

Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos¹

Indigenous maternal health in women from Nasa and Misak ethnicities from Cauca, Colombia: tensions, subordination, and intercultural dialogue between two medical systems

Paula Tatiana Castillo-Santana

Instituto Nacional de Salud-Observatorio Nacional de Salud, Bogotá, DC, Colombia.

Correo electrónico: pcastillo@ins.gov.co

Elkin Daniel Vallejo-Rodríguez

Instituto Nacional de Salud-Observatorio Nacional de Salud, Bogotá, DC, Colombia.

Correo electrónico: evallejo@ins.gov.co

Karol Patricia Cotes-Cantillo

Instituto Nacional de Salud-Observatorio Nacional de Salud, Bogotá, DC, Colombia.

Correo electrónico: kcotes@ins.gov.co

Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

Instituto Nacional de Salud-Observatorio Nacional de Salud, Bogotá, DC, Colombia.

Correo electrónico: ccastanedao@ins.gov.co

Resumen

En este texto se pretende avanzar en la comprensión de los elementos que configuran la relación entre madres Nasa y Misak del Cauca y los servicios de salud materna tradicional y occidental, desde un abordaje cualitativo que armonizó el modelo de construcción de sentido y la teoría fundamentada. Se identificó la forma cómo cada sistema médico define la salud, la enfermedad y la maternidad, que está reflejada en las prácticas y cuidados, siendo el parto el momento de mayores tensiones. Se han identificado patrones de relacionamiento entre los dos agentes del sistema médico. El sistema médico tradicional con bajo desarrollo propio y pérdida progresiva de valores culturales, así como el sistema médico occidental con la ausencia de servicios de salud apropiados culturalmente, dejan a las madres en un espacio de incertidumbre en el que no es posible realizar las prácticas tradicionales, ni acceder a los servicios propuestos por el sistema médico occidental.

Palabras clave: Salud Materna; Población Indígena; Medicina Tradicional; Salud Indígena; Interculturalidad.

Correspondencia

Paula Tatiana Castillo-Santana

Av. Calle 26, 51-20.

Bogotá, DC, Colombia. Código Postal 111311.

¹ Este estudio fue financiado por el Instituto Nacional de Salud de Colombia

Abstract

This study sought to understand the components of the relationship between mothers from Nasa and Misak ethnicities from Cauca, Colombia, and both the indigenous and Western health care services for maternal health, through qualitative approach harmonizing the model of construction of meaning and grounded theory. Elements about health, illness and motherhood conceptualization inside each system were rescued. These elements are expressed in care practices, being the labor the moment of greatest tension. Patterns of relationships between actors of both medical systems were also identified. An indigenous health system with low development and progressive loss of values, in conjunction with a Western medical system without culturally appropriate health services, results in mothers in an environment of uncertainty where it is not possible to carry out traditional practices, nor having access to proper allopathic services.

Keywords: Maternal Health; Indigenous Population; Traditional Medicine; Indigenous Health; Interculturality.

Introducción

En Colombia se reconocen 87 pueblos indígenas que constituyen un poco más del 3,43% de la población nacional (DANE, 2005). Estos pueblos han sido víctimas de vulneraciones sistemáticas de sus derechos, especialmente en zonas donde la violencia y lo que ésta conlleva cuestionan su pervivencia física y cultural (ACNUR, 2012). A esto se suman condiciones sociales y económicas desfavorables, que en conjunto con procesos de discriminación y desigualdad estructural han generado una afectación negativa de su salud (Colombia, 2010). La salud de la población indígena presenta retos que deben ser atendidos, entre ellos, lo relacionado con la salud sexual y reproductiva y la salud materna (Betancourt; Pinilla, 2011). En este sentido, pese a las limitaciones asociadas a la certificación y registro de las defunciones maternas en pueblos indígenas, debida, entre otras razones, a su ubicación en zonas rurales de alta dispersión y difícil acceso; es un hecho reconocido por varios países de América que la mortalidad materna presenta niveles superiores en la población indígena (BID, 2010; Cepal, 2010).

Estudios epidemiológicos han evidenciado que la mortalidad materna entre las comunidades indígenas es un importante problema de salud pública en Colombia (BID, 2010; Cepal, 2010; Colombia, 2010, 2011, 2013). Durante el 2012, los departamentos con mayor presencia de población indígena como La Guajira y Cauca registraron razones de mortalidad materna más altas que la del país (135,8; 113,1 y 65,6 muertes por 100 mil nacidos vivos, respectivamente).

La investigación en salud materna de los pueblos indígenas, durante los últimos 15 años en Colombia, ha incluido la publicación de estudios demográficos (Arias, 2013; Valencia; Arias, 2014), cualitativos (Acosta; Segura, 2011; Quiceno, 2011) y en menor medida descriptivos (Giraldo; Orduz, 2007; Hernández et al., 2014). Teniendo en cuenta el peso considerable de los estudios demográficos que primordialmente dan cuenta del comportamiento reproductivo de diferentes pueblos indígenas y de estudios de corte cualitativo que

principalmente describen las prácticas de cuidado, la experiencia con servicios de salud o los cambios en la percepción de la maternidad; este estudio avanza en la comprensión del cuidado de la salud materna al poner en diálogo el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, entendidos éstos como sistemas culturales.

Los sistemas médicos como sistemas culturales están conformados por todas las nociones referentes a salud incluidos “los conocimientos sobre el origen, causas y tratamiento de las enfermedades, técnicas terapéuticas, los practicantes de éstas y sus roles” (Langdon; Wiik, 2010, p. 182). Los sistemas médicos son resultado de procesos culturales intrínsecos diferentes pero que conviven en un espacio de relaciones interculturales que se expresan de manera cotidiana y están mediados por relaciones de poder y subordinación (Parra; Pacheco, 2006). En este sentido, la interculturalidad desde autores como Viaña, Tapia y Walsh (2010) abarca una variedad de formas de relación entre actores de diferentes sistemas médicos, que dependen, entre otros, del reconocimiento del otro, de la apertura al diálogo y del ejercicio del poder (Viaña; Tapia; Walsh, 2010).

Partiendo de lo anterior, este estudio se desarrolló en el Cauca, departamento de Colombia que después de La Guajira cuenta con mayor presencia de población indígena, siendo los pueblos Nasa y Misak los más representativos de este territorio del país. Al interior del Cauca se destacan municipios como Toribío con un 96% de población indígena, Silvia reconocido como el tercer municipio del país con mayor población indígena; Páez e Inzá municipios con una alta proporción de población Nasa; El Tambo, municipio que se caracteriza por su asociación de parteras y Popayán, capital del departamento que recibe un alto volumen de madres indígenas remitidas de diferentes municipios.

El objetivo de este estudio fue describir y avanzar en la comprensión de los elementos que configuran la relación entre madres indígenas Nasa y Misak y servicios de salud tradicional y occidental para el cuidado de la salud materna, enfatizando el momento del parto.

Métodos

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo en seis municipios del Cauca (Popayán, Páez, Inzá, Toribío, Silvia y El Tambo) (Vázquez et al., 2006). Estos municipios se seleccionaron por su representatividad debido a la alta proporción de población indígena y en algunos casos por su elevada razón de mortalidad materna. Asimismo, se tuvo en cuenta la accesibilidad a los municipios y los participantes según lo referido por el equipo de Maternidad Segura del Instituto Nacional de Salud y funcionarios de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca. Los participantes se seleccionaron teniendo en cuenta que fueran personas de la comunidad, entre ellas gestantes, parteras y médicos tradicionales; personas vinculadas laboralmente a las secretarías de salud, aseguradoras y prestadoras de servicios de salud y asociaciones indígenas. El muestreo fue por conveniencia, mientras que otras personas fueron referidas por participantes del estudio, puesto que consideraban que podrían brindar información relevante.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales con la participación de 25 personas de la comunidad, entre ellas gestantes, parteras y médicos tradicionales; y 95 personas vinculadas laboralmente a las secretarías de salud, aseguradoras, prestadoras de servicios de salud y asociaciones indígenas. Los participantes firmaron un documento de consentimiento informado donde se aclaró el no uso de nombres propios o cualquier dato que permitiera su identificación. De acuerdo con la legislación colombiana este tipo de estudio no representa riesgo a los participantes. Los grupos focales y las entrevistas fueron en su mayoría grabadas en audio y transcritas literalmente.

El análisis se realizó siguiendo el modelo de construcción de sentido enunciado por Bonilla-Castro y Rodríguez (2005) y algunos supuestos de la teoría fundamentada. Se analizaron cuarenta entrevistas, dado que a este punto las categorías y subcategorías contaban con la suficiente densidad conceptual y se había alcanzado el punto de saturación. Se construyeron matrices que se complejizaron a medida que se profundizaba en el análisis. La delimitación de los subtemas fue

enriquecida con la revisión inicial de la información recogida en campo en un proceso que combinó análisis deductivo e inductivo. Las categorías y subcategorías emergieron como producto del análisis de las entrevistas, la revisión documental y la observación en campo.

A su vez, las categorías retomaron el planteamiento conceptual de sistemas médicos como sistemas culturales en los tres componentes propuestos por Beltrán y Castro (Parra; Pacheco, 2006): concepciones, agentes y prácticas. Respecto a los agentes se optó por identificar los actores de cada sistema, denominados como los tratantes (médicos, enfermeras, parteras) y por otro lado, las tratadas (madres indígenas). Finalmente, las prácticas se centraron en los cuidados durante el parto.

Para garantizar la validez de los resultados, se realizó una triangulación entre investigadores y fuentes con el fin de establecer divergencias y puntos de encuentro, lo que aportó mayor rigor al análisis. Los resultados fueron socializados con un grupo de personas que habían participado en la fase de campo del estudio. Asimismo, dado que este no fue un estudio etnográfico no fue posible captar diferencias sustanciales en los temas abordados entre las comunidades Nasa y Misak.

Resultados

Nociones del sistema médico indígena: armonía, equilibrio e integralidad

Desde la cosmovisión y cosmogonía de las comunidades indígenas Nasa y Misak la salud es parte importante del ser indígenas, está íntimamente ligada a las vivencias culturales cotidianas de estas comunidades. El concepto de salud tiene una significación asociada al equilibrio y la armonía de los diferentes componentes de la vida, *“porque es que nosotros en nuestra concepción en salud pues es armonía y equilibrio”* (Entrevista con indígena, Cauca, octubre 2014), lo que se logra siguiendo las normas y reglas culturales.

La salud es integral, incluye diferentes elementos relacionados entre sí, por ejemplo: la salud asociada al territorio tiene un fuerte componente alimentario que está ligado a preceptos culturales sobre *¿cómo sembrar?, ¿qué alimentos se siembran?, ¿en qué momento se siembran?, ¿cómo se recogen?, etc.* La relación entre autonomía alimentaria y salud demuestra cómo ésta última debe entenderse asociada a la construcción cultural, a la recuperación de sus tradiciones culturales que para este caso se pueden expresar en la alimentación, la siembra y el *“tul”*²; estos elementos hacen parte de la salud entendida como un espacio de relaciones armónicas y sistémicas:

Otro elemento estructural tiene relación con la autonomía alimentaria que se traduce en capacidad de autoabastecimiento, primero de la unidad familiar, resguardo, región y país mediante el control del proceso productivo; con esto se garantiza la recuperación de la alimentación propia, la capacidad de reproducción de alimentos que requiere cada pueblo, la capacitación y formación en nutrición, la preparación de alimentos propios, el apoyo a la diversificación de la huerta familiar y el intercambio de productos (trueque). Para esto se requiere acceso a agua, tierra para cultivar, mantenimiento de zonas tradicionales e intercambios justos y equitativos (Páez, 2012a).

La salud se entiende como un espacio de relaciones armónicas y sistémicas entre el individuo y los diversos niveles de su vida cotidiana que se expresa en bienestar y calidad de vida. Se asocia a la recuperación de las tradiciones culturales en un proceso de pervivencia cultural como ejercicio de resistencia frente a diversas violencias, que se han manifestado, en algunos casos, como procesos de homogeneización

Si nosotros no tenemos territorio, no tenemos donde hacer las prácticas culturales, a ver, nosotros desde mucho tiempo venimos exigiendo nuestro

² Sistema productivo en el que se cultivan plantas medicinales y alimentos de manera armónica para el uso de los comuneros. Adicionalmente el tul se concibe como centro de aprendizaje y desarrollo del lenguaje de los niños (Cabildo de Guambia, 2008).

territorio, hemos estado exigiéndole al gobierno verdaderamente que nos dé territorio a nosotros para poder asumir todo el trabajo que nos garantice la vida, que nos garantice nuestro plan de vida, que nos garantice todo (Entrevista con indígena, Cauca, octubre 2014).

Desde los parámetros culturales Nasa y Misak, la enfermedad se entiende como desequilibrio, como desarmonía de los distintos componentes de la relación entre el individuo y su entorno; al igual que la salud, la enfermedad se ancla a las normas y reglas culturales, pero desde su incumplimiento; éste lleva a la enfermedad, y la muerte es la consecuencia final de este desacato. Aun así, la muerte no representa un fin, pues desde la concepción tradicional indígena es parte del proceso natural y como tal se relaciona con su visión sistémica del mundo, en la que la madre tierra encierra todo el devenir de los pueblos indígenas.

Los problemas de salud propios están directamente relacionados con el concepto de armonía con la naturaleza y la comunidad, el cual atraviesa la salud indígena en general; son una clara expresión del respeto con el que esta comunidad se relaciona con la naturaleza y de la manera como a través de la tradición se construye su propia ética comunitaria o normatividad cultural (Páez, 2012b).

Por su parte, la maternidad se concibe como una etapa más dentro del ciclo de vida de la mujer, de ahí que ésta no se vea asociada al riesgo o al control del mismo, lo que se hace es seguir los pasos culturales necesarios para que esta etapa sea llevada de la mejor manera posible. La maternidad debe ser planeada, debe ser planificada. La familia se convierte en el eje central del embarazo de la mujer, no se puede pensar a la mujer desligada de su familia, por lo tanto, el concepto de planeación de la familia desemboca en que el embarazo no es algo individual que atañe solo a la madre, por el contrario es un proceso en el que convergen la mujer y su familia.

El modelo de atención está en eso, el trabajo sobre la planeación de la familia, no la planificación porque digamos que nosotros no somos

tan compatibles con ese término, pero planear la familia y poder decir, sí, yo quiero mi hijo y voy a hacerme responsable de todo lo que es su proceso desde la gestación misma (Entrevista con indígena, Cauca, 2014).

Nociones del sistema médico occidental: ¿riesgo?

Según los discursos de los entrevistados, desde la cultura occidental, la salud está dirigida, en gran medida, a la ausencia de enfermedad, en ese orden de ideas se puede pensar que la salud está dada en función del individuo. Por otro lado, la enfermedad estaría relacionada con factores biológicos intrínsecos a los individuos que de cierta forma influyen en la presencia de enfermedades. Este concepto tiene un alto componente físico a manera de explicación de la situación.

Entonces cuando ya analizamos el caso poniendo pues los riesgos relativos de cada condición[...] que la desnutrición, que la multiparidad, entonces resulta que el riesgo de [la paciente] morir se era altísimo, muy alto por todas pues las condiciones que se sumaron ahí, ya, entonces qué es qué pasa, qué es que [a] esta señora le pasó eso y a otras, no, así como si hubiera algo más ahí, así como los califican a los hispanos con riesgo para enfermedades para la diabetes y algo así y entonces por ser indígenas también tuviera un riesgo mucho más alto todavía (Entrevista con médico, Cauca, 2014).

La muerte es algo grave, algo que debe ser estudiado y en la medida de lo posible evitado o aplazado a toda costa, por tanto, cuando hay muertes por situaciones o enfermedades que se encasillan en “mortalidad evitable” se genera un operativo para identificar las causas de esta muerte y en el futuro evitar situaciones similares. De acuerdo a lo anterior, la muerte, en muchas ocasiones, es causada por descuidos de los pacientes:

La mayoría de muertes que se dan aquí son por descuido, y son muertes perinatales posterior a los dos, tres o seis meses; entonces uno les pregunta ‘¿después de cuánto tiempo se murió?’

‘A los ocho meses’. ‘¿De qué se murió?’ ‘Yo no me acuerdo’. ¿De qué se murió el otro bebé?’ ‘Humm, ni sé’ (Entrevista con médico, Cauca, 2014).

A partir de las narrativas de los participantes, desde el sistema médico occidental la maternidad se explica siguiendo los criterios que definen la salud y la enfermedad, asociándola principalmente al riesgo. La maternidad se plantea entonces como un estado de riesgo que debe ser asumido con la mayor precaución posible, pues de no hacerlo, puede desembocar en complicaciones para la madre y el bebé o incluso la muerte de los dos:

Yo lo que te digo es algo natural, pero que crea un riesgo, porque es un cambio en poco tiempo 35 que pareciera suficiente... ella en cuestión de nueve meses tiene cambios hormonales muy fuertes que para ella la pueden afectar (Entrevista con médico, Cauca, 2014).

Las diferentes concepciones respecto a la conceptualización de la salud, la enfermedad, la maternidad y la muerte desembocan en que cada sistema adopte prácticas de cuidado y curación acordes a estas conceptualizaciones. Esto se evidencia en momentos concretos, como lo es el parto.

Parto vertical vs. Horizontal: tensión entre lo domiciliario y lo institucional

El parto además de ser un momento central para la atención en salud desde ambos sistemas médicos, es el espacio donde se evidencian las mayores tensiones, como expresión de las mismas se encuentra el debate entre el parto vertical *vs.* el parto horizontal o el parto domiciliario *vs.* el parto institucional.

El parto vertical remite a una forma de parto en la cual la mujer está perpendicular al suelo, de rodillas o en cuclillas y sujeta a una cuerda o “*chumbe*”; en general, es dirigido y asistido por una partera o partero y médico tradicional. Este parto condensa todo el concepto de maternidad indígena, pues no solo refiere a un concepto participativo, familiar y comunitario, sino que también permite que el niño que nace sea investido por la energía de los tres mundos: el *espiritual*, el *territorio* y el *mundo de abajo*.

Desde el sistema médico occidental el parto vertical como práctica en sí misma no es inadecuado, la situación está en cómo la posición asumida por la madre hace difícil la ubicación del médico para recibir el bebé, por lo que es más factible que éste pueda golpearse al salir del vientre materno; por tanto, la posición es algo que no se puede negociar por el riesgo que supone:

Parto vertical le llaman a eso [...] el parto debe ser acostado, sí, eso sí tampoco es negociable, porque puede pasar se le caen a uno a veces al médico, es mejor acostado (Entrevista con médico, Cauca, 2014).

A su vez, desde la percepción de tratantes del sistema médico occidental algunas prácticas de la medicina tradicional son inadecuadas al no ser realizadas bajo las condiciones de asepsia que se sustentan desde el sistema occidental, lo que lleva a un aumento innecesario del riesgo al momento del parto. Es así como desde el planteamiento terapéutico del sistema médico occidental existen protocolos de atención que deben ser seguidos por los profesionales de la salud para la atención de la salud materna.

De otro lado, la atención que se presta desde el sistema médico occidental parte del principio de igualdad en la atención, principio que dicta que todas las personas deben ser atendidas de la misma forma puesto que “*todos somos iguales*”, lo que puede llevar al desconocimiento de las particularidades asociadas a condiciones intrínsecas de las mujeres, como su pertenencia étnica:

Todos por igual, lo único es que cuando ella está arriba es por la lengua [idioma], la barrera nuestra, pero igual, nuestra atención es igual, viene embarazada, va para arriba, vamos hacer esto, la explicación, la atención de su parto, todo eso (Entrevista con enfermera, Cauca, 2014).

El parto vertical se ha asociado al parto domiciliario, de ahí que los riesgos asociados al parto vertical sean extrapolados al domiciliario. Este estudio identificó que desde el sistema médico occidental se han desarrollado diversos esfuerzos

para fomentar el parto institucional, el cual tiene como característica principal la posición horizontal de la mujer y el ser realizado en Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) autorizada y vigilada por las autoridades de salud:

Yo pienso que un parto domiciliario, pues, es complicado, porque pensando en la técnica séptica, pues, es un momento donde hay mucho contacto con el entorno que se está, entonces toca tener un sitio muy limpio, muy adecuado, es preferible que sea un parto institucional (Entrevista con la persona del área administrativa del hospital, Cauca, 2014).

La búsqueda de la ampliación de la cobertura del parto institucional se asocia a lo que se denomina “parto seguro”; es indispensable que el parto sea atendido en una IPS donde va a contar con todos los medios técnicos y humanos para un buen manejo, medios que en un parto domiciliario no se tienen; así el parto seguro es posible sólo en el marco institucional.

No obstante, las madres indígenas mencionaron preferir el parto domiciliario vertical, toda vez que sus madres y abuelas tuvieron a sus hijos mediante este tipo de parto, además de relacionarse con sus tradiciones culturales. Actualmente, muchas mujeres indígenas han tenido sus partos de esta forma, por tanto, uno de los criterios para preferir el parto domiciliario vertical es la experiencia:

Muchas mamás tampoco acuden al hospital a tener su bebé porque los anteriores partos han sido en su forma que culturalmente lo hacen (Entrevista con auxiliar de enfermería, Cauca, 2014).

Aunado a esto, el parto domiciliario es el lugar donde realmente se puede contar con la cercanía de la familia y de la comunidad.

¿Y qué piensan ellos de nosotros? Percepciones de los tratantes y las tratadas

A partir de encuentros y desencuentros, la imagen construida por las madres indígenas de los médicos occidentales se describe en tér-

minos de lo que se expresa en la relación y se refuerza a partir de los relatos del personal de salud. Fueron comunes expresiones que aluden a regaños orientados a lograr un acatamiento de los procedimientos médicos; apreciación que termina afianzándose en discursos que normalizan algunos tratos del personal de salud. En este terreno lo que la madre interpreta en algunos casos se soslaya o se lee atenuando su importancia:

Ellas no están de acuerdo, que no [...] entonces los médicos les hablan un poquito más duro, haciéndoles entender que están cometiendo un error [...] entonces consideran que porque el médico subió un poquito de tono entonces ya las están regañando, ya las está maltratando (Entrevista con psicóloga, Cauca, 2014).

Del otro lado, médicos y personal de salud señalan la terquedad de las madres indígenas, junto con expresiones como “son cerradas”, “no entienden” o “se esconden”. Otra característica que se relaciona a las madres indígenas es tener un umbral del dolor alto, se asocia con ser “fuertes”, “guapas”, “no gritonas”, cualidades infundidas a las mujeres desde la crianza que pueden facilitar las intervenciones médicas; pero que a la vez pueden derivar en la falta de reconocimiento del riesgo asociado a los signos de alarma durante el embarazo. Adicionalmente, la no asistencia de las madres a los servicios de salud fue interpretada, en algunos casos, como muestra de desinterés frente a su salud y la de su hijo, a lo que se suma el que

[Los indígenas con su cultura] afectivamente son un poco planos, cierto, inexpresivos y [aun] más la mujer (Entrevista con médico, Cauca, 2014).

Cuando la cultura se percibe como barrera

Desde la medicina occidental, la cultura configura formas particulares de concebir los riesgos en salud; dichas configuraciones pueden llevar a que los signos de alarma pasen inadvertidos, pues para las madres indígenas y sus familias el embarazo

no representa una etapa de riesgo, se percibe y se vive como un proceso natural:

Ellas no miran el riesgo de que uno puede morir por un sangrado, que si uno tiene muchos hijos puede morir por ese sangrado, que si uno tiene la presión alta o que si está obeso o tal cosa puede tener algún problema, cierto eso no lo miden (Entrevista con profesional de la salud, Cauca, 2014).

La confianza puesta en la medicina tradicional por las madres indígenas se percibe por el personal de salud occidental como una barrera para el reconocimiento oportuno de complicaciones durante el embarazo y el parto. Son reiterados los señalamientos sobre cómo dichas complicaciones, que en última instancia demandan ser resueltas en los servicios de salud occidental, podrían haberse evitado mediante una identificación y manejo oportuno. Esta situación constituye un punto de desacuerdo entre las madres indígenas y el personal de salud occidental, que en algunos casos es percibido por los médicos occidentales como un cuestionamiento sobre la calidad técnica de sus acciones, lo que a su vez deriva en lo que ellos han denominado una “*estigmatización de la medicina occidental*”:

Algunos pacientes creen que nosotros nos gusta mandar a Popayán o que nos gusta remitir a Cali, porque no podemos hacer nada acá, es que no tienen la dimensión de lo que ellas vienen muy graves acá y como vienen tan graves [nos] toca mandarlas a un especialista por esa razón el hecho de que una mala información sea dada que es muy común también en la cultura indígena es que si hay un defecto, o si hay un problema en alguna acción [...] dentro del concepto de ellas el hecho de que algo salga mal por algún motivo ya generalizan y de ahí en adelante dicen que no hay que ir al hospital... porque tal cosa o sea hacen un estigma de la atención médica acá y ese estigma se generaliza en todo el resguardo (Entrevista con médico, Silvia, 2014).

Interculturalidad

Los diversos modos de relacionamiento de los actores que componen los dos sistemas mé-

dicos tienen diferentes expresiones, que a su vez pueden corresponder a formas particulares de interculturalidad. La medicina occidental, desde la perspectiva de representantes de la medicina tradicional, parecería en algunos casos afianzar su hegemonía sobre otros sistemas en una suerte de negación del “*otro*”, allí el saber y el hacer legítimo es el de la medicina occidental por lo que replantear el quehacer de la medicina tradicional para ponerlo en función de los preceptos de la medicina occidental o circunscribir el actuar de ese “*otro*” a un pequeño número de prácticas; sean considerados tareas perentorias:

Las parteras juiciosas las llamamos a aquellas que traen la paciente a los controles y le dicen ‘vea usted no ha ido a control, vamos’, y las traen y las acompañan al control o vienen y las dejan ahí y luego salen y se van (Entrevista con médico, Cauca, 2014).

En otras ocasiones la necesidad de introducir algunos cambios en los servicios de salud occidental, estuvo orientada a lograr que estos fueran más amigables para las madres indígenas y más frecuentados por ellas. Estas adaptaciones se fundamentaron primordialmente en un conocimiento general de algunas prácticas indígenas durante el parto y el puerperio, entre ellas, cambios en la alimentación, ingreso de las parteras al trabajo de parto o la entrega de la placenta.

Si bien la actitud del médico, como profesional que brinda una atención humanizada basada en el conocimiento y el reconocimiento de las particularidades individuales y culturales de su paciente, así como la formación del personal de salud en temas como interculturalidad y enfoque diferencial, aparecieron como aspectos esenciales y fueron poco recurrentes en el discurso del personal de salud occidental:

Cuando el paciente llega, pues el paciente desafortunadamente debe someterse a unos protocolos que tratan de ser lo más humanos y amigables para el paciente [...] pero que no tenemos en cuenta nosotros eso, si dentro de sus creencias y dentro de su este, para usted es normal que le digan ‘oiga

quítese toda la ropita’, ‘póngase esta bata’, ‘venga yo lo veo’, ‘no, no está’, pienso que hace [falta] mucha, mucha educación en cuanto a eso (Entrevista con médica, Cauca, 2014).

Con menor frecuencia en algunos municipios se evidenciaron experiencias que se caracterizaron por el reconocimiento, diálogo y concertación entre tratantes de ambos sistemas médicos y comunidad, en la que los cambios fueron resultado de una construcción que partía de las creencias y necesidades de las madres y sus familias. Asimismo, se encontró que las apuestas que buscaban ofrecer a la población indígena una atención en salud con enfoque intercultural estaban supeditadas a voluntades de diversos actores y en diferentes niveles:

¿qué hacemos?, entonces no se trata de llamar, miren yo digo y punto, no, esto es conversadito, esto es por las buenas [...] ‘don Mario buenos días’ [...] entonces qué hacemos, ahí son las reuniones que tenemos con él, ya sea teguala, ya sea parto, nos reunimos en la vereda, nos reunimos acá la familia, la embarazada, su partero y vamos personal de la IPS; exponemos por qué nosotros creemos que no puede ser un embarazo [...] en bien de ese bebé y de esa embarazada que no lo puede tener en casa, el partero explica sus razones de por qué sí lo puede tener; tratamos de llegar a un acuerdo [...] siempre nos ha ido bien, llegamos a un buen término y por supuesto la embarazada va a creer porque la última palabra en este territorio lo tiene un médico tradicional y lo tiene su partero y eso es lógico, cierto, y es muy respetable (Entrevista con enfermera, Cauca, 2014).

Discusión y conclusiones

Entender los sistemas médicos como sistemas culturales permitió identificar diferencias claras en la forma cómo cada sistema define la salud, la enfermedad, la muerte y la maternidad; estas diferencias se reflejan en prácticas y cuidados particulares durante la gestación, el parto y el puerperio. El parto fue el momento en el que se expresaron las mayores tensiones, especialmente en lo que respecta a la posición asumida por

la madre (vertical u horizontal). Sumado a esto, desde los actores de cada sistema, se encontraron percepciones que se mueven en doble vía y que permean la relación, la cual se manifestó en diferentes formas de interculturalidad.

Se rescataron algunos elementos esenciales y en algunos casos contrapuestos sobre la forma como cada sistema médico conceptualiza la salud, la enfermedad y la maternidad. Desde la medicina tradicional el embarazo y el parto son acontecimientos naturales que no solo atañen a la madre y su cuidado está relacionado con conservar o restablecer el equilibrio de la madre y el niño con su familia, comunidad y territorio. Por su parte, para la medicina occidental estos acontecimientos representan un riesgo para la madre, por lo que su cuidado demanda valoración oportuna y el manejo de los riesgos que se puedan presentar. Las diferencias en estos conceptos han sido puestas de manifiesto por otros estudios realizados con pueblos indígenas en Colombia y en otros países de Latinoamérica, tal es el caso, de un estudio realizado con madres Emberá de Antioquia que revela como la maternidad trasciende la reproducción biológica (UNFPA, 2011; Moral, 2006).

La comprensión de las distintas maneras de abordar la salud y la maternidad aporta al entendimiento de aquello que se valora como importante o necesario para el cuidado y la atención de la salud materna. Así el parto se mostró como uno de los momentos de mayor desencuentro, expresión de ello es la tensión que se registra entre parto domiciliario e institucional. El primero propio, aunque no exclusivo, de las madres indígenas, permite a la madre y al niño vivir el alumbramiento en un entorno de confianza, familiaridad y cercanía; así como la posición vertical hace posible que el niño reciba la conexión del mundo espiritual, el territorio y del mundo de abajo. El segundo, concebido desde lo occidental como medida de primer orden para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal, es también un indicador para mejorar la salud materna (Conpes, 2011; Colombia, 2014).

El análisis de las principales causas de muerte materna en el país indica cómo la mayor proporción de defunciones ocurre por trastornos hipertensivos o complicaciones hemorrágicas, causas

de defunción que se dan con mayor severidad en el último trimestre de gestación, el parto y postparto (Seinfeld, 2011). De allí, el que parte de los esfuerzos nacionales y departamentales de los últimos años se han concentrado en mejorar el porcentaje de partos institucionales (Cauca, 2011).

La tensión que se presenta entre parto domiciliario e institucional, se expresó también en la posición asumida por las madres durante el alumbramiento, pues desde la medicina occidental el parto vertical se percibe como una práctica riesgosa. Sin embargo, la posición vertical ha sido documentada por diversos estudios como una estrategia no necesariamente vinculada a complicaciones para la madre o el niño, mientras se ha asociado con una disminución en el tiempo del trabajo de parto (Arteaga; Lara, 2004; UNFPA, 2011). Países como Perú reconocen la posición vertical como una práctica válida y segura y por tanto aceptada por su sistema de salud (Arias, 2004). No obstante, en este estudio prevaleció una percepción negativa del parto vertical sobre la base de considerar que éste acarrea mayores complicaciones para la madre y el niño, o por la posición incómoda del médico en el alumbramiento. La percepción negativa de los servicios de salud occidental que ostentan las madres indígenas, se cimentó en el desconocimiento de las prácticas culturales asociadas con el embarazo y el parto, lo que a su vez se presentó como explicación para no asistir (Vargas, 1994).

La relación entre el tratante occidental y la madre indígena está atravesada por formas de percibir. Las percepciones como fenómenos culturales están asistidas por ideologías y valores que actúan como marcos de referencia a partir de los cuales el sujeto interpreta incluso sus propias sensaciones corporales (Escalante, 2009); así un signo de alarma que aparece como evidente desde la medicina occidental puede no serlo para una madre indígena o tal vez su significado sea otro, por lo que consultar a los servicios de salud occidental no sea en muchos casos la mejor opción, por el contrario, se piense como última alternativa.

Entender los sistemas médicos como sistemas culturales permite comprender que la relación entre sus agentes se puede leer desde la interculturalidad, concebida ésta última como el encuentro

entre personas o grupos de distintas culturas, independientemente de las condiciones de igualdad en las que deviene (Viaña, 2010). Este estudio identificó diversos patrones de relacionamiento entre agentes del sistema médico tradicional y occidental que no son excluyentes. A continuación, se esbozan algunos elementos que contribuyen a la comprensión de estos patrones, sin la pretensión de ser una explicación global aprehensiva de la complejidad de estas realidades.

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

Actitudes de tolerancia o una aceptación parcial del “*otro*” indígena, que se conoce someramente, conforman el **segundo patrón** de relacionamiento. Basados en este conocimiento superficial y la forma como desde Occidente se significan las prácticas tradicionales, se han introducido algunos cambios en la atención brindada a las madres, como incluir a los tratantes tradicionales a manera de adiciones al sistema médico occidental, lo que en última instancia busca un aumento de la cobertura de servicios del sistema médico occidental. Este tipo de relación se podría enmarcar dentro de la interculturalidad funcional, en la que un sistema adopta algunas características de otro, sin conocer muy bien sus lógicas y significados, con el propósito de ponerlo a su servicio (Viaña, 2010). Se trataría de adecuaciones culturales, en lugar de servicios con pertinencia intercultural (Colombia, 2015).

El **tercer patrón** estuvo definido por un diálogo horizontal de saberes que ha permitido procesos de intercambio y construcción conjunta de nuevas formas de cuidar la salud de las madres. Dos ca-

racterísticas fundamentales en este patrón fueron: el reconocimiento del sistema médico tradicional como legítimo y en igualdad de condiciones; y la aceptación mutua de los límites y las posibilidades de cada sistema médico para el cuidado de la salud de las madres. Esta forma de relacionamiento se ha llamado interculturalidad crítica en tanto involucra procesos de negociación y concertación cimentados en relaciones simétricas (Viaña, 2010).

El encuentro entre representantes de ambos sistemas médicos está enmarcado en relaciones de poder establecidas históricamente. Por tanto, reconocer el sistema médico tradicional en su diversidad es necesario para no caer en la imposición de un modelo de atención en salud que dista de las expectativas y necesidades de la población, modelo que pese a ser legítimo para el Estado, no deja de ser ajeno para algunas madres indígenas, quienes confían y dan validez a la medicina tradicional, tal como se ha identificado en estudios realizados con otros pueblos originarios del país (Colombia, 2015; Parra; Pacheco, 2006; Vargas, 1994).

Este estudio evidenció como entre las comunidades Nasa y Misak del Cauca existe un número de madres que no logran acceder a los cuidados propuestos desde los sistemas médicos, situación que se explica a partir de diferentes elementos. Para el sistema médico tradicional se refiere la pérdida progresiva de valores culturales; las dificultades para el desarrollo de un sistema de salud propio y el respeto y la garantía de derechos establecidos en la normatividad nacional. El sistema médico occidental enfrenta situaciones relacionadas con la ausencia, en muchos casos, de servicios de salud con pertinencia cultural, los que por el contrario son percibidos por la comunidad como hostiles. Estos elementos dejan a las madres en un espacio de incertidumbre en el que no es posible realizar, en gran medida, las prácticas tradicionales, ni acceder a la atención brindada por la medicina occidental.

Si bien cada sistema sustenta su pensar y accionar según sus propias categorías culturales, para este estudio se evidenció que el sistema occidental, como sistema hegemónico, desconoce al otro, lo que en ocasiones se manifiesta en la pretensión de subordinar el sistema tradicional. En esta

misma línea, en ocasiones la visión de las prácticas de salud y los cuidados culturales desde los médicos occidentales se basó fundamentalmente en los resultados adversos observados en algunas madres que consultaban de manera tardía, lo que por demás reveló un conocimiento incipiente de las lógicas y sentidos que subyacen a las prácticas culturales que de tenerse, posibilitaría una mirada más comprensiva de las mismas.

Partiendo de lo anterior, se señalan algunos retos para la salud pública y los sistemas médicos que conduzcan a un cambio en la manera como éstos se relacionan. Para esto, se propone propiciar espacios de diálogo de saberes, con la mediación de las autoridades de salud indígenas y occidentales, que permita el reconocimiento y entendimiento de las lógicas de acción de cada sistema; incluir dentro de los programas académicos de ciencias de la salud y en capacitaciones dirigidas al personal asistencial y administrativo del sistema occidental, elementos prácticos y conceptuales en temas como interculturalidad, normatividad y enfoque diferencial. Finalmente, se plantea facilitar el intercambio de experiencias en relación con la atención del parto, con países como Perú y Bolivia, para formular y desarrollar estrategias que den solución a los principales puntos de tensión.

Asimismo, teniendo en cuenta que los sistemas médicos hacen parte de sistemas culturales más amplios y están atravesados por diferentes elementos de contexto, es necesario el logro de sinergias entre diferentes niveles y actores de los sistemas de salud, expresadas en lo individual, institucional y estatal: a nivel individual personas con la apertura y comprensión de otras formas de entender la salud, la maternidad, la enfermedad y la muerte; a nivel institucional, procesos que faciliten el encuentro y enriquecimiento entre ambos sistemas reconociendo los límites y bondades de cada uno y que actúen en sinergia con el compromiso del Estado en un doble sentido, la garantía a los pueblos indígenas de los medios necesarios para implementar servicios de salud pertinentes culturalmente y con el cumplimiento de la normatividad nacional existente en el tema.

Este estudio buscaba aportar algunos elementos para ampliar la comprensión de la relación

entre tratantes occidentales y madres indígenas en la atención a la salud materna partiendo de reconocer los sistemas médicos como sistemas culturales. Esto permitió entender las diferencias existentes en las prácticas y nociones de cada sistema frente al cuidado de la salud materna, sin abordar cómo estos elementos son expresión de un sistema de valores y tradiciones del contexto cultural más amplio del que hacen parte. Si bien se recogen varios hallazgos importantes en este tema, es de señalar la necesidad de un trabajo de campo más intenso en el tiempo, lo que permitiría acceder con mayor detalle a las percepciones de las madres y sus familias. Como parte del análisis se plantean algunos desafíos en la investigación en salud con pueblos indígenas, entre ellos un análisis de los avances normativos y su materialización en contextos particulares o una aproximación que permita ahondar en los procesos de formación de tratantes occidentales que pueda dar luces sobre sus actuaciones en la atención brindada a la población indígena.

Referências

ACOSTA, Y.; SEGURA, O. Indígenas gestantes en la ribera del Amazonas: conocimientos, actitudes y prácticas. *Investigaciones Andinas*, Bogotá, DC, v. 13, n. 22, p. 108-120, 2011.

ACNUR - ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS. *Situación de los pueblos indígenas de Colombia*. Bogotá, DC, 2012. Disponível em: <http://bit.ly/2k18MQU>. Acesso em: 17 jan. 2017.

ARIAS, M. Comportamiento reproductivo en las etnias de Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública de México*, México, DF, v. 43, n. 4, p. 268-278, 2004.

ARIAS, M. Calendario reproductivo en mujeres indígenas U'wa (tunebo) de Boyacá, Colombia. *Papeles de Población*, Toluca, v. 19, n. 75, p. 59-81, 2013.

ARTEAGA, N.; LARA, V. L. Violencia y distancia social: una revisión. *Papeles de Población*, Toluca, v. 10, n. 40, p. 169-191, 2004.

BID - BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. *Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna*. Washington, DC, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/2jFjadu>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BETANCOURT, C.; PINILLA, M. Y. Apreciaciones sobre el Contexto Sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. *Desacatos*, Bogotá, DC, n. 35, p. 75-86, 2011.

BONILLA-CASTRO, E.; RODRÍGUEZ, P. *Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá, DC: Norma, 2005.

CABILDO DE GUAMBIA. *Segundo plan de vida de pervivencia y crecimiento Misak Mananasr kurri mananasr nkatik Misak waramik*. Cauca, 2008. Disponível em: <http://bit.ly/2nThC1j>. Acesso em: 20 out. 2015.

CAUCA. Gobernación del Cauca. *Plan de desarrollo departamental 2012-2015*. Popayán, 2011. Disponível em: <http://bit.ly/2ix9Ifj>. Acesso em: 15 set. 2015.

CEPAL - COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. *Salud materno infantil de los pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos*. Santiago de Chile, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/2jrY712>. Acesso em: 17 jan. 2017.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. *Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia*. Bogotá, DC, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/2jG7c3o>. Acesso em: 3 out. 2015.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud, Bienestar Familiar. *Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia 2010*. Bogotá, DC, 2011. Disponível em: <http://bit.ly/1rqfbor>. Acesso em: 22 set. 2015.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. *Segundo informe ONS Observatorio Nacional de Salud: mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de*

- frontera terrestre en Colombia. Bogotá, DC: INS, 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/2ixzdNL>>. Acesso em: 7 nov. 2015.
- COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. *Norma técnica para la atención del parto*. Bogotá, DC, 2015. Disponível em: <<http://bit.ly/2jvmOcc>>. Acesso em: 3 set. 2015.
- COLOMBIA. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. *Informe final del evento mortalidad materna*. Bogotá, DC, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/2iDgStR>>. Acesso em: 12 set. 2015.
- CONPES - CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL. *Documento Conpes Social 140*. Bogotá, DC, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2jjGdkY>>. Acesso em: 20 out. 2015.
- DANE - DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos*. Bogotá, DC, 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/2hz3vux>>. Acesso em: 2 nov. 2015.
- ESCALANTE, Y. *Derechos de los pueblos indígenas y discriminación étnica o racial*. México, DF, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/2j4AGqQ>>. Acesso em: 25 out. 2015.
- GIRALDO, C. L.; ORDUZ, P. A. Estado nutricional materno de las mujeres indígenas de Río Sucio Caldas 2004-2005 y la asociación directa con el peso de sus recién nacidos. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, Manizales, v. 12, n. 1, p. 193-202, 2007.
- HERNÁNDEZ, A. et al. Comunidades Embera y Wounan del departamento de Chocó: prácticas de cuidado durante el proceso de gestación. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Medellín, v. 32, n. 2, p. 17-25, 2014.
- LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 459-466, 2010.
- MORAL, C. Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de Investigación Educativa*, Barcelona, v. 24, n. 1, p. 147-164, 2006.
- PÁEZ. *Diagnóstico Plan de Salud Páez Cauca*. Cauca: Alcaldía de Páez, 2012a.
- PÁEZ. *Perfil epidemiológico del municipio de Páez 2011*. Cauca: Alcaldía de Páez, 2012b.
- PARRA, L.; PACHECO, A. M. ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista de Ciencias de la Salud*, Bogotá, DC, v. 4, p. 110-121, 2006.
- QUICENO, P. Las transformaciones del significado y la vivencia de la maternidad en mujeres negras, indígenas y mestizas del suroccidente colombiano. *Sociedad y Economía*, Santiago de Cali, n. 18, p. 59-84, 2011.
- SEINFELD, J. *Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú*. Lima: Focal, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2jGbzLR>>. Acesso em: 3 out. 2015.
- UNFPA - FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Atención en salud con pertinencia intercultural, módulo técnico-teórico*. Lima: Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2iIEyAm>>. Acesso em: 19 out. 2015.
- VALENCIA, E. M.; ARIAS, M. M. Reproductive calendar of the Embera Eyabida indigenous group from the Nusidó community in Frontino, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, v. 32, n. 2, p. 32-37, 2014.
- VARGAS, L. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, México, DF, v. 4, n. 8, p. 47-53, 1994.
- VÁZQUEZ, M. L. et al. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2006.
- VIAÑA, J.; TAPIA, L.; WALSH, C. *Construyendo la interculturalidad crítica*. La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, 2010.

Agradecimientos

Agradecemos la participación en el desarrollo de esta investigación y la disposición constante de: las comunidades indígenas Nasa y Misak del Cauca; Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC); Secretaría Departamental de Salud del Cauca; Secretarías Municipales de Salud de Toribío, Páez, Inzá, Silvia y El Tambo; Empresa Promotora de Servicios de Salud Indígena (EPS-I) Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN); EPS-I Mallamás; Empresa Social del Estado (ESE) Tierradentro; Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena (IPS-I) Nasa Cxha Cxha; IPS-I Juan Tama; Hospital Mama Dominga; ESE Centro Uno; IPS-I Totoguampa; ESE Hospital El Tambo; ESE Cxayu'ce Jxut; IPS-I ACIN; Hospital Universitario San José de Popayán; Clínica La Estancia; ESE Susana López; Esther Liliana Cuevas y al grupo de Maternidad Segura del Instituto Nacional de Salud; Andrea Rodríguez por su participación en el diseño general de la propuesta, las herramientas y la recolección de la información; Clara Delgado por su aporte en la revisión y edición del documento; Kevin Torres por el diseño y diagramación del documento original; Gimena Leiton por su apoyo logístico y en la transcripción de entrevistas; Johana Quintero y Daniela Daza por la transcripción de entrevistas.

Contribución de los autores

Castillo-Santana ha contribuido con el diseño general de la propuesta, herramientas, recolección de información, análisis de las entrevistas y elaboración del documento final. Vallejo-Rodríguez con el diseño de herramientas, recolección de información, análisis de las entrevistas y elaboración del documento final. Cotes-Cantillo con el diseño general de la propuesta y revisión del documento final. Castañeda-Orjuela con la revisión del documento final.

Recibido: 01/09/2016

Re-presentado: 29/11/2016

Aceptado: 01/12/2016