maternity care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 442-456. <https://doi.org/10.1111/scs.12856>
- Xu, Y., & Davidhizar, R. (2005). Intercultural Communication in Nursing Education: When Asian Students and American Faculty Converge. *Journal of Nursing Education*, 44(5), 209-215. <https://doi.org/10.3928/01484834-20050501-03>
- Zapata, F., & Rondan, V. (2016). *LA INVESTIGACIÓN - ACCIÓN PARTICIPATIVA Guía conceptual y metodológica del Instituto de Montaña*. Instituto de Montaña.
- Zazzi, E. (2020). Contributors to the development of intercultural competence in nursing students. *Nurse Education Today*, 90, 104424. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104424>