

Artículos Originales

Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009

Interculturality and materno-perinatal perceptions, Toribio Cauca 2008-2009

Sandra Felisa Muñoz Bravo¹, Edgar Castro², Zindy Alexandra Castro Escobar³, Natalia Chávez Narvaez³,
Diana Marcela Ortega Rodríguez³.

RESUMEN

Introducción: la interculturalidad es una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad cultural. **Objetivo:** analizar los factores relacionados con la atención intercultural en salud de las gestantes del municipio de Toribio 2008-2009. **Materiales y Métodos:** tipo de estudio cualitativo, etnográfico. Participaron 19 agentes de salud de la Empresa Social del Estado (E.S.E) Cxayut'e Jxut*, 24 promotores de salud, 10 gestantes Nasa y 6 Parteras y Thewala de la asociación de cabildos indígenas del norte del Cauca. Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada, encuesta etnográfica y grupo focal. **Resultados:** las diferencias culturales entre los sistemas médicos tradicionales y facultativos crean barreras alrededor del cuidado de la gestante, determinan la búsqueda de servicios de salud facultativos. Destaca la preservación de los cuidados culturales de la familia Nasa y el reconocimiento de la medicina facultativa. El estudio permitió dilucidar al personal de salud como actor pasivo y poco comprometido. Los agentes aspiran al reconocimiento de las prácticas de salud locales y su incorporación a los sistemas de salud, para fortalecer la atención intercultural e institucional como complemento. **Conclusiones:** 1. las barreras para la atención intercultural fluctúan entre la divergencia de conceptos, la poca credibilidad, el desconocimiento de las capacidades y limitaciones, experiencias negativas al intentar integrar los dos sistemas de salud. 2. La búsqueda del equilibrio y armonización del cuerpo acompañado del control prenatal, son actividades de salud de la nativa que gesta y sus prácticas de cuidado, se rigen por los arraigos culturales y la hegemonía familiar como un derecho. *Salud UIS* 2012; 44 (1): 39-44

Palabras clave: cuidado prenatal, cultura, indígena, embarazada, cuidado cultural.

1. Enfermera Epidemióloga. Magister Materno Infantil. Profesora Asociada. Departamento de enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad el Cauca. Cauca. Popayán.

2. Antropólogo Departamento de Antropología y Enfermería, Profesor asociado, Universidad del Cauca, Grupo salud y calidad de vida y prevenir. Colombia.

3. Estudiante de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de enfermería. Universidad el Cauca.

Correspondencia: Sandra Felisa Muñoz B. Cra 5 N° 47N 65 La Ximena. Popayán. Email:sandrafelisam@hotmail.com Telefono casa: 8230700 Movil 316 625 4085

Recibido: 6 de Diciembre de 2011 **Aprobado:** 22 de Marzo de 2012

ABSTRACT

Introduction: interculturality is a proposal for dialogue, exchange and complementarity. **Objective:** Analyse the factors related with attention to intercultural health of the pregnant women of the municipality of Toribio 2008-2009. **Materials and methods:** qualitative and ethnographic study. Involving 19 health agents E.S.E Cxayutc•e Jxut*, 24 health promoters, 10 pregnant women Nasa and 6 midwives and Thewala of the Association of indigenous cabildos of north of Cauca. For the collection of data using a semi-structured interview, ethnographic survey, and focus group was used for data collection. **Results:** cultural differences between the traditional and optional medical systems create barriers around the care of the pregnant woman; it determine the search for optional health services. Highlight the preservation of the care of cultural for the Nasa family and the recognition of optional medicine. The study allowed to elucidate the committed staff of health as a passive actor uncommitted. The agents aspire to recognize local health practices and its incorporation into the health systems, to strengthen attention to intercultural and institutional as complement. **Conclusions:** 1.Barriers to intercultural care range from the divergence of concepts, the little credibility, lack of knowledge of the capabilities and limitations, negative experiences when trying to integrate the two systems of health. 2.The search for balance and harmonization of the accompanied by prenatal body, are health activities of the native that gestated and care practices, are governed by the cultural locally and family hegemony as a right. *Salud UIS* 2012; 44 (1): 39-44

Keywords: prenatal care, culture, indigenous, pregnant, cultural care.

INTRODUCCIÓN

La interculturalidad es un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales. La interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad. Los términos salud/ enfermedad enmarcado en los sistemas de salud indígenas, comprende un conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos, y procedimientos relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado¹.

Para la cosmovisión indígena, cada uno de los ciclos vitales del ser humano, tiene un significado espiritual y místico, conectado a las fuerzas de la naturaleza, encauzado a lograr un equilibrio corporal-psíquico-espiritual, para el buen desarrollo y desenlace de estos periodos. Perciben el peligro mediante las creencias ancestrales hacia su salud física e integridad.

El Cauca presenta una gran diversidad étnica y cultural. “Los nasa somos los indígenas del departamento del cauca, que constituimos la mayoría de la etnia Páez, nombre que nos han dado los blancos”². La población indígena lleva además el estigma de la marginación

y la pobreza, resultado de una histórica y persistente enajenación social. Las diferencias entre los sistemas médicos tradicional y facultativo crean brechas culturales determinando que las mujeres nativas no busquen atención institucional, en ocasiones dejando el cuidado de su salud a los familiares, médicos tradicionales y promotoras. Necesitándose estructurar y vigilar la aplicación de un sistema de atención intercultural que impulse espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas; que permita confrontar las desigualdades y favorezca el intercambio cultural.

Evitar este desencuentro entre culturas, particularmente en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena, especialmente en el primer nivel y segundo nivel de atención, depende en gran parte de la profesionalización y competencia técnica del personal de salud³. El municipio de Toribio cuenta con un 96,2% de población indígena Nasa y el restante entre otras etnias. El 93% residen en el área rural y el 7% en los centros poblados. La infraestructura vial consta de un 39% de caminos de herradura, 12% vías que permiten el acceso vehicular en cualquier estación del año y 49% de vías con restricción al acceso en época de lluvias⁴. Con la presente investigación se pretendió determinar el nivel de satisfacción con la atención recibida por parte de los agentes de salud hacia las mujeres Nasa durante las etapas de gestación, parto y puerperio, identificar conocimientos y percepciones presentes en el personal de salud respecto a las medidas de autocuidado materno-perinatal e indagar dentro de los promotores de salud, parteras y Thewala Nasa adscritos a la IPS indígena

Cxab Wala Kiwe las barreras culturales, sociales, políticas, geográficas e institucionales identificadas en el proceso de acompañamiento a gestantes que ellos realizan.

METODOLOGÍA

De tipo cualitativo, con enfoque etnográfico, que buscó determinar las percepciones en torno a la atención intercultural en salud materno perinatal en la comunidad indígena Nasa del departamento del Cauca.

El estudio fué realizado con: 1. Diez gestantes pertenecientes a la etnia indígena Nasa, residentes en los resguardos indígenas San Francisco y Toribio del municipio de Toribio-Cauca. 2. Veinticuatro promotores de salud, seis parteras y tres Thewala Nasa adscritos a la IPS Indígena Cxab Wala Kiwe de la ACIN, denominados en la investigación “cuidadores culturales”. 3. Diecinueve trabajadores de la salud de la E.S.E. Cxayuc’e Juxt encargados de la atención a gestantes (tres médicos, un enfermero, un bacteriólogo, una odontóloga, nueve auxiliares de enfermería, un auxiliar de laboratorio, cuatro personas encargadas de servicios complementarios).

Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Teniendo en cuenta la diversidad cultural de los informantes y para obtener una mayor participación, se plantearon como técnicas, la encuesta etnográfica dirigida al personal de salud de la E.S.E. Cxayuc’e Juxt y la entrevista semiestructurada aplicada a las gestantes y los grupos focales para las parteras, Thewala y promotores. En cada uno de los grupos investigados se realizó observación participante.

Para la realización del estudio fue necesario obtener autorización por parte de los cabildos indígenas del municipio de Toribio y de la mesa gerencial de la E.S.E. Cxayuc’e Juxt. Las gestantes se contactaron mediante los promotores de salud adscritos a la Asociación de cabildos indígenas del norte del Cauca (ACIN). A cada gestante que acepto participar en la investigación, previo diligenciamiento de consentimiento informado, se le visito en su lugar de residencia, garantizándole el anonimato, confidencialidad de su identificación y el uso para fines académicos de la información obtenida. La participación de los promotores, parteras y the walas,

se consiguió previa invitación realizada a través del cabildo, dado el número de participantes, se realizaron dos grupos focales con 12 personas cada uno, para un total de cuatro encuentros focales.

El total de la muestra se obtuvo por saturación de la información, manteniendo en promedio tres a cuatro encuentros claves. Los datos se sistematizaron primero en matrices estructurales para luego agruparlas en categorías de acuerdo al análisis de contenido. El proceso de recolección fué realizado con entrevistas grabadas y posteriormente transcritas en su totalidad; la duración de cada entrevista oscilo entre 60 y 120 minutos. Una vez reunida y transcrita la información se procedió a analizarla, clasificándola alrededor de las categorías establecidas y según el diagrama de Venn, se organizaron las respuestas de acuerdo con la fuente de la misma.

RESULTADOS

Surgieron datos culturales que permitieron visualizar las percepciones entorno al cuidado cultural durante la gestación, parto y puerperio. Se obtuvieron las siguientes categorías: barreras en el acompañamiento a la gestante (cuidadores culturales) conocimientos y percepciones para la atención intercultural a gestantes (agentes de salud) percepciones de las gestantes Nasa en torno al cuidado recibido desde la medicina tradicional y facultativa y prácticas de autocuidado durante los periodos de gestación, parto y puerperio (gestante).

Barreras en el acompañamiento a la gestante

Con los cuidadores culturales se evidenciaron barreras de tipo: cultural (como el desconocimiento de la lengua Nasa y tradiciones propias de la etnia, incredulidad de los cuidadores culturales en la capacidad resolutive del sistema médico facultativo), político (recursos físicos y humanos insuficientes, presencia de grupos armados al margen de la ley, problemas territoriales, deficiencia en la prestación de servicios públicos), institucional (demora y restricción en los horarios de atención, infraestructura hospitalaria sin adecuaciones culturales, desconocimiento y rechazo del sistema médico facultativo hacia el tradicional), geográfico (población rural dispersa, dificultad en el acceso vial, poca accesibilidad geográfica a los puestos de atención. Individual: falta de calidez en la atención).

Conocimientos y percepciones sobre atención intercultural: agentes de salud

La información permitió establecer que el personal de salud de la E.S.E. Cxayuc'e Juxt encargado de la atención a gestantes conoce parcialmente sobre interculturalidad, cultura y prácticas de cuidado durante los periodos de gestación, parto y puerperio. Para los agentes existen tres tipos de prácticas de salud: las inofensivas, como los ritos, las neutras como el pulsaje y las riesgosas como el acomodamiento y el uso de brebajes. Sólo el personal auxiliar de enfermería tiene conceptos más claros sobre la cosmovisión Nasa, incluyendo a las auxiliares que no pertenecen a esta etnia. Con respecto a las percepciones sobre la inclusión de prácticas tradicionales dentro del modelo institucional de atención a gestantes y puérperas, el personal de enfermería y odontología afirmaron que estas prácticas permitieron fortalecer los vínculos entre gestantes y el sistema de salud. El personal médico las considera peligrosas para la salud de los usuarios.

Percepciones y prácticas de cuidado durante la gestación.

Las gestantes y puérperas Nasa conservan las tradiciones propias de su cultura. El embarazo es considerado un periodo cálido y la mayoría de las mujeres acuden a los médicos tradicionales para la confirmación del embarazo, quienes lo hacen a través de la fuma del tabaco y la mambiada de coca. Aunque muchos de los embarazos no son planeados, representan felicidad y unión familiar. Las prácticas culturales le permiten restablecer el equilibrio corporal-psíquico-espiritual y su armonía con la naturaleza. Como rituales son comunes el uso de baños calientes con agua de brevo para facilitar el parto, en el posparto usan plantas medicinales consideradas calientes como altamisa, anamú, ruda, baños con marihuana, salvia y romero. Consumen alimentos calientes como el caldo de gallina, chocolate y la arracacha; para la cosmología Nasa, atravesarse un río, exponerse al arco y al duende favorecen la pérdida del niño.

El cuidado del embarazo y el puerperio es asumido por los cuidadores culturales. Las gestantes los visitan, según el estado de salud y capacidad económica. Los Thewala se encargan del bienestar espiritual de la gestante mediante la realización de sobos, baños de armonización y tanteos. Las parteras son las responsables de atender el componente físico en la gestante, determinando la posición del bebe y realizando sobos para acomodarlo para el parto; así mismo, sugieren a la gestante el consumo de ciertos

alimentos y el uso de plantas medicinales, tanto para infusión como baños. Con respecto al parto, todas las gestantes manifestaron su deseo de terminarlo en su domicilio, siempre y cuando no implique amenaza para su bienestar y el de su hijo. Las gestantes fundamentan dicho deseo en la confianza que les dan sus conocidos (familiares y partera) y el sentirse segura en su vivienda.

Según estadísticas de la ESE Cxayuc'e Juxt, el 80% de las gestantes Nasa acuden al hospital, por recomendación de los promotores de la ACIN y de los Thewala. Cuando las enfermedades son el resultado de maleficios impuestos por los espíritus de la naturaleza, prefieren consultar a sus médicos tradicionales, al considerar que los facultativos no tienen la capacidad para curar estas enfermedades culturales. Las mujeres entrevistadas consideran que la atención brindada por el personal de salud del hospital es buena y que los diagnósticos y tratamientos son acertados. Estas mujeres acuden periódicamente a los controles prenatales y siguen las recomendaciones del personal de salud.

DISCUSIÓN

Durante siglos la población indígena lleva el estigma de la marginación y la pobreza resultado de una histórica y persistente abstracción social. Las desigualdades afectan a los pueblos indígenas en diferentes ámbitos de la vida social, económica, política, cultural, educativa y de salud. La Interculturalidad busca atenuar la desigualdad social respetando la dignidad de las personas, la recuperación de los valores de los pueblos, sus interpretaciones y valores del fenómeno salud-enfermedad. Estos sistemas de valores, los significados y las prácticas sociales de las culturas subordinadas son modificados con los procesos de revaloración o desvaloración e innovación de los sistemas de valores dominantes.

En Colombia se han llevado a cabo reformas, para darle mayor poder a los gobiernos locales, para convocar a la comunidad y movilizar recursos, con el propósito de disminuir las altas tasas de mortalidad materna y perinatal; A pesar de estos esfuerzos los resultados no han sido los esperados por estar relacionados con determinantes sociales y estructurales como recursos físicos y humanos insuficientes, presencia de grupos armados y al margen de la ley, problemas territoriales, deficiencia en la prestación de servicios públicos, restricción en los horarios de atención, infraestructura hospitalaria sin adecuaciones culturales,

desconocimiento y rechazo del sistema médico facultativo hacia el tradicional, población rural dispersa, dificultad en el acceso vial, poca accesibilidad geográfica a los puestos de atención y falta de calidez en la atención.

Para Lerín 2004, entre las principales razones por el que es necesario modificar las conductas del personal de salud en el contexto indígena sobresalen el conocimiento técnico de la salud-enfermedad y el desconocimiento del contexto sociocultural de su población; el personal de salud que trabaja en zonas indígenas mayormente desconoce la conceptualización local del proceso salud enfermedad, sus prácticas de atención, esa falta de comunicación, empatía y confianza en la relación médico paciente conlleva a un encuentro asimétrico. En zonas indígenas es muy común la descalificación del personal de salud hacia las prácticas tradicionales y populares de la salud - enfermedad³.

Hernández Carmona y colaboradores, en su “Estudio sociocultural de la mortalidad materna en Urabá, encontraron que los indígenas Zenú, Tule, Embera Chamí y Katio, mantienen prácticas de auto cuidado resultantes de la confluencia entre saberes tradicionales y facultativos; Estos grupos indígenas demandan un mayor interés por parte de la medicina facultativa para fortalecer los vínculos con la comunidad mediante el diálogo horizontal, teniendo como eje principal el aprendizaje de los saberes tradicionales. Leininger⁵. insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado. Los diagnósticos sin base de conocimiento cultural se convierten en serios problemas para la cultura, puesto que condicionan sus resultados desfavorables e incluso a veces graves. En esa búsqueda juiciosa las mismas personas se comprometen con los profesionales de enfermería, a develar sus significados y a enseñar propositivamente las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud⁶. Sergio Lerín 2004 plantea tres tipos de acercamiento que hacen posible el desarrollo de la interculturalidad: La acción-movilización, la gestión y el cambio⁷. La presente investigación destaca a la comunidad como líder en los procesos de gestión al permitir la participación de los promotores de salud Nasa, quienes son el enlace y permiten el intercambio de saberes y la negociación de prácticas que favorecen la salud de la gestante y su neonato, también identifica barreras culturales, sociopolíticas y geográficas que evidencian el grado de inequidad social y vulnerabilidad de los derechos humanos, ligado a la exclusión y el olvido de estos

grupos poblacionales. Alarcón y colaboradores afirman que la exclusión geográfica determina también exclusión cultural. Los pueblos indígenas y las poblaciones rurales enfrentan los mayores problemas en el ejercicio de sus derechos, al ser comunidades marginadas rodeadas de invisibilidad que se traduce en altos índices morbi-mortalidad⁸.

El informe presentado por amnistía internacional para el año 2008, titulado: Barreras a la salud materna en Perú, establece como limitantes la dificultad en la comunicación, por el desconocimiento del dialecto nativo, la falta de recursos que permitan el transporte adecuado de las gestantes que buscan los servicios de salud y la desigualdad en la distribución de centros, bienes y servicios de salud, al igual que la escasa capacidad de respuesta para la atención de la emergencia obstétrica. Algunos de los factores que impiden una movilización y gestión son el desconocimiento de la cultura y tradiciones propias de la etnia, los cambios del personal de salud, la dificultad para comunicarse junto a la incredulidad de los cuidadores culturales entorno a la capacidad resolutoria del sistema médico facultativo. La comunidad Nasa, ha reconocido la importancia del respeto entre los sistemas médicos, al asumir la necesidad de integrar saberes tradicionales y facultativos dentro de sus prácticas habituales de cuidado; sin embargo las políticas de salud no han permitido una continuidad en estos programas, provocando en la sociedad cambios y olvidos, en las nuevas generaciones de salud. Al respecto, Sergio Lerín 2004 reafirma la importancia de desarrollar estrategias que busquen la pertinencia cultural en la provisión de servicios, entendida como la adecuación de criterios, protocolos y contenidos considerando las particularidades culturales y lingüísticas de las poblaciones beneficiarias, es decir que los servicios de salud se adapten a prácticas culturales, como el uso de idiomas nativos y el respeto de las prácticas de embarazo, parto, nutrición y alimentación⁹.

La resolución 10013 de 1981, el decreto 1486 de 1986 y el decreto 1811 de 1990 legitiman la presencia e importancia de estos agentes propios como fundamentales para la formulación de estrategias de entendimiento y mejora de las condiciones de salud de los pueblos¹⁰. La interculturalidad en las políticas públicas y en particular las de salud, es una exigencia de la democracia. La exclusión y discriminación son barreras al ejercicio de sus derechos. Las instituciones de salud y los cuidadores(as) deben, por tanto, priorizar la búsqueda de referenciales que tengan como foco central el cuidado, respetando las diferencias e

identificando las necesidades de los sujetos desde su perspectiva cultural¹¹.

El fortalecimiento de modelos de atención intercultural en salud requiere de su incorporación en los programas de capacitación al personal de salud, contribuyendo a modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del trabajo del equipo de salud en situación intercultural. Las políticas de salud deben evolucionar hacia políticas interculturales que promuevan el diálogo de saberes y prácticas desde una posición de respeto a la diferencia. La puesta en marcha de cambios culturales representa, un enorme despliegue de voluntades, habilidades y aprendizajes para la cultura indígena, agentes de salud y sociedad. Una sociedad intercultural es aquella en donde se da un proceso dinámico, basado en un esfuerzo colectivo donde predomine el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo. Más allá de actitudes individuales y colectivos sociales para que estos se constituyan en factores sustanciales de sociedades integradas, democráticas y estables.

CONCLUSIONES

Las barreras para la atención intercultural a las gestantes fluctúan entre la divergencia de conceptos del personal de salud, la poca credibilidad entre los sistemas de salud participantes, el desconocimiento de las capacidades y limitaciones propias, como también experiencias negativas previas, al intentar integrar los sistemas de salud tradicional con el facultativo.

Los promotores de salud son los agentes más cercanos en la toma de decisiones de las nativas que gestan y sus familias, especialmente en la búsqueda del equilibrio y armonización del cuerpo acompañado con el control de la gestación, parto y puerperio.

Las prácticas de cuidado durante el embarazo, se rigen por los arraigos culturales de las gestantes y la hegemonía familiar como un derecho.

AGRADECIMIENTOS

Los investigadores damos nuestros agradecimientos a la Universidad del Cauca, Comunidad Nasa, Personal de salud de la E.S.E Cxayuc'e Jxut, IPS indígena 'Cxab Wala Kiwe, cuidadores culturales, alcaldía de Toribio Cauca, quienes nos colaboraron para concluir el presente trabajo de investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este artículo es original y los autores nos hacemos responsables de su contenido. Para su realización obtuvimos el aval del cabildo Nasa y de cada uno de los participantes de la E.S.E Cxayuc'e Jxut. Certificado que reposa en la biblioteca de la facultad de salud de la Universidad del Cauca.

CONFLICTO DE INTERÉS

Declaramos que no hubo conflicto del orden social, político o económico en el desarrollo de este estudio.

REFERENCIAS

1. Guerrero Flores R. Salud, enfermedad, muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *Revista Mad.* 2004;10 1-8.
2. Corrales C D, Álvarez A J A, Escobar Pablo José. Escobar M M, Ríos M E. Situación de salud de las comunidades indígenas Nasas, Santander de Quilichao, cauca. *Rev.Fac.Nac. Salud Pública* 2002; 20 (2): 35-49
3. Lerín Piñón S. Antropología y salud intercultural. *Desafíos de la salud intercultural.* Desacatos otoño – invierno 2004; 016: 116- 125.
4. Plan de desarrollo municipio de Toribio, departamento del Cauca 2008-2011: 1 – 221
5. Leininger M. *Transcultural nursing: concepts, theories and practices.* New York: John Wiley and Sons; 1978.
6. Vásquez ML. Desarrollo conceptual en enfermería: evolución, tendencias y desafíos. *Avanc Enferm* 2006; 24: 73-81
7. Lerín Piñón S. *Inequidad en salud e interculturalidad.* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México D.F.
8. Alarcón Lou C, Beltroy Eyzaguirre C, Solís Fallaque C. Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud. Lima, Perú. 2007: 1- 97.
9. Colombia. Constitución Política, 1991. Bogotá; 1991: p:1–108.
10. Colombia. Ministerio de Gobierno. Decreto 1088 de 1993, junio 10 Bogotá; 1993: 1- 3
11. Vásquez ML. Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Invest. educ. enferm.* 2006; (24)2: 136-142.