

Atención del parto y posparto: experiencias de mujeres indígenas Nasa en servicios de alta y mediana complejidad, suroccidente colombiano, 2022-2023.

Childbirth and postpartum care: experiences of indigenous women Nasa in high and medium complexity services, Southwestern Colombia, 2022-2023.

Cuidado ao parto e pós-parto: experiências de mulheres indígenas Nasa em serviços de alta e média complexidade, sudoeste da Colômbia, 2022-2023.

Tatiana Medina Cortes

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

Carlos Andres Ulcue Ramos

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

Sandra Liliana Herrán Arias (Tutora)

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

Resumen

Objetivo. Reconstruir las experiencias de atención durante el parto y posparto en los servicios de mediana y alta complejidad de las mujeres indígenas Nasa del municipio de Toribio, Cauca, que asistieron al programa Mujer Dadora de Vida entre los años 2022 a 2023. **Métodos.** Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico de tipo exploratorio y descriptivo, con un muestreo descriptivo, homogéneo e intencional. **Resultados.** Las experiencias narradas por las mujeres indígenas Nasa en relación con la atención materna en los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad, revelan una serie de tensiones y desafíos en la articulación entre la medicina occidental y la medicina ancestral para lograr la complementariedad de los sistemas médicos favoreciendo las condiciones de salud, ya que se encuentra en las experiencias relatos de violencia obstétrica, estigmatización de prácticas culturales y debilidades en la salud intercultural en los servicios hospitalarios de las instituciones de mediana y alta complejidad. **Conclusiones.** Las

mujeres indígenas Nasa enfrentan violencia obstétrica, estigmatización e inexistencia de adecuación cultural durante la atención del parto y posparto en los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad desde la perspectiva de interculturalidad crítica vulnerando el derecho a la salud. Por lo anterior, se requiere de un trabajo articulado entre los diferentes actores del sistema para lograr la implementación de la salud intercultural que permita disminuir en las inequidades sanitarias para grupos étnicos históricamente vulnerados.

Palabras clave: Salud intercultural, servicios de salud materna, derechos sexuales y reproductivos, violencia obstétrica, parto y posparto.

Introducción

Colombia al reconocerse constitucionalmente como país pluriétnico y multicultural, da especial protección a los valores culturales y sociales de las comunidades indígenas que aún subsisten en el país (1). Colombia en los últimos años, ha avanzado en la estructuración de un marco normativo para el bienestar materno perinatal con enfoque intercultural (2), buscando garantizar el acceso a servicios de alta calidad durante la atención materna y promoviendo la adecuación sociocultural de los servicios de salud.

No obstante, en la literatura se encuentra que en Colombia las inequidades en salud afectan significativamente a personas en condiciones de mayor vulnerabilidad con pertenencia a un grupo étnico y que viven en comunidades rurales. El Instituto Nacional de Salud (3) reporta que para el año 2020, el 13.3% de la razón total de mortalidad materna en Colombia correspondió a mujeres indígenas. En el año 2021, se observó un aumento en la razón de morbilidad materna en comunidades indígenas, alcanzando 34.9 casos por cada 1000 nacidos vivos.

La comunidad indígena Nasa es uno de los pueblos originarios más numerosos y con mayor representación en el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) y ha trabajado históricamente en la reivindicación del derecho a la salud, en concordancia el tejido de salud de la Asociación de Cabildos indígenas del Norte del Cauca (ACIN) inicia con la creación de programas para fortalecer la salud física y espiritual de la comunidad Nasa del Norte del Cauca. Desde la cosmovisión del pueblo Nasa se concibe el embarazo y la maternidad como “el nuevo amanecer de otra vida” (4). Desde esta visión se estructuró un programa de atención materno intercultural denominado Mujer Dadora de Vida, implementado desde el 2009 en el municipio de Toribio, que ha logrado la articulación de la medicina occidental y la medicina ancestral en la baja complejidad de atención (4).

Desde entonces, se plantea que las mujeres indígenas Nasa de Toribio cuentan con una atención prenatal integral e intercultural en la baja complejidad que incluye la medicina occidental y ancestral según su cosmovisión. En esta atención, los equipos básicos (sabedores ancestrales y promotores de salud) y de apoyo (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.) del Programa Mujer Dadora de Vida logran articularse con la E.S.E Çxayu'çe Jxut” (Hierba Buena) del municipio, para la atención del parto y posparto en el servicio de baja complejidad con enfoque intercultural incorporando las prácticas de cuidado de la comunidad Nasa (4). Sin embargo, cuando se identifica un riesgo obstétrico medio, alto o muy alto, las gestantes son direccionadas a los servicios de mediana y alta complejidad, en ciudades de los departamentos del Cauca y Valle del Cauca.

En la atención del parto y posparto¹ institucional, por fuera del programa Mujer Dadora de Vida, predominan las características del sistema médico hegemónico (5), frente a los cuidados de la

¹ El parto inicia con las contracciones uterinas involuntarias o inducidas que producen el borramiento y dilatación del cuello uterino, y se conceptualiza como el momento del alumbramiento del feto, culminando con la expulsión de la placenta. A partir de este

medicina ancestral. Este espacio evidencia tensiones y desencuentros (6), debido a que las prácticas y cuidados propios de la comunidad Nasa no han sido integrados en estos niveles de complejidad, lo cual influye en la aceptación de los servicios hospitalarios por parte de las mujeres que practican la medicina ancestral.

En este sentido el Departamento Administrativo Nacional de estadísticas (DANE) (7) registra que las 400 defunciones maternas indígenas en el período 2012-2019, 156 (39%) corresponden al departamento de La Guajira, 43 (10,8%) al Cauca, 30 (7,5%) al Vichada, y 26 (6,5%) al Chocó, indicando la concentración de la mortalidad materna en estos cuatro departamentos con mayor población indígena, con un 63,8% del total de las defunciones maternas y que se encuentran asociadas a complicaciones durante el parto y puerperio en un 24,6%.

Para la Salud pública, las investigaciones que se interesan en la salud intercultural en el país permiten identificar los desafíos que enfrentan las personas que pertenecen a grupos étnicos para hacer efectivo su derecho a la salud desde un enfoque étnico-racial (8). Además, permiten una reflexión sobre las políticas de salud generando una base de conocimientos que contribuyen en el desarrollo de la Salud intercultural en Colombia, respetando y valorando la diversidad étnica para la consolidación de caminos integrales en el cuidado materno. Pese a su importancia, los estudios sobre este tema en Colombia han sido principalmente sociodemográficos que dan cuenta del comportamiento reproductivo (6); mientras que los estudios de tipo cuantitativo, como lo describe Noreña (9) que la población indígena tiene una menor atención del parto y posparto institucional sin explicitar las causales de estas cifras. Los estudios cualitativos, por su lado, como lo afirma

momento, comienza el posparto, que se divide en dos fases: el posparto inmediato, comprendido desde la expulsión de la placenta hasta las 48 horas posteriores al parto, y el posparto mediato, que abarca el período entre el segundo y séptimo día después del parto (25).

Castillo (6), se centran en descripciones y reflexiones sobre las prácticas de cuidado durante la gestación en las comunidades.

Es evidente entonces la necesidad de contar con más investigaciones sobre el tema desde las experiencias de las mujeres al recurrir a estos servicios hospitalarios. Las experiencias de atención, siguiendo la definición de Larrosa (10), se consideran como una exterioridad constituida, en este caso, por los acontecimientos vividos por las mujeres indígenas en los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad durante el trabajo de parto, parto y posparto. El principio de la exterioridad refiere “eso que me pasa”, pero donde inicialmente lo que le aconteció al sujeto es narrado sin apropiarse de estas secuencias de sucesos desde sus propios sentimientos. Por lo tanto, cada *vivencia* para el sujeto es narrada desde un modo único, singular y particular (10). La experiencia, según el mismo autor, pasa también por el principio de transformación, en donde el sujeto se apropia de ese acontecimiento en su sentimiento. “Padecer una experiencia deja una huella, una marca, un rastro o una herida” (10), de manera que restituir las experiencias de atención debe abordarse también desde *el sentir*.

Describir las vivencias y el sentir de las mujeres indígenas durante la atención materna en servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad es esencial para avanzar en la construcción de una salud intercultural y garantizar el derecho a la salud. Este conocimiento reconoce las complejas situaciones que enfrentan las mujeres indígenas en su interacción con los servicios del Estado, las cuales han sido históricamente invisibilizadas. El interés investigativo surge en parte porque uno de los investigadores es un hombre indígena perteneciente a la comunidad, quien se interesa profundamente en documentar y analizar las experiencias de las mujeres de su comunidad. Su objetivo es visibilizar y favorecer una comprensión más profunda de las necesidades y desafíos que enfrentan las mujeres Nasa, destacando su compromiso con el bienestar y la preservación de

su cultura. Además, la participación de una investigadora externa a la comunidad aporta una perspectiva holística y crítica, enriqueciendo el estudio y asegurando una visión equilibrada a lo largo del proceso investigativo.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue reconstruir las experiencias de atención durante el parto y posparto de las mujeres indígenas Nasa que hicieron parte del Programa Mujer Dadora de Vida en el municipio de Toribio y que asistieron a los servicios de mediana y alta complejidad entre 2022 y 2023. A partir de sus resultados se busca visibilizar y promover una apertura al diálogo efectivo desde una perspectiva intercultural crítica aportando elementos claves que puedan ser valorados por los tomadores de decisiones para transformar la asimetría en las relaciones de poder entre el sistema médico occidental y el sistema médico tradicional durante el cuidado del parto y posparto de la mujer indígena en los servicios de mediana y alta complejidad.

Método

Se realizó un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, desde un enfoque cualitativo fenomenológico. Este diseño se seleccionó debido a su capacidad para “obtener las perspectivas de los participantes y comprender en profundidad las experiencias relacionadas con un fenómeno específico” (11). Para recopilar la información del estudio, se utilizó la técnica de entrevistas semi estructuradas y diario de campo, por su capacidad para fomentar el dialogo y lograr la descripción detallada de las experiencias vividas por las mujeres indígenas Nasa durante la atención del parto y posparto en servicios de mediana y alta complejidad.

El proyecto de investigación recibió la aprobación del Comité de Ética de la Pontificia Universidad Javeriana Cali y de la Institución Prestadora de Salud Indígena- Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca- IPSI ACIN. Una vez obtenido el aval, la IPSI ACIN proporcionó la base de

datos del Programa “Mujer Dadora de Vida” y, a partir de ella, se contactó y seleccionó un grupo de mujeres indígenas siguiendo los principios éticos de la investigación y criterios de inclusión.

Es necesario mencionar, que una vez presentados los resultados a los evaluadores de la Pontificia Universidad Javeriana Cali se procede a socializar con las mujeres, autoridades indígenas, equipo administrativo del Tejido de Salud e IPSI ACIN Toribio.

La muestra cualitativa del estudio fue de tipo descriptiva, homogénea e intencionada, se determinó la saturación de la información de las categorías analíticas con las entrevistas de 14 mujeres indígenas de la comunidad Nasa, mayores de edad entre los 27 y 42 años, multíparas, practicantes de la medicina ancestral, que recibieron atención prenatal en el programa “Mujer Dadora de Vida” del municipio de Toribio entre los años 2022 al 2023 y que al momento del parto y posparto fueron atendidas en servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad. Las interlocutoras firmaron el consentimiento informado para su participación por medio de una entrevista realizada y grabada en audio, durante la entrevista se realiza la verificación de la información con el fin de obtener claridad en la información suministrada. El trabajo de campo se llevó a cabo en el primer trimestre del año 2024 en la zona rural del municipio de Toribio, Cauca.

Para garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información, se asignaron códigos para identificar a las participantes en las transcripciones y procesamiento de toda la información analítica generada a partir del estudio (**Ver Tabla 1**).

Tabla 1 Codificación mujeres participantes

| | |
|--------------------------|---|
| Participante | Código: Mujer (M) 1-14 |
| Lugar de atención | Código: Ciudad (C) Cali (1), Santander de Q (2), Popayán (3) |
| Nivel de atención | Código: Nivel (N) Alta complejidad (1), Mediana Complejidad (2) |

Fuente: Elaboración propia

Del mismo modo, se presentan las características sociodemográficas de las mujeres participantes, la tabla a continuación detalla la edad, el nivel educativo y el número de hijos de cada participante:

Tabla 2 Características sociodemográficas de las mujeres participantes

| Mujer | Edad | Nivel educativo | Número de hijos |
|----------------|-------------|------------------------|------------------------|
| M1C2N2 | 37 | Secundaria completa | 5 |
| M2C1N1 | 35 | Primaria incompleta | 2 |
| M3C2N2 | 35 | Secundaria completa | 2 |
| M4C3N1 | 31 | Primaria completa | 2 |
| M5C3N1 | 27 | Secundaria completa | 2 |
| M6C1N1 | 39 | Secundaria incompleta | 2 |
| M7C1N1 | 37 | Secundaria completa | 2 |
| M8C2N2 | 41 | Primaria incompleta | 4 |
| M9C2N2 | 33 | Analfabeta | 3 |
| M10C2N2 | 32 | Primaria completa | 5 |
| M11C2N2 | 27 | Secundaria incompleta | 3 |
| M12C2N1 | 35 | Secundaria incompleta | 6 |
| M13C2N1 | 42 | Secundaria completa | 3 |
| M14C2N2 | 35 | Primaria completa | 2 |

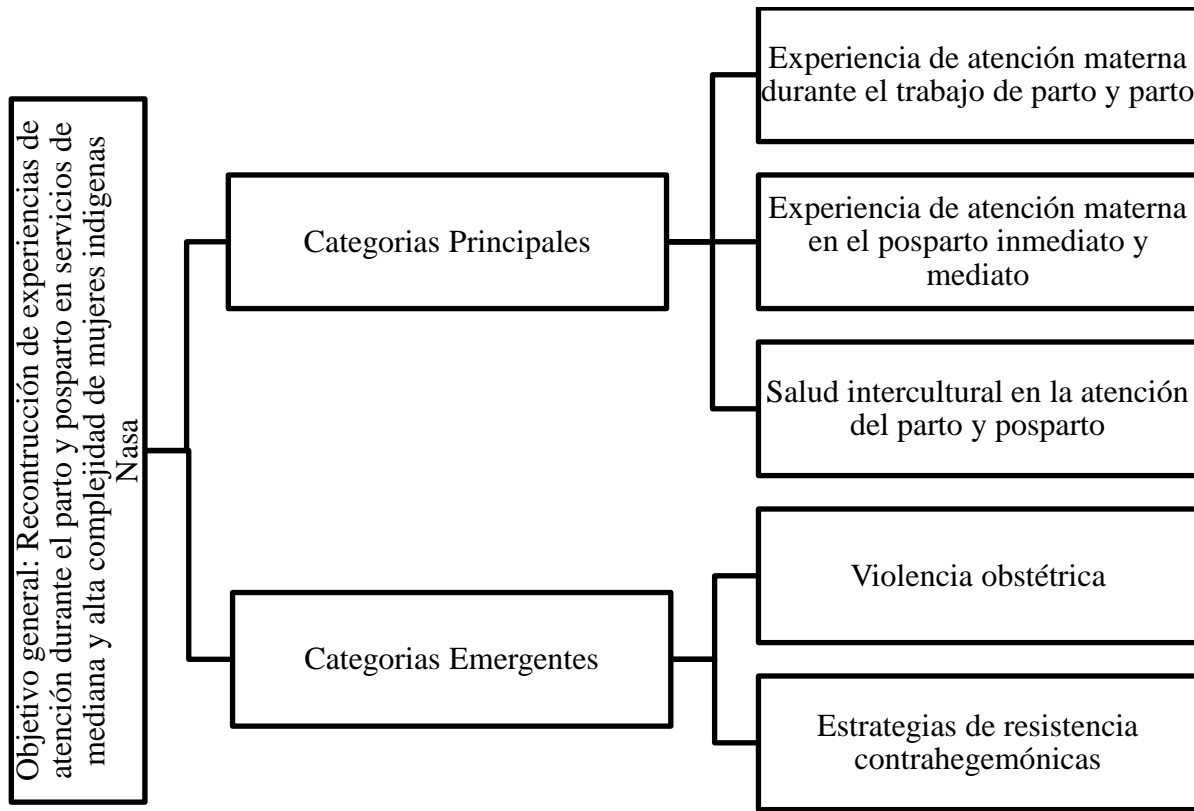
Fuente: Ficha de datos sociodemográficos - Elaboración propia

El proceso de análisis se inició con la transcripción literal de las entrevistas. Una vez estructurado el corpus de datos primarios, se procedió a la codificación de la información siguiendo la

metodología de categorización y codificación descrita por Sampieri (11). Utilizando el método inductivo y con el apoyo del software *Atlas ti*, se inició con la categorización inductiva, lo que permitió organizar la información y asignar un código según lo establecido en la matriz de categorización y codificación. Se continuó con la relación de la información según las preguntas y los objetivos investigativos planteados; y finalmente, se logró identificar y construir patrones para cada categoría analítica.

El software de Atlas ti permitió la construcción de redes de información y la organización visual de las categorías (**Ver figura 1**). Se debe destacar que en el proceso de análisis de la información surgieron dos categorías emergentes que aportaron elementos claves para entender el fenómeno investigado.

Figura 1 Categorías de análisis



Fuente: Elaboración propia

Resultados

En este estudio, se exploraron las experiencias de atención durante el parto y el posparto de mujeres indígenas Nasa durante su estancia en los servicios de mediana y alta complejidad, que participaron en el Programa Mujer Dadora de Vida en el municipio de Toribio entre 2022 y 2023. El objetivo fue reconstruir las vivencias y sentimientos de estas mujeres, además, se buscó identificar elementos de la salud intercultural, encontrando que no hubo variaciones significativas en los componentes analizados entre los diferentes niveles de complejidad de las diferentes entidades de salud donde fueron atendidas. Para lograr una mayor claridad y coherencia en la narración de sus relatos y reflexiones, se abordaron detalladamente según los diferentes momentos de la atención durante el parto y el posparto.

Vivencias durante el trabajo de parto y parto

Las mujeres indígenas destacan inicialmente, en el trabajo de parto, la gestión del equipo básico de la IPSI – ACIN y de la E.S.E Çxayu'çe Jxut de Toribio para su traslado oportuno a un nivel de atención de mayor complejidad. Por el contrario, en cuanto a la oportunidad de la atención en los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad, se encuentran relatos de larga espera en la atención: “...fue como incómodo porque yo pensaba que solo era llegar al hospital y de una vez lo atienden... y no, todo el día tocó esperar” (M7C1N1).

A pesar de que inicialmente el traslado a estos servicios fue caracterizado como conveniente, se identificó falta de comprensión de este requerimiento por parte de la mayoría de las mujeres: “Yo solamente me preguntaba ¿por qué me llevan?, porque yo no tenía el dolor de panza, eso era lo que yo me preguntaba” (M1C3N1). Las mujeres describen que estas situaciones comunicativas sobre su traslado se hacían usando un lenguaje técnico propio del área de la salud, que no les generaba claridad en el proceso de remisión. Las mujeres relatan también que del personal de salud recibieron explicaciones sobre los procedimientos realizados. “Allá le dicen a uno lo que le van a hacer y le explican a uno este medicamento es para tal cosa” (M2C1N2). Sin embargo, aunque se dan explicaciones no se verifica la comprensión de la información, lo cual se transforma en incertidumbres que acompañan a las mujeres durante la atención y en algunos relatos no logran ser clarificadas por el personal de salud

De manera reiterativa, las vivencias de las mujeres Nasa en la atención materna en los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad son comparadas con la atención recibida en alumbramientos previos en la atención intercultural de la E.S.E Çxayu'çe Jxut, en un nivel de atención de baja complejidad. “Porque acá en la ESE ellos me ponían a caminar, a hacer ejercicio, me explicaban las posiciones y donde uno apoyarse... yo pensé que en el hospital era lo mismo,

pero no fue así” (M6C1N1). Así mismo durante la estancia hospitalaria describieron “yo quedé muy débil, pero uno allá -en los servicios de alta y mediana complejidad- no se puede cuidar...como acá en el hospital de Toribio... Acá usted tiene a su bebé y está con su acompañante, con su partera y su compañero” (M10C2N1).

Vivencias en el posparto inmediato y mediato

En los servicios de mediana y alta complejidad, las mujeres Nasa destacan el estímulo realizado por el personal asistencial para el contacto piel a piel inmediatamente después del alumbramiento, favoreciendo beneficios físicos y psicológicos para la madre y el bebé (2). Aquí, las mujeres relatan las recomendaciones recibidas por parte del personal de salud con el fin de favorecer la lactancia materna y el cuidado propio; aunque es necesario explicitar que estas recomendaciones fueron generales, sin tener en cuenta sus particularidades culturales. Tampoco se generaron espacios o momentos para garantizar que las mujeres indígenas atendidas hicieran preguntas o se clarificaran dudas sobre la atención que estaban recibiendo “Yo preguntaba que le pasaba al bebé, pero no me decían nada” (M5C3N1)

También en el posparto, las mujeres Nasa solicitaron la recuperación de la placenta “Duj Ya’ja”, que traduce el lugar donde se teje la vida, con el fin de realizar el ritual de la siembra. En las instituciones de Santander de Quilichao, las mujeres entrevistadas afirmaron que, por la cercanía con el territorio y el conocimiento de esta costumbre, la placenta se entregó en un recipiente para llevarla al territorio. Sin embargo, en otros casos, las mujeres tuvieron dificultades para lograr llevarla al territorio ya que, en instituciones de las ciudades de Cali y Popayán, solicitaban una nevera refrigeradora para el traslado, puesto que la placenta es clasificada como desecho biológico en los servicios hospitalarios. Esta diferenciación, semántica y de manejo práctico, muestra claramente un desencuentro entre los dos sistemas médicos y materializa las tensiones desde la

epistemología de cada saber cuyo resultado puede afectar el desarrollo de los rituales de cuidado propio:

“La entregaron, pero tuvimos que devolverla porque se descomponía...La guardaron, pero pues no teníamos plata para volver por ella... hicimos el ritual con el ombligo” (M6C1N1).

Para la comunidad Nasa el ritual de siembra de la placenta y del cordón umbilical son pasos culturales diferentes y muy representativos. Según el modelo de salud de la ACIN (4) describe la importancia del ritual del ombligo pues “es el espacio físico y espiritual de la familia, la vivienda y la madre tierra, es allí donde se establece la conexión”. Por el contrario, la siembra de la placenta tiene una connotación de sentido de pertenencia al territorio e influye en el desarrollo de la vida del nuevo ser.

Sentimientos en la atención materna en los servicios de mediana y alta complejidad

Al indagar sobre los sentimientos durante el trabajo de parto, parto y posparto en los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad, las mujeres relatan la persistencia de sentimientos y emociones transversal a la atención. A pesar de otros sentimientos menos gratificantes, que se describen a continuación, se debe destacar que las mujeres indígenas Nasa identifican simultáneamente sentimientos de emoción, felicidad y alegría por el alumbramiento y la llegada de un nuevo hijo a sus vidas: “Gracias a Dios por esta bendición, porque se formó en un nido de amor” (M12C2N1). Para el pueblo Nasa, la llegada de un nuevo ser es siempre un acontecimiento positivo que involucra no solo a la gestante y su familia, sino a la expectativa e interés de toda la comunidad.

Refiriéndose particularmente sobre los sentimientos asociados a la atención en estos servicios hospitalarios, las mujeres refieren preocupación económica por el traslado y la estadía en una

ciudad lejana del territorio, pues los servicios hospitalarios no contemplan los costos de la alimentación o transporte de los acompañantes (12). También, se encuentran sentimientos de tristeza porque en los servicios de atención de mediana y alta complejidad, las costumbres de la comunidad Nasa sobre el cuidado y la importancia del acompañamiento a lo largo de la atención materna son desconocidas: “No se siente bien la verdad ... yo sola, nerviosa porque yo he tenido la oportunidad de tener siempre mi mamá y cuando estaba uno se siente más segura... uno con ese dolor al menos espera hablar con alguien que le tenga a uno la mano” (M5C3N1). Este sentimiento se presenta en los diferentes momentos de la atención materna, conllevando a sentimientos de soledad en los servicios hospitalarios.

La emoción que predominantemente refieren las mujeres en sus narraciones es el temor. El primer sentimiento de miedo está asociado a tener posibles complicaciones durante el parto. Este sentimiento se encuentra alimentado en su construcción a partir de experiencias desagradables en estos servicios contadas por otras mujeres indígenas del territorio. Las mujeres Nasa comparten sus experiencias en tulpas, lugar de encuentro de este pueblo indígena, donde la oralidad ha permitido la transmisión de los saberes y experiencias a varias generaciones.

Otros temores referidos están asociados al hecho de ser atendidas en un lugar que desconoce las condiciones del parto en su comunidad y la epistemología del saber ancestral. Sobre este aspecto, Castillo (6) afirma que “la costumbre es atender el nacimiento en la casa y acompañada por su familia en la intimidad del hogar”. Por lo tanto, para ellas es importante el respeto a la intimidad física y emocional durante la atención de la labor del parto (13): “uno se siente un poco extraño porque uno no está acostumbrado a eso, esa parte íntima a mostrarla a todo el mundo lo ven por ahí pasa la gente, la doctores y uno lo miran. Entonces ya sabes que uno le toca ... aguantarse la pena” (M8C2N2). La mujer Nasa entiende la corporeidad femenina como un canal energético que

permite guardar memorias, saberes, sentimientos, emociones, dolores y alegrías que entran en juego con las conexiones rituales, espirituales e inmateriales (14).

Las mujeres relatan adicionalmente un temor al cambio o robo del recién nacido en grandes servicios hospitalarios. Una participante mencionó que: “A una le dicen que le cambian los niños...Qué tal que me la cambien o me den otro que no es” (M4C3N1). Las mujeres contaron que los familiares o ellas mismas trataban de identificar a los recién nacidos por medio de características físicas e incluso realizaban registro fotográfico para confirmar en cualquier momento la identidad del bebe. Este temor se encuentra también influenciado por los relatos de otras mujeres del territorio; además, porque las mujeres de la comunidad Nasa tienen a su hijo en casa permitiendo el contacto y la intimidad familiar, en donde este riesgo de cambio del hijo no es posible.

En este sentimiento amplificado de temores, también manifestaron el miedo a la interacción y trato con el personal de salud. Ante las dificultades de esta comunicación requieren pedir incluso el apoyo a una mediación divina: “Pidiéndole a Dios que le toque el corazón en ese momento al ginecólogo para que lo trate a uno acorde a ese momento” (M9C2N2). Sobre esto Menéndez (5) explica que “la relación médico-paciente es un espacio social donde resulta evidente el ejercicio del poder médico”. Es precisamente en este tipo de interacciones dadas en un el contexto de tensiones interculturales que se puede configurar un contexto favorable para múltiples tipos de violencia obstétrica.

Violencia obstétrica en la atención en servicios hospitalarios de alta y mediana complejidad

En las experiencias de atención materna en los servicios hospitalarios relatadas por las mujeres indígenas, se identificaron situaciones que pueden ser clasificadas como violencia obstétrica (15).

Entre sus tipologías, narraron situaciones de violencia psicológica a lo largo de la atención materna en los servicios de mediana y alta complejidad. Moreno (16) define este tipo de violencia obstétrica como “el trato deshumanizado durante la atención, que viola los derechos humanos, sexuales y reproductivos. En este sentido, la gestante, sus miedos, dudas, sensaciones y opiniones se invisibilizan, mientras se percibe que obstruyen e incomodan al personal de la salud”.

En congruencia con esto, las mujeres relataron que fueron ignoradas por el personal de salud y fue normalizado su dolor, sin mostrar signos de empatía o brindar un acompañamiento médico adecuado: “yo le dije – A la enfermera-, ¡pero es que no aguanto el dolor!, se fue y no me dijo nada” (M10C2N1). Este testimonio pone en evidencia también la posible ausencia de abordaje multidimensionalidad para controlar el dolor, como lo expresa Moreno (16) para el alivio corporal, emocional, conductual y cognitivo.

Del mismo modo, se evidencia falta de adaptabilidad de parte del personal de salud a la vivencia particular de las mujeres. Ante estas situaciones que escapan de su posibilidad de incidencia directa, muchas refieren solicitar apoyo a fuerzas superiores que hacen parte de su sistema de creencias que también son rechazadas por los profesionales de salud: “yo invoque mucho a Dios, cuando tenía mucho dolor... y eso al médico como que no le gustó y entonces me regañó” (M10C2N1).

Las mujeres cuentan también en sus relatos que fueron llamadas con diminutivos y adjetivos calificativos como: “mami, mamita, gordita”. Además, fueron cuestionadas sobre el número de hijos e instadas a obedecer las prácticas de planificación según los parámetros definidos desde de la medicina occidental sin dar lugar a otra alternativa o interpretación. “¿Por qué tienen tantos hijos?, me dijo la enfermera. Y apenas tuve el bebé me insistían mucho con que me iba a cuidar y yo acepté” (M13C1N1) También describen que fueron reprochadas por el personal de salud por

solicitar calmar el dolor y manifestar deseo de movilizarse durante el trabajo de parto: “el médico llegó fue regañándome, porque me estaba moviendo del dolor” (M11C2N2).

Durante el posparto las mujeres reportan también cuestionamientos sobre la elección del método anticonceptivo, los cuales se encuentran influenciados por el modelo patriarcal, definidos por Gleason (17) como “la manifestación del dominio masculino en la sociedad”: “Apenas tiene el bebé le van diciendo que con que va a planificar... Estaban mejor dicho que me operaban y yo le dije que no quería operarme todavía, que yo me cuidaba, sí, pero decían que ya tiene 3 con este. Yo le dije sí, pero es que yo no quiero operarme. Entonces ellos me insistieron mucho en eso a cada rato.” (M3C2N2).

También se encontraron situaciones de culpabilización a la madre por la dificultad para lograr la lactancia materna, buscando la invisibilización de las opiniones de las mujeres: “la niña lloraba y las enfermeras me decían que tiene que darle de comer, y yo les dije que tenía dolor y me decían usted tiene que hacer eso, tiene que darle de comer...me provocaba decirle porque no lo hacen ustedes” (M10C2N1).

Otras situaciones relatadas pueden ser clasificadas como de violencia física, constitutiva de la violencia obstétrica. Por ejemplo, durante el trabajo de parto, se encontraron relatos donde la interacción de los profesionales de salud con el cuerpo de las mujeres indígenas se consideró excesiva: “Me hicieron un tacto, yo entiendo esa parte, pero yo me sentí muy mal, no fue una sola persona, fueron como tres que me vieron por allá... eso fue horrible, fue peor que el dolor de parir, y la verdad... (llanto) uno se siente como humillado, no sé cómo se llamará, pero me sentí muy mal” (M7C1N1). Moreno (16) conceptualiza este tipo de violencia obstétrica como una “intervención realizada a una gestante que no es medicamente justificada ni aprobada por la mujer,

estas intervenciones son dolorosas, como los tactos vaginales reiterados y realizados por más de una persona”.

Durante la narración de estas situaciones en particular, se debe finalmente destacar que, las mujeres cambian su gestualidad corporal y muestran signos de labilidad emocional, lo que visibiliza que sufrir estos acontecimientos de violencia obstétrica marca la vida de la mujer y su experiencia en la atención materna en estos servicios hospitalarios que adicionalmente son poco interculturales (17).

Salud intercultural en la atención del parto y posparto

La salud intercultural, según Aguilar et al., (18), es “una interacción entre culturas, de forma respetuosa, horizontal y sinérgica”, donde es fundamental promover un dialogo efectivo constante e igualitario entre la medicina occidental y la medicina ancestral. Este dialogo está dirigido al reconocimiento y abordaje de la diversidad de conocimientos, intereses y necesidades tanto de las mujeres indígenas como de los profesionales de salud. Por lo tanto, la OMS (19) ha establecido una serie de estándares para cumplir con un parto culturalmente seguro para los grupos étnicos teniendo en cuenta varias dimensiones, como la autonomía de la mujer para estimar el nivel de interculturalidad en estos servicios:

Autonomía de la mujer

Esta dimensión se refiere a la potestad de la mujer indígena de decidir libremente acerca de la atención del parto y el posparto. Aborda aspectos propios de la comunidad como: la elección del acompañante, decisión de bebidas y alimentos que desee consumir, elección de la posición para parir, uso de plantas medicinales, destino de la placenta, elección del tipo de baño de la gestante y consejería sobre métodos anticonceptivos.

Al reconstruir las experiencias de atención, desde esta perspectiva, se logra identificar que en las instituciones de mediana y alta complejidad de la ciudad de Cali y Popayán las mujeres no pudieron elegir el destino de la placenta: “yo le dije que si me podían entregar la placenta y me preguntaron ¿para qué? Yo le dije ... Nosotros tenemos la creencia, entonces uno la lleva y la entierra ...Entonces me dice la enfermera: no mami, no lo entregamos” (M3C1N1). El desconocimiento de las prácticas culturales repercute en la percepción negativa de los servicios de salud de mediana y alta complejidad y en el sentir de las mujeres al no realizar los pasos culturales importantes como miembros de la comunidad Nasa (13).

En cuanto a la libre determinación sobre la posición para parir, las mujeres expresaron que no les fue preguntado o abordado este aspecto durante la atención “No, eso no lo preguntan” (M6C1N1); lo cual muestra una falencia al seguimiento del Plan de parto direccionado por el Ministerio de Salud (2).

Durante la atención del parto y posparto, las mujeres participantes expresaron sentirse incomprendidas y desatendidas. Evidenciando la falta de comunicación efectiva que contribuye a una experiencia despersonalizada y homogenizadora, afectando negativamente su experiencia humana en el parto: “yo llamaba, decía que tenía dolores, pero nadie llegaba” (M2C3N1).

Con relación a prácticas culturales como el uso de plantas medicinales y rituales para el cuidado durante la labor del parto y posparto. Las mujeres participantes señalan dificultades para llevar a cabo estas prácticas en los servicios hospitalarios “me preocupaba por mis costumbres, pero eso allá no se tiene en cuenta” (M4C3N1).

Al indagar sobre el tipo de baño, las mujeres relatan que en los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad encuentran un ambiente frío y son instadas a bañarse con agua fría, lo cual va

en contra de las prácticas de cuidado: “Me lavaron con agua fría y me cayó muy mal, casi pierdo el sentido... Ellos (los auxiliares de enfermería) en ningún momento preguntan ¿cómo nos aseamos?, y yo hacia la que me bañaba porque allá lo regañan si uno no se baña” (M9C2N2). El frío, de acuerdo con el concepto de salud del pueblo Nasa, puede generar desarmonías y enfermedades asociadas a “la concentración exagerada del frío en el cuerpo de la mujer y en especial en la matriz (útero)” (4).

Estrategias de resistencia contrahegemónicas

Campione (20) describe la hegemonía desde los conceptos gramscianos como un fenómeno complejo, caracterizado por la capacidad de un grupo social para articularse, desde una posición de supremacía con otros grupos sociales subordinados y orientar la “visión del mundo”. En esta lógica de imposición, existe también la posibilidad de que se produzca la aparición de una hegemonía alternativa o contrahegemonía por la clase subalternada que aspire a fundar otra “visión del mundo”. El modelo médico hegemónico, de la biomedicina, subalterna el conocimiento médico ancestral de las comunidades indígenas. Por lo tanto, en los servicios hospitalarios estas prácticas culturales son rechazadas por el personal de salud y, ante esta situación, las mujeres Nasa buscan formas alternativas para continuar sus prácticas culturales en estos servicios médicos occidentales.

Es por esto por lo que, en su territorio, antes de salir a los servicios hospitalarios, las mujeres realizan sobadas y preguntas a espíritus, ya que, una vez fuera de este entorno, se dificulta llevar a cabo estas acciones de cuidado propias: “Allá uno no pude tomar plantas medicinales, cuando llegué al territorio la partera me acomodó la matriz...y antes de salir para allá mi suegra pidió guía a los espíritus para que todo saliera bien” (M3C3N1).

Frente al rechazo de estas formas de cuidado propias, las mujeres entrevistadas develan que también realizan prácticas culturales de forma oculta en los servicios hospitalarios: “Yo me chumbé en las noches a escondidas y cuando iba a tener el bebé, antes de entrar, mi compañero sopló el remedio a escondidas que dio el The Wala (sabedor ancestral Nasa)” (M8C2N1).

Otras formas de resistencia realizadas por las mujeres fue ocultar al personal de salud las prácticas de aseo y evitar consumir alimentos fríos, ya que frente a estos aspectos Castillo et al. (6), refiere que se consideran un elemento central en el cuidado según la cosmovisión Nasa. Durante el periodo de posparto, se espera que la madre consuma exclusivamente alimentos calientes y evite bañarse con agua fría para mantener el calor del cuerpo femenino durante el puerperio.

En sus relatos, las mujeres expresan que en todos los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad se ofrecieron predominantemente alimentos fríos como leche, queso o galletas, lo que generó rechazo: “yo le decía a una enfermera, no es que ustedes acá como gente blanca se alimentan como sea, pero allá tenemos otras costumbres, nos gusta cuidarnos... deberían tener una persona que conozca la cultura y los oriente en los alimentos... yo aguanté hambre, no comí” (M13C1N1). Esto se relaciona a la falta de comprensión del valor histórico y terapéutico de las prácticas culturales, por lo tanto, las mujeres generaron resistencia como una respuesta a la estructuración de un modelo médico hegemónico que interfiere en la adaptabilidad del sistema de salud oficial para reconocer otros sistemas médicos.

Discusión

Las experiencias de atención en salud materna de las mujeres de la comunidad Nasa en los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad de ciudades como Santander de Quilichao,

Cali y Popayán, visibilizan las tensiones entre el sistema médico Nasa y un modelo médico hegemónico, que según Menéndez (5), “se caracteriza por el biologismo, pragmatismo e individualismo”, lo que ha permitido que sea dominante por sus funciones de normalización y legitimización.

Este pragmatismo que postula Menéndez (5), ha influenciado que los modelos de atención de otras tradiciones médicas desaparezcan o sean subordinados frente al redireccionamiento desde el modelo biomédico, afectando el reconocimiento de otros sistemas de atención como el Nasa. Aunque es importante mencionar que pese a las críticas que se han postulado sobre este modelo, en el desarrollo de la medicina moderna, no se desconoce su eficacia e impacto en la disminución de la morbilidad y mortalidades prevenibles; sin embargo, la lógica de atención y medicalización que “cada vez está presente en más aspectos de la vida cotidiana, desde el parto hasta la forma de morir”, no deja de afectar formas tradicionales de cuidado que también muestran formas alternativas de eficacia (5).

En las entrevistas analizadas, se encontraron tres elementos estructurales que impactan la articulación de las dos tradiciones médicas: la medicalización de la atención materna occidental y la fragmentación de la atención intercultural; la implementación de una interculturalidad funcional que no logra zanjar con la estigmatización de las prácticas culturales de atención y cuidado; y el débil empoderamiento y baja capacidad de agencia de las mujeres indígenas en su experiencia de trabajo de parto, parto y posparto.

Medicalización de la atención materna y fragmentación de la atención intercultural

La medicalización de la vida (21), en este caso particular de la atención materna, ha sido uno de los procesos a través de los cuales la biomedicina ha legitimado sus prácticas ginecológicas (22)

que no reconocen los modelos de cuidado del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI (4). Estos modelos incluyen rituales, sobadas de la partera y la ingesta de plantas medicinales, como ocurre para el caso de la atención materna Nasa (4), que contribuyen significativamente a la salud de la madre y el neonato. El encuentro en el momento del parto y el cuidado del posparto entre las diferentes dimensiones conceptuales y prácticas de cuidado de los sistemas médicos tradicionales y modernos evidencia las tensiones entre ambos modelos epistemológicos, afectando la aceptabilidad de los servicios de salud por parte de las comunidades indígenas y la calidad de la atención intercultural.

Pese al reconocimiento normativo de diferentes formas de cuidado, especialmente en procesos de parto y posparto, la investigación demuestra que ciertas prácticas ginecológicas continúan empleándose como herramientas de biopoder; es decir asociadas a este concepto propuesto por Foucault (21) quien afirma que “se usa para ejercer disciplinas del cuerpo y controles a la población en la natalidad, mortalidad y longevidad”, operando desde una perspectiva netamente biologicista.

La fragmentación de la atención intercultural que vivencian las mujeres indígenas en los servicios de mediana y alta complejidad es en parte consecuencia a su estructuración a partir de un modelo de atención que tiene como ejes centrales de acción la curación y la intervención, excluyendo otros modelos alternativos de atención en salud (5). La instauración de la obstetricia generó que la mujer pasara de sujeto terapéutico a objeto terapéutico donde la autoridad médica se impone por medio de la desacreditación de saberes ancestrales ocasionando la asimetría en la relación médico paciente y la concepción del paciente como un portador de un saber equivocado (15). por lo anterior, las mujeres no expresan en sus relatos autonomía en las decisiones de la corporeidad ni del destino de la placenta, lo cual representaba una importancia cultural. En esta investigación se logra identificar esta fragmentación, puesto que las mujeres indígenas describen que una atención

intercultural integral puede materializarse solo si ella es respetuosa de las formas de cuidado en el territorio, y que logra consolidarse si esta atención continúa en un centro de mayor complejidad.

Interculturalidad funcional y estigmatización

Para Walsh, la interculturalidad funcional que considera la diversidad cultural como un elemento fundamental para el reconocimiento e integración en la sociedad, deja por fuera de su implementación real los dispositivos y patrones de poder institucionales y estructurales que perpetúan la desigualdad. Este tipo de interculturalidad “formalista” no toca las causas de asimetría y desigualdad sociales y culturales, por tanto, es perfectamente compatible con la lógica del modelo neo-liberal existente que dejan en evidencia la deshumanización de salud por un modelo altamente mercantilizado (23).

Por el contrario, Walsh (23) refiere que la interculturalidad crítica contempla una propuesta de transformación de las relaciones interculturales de y desde la gente que ha sufrido un histórico sometimiento y subalternización. En esta construcción desde y para las comunidades, el movimiento indígena colombiano gracias a su lucha por alcanzar el reconocimiento de sus derechos como sujetos étnicos logró la promulgación del Decreto 1953 de 2014, mediante el cual se reconoce el SISPI y permite la construcción de formas de cuidado alternativas al modelo tecnocrático. (15).

Pese a estos esfuerzos y avances, la investigación expone que las mujeres enfrentaron situaciones de estigmatización frente a los saberes y prácticas propias de la comunidad Nasa, precisamente ante la ausencia de procesos de interculturalidad crítica. Desde esta perspectiva funcional que predomina en los servicios de mediana y alta complejidad descritos, las mujeres Nasa son vistas como objetos de intervención o pacientes sin agencia, y con un entendimiento del cuerpo gestante

como cuerpo funcional. En esta atención médica opera entonces la estandarización de protocolos, donde todas las mujeres son sometidas a los mismos procedimientos e intervenciones, desligándose de las características identitarias y socioculturales de las gestantes, (15) además estos protocolos no conforman un abordaje holístico del dolor, generando deshumanización en la atención.

Empoderamiento y capacidad de agencia de las mujeres indígenas

La falta de empoderamiento y autonomía que se evidencia en las experiencias de las mujeres indígenas Nasa durante la atención materna en servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad, como se observó, genera un ambiente propicio para las diferentes formas de violencia que deshumanizan y desintegran la identidad del individuo (24). En esta investigación se identificaron diferentes tipologías de violencia obstétrica vivida por las mujeres durante la atención, aunque las mujeres que relatan las situaciones no identifican estas acciones como situaciones de violencia.

El no reconocimiento de estas situaciones de violencia, Gleason (17) refiere que, a pesar de los efectos de la violencia obstétrica en la salud y el bienestar individual y colectivo, sigue siendo un tema desconocido e incluso naturalizado por las mujeres y los profesionales de salud. La revisión de literatura a nivel latinoamericano y nacional (16) reporta, que existe diversidad de prácticas o actos de violencia que se enmarcan en la definición de violencia obstétrica afectando la salud de la gestante, por lo tanto, estos estudios han buscado comprender el fenómeno y proponer caminos para llegar a la solución

Ante esta situación, Colombia ha avanzado en la estructuración de normativa para el parto digno, respetado y humanizado (2). Aunque este esfuerzo legislativo ha sido un gran avance frente al

reconocimiento y lucha contra la violencia obstétrica, persiste la falta de conceptualización clara y exhaustiva sobre acciones violentas en los contextos hospitalarios. Por lo tanto, esta problemática persiste con desafíos significativos para la prevención y erradicación de este tipo de acciones que dejan una huella en las mujeres atendidas en servicios hospitalarios como fue observado en los relatos de las mujeres indígenas estudiadas.

Conclusiones y recomendaciones.

La implementación de un enfoque intercultural en la atención materna, respetuoso de las creencias y prácticas culturales de las mujeres indígenas Nasa, debe construirse desde una perspectiva de interculturalidad crítica. Esto implica que los modelos de atención deben partir de las necesidades y cosmovisión de cada pueblo y no de los intereses de las instituciones sociales dominantes, lo cual es esencial para abordar las desigualdades y garantizar el derecho fundamental a la salud.

Esta investigación, proporciona un análisis desde los determinantes sociales, explorando dinámicas, oportunidades, recursos y relaciones de poder que reflejan las experiencias, desafíos y resistencias de la comunidad Nasa en la defensa de su derecho a la salud y la justicia social.

Las violencias experimentadas por las mujeres indígenas durante la atención materna son el resultado de múltiples factores estructurales, como la violencia histórica hacia las mujeres, la mercantilización de la salud, las asimetrías en las relaciones de poder, el racismo, la exclusión y enfoques predominantemente biologicistas en la formación de profesionales de la salud, así como políticas interculturales funcionales. Estos elementos revelan una atención deshumanizada y carente de pertinencia intercultural. Las mujeres Nasa reportan una mejor experiencia de atención en el territorio con enfoque intercultural en comparación con los servicios de mayor complejidad,

donde sus formas alternativas de cuidado son desconocidas y por el contrario agudizan las inequidades sanitarias para grupos históricamente vulnerados y empobrecidos.

En este contexto, es crucial reconocer la escasez de estudios desde la salud pública que aborden las vivencias específicas de las mujeres indígenas durante el parto y el posparto. Se recomienda la realización de más investigaciones cualitativas que profundicen en aspectos subjetivos, culturales, históricos, políticos y éticos. Asimismo, se insta a la implementación de modelos de atención interculturales que incluyan activamente a la comunidad, autoridades indígenas, sabedores ancestrales y profesionales de la salud. Por otro lado, se recomienda al Tejido de salud en articulación con la IPSI ACIN a fortalecer la agencia de la mujer en el empoderamiento de sus derechos como mujeres indígenas a través del camino de acompañamiento de la mujer Dadora de Vida. Este enfoque no solo mejorará la comprensión de los procesos de atención en salud intercultural, sino que también fortalecerá el concepto de Wët Wët Finzenxi (Buen vivir) para la familia, la comunidad y el territorio de los pueblos indígenas, promoviendo un sistema de salud más inclusivo y que finalmente se traduzcan en políticas públicas adaptadas a sus necesidades para reducir las inequidades en salud de grupos étnicos históricamente vulnerados .

Referencias Bibliográficas

1. Congreso de la Republica. CONSTITUCIÓN POLÍTICA 1991. Gaceta Constitucional. 1991;116.
2. Congreso de Colombia. Ley 2244 [Internet]. Congreso de Colombia, Ley 2244 Bogotá, D.C: Congreso de Colombia; Jul 11, 2022 p. 1–9. Available from: <https://scare.org.co/wp-content/uploads/LEY-2244-DE-11-DE-JULIO-DE-2022.pdf>
3. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 5];1–31. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021_Boletin_epidemiologico_semana_8.pdf

4. Yonda Lopez GA. Camino de cuidado nuestra forma de cuidar la salud, una estrategia de pervivencia como pueblo Nasa de la zona Norte del Cauca. Yonda Lopez GA, editor. Santander de Quilichao: ACIN; 2018. 1–287 p.
5. Menéndez EL. Hegemonic medical model: Possible trends, and more or less imaginary trends. *Salud Colect.* 2020;16:1–25.
6. Castillo PT, Vallejo ED, Cotes KP, Castañeda CA. Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2017 Mar [cited 2022 Nov 28];26(1):61–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100061&lng=es&tlng=es
7. DANE. Anuario Nacional de Estadísticas Vitales. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 5];1–217. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/anuario-EEVV-2019/anuario-nacional-de-estadisticas-vitales-colombia-2019.pdf>
8. Departamento Nacional de Planeación. Enfoque diferencial étnico-racial en los planes de desarrollo territorial Documento Conceptual [Internet]. Sistema de Planeación territorial . Bogotá, D.C , Bogotá, D.C: Departamento Nacional de Planeación; 2023 Nov [cited 2024 Jun 3]. Report No.: Documento Conceptual. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/SisPT/Enfoque%20diferencial%20C3%89tnico-Racial%20en%20PDT.pdf>
9. Noreña-Herrera C, Leyva-Flores R, Palacio-Mejía LS, Duarte-Gómez MB. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 Dec [cited 2024 Jun 3];31(12):2635–48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202635&lng=es&tlng=es
10. Larrosa J. Sobre la experiencia I. *Revista Educación y Pedagogía* [Internet]. 2006 Apr 4;18(0). Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaeyep/article/view/19065>
11. Sampieri RH. Metodología de la investigación. Sexta Edición. McGRAW-HILL /Interamericana Editores SA, editor. Vol. 2. México D.F.; 2014. 300–355 p.
12. Pérez Valbuena GJ, Silva Urueña A. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. *Banco de la República* [Internet]. 2015 [cited 2024 Jun 1];27–55. Available from: <https://publicaciones.banrepcultural.org/index.php/banrep/article/view/8238/8632>
13. Portela H, Portela SC. El arco, el cuerpo y la sena : cosmovision de la salud en la cultura Nasa [Internet]. [S.l.]: Universidad del Cauca; 2018. Available from:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=nlebk&AN=2254341&lang=es&site=eds-live&scope=site&custid=s9496075>

14. Millán M, del Carmen MB. Mujeres nasa : tejedoras de vida y de resistencia. FLACSO Sede Ecuador [Internet]. 2013; Available from: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:160715481>
15. Vallana Sala V. “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro) [Internet]. 2020 Apr 18 [cited 2024 Jun 3];(34):90–107. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872020000100090&tlng=es
16. Moreno PE, Guzmán KA. Haciendo visible lo invisible : prácticas comunes innecesarias como expresión de violencia obstétrica [Internet]. [Bogotá, D.C]: Pontificia Universidad Javeriana; 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10554/39672>
17. Gleason EG, Molina DP, López JM, Mejía CM. “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud Colect* [Internet]. 2021 Nov 23 [cited 2022 Nov 28];17:e3727. Available from: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3727>
18. Aguilar M, Tobar MF, García HA. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2023 Feb 18];22(4):1–5. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/87320>
19. Organización Mundial de la Salud. Manual básico para la aplicación de la herramienta de promoción del parto culturalmente seguro. Manual básico para la aplicación de la herramienta de promoción del parto culturalmente seguro. Pan American Health Organization; 2022.
20. Campione D. Hegemonía y contrahegemonía en la América Latina de hoy. *Apuntes hacia una nueva época. Socio histórica* [Internet]. 2005 [cited 2024 Jun 8];17:13–36. Available from: <https://www.sociohistorica.fahce.unlp.edu.ar/article/view/SHn17-18a01>
21. Foucault M. *Medicina e Historia* [Internet]. 23rd ed. Organización Panamericana de la Salud, editor. Vol. 1. Washington, D.C; 1978 [cited 2024 Jun 8]. 5–74 p. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39029/10077.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología F, Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología JG, Zuleta JJ. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*. [Internet]. Vol. 56, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología; 2005 [cited 2024 Jun 3]. 271–280 p. Available

from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

23. WALSH C. Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa* [Internet]. 2008 [cited 2023 Apr 12];(9):131–52. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892008000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
24. Mora Ríos J, Bautista N. Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental* [Internet]. 2014 [cited 2024 Jun 3];37(4):303–12. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52125>
25. Andina E. Trabajo de parto y parto normal. Guías de prácticas y procedimientos. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* [Internet]. 2002 [cited 2024 Jun 4];21:63–74. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91221202>