

**Cuando el guaco canta: camino de cuidado propio/intercultural a gestantes indígenas Inga,
Cauca – Colombia, 2026.**

When the Guaco Sings: A Path of Self-Care and Intercultural Understanding for Indigenous
Pregnant Women in Inga, Cauca, Colombia, 2026.

Quando o guaco canta: um percurso de autocuidado e interculturalidade para mulheres grávidas
indígenas Inga, Cauca – Colômbia, 2026.

Maira Alejandra Pencue Perdomo¹

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

Sandra Liliana Herrán Arias²

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

Resumen

Objetivo: Co-crear el camino de cuidado/ruta de atención propia e intercultural de la Wigsawa para el buen vivir de las gestantes y sus familias en los territorios indígenas Ingas del Programa de salud Tandachiridu Wasi, 2026.

Métodos: Estudio cualitativo, método investigación acción participativa, con técnicas convencionales (entrevistas, observación participante y no participante) y no convencionales (mingas de pensamiento).

Resultados: La edad reproductiva de las mujeres Inga se relaciona con el cuidado desde la primera menstruación, entendida como un hito significativo de la cosmovisión y del Buen Vivir

¹ Enfermera Fundación Universitaria del Área Andina

² Tutor del proyecto de investigación

en relación con el territorio. En este proceso, la familia, la comunidad y las parteras desempeñan un papel fundamental, acompañando a la wigsawa durante la preconcepción, la gestación, el parto y el posparto mediante prácticas vinculadas con la espiritualidad y la alimentación ancestral. En la atención biomédica a las mujeres embarazadas Inga se evidenciaron manifestaciones de violencia obstétrica, expresadas en barreras de acceso, baja pertinencia cultural y tensiones con los saberes propios. La construcción del camino de cuidado resaltó la necesidad de promover relaciones de complementariedad y no jerarquización entre la medicina propia y la biomedicina, como respuesta a las resistencias del paradigma biomédico y a las experiencias identificadas.

Conclusiones: El Buen Vivir de la Wigsawa expresa una comprensión de la salud basada en la relación cuerpo-territorio, en la que el cuidado de la mujer se construye de manera recíproca con la familia, la comunidad y el territorio. Desde esta perspectiva, el camino de cuidado propio e intercultural de la Wigsawa constituye una propuesta para favorecer el diálogo entre la medicina propia y la biomedicina, sustentado en la complementariedad y la no jerarquización de los saberes, como aporte al fortalecimiento de la autonomía, la libre determinación y el derecho a la salud del pueblo Inga.

PALABRAS CLAVES: Salud intercultural, Sistema de Salud Indígena, Salud Materna, Medicina indígena, Curso de Vida.

Introducción

El reconocimiento del derecho a la salud de los pueblos indígenas en Colombia ha sido el resultado de un proceso gradual de desarrollo normativo y concertación con el Estado en el marco de la reivindicación y luchas de los pueblos indígenas (1,2). Este proceso ha estado marcado por las dificultades de acceso de estos pueblos a la atención en salud y el desconocimiento de sus sistemas médicos (3). Por ello, el Consejo Regional Indígena del Cauca, CRIC, impulsó desde 1977 la formación de agentes comunitarios bilingües, fortaleciendo la organización y la atención en salud desde prácticas propias (4).

Posterior mediante en el XII Congreso del CRIC estableció como mandato el fortalecimiento de los sistemas propios entre ellos salud como estrategia para consolidar la autonomía y el Plan de Vida de los pueblos indígenas como respuesta contrahegemónica (5). Así mismo mediante la Resolución Interna 001 de 2011, formalizó su propósito de avanzar hacia un sistema resolutivo para su atención y cuidado en salud por medio del diseño e implementación de Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (6). Lineamientos que fueron recogidos posteriormente en el Decreto 0968 de 2024, donde la sabiduría ancestral se consolida como el pilar fundamental del cuidado (7,8).

En coherencia con las orientaciones establecidas por las autoridades indígenas para el funcionamiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), el CRIC se encuentra organizado política y administrativamente en zonas. Una de ellas es Tandachiridu Wasi, que, mediante su estructura de gobierno propio, entendida como las formas organizativas construidas por los pueblos indígenas en el marco de su autonomía para ejercer la gobernanza dentro de sus territorios, avanza en la implementación del SISPI para el pueblo Inga a través del

Programa de Salud Zonal, encargado de dinamizar y desarrollar sus componentes en el territorio.
(9).

Esta zona está conformada por once territorios indígenas, de los cuales ocho pertenecen al pueblo indígena Inga: seis ubicados en el municipio de Santa Rosa Cauca, correspondientes a los resguardos Rigcharikuna, San José Descanse, Suma Iuiái, Mandiyaco y a los cabildos San Carlos y Tandarido, y dos en el municipio de Piamonte Cauca, correspondientes a resguardos de Cauca punga y Bajo Chuspizacha.

En la asamblea comunitaria del 3 de marzo del 2024, las once autoridades de resguardos y cabildos indígenas de esta zona decidieron avanzar en la co-construcción del camino de cuidado de la wigsawa. Este proceso parte del reconocimiento de las prácticas y saberes asociados a los diferentes momentos del ciclo de vida del pueblo Inga, donde la wigsawa, que en la lengua Inga hace referencia a la mujer gestante, constituye el segundo momento del ciclo de vida. En la zona Tandachiridu Wasi, el cuidado durante este momento se desarrolla a través de la articulación entre las estructuras propias de salud, como el Programa de Salud Zonal, y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Sin embargo, el diagnóstico comunitario sobre los servicios prestados evidenció la persistencia de barreras de acceso y el desconocimiento de sus prácticas y cosmovisión en la atención en salud, lo cual ha generado desconfianza y resistencia hacia el modelo biomédico, afectando la salud y el Buen Vivir de la wigsawa y la necesidad de la co-construcción (10).

De acuerdo con los censos poblacionales de los territorios de la zona Tandachiridu Wasi recopilados por la Asociación de Cabildos Indígenas del Municipio de Santa Rosa y Piamonte Cauca (ACIMSPCA), en el 2022 habitaban 1.806 comuneros (913 hombres y 893 mujeres),

organizados en 438 familias. En el periodo 2021–2025, las auxiliares de enfermería de la zona reportaron a las autoridades tres muertes perinatales y una muerte materna. Sin embargo, gran parte de la información sobre estos eventos interés en salud pública sigue siendo verbal, lo cual limita la planeación en salud y refuerza la necesidad de fortalecer un sistema de registro propio (11).

De su lado, los datos arrojados por los sistemas Registro Único de Afiliados (RUAF), Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) (2020–2024) muestran variaciones en la mortalidad materna a nivel nacional, con picos en 2021 (352 casos) y 2024 (324 casos). Sin embargo, en el departamento del Cauca, las cifras se mantuvieron elevadas: 10 muertes en 2022 y 2023, con una disminución a 7 en 2024. En el municipio de Piamonte se registró una muerte materna en 2023 con 61 nacidos vivos, lo que generó una razón de mortalidad materna de 1.639,3 por cada 100.000 nacidos vivos, muy superior a los promedios nacional y departamental. Estos datos son explicados por las comunidades como consecuencia de barreras de acceso, ausencia de atención oportuna, baja calidad de los servicios y falta de enfoque intercultural (12,13,14).

No obstante, al contrastar los datos recolectados de manera comunitaria con los registros oficiales del SIVIGILA, se evidencian inconsistencias entre las dos fuentes de información, lo cual refleja vacíos en el sistema de registro para establecer la magnitud de la problemática. A esto se suma la tendencia hacia el subregistro de este tipo de eventos que afecta la toma de decisiones en salud pública fundamentadas en información confiable que podría desfavorecer el reconocimiento de la situación de las mujeres indígenas de la región. Además, es importante tener en cuenta que los registros del municipio de Piamonte se presentan de manera general en el

SIVIGILA lo que limita conocer a profundidad los datos específicos de los dos territorios indígenas que pertenecen al pueblo Inga.

La literatura sobre salud materna intercultural evidencia importantes vacíos relacionados con el diseño, la implementación y la evaluación de estrategias de atención culturalmente pertinentes dirigidas a mujeres indígenas. La revisión de la literatura identificó la ausencia de estudios sobre rutas o caminos de cuidado materno con enfoque intercultural, tanto en Colombia como en Latinoamérica. Si bien diversos estudios han documentado las barreras de acceso a los servicios de salud, las prácticas culturales durante la gestación, el parto y el posparto, así como la necesidad de fortalecer la articulación entre la medicina propia y la biomedicina, la mayoría se limita a formular recomendaciones o proponer estrategias para una atención culturalmente pertinente, sin describir procesos de construcción participativa ni analizar la implementación de rutas de cuidado. Este vacío evidencia la necesidad de generar propuestas construidas con las comunidades que respondan a sus contextos socioculturales y fortalezcan el cuidado materno desde una perspectiva intercultural.

En Colombia las investigaciones sobre salud materna intercultural, desde aproximaciones principalmente cualitativas, han permitido comprender, en algunos contextos particulares, las dinámicas culturales entre los saberes ancestrales y el modelo biomédico (15,16,17). No obstante, persisten limitaciones en la incorporación de enfoques participativos que involucren activamente a las comunidades en la construcción de rutas de atención. En el caso del pueblo Inga, esta situación se expresa en la ausencia de un camino de cuidado materno propio e intercultural construido de manera participativa y en coherencia con los principios del Sistema

Indígena de Salud Propio e Intercultural, que favorezca la articulación entre la medicina ancestral y la biomedicina para el buen vivir de las gestantes y sus familias.

Ante la ausencia de estudios que analizaran las rutas de atención materna con enfoque intercultural en el departamento del Cauca, fue necesario realizar una revisión documental de las rutas implementadas por ocho Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPSI). Esta revisión evidenció que, aunque dichos documentos incorporan de manera explícita el enfoque intercultural como eje orientador de la atención, su estructura y desarrollo continúan respondiendo principalmente a los lineamientos establecidos por las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Esta situación plantea la necesidad de examinar la forma en que la interculturalidad se materializa en la práctica, dado que, pese a su reconocimiento en los documentos institucionales, persiste el predominio del modelo biomédico sobre la medicina tradicional, limitando la articulación de los saberes, prácticas y formas propias de cuidado de los pueblos indígenas.

Es así como para el pueblo Inga, la construcción del camino de cuidado materno propio e intercultural representa una oportunidad para fortalecer la articulación entre la medicina ancestral y la biomedicina, en coherencia con los lineamientos del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural.

En este contexto, el objetivo de la investigación fue co-crear la ruta de atención/camino de cuidado materno propio e intercultural de la wigsawa, para el buen vivir de las gestantes y sus familias en los territorios indígenas Ingas del Programa de Salud Tandachiridu Wasi, 2026.

Método

Para esta investigación se desarrolló un estudio cualitativo fundamentado en el método de investigación acción participativa (IAP) (18), desde un enfoque intercultural crítico. El método IAP fue implementado según tres dimensiones estructurales: (i) el diagnóstico y planeación participativa; (ii) la acción; y (iii) la sistematización y la devolución sistemática.

En las diferentes fases de implementación de la IAP, se realizó recolección de información y co-construcción de conocimiento a partir de la utilización de diferentes técnicas convencionales y no convencionales de investigación. Entre las convencionales, se realizó la aplicación de entrevistas semiestructuradas que fueron grabadas, previa autorización y consentimiento informado firmado de las personas participantes. 22 fueron realizadas a gestantes del pueblo Inga o mujeres con experiencia no mayor a cinco años en atención y cuidado del embarazo, parto y puerperio, de los territorios indígenas de San Carlos, Rigcharikuna, Mandiyaco, Suma Iuiyai, Cauca pungo y San Jose Descanse, pertenecientes al pueblo Inga de la zona Tandachiridu Wasi. Las edades de las mujeres entrevistadas estuvieron comprendidas entre los 18 y 39 años; y entre sus ocupaciones socioeconómicas se destacan actividades como líderes en salud, amas de casa dedicadas a labores domésticas, auxiliares de enfermería y una estudiante. El nivel educativo preponderante en estas mujeres fue el de primaria, bachillerato, algunas adicionalmente con cursos técnicos y profesionales.

Asimismo, se entrevistó a dos profesionales de la salud pertenecientes a instituciones prestadoras de servicios de salud: una ubicada en el municipio de Piamonte, de baja complejidad, y otra en el municipio de Mocoa (Putumayo), de mediana complejidad.

Otra de las técnicas convencionales utilizada en la investigación fue la observación participante. Se hicieron un total de 4 observaciones no participantes en servicios de atención occidentales a mujeres Ingas, en particular durante los procedimientos de control prenatal, que fueron registradas a partir de la elaboración de un diario de campo.

Las técnicas de recolección no convencionales correspondieron a la integración de las formas y espacios propios e interculturales de discusión y construcción de conocimiento. En este sentido, se realizaron dos mingas de pensamiento, como espacio colectivo de construcción de conocimiento y acción comunitaria (19) también integrando la observación participante por parte de la investigadora desde el sentir y pensar como lo menciona la metodología de la IAP(18), en las que participaron: 7 wigsawas, 8 autoridades, 8 parteras, 4 yachas, 36 comuneros que incluyeron mujeres con experiencia en maternidad, 10 profesionales interdisciplinarios (médicos generales, psicólogas, enfermeras, trabajadoras sociales), y 7 dinamizadores del programa de salud Tandachiridu Wasi (5 líderes de los componentes, auxiliar de enfermería del resguardo, y coordinador).

La información se recolectó y analizó a partir de tres categorías: prácticas y significados culturales del embarazo, experiencias de la atención de la salud de la wigsawa, aportes desde la biomedicina y estrategias de articulación e interacción entre las diferentes formas de atención y cuidado. De la primera categoría emergieron las subcategorías momento del ciclo de vida wigsawa, normas culturales para la wigsawa, cuidados familiares y comunitarios, medicina Inga para la wigsawa, nacimiento de la semilla y cuidado de la dieta. De la segunda categoría emergieron control y atención del embarazo y parto y posparto institucional. Finalmente, de la tercera categoría emergió la subcategoría camino de cuidado propio e intercultural de la wigsawa.

Procedimiento

La implementación del método IAP se realizó siguiendo sus dimensiones antes listadas. En la primera, Diagnóstico y planeación participativa, se realizó el alistamiento, con la revisión bibliográfica y documental de los distintos insumos existentes en el contexto del pueblo Inga (planes de vida de los territorios indígenas, los planes de salud a nivel local, los mandatos emitidos por las autoridades territoriales y el documento de formas de cuidado propias e intercultural vigente). Posteriormente se realizó la concertación de la metodología de recolección de la información con encuentros con las autoridades para la definición de la metodología, desde la necesidad de la comunidad, e integrando las formas propias de producción y recolección de información mediante técnicas no convencionales.

En la segunda dimensión, de la acción, se inició el trabajo de recolección de información, previamente concertado con las autoridades y consejeros de la zona. Se realizó la inmersión en los territorios Ingas, caracterizados por su dispersión geográfica. El más cercano, por ejemplo, se encuentra a una hora a pie o en aproximadamente 10 minutos en bote; mientras al más lejano solo se puede llegar utilizando como medio de transporte el caballo, después de aproximadamente ocho horas de camino.

Para la sistematización y discusión colectiva de la tercera dimensión, se realizó la transcripción literal de las entrevistas y la digitalización de las observaciones consignadas en el diario de campo. Se efectuaron procedimientos de anonimización de la información, para preservar la confidencialidad y protección de la identidad de las personas participantes. Para estos se aplicaron los diferentes códigos: mujeres/wigsawas (MW1, MW2, MW3, etc.); parteras (P1, P2, P3, etc.); Yachas (Y1, Y2, Y3); personal de salud (PS1, PS2); equipo interdisciplinario (EI1). De igual manera para su reconocimiento en los fragmentos citados en la presentación de resultados

se codificaron las técnicas con las cuales fueron recogidas sus intervenciones: entrevista (E); minga de pensamiento (MP); y observaciones participantes (OP1, OP2, OP3, OP4).

Se organizaron los datos de campo con la ayuda ATLAS.ti software, según las categorías y subcategorías analíticas, y estos fueron interpretados a partir de las estrategias analíticas complementarias: análisis temático inductivo y triangulación de saberes.

Finalmente, se procedió a la socialización y validación de los resultados en los espacios comunitarios, respetando los principios del gobierno propio y los procesos de toma de decisiones del pueblo Inga. Este diálogo tuvo como finalidad validar el contenido de la narrativa intercultural del proceso de co-creación, recogiendo aportes y recomendaciones que surgieron durante el intercambio, y se realizaron los ajustes necesarios. El diálogo final con las autoridades Inga dio lugar a la aprobación del contenido de los elementos mínimos de la narrativa como insumo para la construcción del camino de cuidado de la wigsawa.

En la elaboración del presente manuscrito, las autoras utilizaron OpenAI, modelo GPT-5.5, como apoyo para mejorar la legibilidad y claridad del texto, específicamente en las secciones de discusión, conclusiones y limitaciones. Posteriormente, las autoras revisaron, editaron y validaron el contenido final, asumiendo la responsabilidad íntegra por la información presentada en esta publicación.

Consideraciones éticas

El desarrollo de la investigación en territorios indígenas Ingas en los municipios de Santa Rosa y Piamonte en el departamento del Cauca, se operativizó a partir de la validación del Comité de ética de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali el 22 de enero del 2026, así mismo integró los principios y directrices establecidos en los principales instrumentos internacionales y

nacionales de ética en la investigación (20,21,22) , como también se tuvieron en cuenta los reglamentos internos de las autoridades de acuerdo con la ley de origen del pueblo Inga y la principal jurisprudencia internacional sobre la autonomía y libre determinación de los pueblos indígenas (23).

Resultados

Prácticas y significados culturales del embarazo

A partir de la presentación de resultados de esta primera categoría analítica se busca comprender los referentes culturales que influyen en la implementación y construcción de prácticas y significados asociados al fenómeno del embarazo en las comunidades Ingas del estudio. Para su entendimiento integral, acorde a la complejidad del pensamiento Inga, se propone su abordaje a partir de la comprensión de la wigsawa: su definición como momento del ciclo de vida, las normas culturales que buscan su protección, los cuidados realizados por su familia y comunidad, y, finalmente, los cuidados prodigados desde el Sistema de Atención en Salud de la medicina Inga.

Momento del ciclo de vida Wigsawa

La gestación es conocida en la lengua Inga como “wigsawa” o “warmi wigsawa”, y hace referencia al embarazo y a la mujer embarazada. Este se entiende como un proceso que sobrepasa el fenómeno mismo de la procreación y no se piensa como un estado o coyuntura particular de la existencia humana como se hace desde la perspectiva biomédica.

Desde la primera menstruación (Kuchupitukui), las niñas reciben cuidados especiales de la partera: recomendaciones alimenticias, plantas medicinales y restricciones en las interacciones

con otras personas. Se realizan porque se reconoce como un cambio en el cuerpo de la mujer que debe protegerse para garantizar su futura vida reproductiva. La responsabilidad de esta preparación no recae únicamente en la potencial-gestante y la partera, pues incluye a su familia, la comunidad, el territorio y la naturaleza. “El embarazo es un proceso de que va a asumir ese compromiso de cuidar otro ser vivo, de que eh pues debe de estar bien físicamente, debe estar muy bien conectada con la madre naturaleza, desde el punto espiritual” (MW4E).

El embarazo y su preparación no son entendidos de manera individual, sino como parte de un proceso que integra diversas intervenciones, experiencias y significados propios de la cosmovisión Inga. En ella, la gestación es un proceso de renovación generacional y simbiosis con la naturaleza que no se detecta inicialmente por cambios físicos u hormonales, sino a partir de la misma naturaleza. Es el pájaro guaco (*herpetotheres cachinnans*), el responsable de comunicar o alertar, con su canto, sobre la materialización de un embarazo en el territorio. Su presagio, invita a la familia a intensificar sus cuidados que incluyen la participación de toda la comunidad. En estos, la partera cumple un rol determinante en su confirmación, ya que a partir de su interpretación de la mirada de una mujer es capaz de reconocer en ella su estado de gravidez.

“El embarazo, pues cuidarlo, para que esa persona que no se vaya a enfermar, porque si la mamá se alimenta, el niño está recibiendo. Si la mamá no se alimenta, ¿cómo va a recibir el ahí? Tiene que tomar como leche quesito, la galleta, consumir la gallina” (P4MP).

La concepción se comprende desde la metáfora de “la siembra de una semilla”. Es un proceso de plantación y crecimiento natural y socio-cósmico, donde los diferentes componentes del mundo Inga deben participar y retribuir, tanto en su dimensión física y espiritual.

“En el pueblo Inga siempre se dice que quedar en embarazo es como servir a la comunidad. Entonces, sería con relación a eso, servir a la comunidad y pues también traer una semilla más en reemplazo a las que ya hemos perdido.” (MW8E).

Esto muestra que el embarazo no es únicamente un acto individual sino social, en dónde las mujeres contribuyen significativamente con la “siembra de la semilla” en el fortalecimiento de la familia, la comunidad y del pueblo indígena. No se aporta solamente un niño o una niña Inga para la familia, sino que la wigsawa concurre en un proyecto sociopolítico de pervivencia física y cultural de la identidad del pueblo Ing protección y cuidado físico y espiritual debe ser entonces familiar y colectivo, mientras que la embarazada debe cumplir con un conjunto de normas culturales para garantizan la pertenencia material y simbólico del recién nacido al mundo y cosmovisión Inga.

Normas culturales para la wigsawa

La familia cumple un papel central para el conocimiento y cumplimiento de las reglas o pautas a cumplir por parte de la wigsawa de acuerdo con el pensamiento Inga. Son los padres quienes las transmiten de generación en generación, garantizando que estas perduren en el tiempo como estrategia de pervivencia del pueblo indígena. Una de estas pautas reconocidas de estricto cumplimiento está relacionadas con la siembra de la semilla, es decir, las condiciones para la concepción de un nuevo Inga. Este proceso debe realizarse idealmente siguiendo los ciclos lunares para que el niño (wawa kari) o la niña (wawa warmi) nazcan fuertes. Esta consideración permite además que a futuro puedan desarrollarse, o mejor crecer, como comuneros con mayor capacidad para el trabajo, buen liderazgo o perfeccionar las capacidades de las mujeres tejedoras.

“Los mayores decían que la siembra de la semilla tenía que ver como en la luna, en los ciclos de la luna para que los niños salgan más fuertes” (MW7E).

Estas normas se orientan principalmente a regular la relación entre la wigsawa y su entorno natural, favoreciendo una relación armónica para el embarazo, parto y crecimiento del futuro Inga. Lo anterior incluye que para proteger a la wigsawa se le prohíba: coger plantas alimenticias después de las seis de la tarde en la chagra (espacio de siembra de cultivos como plátanos, yuca, etc.), visitar sitios sagrados, pasar por ríos o quebradas y cargar leña. Estas disposiciones buscan protegerla de la exposición a un ambiente frío por ser considerado nocivo para la salud de la madre e hijo y el buen desarrollo del proceso del parto.

“No salir después de las 6 de la tarde, estar en la casa, no ir ni de chiste a bañarse al río. El baño es con agua calientica y en la casa, no se puede ir al río porque se llena de frío y el bebé se le puede enroscar el cordón umbilical en el cuellito, así como el mal aire en la madre” (MW6E).

“Si está embarazada de los tres meses ya nosotros no le damos medicina, pero sí le podemos decir que remedio hacer para que se lo tome, porque de pronto a uno le llega una enfermedad y para ir a armonizar, curarle, darle llevarle a la casa de remedio, porque también tenemos digamos eso, una disciplina que hay en un reglamento de los mayores” (Y4MP).

Después del nacimiento, a estas normas se suma unas prácticas culturales central para la cosmovisión y cuidado de la madre y el recién nacido del pueblo Inga: la siembra del cordón umbilical. Esta práctica contribuye tanto al arraigo del recién nacido al territorio Inga como a la recuperación y fortaleza física y espiritual de la madre y su bebe.

“Mi esposo se llevó la placenta al territorio donde la enterraron allá envuelta, en cobijas con ceniza, maíz y algo otras cosas más que para que ella esté abrigadita y no se vaya del territorio.

Y también para que la niña no se esté asustando y sea chillona, y para que me pueda recuperar rápido” (MW14E).

El primer baño del bebe también realizarse en condiciones particulares. De acuerdo con estas normas, “la primera agüita el primer baño no se bota así tirada, sino despacito y que caiga derecho a un sifón limpio, no en el baño, sino que sea limpio también para que no se asuste y no sea llorona” (MW14E).

Cuidados familiares y comunitarios

En el pensamiento Inga, la familia se constituye como el principal cuidador de la wigsawa, integrada no solo por su núcleo familiar directo (madre, padre y hermanos) sino también por su familia extendida, como tías, primas y la familia de su pareja. En este contexto familiar, todos desempeñan un rol en el acompañamiento y cuidado durante su proceso de gestación. No obstante, entre estos se enfatiza el papel del esposo o pareja, quien asume una función central al brindar apoyo permanente y atender las necesidades de la gestante, incluyendo antojos y velando por el buen vivir de la gestante y su bebe.

En la alimentación de la gestante se destaca el consumo de alimentos calientes y la prohibición de otros por considerarse nocivos. Dentro de los primeros, se priorizan alimentos como el pescado de río, animales silvestres y animales domésticos como las gallinas de traspatio. Asimismo, se incluye el consumo de “Coruntamama” (*synbranchus marmoratus*) una especie de pez de forma anguiliforme, utilizado como alimento preventivo para la anemia.

“Como fin de proteger a la mamita de la anemia, hay otro alimento de río, la Coruntamama, un pescado que parece a una Culebra, pero es muy bueno, nos cuidan bien, con alimentos propios y de casería, para que él bebe nazca fuerte” (MW16E).

Por el otro lado, se restringe la ingesta de ciertos alimentos, principalmente aquellos considerados “no propios”, pues pueden generar desarmonías, afectando el desarrollo fetal y aumentando el riesgo de alteraciones o patologías propias del nacimiento. La familia participa activamente en su preparación, destacándose el rol de las abuelas como portadoras de saberes y experiencias sobre la consecución de los alimentos y su preparación.

“Las parteras de antes tenían cuidado, nada de comidas irritantes ni nada, solo era calditos de gallina para cuidar que se levante otra vez para arriba y bien alimentada para otro” (Y3MP).

Entre los cuidados de este momento del ciclo de vida se destaca también el uso de plantas medicinales, en tanto estas contribuyen a la protección de la wigsawa frente a los fríos. “Para prevenir el frío le hacen tomar agua de panela con limoncillo y las aromáticas limoncillo y pronto alivio llamamos para el frío” (MW6E). También se realizan sahumeros orientados a la armonización y protección, con el propósito de ahuyentar las malas energías.

En relación con el cuidado comunitario, todas las personas de la comunidad tienen en su conjunto la responsabilidad en el acompañamiento y cuidado de la Wigsawa. No solo la familia ayuda a la wigsawa, sino que se espera que cualquier persona de la comunidad la asistan en actividades que impliquen esfuerzo físico y proporcionen alimentos, como frutas, que ayuden a la buena alimentación de la gestante y su bebe.

“En la comunidad a uno lo consienten. Eh, si ven de pronto por ahí que hay frutas, todo eso le regalan, eh, no las obligan a que vayan a trabajar. no las mandan para nada, toca quedar embarazada” (MW8E).

Medicina Inga para la Wigsawa

El sistema médico Inga está integrado por sabedores ancestrales como yachas, parteras, sobanderos y yerbateros, quienes cumplen un papel fundamental en el cuidado de las personas, las familias y la comunidad y, en su conjunto, contribuyen al buen vivir de la wigsawa. Entre estos agentes de salud propios, el cuidador especializado de la wigsawa es reconocido en la figura de la partera. Por el contrario, a los yachas (médicos tradicionales Inga) se les restringe el cuidado de la wigsawa porque no se especializan en el proceso de gestación y debido a que sus formas de protección y curación pueden ser riesgosas para las gestantes. Como “tomador” de medicina como el “yage” (cocción de plantas sagradas), el yacha debe evitar su contacto con las mujeres embarazadas porque, según la cosmovisión del pueblo Inga, el “yage” integra plantas de “respeto” que pueden generar daños al bebé.

La partera, por el contrario, gracias a su experiencia y don, capacidad innata, es identificada como la responsable directa en el cuidado en el momento del ciclo de vida de la wigsawa, desde la preconcepción hasta el cuidado del puerperio tardío. Su intervención terapéutica puede ayudar a mejorar la situación física de salud de la gestante, pero no se restringe solo a la atención del parto como normalmente se cree. Sus cuidados inician desde la preconcepción, donde mediante el uso de plantas medicinales y alimentos propios del territorio preparan el cuerpo de la mujer para la gestación.

“Las mujeres que presta su cuerpo como un territorio sagrado para formar vida, somos cuidadas por parte de las parteras con sus plantas sagradas” (MW17E).

Si el cuerpo de la mujer antes de la concepción requiere una atención y cuidado particular de preparación para el embarazo, en la concepción el cuidado es más riguroso por parte de la

partera. Este se basa en la protección de la vida de la madre y el bebé. Durante este momento del ciclo de vida la partera realiza su mayor esfuerzo de acompañamiento. En este se orienta a la familia, sobre la alimentación que debe consumir la wigsawa, los cuidados y prácticas culturales que deben garantizar para su buen desarrollo. También atiende afectaciones particulares que se presentan en este momento del ciclo vital, como es el caso de una afectación común que se conoce como un dolor del bajo vientre o limitación para caminar. Para su curación, la partera “soba el vientre” con el fin de aliviar su malestar físico y estimular la posición adecuada del bebé para el alumbramiento. Este es uno de los cuidados más frecuentes que la partera realiza posterior a los cuatro meses, o según necesidad por parte de la wigsawa, y la ayuda para mejorar la posición del bebé para garantizar el parto sin complicaciones o cesáreas.

“Desde el embarazo lo cuidamos hasta los 9 meses, hasta el parto, ¿no? ¿Cómo lo cuidamos? Con los alimentos propios, no alimentos de afuera, solamente de acá, frutas, todo, sin químico, sin nada. Para que tenga fuerza, ánimo la mujer y también el niño que salga fuerte y alentado, porque nosotros como de mayores explicamos eso, porque hay veces nosotros pues de pronto lo miramos si se ve bien los 9 meses lo dejamos, si viene se hincha la pierna o un cansancio, un golpe de todo. Entonces nosotros vamos haciendo los vapores y si se cae la madre, entonces vamos acomodando el bebé de pronto que está un lado de todo, ¿no? y dando sus propias medicinas para que tanto para la mamá y tanto para el bebé para que salga bien” (P5MP).

Cuando la wigsawa presenta molestias, y de acuerdo con los sabedores del territorio, recurre a la partera como cuidadora, quien dispone de manera permanente su tiempo y conocimiento para el acompañamiento. Este proceso se sustenta en una relación de reciprocidad, en la que también se reconoce y cuida a la partera, a través de la provisión de alimentos y otras formas de retribución por parte de la familia. En su labor no se tiene un número definido de acompañamientos, ni

restricción de estos, y su disponibilidad depende de la buena voluntad y compromiso con la comunidad.

“Entonces yo les dije [en el hospital]: No, yo quiero ver una partera que ella me revise y me diga. Entonces, pues ella fue a mi casa, ella cogió y pidió una toalla y me fue explicando pues paso por paso vea, le voy a hacer esto, le voy a hacer esto, hágase de esta manera. Y me fue sobando y pues me dijo, tiene que tomar reposo. Eh, de pronto echarse súbese con algo pues caliente, tener la barriga pues bien abrigada porque me decía que yo tenía pues frío, entonces me dijo que me tenía que cuidar más” (MW1E).

El cuidado de la partera se caracteriza por la construcción de un vínculo de confianza que genera con la wigsawa. Tanto la gestante como su familia privilegian su acompañamiento y cuidados debido a que se fundamenta en valores de respeto, reciprocidad y se enmarcan en los significados y representaciones de la medicina tradicional.

“Eh, La partera me cuidó desde su palabra, Desde la manera ella como muestra esa ética sin preocupación, con esos ánimos, eh con esa manera también de consentirlo, de no ver angustias, nada. O sea, no le decía, "No, te va a doler. Ay, ¿qué será que te van a hacer? nunca hubo como esa desesperación, al contrario, era como la alegría, como, "Ay, venga, vamos a hacer esto” (MW8E).

Al llegar el momento del parto, la partera prepara desde su conocimiento a la wigsawa. Entre estos están, la realización de baños de plantas medicinales quince días antes con el objetivo de “sacar los fríos” antes del alumbramiento. En la alimentación, se destaca en sus recomendaciones la ingesta de alimentos como la gallina y la arracacha para tener las fuerzas suficientes, durante el parto. No seguir sus recomendaciones puede incidir negativamente en las gestantes para que

no logren su parto vía vaginal y se le deba realizar cesárea, lo implica para ellas una afectación mayor en su proceso de recuperación.

Nacimiento de la semilla y cuidado de la dieta

El parto en casa se reconoce como una de las practicas que favorece la protección de la intimidad de la wigsawa, fortalece el acompañamiento familiar, y garantiza el cumplimiento con una de las principales prácticas de protección, especialmente del recién nacido, como la siembra del cordón umbilical. El nacimiento en la comunidad propicia un adecuado inicio de la lactancia materna, así como la implementación de los cuidados culturales recomendados en la alimentación de la gestante y demás cuidados y rituales establecidos según la cosmovisión del pueblo indígena. Principalmente garantiza las condiciones para un parto vertical, entendido como el proceso de alumbramiento protector de la intimidad, la salud y la vida de la madre e hijo.

“Yo me acuerdo de que mi madre eh colocaba un palo de aquí allá y acá colocaba un lazo, un bejuco así y ella se sostenía así del bejuco. Perdone que les diga, ella abría los pies así y aquí con un canastico o algo y un trapito, salía un trapito y ahí caía el bebé ahí caía él y entonces pues ya si había el esposo o una hija mayor, porque a nosotros a nadie los hijitos hermanitos por allá que no vayan a mirar a eso ni nada a eso, las partes de la mamá ni nada porque eso era un respeto y entonces pues era su esposo con una hija mayor, un familiar mayor, que era que ella lo limpiaba y de todo lo limpiaba y de ella, le cortaban y ya. Pues yo así yo alcancé a ver” (P2MP).

Posterior al parto, la atención y cuidado durante el puerperio tiene una duración aproximada de 40 a 45 días. Durante este tiempo, a las demás formas de atención antes relatadas, se incluyen aspectos relevantes relacionados con la afectación de la matriz por efecto del alumbramiento. Su restablecimiento y recuperación se logra con la preparación de los alimentos especiales y la

restricción de otros para la protección del cuerpo de la wigsawa. Se suman a estos las prohibiciones en el contacto con la naturaleza y prácticas de cuidado orientadas a la protección de la familia.

“En la dieta son los 45 días, tenemos que cumplir, pues bien, En la cama así cuidando, comiendo de todo, a lo bien. Pues si no si no cumplimos eso y también pues tiene que estar amarrado la cabeza y también los oídos y también en el después del parto toca que arreglar la matriz, tiene que bajarlo bien, que completa los 45 días, cuando uno es sordo y no escucha a uno después eh termina pagándolos pues con los dolores de espalda, dolores de cabeza por no cuidarse del sereno y pues muchas otras cositas” (P4MP).

Experiencias de la atención de la salud de la wigsawa, aportes desde la biomedicina

Los cuidados de la wigsawa, no se circunscriben únicamente a las formas propias, sean estas familiares, comunitarias o por parte de los sabedores ancestrales. Bien que estas son centrales desde sus significados y prácticas, como se acaba de describir, también se recurre a otras posibilidades de atención complementarias, como las que provee la medicina occidental. Como se presenta a continuación estas experiencias de atención en el sistema biomédico, desde las narrativas de las mujeres, las personas de las familias y los sabedores, muestran una serie de procesos y vivencias fragmentadas que se concentran en particular al control del embarazo y atención del parto.

Control y atención del embarazo

En la etapa del proceso reproductivo de la preconcepción, contrario a lo que sucede con los cuidados propios y la medicina Inga, en la atención occidental no se reconocen experiencias relevantes con relación a la preparación de la mujer para la concepción desde el sistema oficial

de salud. Solo se identifica que en este momento es indispensable que las gestantes acudan al centro de salud para ratificar el estado de embarazo mediante una prueba de embarazo (gonadotropina coriónica humana) con el objetivo de cumplir con un protocolo exigido desde los servicios occidentales que le da acceso a la atención en salud materna.

“Sí, porque uno va y uno va, uno va allá y pide una cita para empezar los controles y allá pues le piden la prueba de embarazo y uno ya sigue con los controles” (MW2E).

Después del cumplimiento con este requisito, el acceso a las citas de control del embarazo es caracterizado en general por las mujeres indígenas como oportunas, debido a la disponibilidad de personal en las instituciones encargadas de gestionar y apoyar estos procesos. Asimismo, en las diferentes entrevistas con el personal de las instituciones a cargo de su atención, refieren que cuentan con recurso humano suficiente y responsable de la programación y seguimiento de las citas, lo que facilita su asignación en el momento en que son requeridas. En caso de inasistencia, afirmaron que se realiza seguimiento mediante llamadas telefónicas para el recordatorio de las citas, y cuando no es posible establecer contacto con las gestantes, se recurre al apoyo de las autoridades de los resguardos indígenas (MW14E).

Sin embargo, sobre estas estrategias que buscan mostrar el seguimiento realizado a las gestantes, se debe resalta que en particular el contacto telefónico podría ser una práctica poco adecuada, puesto que mediante el trabajo de campo se pudo corroborar la baja, deficiente e intermitente cobertura de los servicios de telecomunicaciones en los territorios. Adicionalmente, los resultados de las observaciones participantes realizadas durante los controles prenatales muestran en la práctica importantes barreras de acceso en la atención y control de las gestantes. Los cuatro acompañamientos a las wigsawas a controles prenatales, se encontró que las gestantes contaban con la asignación de citas, pero las barreras geográficas les impiden o dificultan su asistencia.

Esto se presentó debido a que en las zonas donde habitan estas mujeres se carece de una oferta de servicio de transporte a los centros de salud o por problemas relacionados con los fenómenos e inclemencias climáticas y meteorológicas en sus territorios (OP2).

Asimismo, se observaron problemas en la calidad de la atención debido a limitaciones asociadas a los trámites administrativos requeridos para la realización de exámenes como ecografías y exámenes clínicos. Tal fue el caso de una de las wigsawa quien, durante su cita de control, tuvo la remisión a una ecografía que no pudieron practicarle ante la ausencia de una orden de apoyo. De manera que después de dos horas de camino tuvo que regresar a su territorio sin lograr una atención oportuna e integral (OP4).

“Eso todo es un proceso, tocaba con la orden para las ecografías y como yo soy afiliada a una EPS, que no tienen priorización es peor. Todo es con órdenes, lo que dificulta” (MW4E).

Adicionalmente en sus experiencias de atención varias gestantes relataron en las entrevistas situaciones que caracterizaron como de maltrato verbal o propia de una atención incompleta y de mala calidad durante su control prenatal.

“Lo regañaban a uno, porque tenían creo que muchas agendas, Agendas apretadas y había pues así varias y no se demoraba ni casi ni 10 minutos y ya tocaba estar saliendo y así mismo había otras muchachas ahí haciendo pues había hartas”. (MW10E)

“Alguna vez le atendían de buena manera y en repetidas veces de malgenio (bravos)” (MW14E)

De acuerdo con lo anterior, durante los acompañamientos a los controles prenatales mediante la observación, no se logra apreciar situaciones similares, para los cual este pudo influenciar de manera positiva en el trato durante la atención.

Finalmente, en las instituciones prestadoras donde fueron atendidas las wigsawas acompañadas se pudo observar que no había adecuaciones físicas adaptadas u orientadas a la atención de estas poblaciones indígenas de su área de cobertura. En estas no se logró registrar la aplicación de protocolos o formas adaptadas a las particularidades lingüísticas y culturales de las mujeres indígenas atendidas.

Parto y postparto institucional.

Contrario a lo observado y relatado por las mujeres sobre una atención en salud materna con pertinencia cultural, los funcionarios de las instituciones prestadoras de salud refieren en las entrevistas que cuentan con procesos para la atención diferencial e intercultural, con protocolos definidos para el cuidado de las gestantes indígenas. De manera que se permite, entre estas consideraciones particulares, el ingreso de parteras y sus remedios, reconocidos y utilizados sin ninguna objeción o prohibición médica. Adicionalmente, según sus afirmaciones, también se tienen en cuenta los deseos de las mujeres Inga sobre sus expectativas relacionadas a las condiciones del parto.

“Eh, durante el parto, más que todo es como en el ambiente. Eh, muchas son como las posiciones que ellas utilizan que, para poder tener sus hijos, algunas sentadas, acostadas, eh bueno, eso ya es como la comodidad en las que ellas estén mejor y los remedios que deseen entrar” (PS1E).

“Los profesionales en salud de las instituciones prestadores de los servicios de salud solo indicaron como limitación en sus protocolos de atención intercultural la falta de guías bilingües o traductores en la atención de las gestantes Ingas que no hablan el español” (PS2E).

Pese a estas afirmaciones realizadas por los profesionales de salud sobre las atenciones diferenciales de las gestantes indígenas en sus instituciones, los relatos de las mujeres dan cuenta de experiencias contrarias. Las experiencias en partos hospitalarios relatadas por la mayoría de las mujeres Inga entrevistadas refirieron que durante su atención no se tuvieron en cuenta las prácticas culturales propias de su pueblo.

“El parto y la dieta. Uy, sí. No, horrible, sí, ya recordé después del parto, El tema es que nos tocó cesárea, me mandaron a bañar de mañanita con agua fría, la alimentación no estaba acorde a la dieta me dieron frijoles, eh también me dieron algo de lácteo (MW1E8).

El acompañamiento familiar que durante el parto en el territorio fue identificado como un aspecto fundamental dentro de su experiencia de cuidado de la wigsawa, es considerado poco tenido en cuenta en los servicios hospitalarios. En particular, las mujeres Ingas entrevistadas afirmaron que es limitado y poco reconocido durante el proceso de parto institucional, un momento clave de la experiencia de la wigsawa.

“Que de pronto no hay ese acompañamiento familiar, sino que solamente se centran en una cosa y es como si el resto no fuera importante, pero pues realmente yo siento que, si es importante, ya que ese ese momento hubiera sido más bonito, o sea, de que yo y el papá de mi hija hubiéramos podido recibirla, o sea, fuera de del quirófano, preocupado, sin saber nada. yo ahí anestesiada y mi hija tampoco me la entregaron. Entonces, por eso siento que es muy regular y esa falencia siento yo que es algo que a uno pues le deja como un sin sabor de que debería ser algo como más especial donde pues haya una unión familiar o algo se fortalezca” (MW1E)

Adicionalmente también se señalaron situaciones catalogadas como “formas bruscas” por las algunas de las mujeres entrevistadas quienes se sintieron físicamente sometidas a experiencias indeseables y abusivas.

“Eh, sí, lo único que no me gustó fue el tacto, porque la persona que estuvo pues como a cuando uno entra uno lo mandan primero a un consultorio antes de pasarlo a por allá las camillas y eso y ahí me hicieron tactos y esos tactos fueron muy bruscos y a mí me llegaron pues a lastimar y a mí eso no me gustó porque pues a mí en todas las revisiones anteriores que había tenido, pues no me habían tratado de una forma tan brusca y eso pues no me pareció” (MW7E).

“El médico fue ordinario uno pues tiene dolor que como llegar y decir, “No, no le duele nada”, pero me parece que ni una partera no le toca así tan duro, le lastima demasiado. Bueno, yo sé que es necesario de que hay cosas que uno puede decir, “No me hagan esto.” Pero de pronto por cuidar la salud, sí, pero en realidad como no es el cuerpo de ellos, no les duele” (MW18E).

Finalmente, aunque como se viene de mostrar, el parto en casa es la práctica cultural esperada por el pueblo Inga en su conjunto, según su cosmovisión y la orientación de los sabedores y familias, se identificó la preferencia de algunas parteras y mujeres inga por el parto institucional, como también de la pérdida en la confianza de la medicina tradicional. Esta se sustenta en el temor de algunas de ellas en complicaciones en el parto y por esto optan por tener sus hijos en el hospital. También se encontró asociado a este comportamiento la práctica de algunas parteras a remitir, sin clara justificación, a las mujeres embarazadas a los servicios de salud institucionales.

“Todo hasta los 9 meses nosotros de mayores lo podemos verlo, ayudarlo, apoyarlos, pero el parto ya nos da miedo, ¿no? Porque ha sucedido cosas, mejor que vaya para allá en Mocoa, que atiendan el parto. Hay veces no somos iguales, no hay mamitas son más guapas, hay veces otras

no. Entonces se desmayan. El dolor no es poco que sentimos para nacer un bebé, Entonces ahí entonces uno no está atendiendo, pues si está en el campo lo dejamos no más. Ahí pueden estar a tener un fracaso, pueden estar pues mueren de todo, Pero en el hospital no, si uno no está no está pudiendo, pues entonces ya ahí mismo ellos salvan la vida tanto a uno tanto al bebé.” (P6MP).

Estrategias de articulación e interacción entre las diferentes formas de atención y cuidado

En términos generales, desde la visión y las aspiraciones de las mujeres, los comuneros, los sabedores ancestrales y occidental, así como de las autoridades del pueblo Inga de la zona Tandachiridu Wasi, el buen vivir de la wigsawa depende, además de los aspectos descritos previamente, de la complementariedad entre la medicina tradicional y la medicina occidental. En este sentido, desde la preconcepción, la concepción, el parto y el posparto, su cuidado debe desarrollarse en el marco del respeto por la Ley de Origen y del reconocimiento de la medicina tradicional como fundamento para la salud de la wigsawa.

Camino de cuidado propio e intercultural de la wigsawa

A partir de la triangulación de conocimientos, en la que participaron actores vinculados tanto a la medicina propia como al sistema biomédico, se identificaron los componentes que sustentan el camino de cuidado de la Wigsawa. Estos componentes emergieron de las experiencias, perspectivas y procesos de diálogo desarrollados durante la investigación, permitiendo reconocer orientaciones para la construcción de relaciones más respetuosas y complementarias entre ambos sistemas de atención. Entre los aspectos centrales se destacan el reconocimiento y respeto por la medicina propia, la coordinación de acciones en situaciones específicas de cuidado, la complementariedad sin subordinación de un saber sobre otro, la atención mediante el intercambio y la cooperación entre actores, la formación del talento humano, así como el

fortalecimiento de la coordinación interinstitucional entre los prestadores de servicios de salud presentes en el territorio.

Por su parte, los actores propios señalan la importancia de la articulación entre ambos sistemas de conocimiento, especialmente en situaciones de gestación en las que algunas desarmonías requieren atención desde la medicina occidental para evitar afectaciones en la madre o el bebé.

“Todo es articulado, no nos vamos todo a lo propio porque debemos de articular y necesitamos de también la atención occidental. Por ejemplo, hay muchas mamitas que hemos podido rescatar, que no se mueran y prevenir las enfermedades como la preclamsia que no permiten llegar a la el final, sino que toca que los niños nazcas antes” (P6MP).

Desde los actores occidentales, uno de los elementos centrales es el respeto por las creencias y prácticas de la medicina propia de las wigawas, evitando su contradicción y reconociéndola como base fundamental del cuidado, en donde su aporte en el proceso de salud es indispensable y complementario de la medicina occidental favoreciendo el buen vivir familiar y comunitario.

“Las creencias de los sabedores son respetables. O sea, uno como médico nunca debe contradecir a un yacha o una partera, ese sería el principio” (EI1MP).

Los actores del cuidado identificados durante el proceso participativo fueron la familia, reconocida como el cuidador inicial y principal apoyo de la wigsawa durante el embarazo; la partera y los sabedores ancestrales, quienes orientan el cuidado desde la primera menstruación, la gestación, el parto y la dieta, de acuerdo con la medicina propia; y el equipo interdisciplinario de salud, conformado por médico, enfermera, odontólogo, psicólogo y los demás profesionales que las familias consideren necesarios. Estos actores se relacionan mediante la coordinación, el

diálogo, la complementariedad y la no jerarquización de los saberes, en el marco del camino de cuidado propio e intercultural de la wigsawa.

Según los sabedores ancestrales, la interacción respetuosa entre la medicina propia y la biomedicina para el cuidado de la wigsawa no puede significar la asimilación progresiva de una sobre la otra. Por ello, es necesario reconocer la autonomía, los agentes, los procesos y las dinámicas comunitarias propias de cada una; no obstante, ambas deben complementarse en el territorio.

Asimismo, la interacción entre ambos sistemas se expresa en espacios de diálogo intercultural, como los círculos de la palabra y las mingas de pensamiento, los cuales favorecen el encuentro entre sabedores ancestrales y equipos interdisciplinarios en el marco del Programa de Salud Tandachiridu Wasi.

El Programa de Salud Tandachiridu Wasi mantiene la propuesta de fortalecer el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, promoviendo espacios de interacción entre los actores de salud del territorio y los prestadores de servicios de salud cercanos, orientados al fortalecimiento de la gobernanza en salud.

En este sentido, retoma el principio expresado en las formas de cuidado propias denominado “Caminemos Unidos Tras las Huellas de los Abuelos “Tandachirispa Purisunchi Atuntaitakunapa Ñambita” (27) debe permitir armónicamente el desarrollo de los diferentes momentos de atención en salud que pueden proveer los profesionales de la salud y los cuidados de los sabedores ancestrales, según la elaboración que uno y otro tiene sobre la concepción, embarazo y parto. Sin embargo, resulta crucial el encuentro sin jerarquización de los dos cuidadores tanto

propios como biomédicos en el parto. Desde el pensamiento propio, este momento es determinante para el buen vivir de la wigsawa quien, según su sentir, acoge predominante la forma de cuidado de la partera y el parto en el territorio. Esta preferencia no invalida la fortaleza que se reconoce en un médico general y una enfermera, pues desean que su parto pueda ser acompañado por los dos cuando es necesario el parto institucional para proteger la vida de la gestante y el recién nacido. La partera desde una orientación espiritual, y con sus remedios propios; y los profesionales de salud con sus conocimientos e intervenciones biomédicas (P5MP).

Ilustración 1. CAMINO DE CUIDADO DE LA WIGSAWA



Fuente: elaboración propia

Discusión

La presente investigación, de enfoque cualitativo y participativo con mujeres wigsawa, sabedores ancestrales, familias, líderes comunitarios del pueblo Inga y actores institucionales del campo de la salud, permitió identificar elementos clave para la construcción del camino de cuidado de la wigsawa. La información evidenció la importancia de los saberes propios, el territorio, la espiritualidad, la alimentación ancestral, el acompañamiento familiar y comunitario, así como el rol de las parteras en la preconcepción, gestación, parto y dieta. También se identificaron acciones de violencia obstétrica y tensiones entre la medicina indígena y los servicios de salud biomédicos. Asimismo, se reconoce la importancia del acompañamiento institucional y comunitario, sin jerarquías, en los procesos de cuidado integral, así como la necesidad de fortalecer el diálogo entre conocimientos propios y sistemas de salud existentes en el territorio para su articulación intercultural desde una perspectiva crítica (24).

Los resultados muestran que la atención de las mujeres wigsawa en los servicios de salud se encuentra atravesada principalmente por un enfoque biomédico, con limitada incorporación de otros sistemas de conocimiento y prácticas propias. Esta situación refleja la persistencia de modelos que privilegian el saber occidental como referente dominante, coincidiendo con Walsh sobre los desafíos de la interculturalidad (24) y con Quijano respecto a la colonialidad del poder, que históricamente ha invisibilizado otros saberes (25). En este escenario, se restringe el reconocimiento del derecho de las mujeres Inga a comprender, expresar y vivir sus procesos de salud desde su propia cosmovisión, evidenciando la necesidad de fortalecer procesos de formación intercultural, transformación institucional y reconocimiento de las prácticas culturales propias en la atención materna, en articulación con los servicios de salud presentes en el territorio.

Más allá de la predominancia del enfoque biomédico, la investigación permitió identificar cómo estas relaciones de desigualdad entre sistemas de conocimiento se expresan en las experiencias concretas de cuidado vividas por las mujeres wigsawa de la zona Tandachiridu Wasi. La atención continúa desarrollándose bajo características propias del modelo médico hegemónico (31), lo que limita el reconocimiento efectivo de las prácticas de cuidado propias, favorece la pérdida progresiva de saberes y afecta la pertinencia cultural de los servicios de salud. En este contexto, la violencia obstétrica emerge como una manifestación de estas tensiones, expresándose en prácticas que las participantes describen como “formas bruscas”, las cuales tienden a normalizarse durante la atención del parto y el posparto, invisibilizando situaciones de vulneración de derechos y reforzando la subordinación de la medicina propia frente al sistema biomédico.

Esta manera de nombrar las experiencias evidencia que la violencia obstétrica no siempre se reconoce explícitamente como tal, sino que puede permanecer invisibilizada a través del trato brusco, los procedimientos normalizados y la falta de reconocimiento de las mujeres y de sus prácticas propias según la cosmovisión del pueblo. Por ello, es necesario fortalecer el empoderamiento de las mujeres indígenas y sus conocimientos sobre estas formas de violencia obstétrica, de modo que puedan identificarlas, evitar que sean asumidas como parte habitual del cuidado y ejercer con mayor autonomía su capacidad de decisión. Su abordaje también requiere la formación del talento humano, la incorporación de un enfoque de derechos y el reconocimiento efectivo de las prácticas culturales propias dentro de la atención materna.

Frente a estas tensiones identificadas en los servicios de salud, las experiencias de las participantes evidencian que el cuidado de la wigsawa se comprende desde una perspectiva integral que articula a la persona, la familia, la comunidad, la naturaleza y el territorio. Desde la

cosmovisión Inga, el Buen Vivir se sustenta en el equilibrio de estas relaciones, en las que el cuerpo-territorio constituye un eje fundamental para comprender los procesos de salud y cuidado durante la gestación, el parto y el posparto. En este sentido, el papel del Yacha (sabedores ancestrales) trasciende el acompañamiento espiritual, en tanto la protección y armonización del territorio representan también una forma de cuidado del cuerpo de la mujer gestante, su familia y la comunidad. Esta comprensión se relaciona con los principios del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural y coincide con el planteamiento de Waldow, quien concibe el cuidado como una práctica relacional situada (9,32), evidenciando la vigencia de los saberes tradicionales, su transmisión intergeneracional y su relevancia para la continuidad de las prácticas propias de cuidado.

En este sentido, esta investigación aporta a la valoración de la medicina propia y al reconocimiento de los saberes indígenas, favoreciendo relaciones de complementariedad y no jerarquización entre las medicinas (28). Asimismo, contribuye con elementos orientadores y de acción para la implementación del camino de cuidado desde el pueblo Inga, contribuyendo al SISPI y al CRIC. En el marco del Buen Vivir, fortalece la autonomía indígena (29) y aporta a la reducción de inequidades en salud (30).

La construcción del camino de cuidado surge de la necesidad de diálogo y reconocimiento, sin jerarquías, entre sistemas de atención. La propuesta reconoce la sabiduría ancestral como pilar del cuidado de la wigsawa, articulando medicina propia y occidental desde un enfoque intercultural crítico (9). Busca fortalecer la autonomía, planeación comunitaria y derecho a la salud intercultural, destacando la participación protagónica de las comunidades.

De igual manera, fortalece la participación comunitaria mediante investigación acción participativa, posicionando a las comunidades como actores centrales del conocimiento. Aporta a la humanización de la atención en salud al evidenciar prácticas deshumanizadas y promover enfoques centrados en dignidad y derechos. También contribuye a la preservación del conocimiento ancestral como el Kuchupitukui y el papel del cuidado familiar y comunitario. Adicionalmente se buscó deliberadamente dar mayor protagonismo a las voces y sentires de las mujeres y comunidades Ingas, históricamente silenciadas y excluidas de la planificación y toma de decisiones en salud.

Para garantizar la necesaria transformación en las relaciones de poder que evidencia el estudio, es indispensable profundizar en la co-creación del camino de cuidado en el marco del SISPI, revisando los elementos, actores, momentos y mecanismos identificados, con el fin de ser contrastados o ajustados en otros contextos. Asimismo, es necesario profundizar en el conocimiento sobre la interacción entre medicina propia y biomedicina, sus efectos en la participación comunitaria y las dinámicas institucionales desde un estudio etnográfico, así como en la comprensión de las manifestaciones de la violencia obstétrica hacia las mujeres indígenas, su normalización en los procesos de atención y su relación con el predominio del modelo biomédico.

Desde una perspectiva de salud pública, el estudio es relevante por su aporte a la transformación de los sistemas de salud en contextos multiculturales. Contribuye a la reducción de inequidades al visibilizar barreras estructurales en la atención de la salud, la persistencia de la violencia obstétrica en particular hacia las mujeres indígenas y la subordinación de la medicina propia impuesta por el sistema biomédico. Asimismo, apoya el diseño de modelos interculturales de atención, fortaleciendo el SISPI con enfoque familiar y comunitario.

Finalmente, el estudio tiene potencial en la orientación de políticas públicas, al generar insumos para lineamientos técnicos y fortalecimiento de servicios en contextos indígenas. En síntesis, articula conocimiento, acción y la necesidad de transformación social, promoviendo un enfoque intercultural que fortalece la equidad, la calidad de la atención y la participación social en salud.

Conclusiones

Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer procesos de interculturalidad y garantía de derechos en salud, evidenciándose además que la implementación del enfoque intercultural es aún incipiente en los servicios de salud, con limitados niveles de apropiación por parte del personal sanitario respecto a las prácticas y saberes propios del pueblo Inga. Asimismo, se identifican avances parciales en algunas adecuaciones interculturales, aunque persisten acciones violentas frente a las barreras de acceso y reconocimiento que afectan la atención integral, humana y respetuosa de las mujeres en el territorio.

La construcción participativa del camino de cuidado permitió identificar estrategias para favorecer la articulación entre la medicina propia y la biomedicina, constituyéndose en un aporte práctico para fortalecer la continuidad del cuidado, la participación comunitaria y el desarrollo de modelos de atención intercultural en contextos indígenas. En este proceso se evidencia una comprensión integral de la salud, donde se resalta la importancia de preservar y fortalecer los saberes ancestrales relacionados con la espiritualidad, la alimentación, el rol de las parteras y el vínculo con el territorio.

Pensar la salud intercultural desde la experiencia de los pueblos indígenas en Colombia implica reconocer una trayectoria histórica en la que, si bien en la actualidad existe un mayor reconocimiento normativo de sus sistemas propios de salud, la garantía de estos derechos no

depende únicamente del Estado, sino también de la capacidad de los propios pueblos para decidir cómo conciben y organizan el cuidado desde su cosmovisión. Este proceso se desarrolla en un contexto atravesado por relaciones históricas de violencia y de poder que han posicionado el sistema biomédico como referente dominante, influyendo en la forma en que se configuran las prácticas de atención en salud en los territorios indígenas.

En este sentido, esta investigación invita a reflexionar que la convivencia prolongada con el modelo biomédico hegemónico no solo ha generado tensiones entre sistemas de conocimiento, sino también procesos de violencia obstétrica y subordinación simbólica que han contribuido a la deslegitimación de los saberes propios. Esto no responde a una decisión voluntaria de las comunidades, sino a mecanismos estructurales de poder que han establecido jerarquías entre formas de saber. Por ello, la interculturalidad en salud no puede limitarse al reconocimiento formal de la diversidad, sino que exige la transformación de estas relaciones asimétricas, de modo que los pueblos indígenas puedan ejercer plenamente su autonomía, fortalecer sus sistemas propios de cuidado y consolidar un diálogo respetuoso entre saberes sin subordinación ni invisibilización.

Limitaciones

La limitada participación de los actores institucionales del sector salud en el proceso de cocreación restringió la posibilidad de incorporar de manera más amplia sus experiencias, percepciones y aportes en la construcción del camino de cuidado propio e intercultural de la Wigsawa. Si bien la propuesta se fundamenta principalmente en las voces de las mujeres, las familias, las parteras y los sabedores ancestrales, una mayor participación de los profesionales de

la salud habría permitido enriquecer el diálogo intercultural y fortalecer la construcción conjunta desde las perspectivas que convergen en el territorio.

A pesar de la pertinencia de la investigación, una limitación se relaciona con la ausencia de información epidemiológica y sistemas de información suficientes para integrar en el diseño de la ruta el diagnóstico de la salud materna de las mujeres Inga

Agradecimientos

Agradezco a Dios, el señor de los milagros de Buga y al Espíritu Mayor de mi territorio, Juan Tama, mayores del páramo Guanacas por ser guía y fortaleza en este proceso formativo y de vida.

A mi esposo, por acompañarme en las largas jornadas de trabajo y trasnocho, por su paciencia, comprensión y por permanecer a mi lado, brindándome ánimo y fortaleza en los momentos en los que sentía que no podía continuar.

A mi docente, por su acompañamiento constante, su orientación académica y su apoyo incondicional en los momentos más difíciles del proceso, cuando parecía que no era posible continuar. A ella expreso mi agradecimiento infinito por su carisma, dedicación y compromiso con mi formación en la Maestría en Salud Pública.

A mi madre, a mis hermanas y sobrinos, por su apoyo constante, amor y motivación durante todo este camino académico.

A mis compañeras de estudio, por los aprendizajes compartidos, el acompañamiento y la construcción conjunta en esta etapa de formación.

Al Mayor Fabián Garreta, por su apoyo y acompañamiento permanente.

A la Zona Tandachiridu Wasi, por abrir los espacios en los territorios y permitir la realización de este proceso investigativo.

A los líderes de los diferentes componentes del programa de salud y a todos los dinamizadores de la zona, por su colaboración, disposición y por contribuir activamente en la apertura de los espacios comunitarios en los territorios.

Referencias Bibliográficas

1. Colombia. Constitución Política de Colombia. Artículo 7. Bogotá D.C.: Asamblea Nacional Constituyente; 1991. Disponible en: <https://www.registraduria.gov.co/IMG/pdf/constitucion-politica-colombia-1991.pdf>
2. Colombia. Ley 21 de 1991, por medio de la cual se aprueba el Convenio 169 de la OIT. Bogotá D.C.: Congreso de la República; 1991. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37032>
3. Daza Arango LP, Jiménez Marulanda NJ. Barreras de la atención en salud a usuarios indígenas [monografía]. Villavicencio: Universidad de los Llanos; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unillanos.edu.co/server/api/core/bitstreams/14d0b1d0-ef96-41cf-9498-29f6088ce2ae/content>
4. Urrego-Rodríguez JH. Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia. Saúde em Debate. 2020;44(spe1):79–90. doi:10.1590/0103-11042020S106. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zD6K9BzY8Cv48gFRnjbdxkJ/?lang=es>
5. Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). XII Congreso Regional Indígena del Cauca: informe de consejeros CRIC 2003-2005 [Internet]. Popayán: Consejo Regional Indígena del Cauca; 2005 [citado 2026 Jul 12]. Disponible en: <https://sia.uaiinpebi-cric.edu.co/cendocpub/>
6. Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). Resolución No. 01 de 2011. Cauca: CRIC; 2011. Disponible en: <https://www.cric-colombia.org>
7. Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC). Actas de conclusiones del XIII Congreso Regional Indígena del Cauca [documento institucional interno]. La María, Piendamó, Cauca:

CRIC; 2009. Documento disponible en archivo físico, solicitud realizada a la Secretaría del CRIC.

8. Colombia. Decreto Ley 0968 de 2024. Diario Oficial; 2024. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co>
9. CRIC. Estructura política del CRIC [Internet]. Disponible en: <https://www.cric-colombia.org/portal/estructura-organizativa/consejeria/estructura-politica-del-cric/>
10. Asociación de Cabildos Indígenas del Municipio de Santa Rosa y Piamonte Cauca (ACIMSPCA). Acta de asamblea comunitaria, 2024 [documento interno no publicado]. Santa Rosa y Piamonte Cauca: ACIMSPCA; 2024.
11. Asociación de Cabildos Indígenas del Municipio de Santa Rosa y Piamonte Cauca (ACIMSPCA). Censo poblacional indígena, zona Tandachiridu Wasi, 2024 [documento interno no publicado]. Santa Rosa y Piamonte Cauca: ACIMSPCA; 2024.
12. Ministerio de Salud. RUAF. Bogotá: MSPS; 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>
13. Ministerio de Salud. BDUa. Bogotá: MSPS; 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>
14. Instituto Nacional de Salud. SIVIGILA. Bogotá: INS; 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co>
15. Mensa M, Estrada V. Programa Mujer Dadora de Vida: Modelo de atención intercultural para la mujer Nasa. Sistematización de la experiencia del Norte del Cauca, Colombia. 1998-2015 [trabajo de grado de Maestría en Salud Pública]. Cali: Pontificia Universidad Javeriana; 2017.

16. Medina Cortés T, Ulcué Ramos CA. Atención del parto y posparto. Cali: Pontificia Universidad Javeriana; 2024. Disponible en: <https://vitela.javerianacali.edu.co/items/8c816b70-723a-4ace-b67f-dababed3e39e>
17. Gómez SA, Cadavid M. Atención de violencia: construcción de una estrategia intercultural en salud mental para el pueblo Tikuna, Amazonas (2017-2019). Rev Gerenc Polit Salud. 2021;20(42):1-18. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.avce>
18. Fals Borda O. Rev Colomb Sociol. 1987;6(1):13–26. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59962008000200004
19. Asociación de Cabildos Indígenas de Santa Rosa (ACIMSPCA). Plan de vida de la zona del resguardo Mandiyaco. Santa Rosa (Cauca): ACIMSPCA; 2024. Disponible en: Repositorio físico de la Asociación.
20. Informe Belmont. 1979. Disponible en: <https://www.hhs.gov>
21. CIOMS. 2016. Disponible en: <https://cioms.ch>
22. Colombia. Resolución 8430 de 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>
23. OIT. Convenio 169. 1989. Disponible en: <https://www.ilo.org>
24. Walsh C. Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. Tabula Rasa. 2008;(9):129-152. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n9/n9a09.pdf>
25. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina [Internet]. Lima: CLACSO; 2000 [citado 2026 Jun 18]. Disponible en: <https://www.decolonialtranslation.com/espanol/quijano-colonialidad-del-poder.pdf>

26. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Diversidad cultural y salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; [citado 2026 Jun 18]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diversidad-cultural-salud>
27. Programa de Salud Tandachiridu Wasi. (2024). Modelo de cuidado del Programa de Salud Tandachiridu Wasi
28. Foucault M. Historia de la medicalización. Educ Méd Salud. 1977;11(1):3–25. Disponible en: <https://saludprevencion.com/wp-content/uploads/2025/05/Foucault1977-historia-de-la-medicalizacion.pdf>
29. Colombia. Congreso de la República. Ley 21 de 1991, por medio de la cual se aprueba el Convenio No. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la OIT [Internet]. Bogotá D.C.: Diario Oficial No. 39.720; 6 mar 1991 [citado 2026 Jun 18]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37032>
30. Almeida-Filho N. Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas [Internet]. Salud Colectiva. 2020;16:e2751 [citado 2026 Jun 18]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2751/>
31. Menéndez EL. El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Arxiu d'Etnografia de Catalunya. 1984;3:84-119. Disponible en: <https://revistes.urv.cat/index.php/aec/article/view/850>
32. Waldow VR. Cuidar: expresión humanizadora de enfermería. México: Palabra Ediciones; 2008. Disponible en: [Open Library](#)