



**Percepciones y experiencias de mujeres gestantes del pueblo Yanaona frente al
cuidado materno integral, propio e intercultural**

Eliana Maritza Jaramillo Burbano

Victoria Eugenia Rocha Tenorio

Universidad Ean

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas

Maestría en administración de empresas– MBA-SALUD-PRESENCIAL

Popayán, Colombia

20/mayo/2026

**Percepciones y experiencias de mujeres gestantes del pueblo Yanaona frente al
cuidado materno integral, propio e intercultural**

Eliana Maritza Jaramillo Burbano

Victoria Eugenia Rocha Tenorio

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

Magister en administración de empresas en salud

Director (a):

Díaz Garzón Fabian Gerardo

Modalidad:

Monografía

Universidad Ean

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas

Maestría en administración de empresas en salud – MBA-SALUD-PRESENCIAL

Popayán, Colombia

20/mayo/2026

Nota de aceptación:

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del director del trabajo de grado

Ciudad, día/mes/año

A Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y quien me
sostuvo en cada paso de este camino.

A mi hijo, por aceptar y comprender mis ausencias; el
título más importante para mí siempre será ser tu mamá.

Dedicatoria

A mi esposo, por motivarme a dar este paso, por creer
en mí incluso cuando yo dudaba, por su comprensión y
motivación constante. Gracias por estar para mí en todo
momento.

Eliana Jaramillo

*“Encomienda al Señor tus obras, y tus pensamientos
serán afirmados.”* **Proverbios 16:3**

Dedico este trabajo a mi familia, por su apoyo
incondicional, su paciencia y su fortaleza durante cada
etapa de este proceso, siendo un pilar fundamental para
alcanzar este logro académico y personal.

A las mujeres gestantes, lactantes, parteras,
sabedores ancestrales y participantes de esta
investigación, por compartir sus conocimientos y
experiencias, permitiendo visibilizar la importancia del
cuidado materno desde la medicina propia y el enfoque
intercultural.

A todas las personas y comunidades que continúan
defendiendo la identidad cultural, la espiritualidad y los
saberes ancestrales como parte esencial del cuidado
integral de la vida.

Victoria Rocha

Agradecimientos

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a las mujeres gestantes del pueblo Yanaona, guardianas de la vida, la sabiduría ancestral y las prácticas de cuidado. Su experiencia, confianza y conocimiento hicieron posible el desarrollo de este proceso investigativo.

Agradecemos a la autoridad indígena del resguardo de Rioblanco, Sotará por permitirnos llevar a cabo este trabajo y abrirnos las puertas de la comunidad.

David Imbachi – Gobernador Resguardo Indígena de Rioblanco, Sotará Año 2024 – 2026.

Finalmente, agradecemos a todas las personas y comunidades que trabajan por el fortalecimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), promoviendo el respeto, la dignidad y la armonía en el cuidado de la vida.

“La vida se teje desde el vientre con la fuerza de la tierra y la memoria de los pueblos originarios.”

Resumen

La presente investigación analizó las percepciones y experiencias de las mujeres gestantes del pueblo Yanaona¹ frente al modelo de cuidado propio e intercultural, en relación con los saberes ancestrales, la atención médica occidental y las barreras que influyen en la operatividad del modelo de cuidado en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)² en el Resguardo de Rioblanco Sotará.

El estudio se desarrolló mediante un enfoque mixto, con un diseño no experimental y un alcance descriptivo con un componente exploratorio de asociaciones estructurales. La información fue recolectada a través de una entrevista semiestructurada con componentes cuantitativos y cualitativos, aplicadas a mujeres gestantes y en etapa de puerperio pertenecientes al Resguardo de Rioblanco.

Los hallazgos evidenciaron una importante valoración de los saberes ancestrales y de las prácticas de cuidado propio relacionadas con el embarazo, parto y posparto, entre ellas el uso de plantas medicinales, el acompañamiento de parteras y sabedores, así como rituales asociados al cuidado materno y espiritual. Asimismo, las participantes reconocieron la importancia de la atención médica occidental, especialmente frente a situaciones de riesgo obstétrico; sin embargo, manifestaron la necesidad de fortalecer una atención más humanizada y culturalmente pertinente.

De igual manera, se identificaron barreras geográficas, económicas, administrativas y comunicativas que limitan la articulación efectiva entre la medicina occidental y la medicina propia, afectando la operatividad del modelo de cuidado intercultural en el territorio.

¹ Yanaona: pueblo indígena originario del suroccidente colombiano, reconocido oficialmente por el Estado colombiano, con resguardos ubicados principalmente en el departamento del Cauca. Su nombre proviene del quechua y hace referencia a un grupo de servidores y guardianes del conocimiento ancestral andino.

² SISPI: Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural. Marco normativo y organizativo propio de los pueblos indígenas de Colombia, reconocido en el Decreto 1953 de 2014, que articula la medicina tradicional con el sistema oficial de salud bajo principios de interculturalidad, autonomía y territorialidad.

Se concluye que el fortalecimiento del modelo de cuidado propio e intercultural requiere consolidar procesos integrales de atención materna que promuevan el diálogo de saberes, la complementariedad entre sistemas de salud, el reconocimiento de las prácticas ancestrales y la participación activa de las mujeres, familias y comunidad en los procesos de cuidado durante la gestación, parto y puerperio.

Palabras clave: salud intercultural, saberes ancestrales, salud materna indígena, Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), *Muyu Tarpuy*, *Pakarina*, pueblo Yanaona.

Abstract

This research analyzed the perceptions and experiences of pregnant women from the Yanacona people regarding the self-care and intercultural care model, in relation to ancestral knowledge, Western medical care, and the barriers affecting the operational implementation of the care model within the framework of the Indigenous System of Indigenous Health (SISPI) in the Rioblanco Sotará Indigenous Reservation.

The study was conducted using a mixed-methods approach, with a non-experimental design and a descriptive-correlational scope. Information was collected through a semi-structured interview incorporating both quantitative and qualitative components, administered to pregnant and postpartum women belonging to the Rioblanco Reservation.

The findings revealed a significant appreciation for ancestral knowledge and self-care practices related to pregnancy, childbirth, and the postpartum period, including the use of medicinal plants, the support of traditional midwives and ancestral healers, as well as rituals associated with maternal and spiritual care. Likewise, the participants acknowledged the importance of Western medical care, especially in situations involving obstetric risk; however, they expressed the need to strengthen a more humanized and culturally appropriate healthcare approach.

Similarly, geographical, economic, administrative, and communication barriers were identified as factors limiting the effective integration between Western medicine and traditional Indigenous medicine, thereby affecting the operational implementation of the intercultural care model within the territory.

It is concluded that strengthening the self-care and intercultural care model requires consolidating comprehensive maternal care processes that promote dialogue between knowledge systems, complementarity between health systems, recognition of ancestral

practices, and the active participation of women, families, and communities in care processes during pregnancy, childbirth, and the postpartum period.

Keywords: intercultural health, ancestral knowledge, indigenous maternal health, Indigenous Own and Intercultural Health System (SISPI), Muyu Tarpuy, Pakarina, Yanaona people.

Contenido

Introducción.....	12
Objetivos	16
<i>Objetivo General.....</i>	<i>16</i>
<i>Objetivos Específicos</i>	<i>16</i>
Justificación	17
Marco Teórico.....	20
<i>Marco Normativo</i>	<i>28</i>
Supuesto de Investigación	30
Variables	31
Metodología	33
<i>Enfoque y Alcance de la Investigación</i>	<i>33</i>
<i>Alcance de la Investigación.....</i>	<i>34</i>
<i>Población y Muestra.....</i>	<i>34</i>
<i>Saturación de la Información</i>	<i>35</i>
<i>Instrumentos.....</i>	<i>36</i>
<i>Operacionalización de Variables y Categorías de Análisis.....</i>	<i>41</i>
<i>Técnicas para el Análisis de la Información</i>	<i>47</i>
Triangulación:	48

Trabajo de Campo.....	49
<i>Procesamiento de los Datos</i>	<i>50</i>
Características de la Población Participante.....	50
<i>Análisis de Resultados</i>	<i>61</i>
<i>Propuesta de Solución a la Problemática.....</i>	<i>65</i>
Discusión	67
Conclusiones y Trabajo Futuro.....	71
<i>Conclusiones</i>	<i>71</i>
<i>Trabajo Futuro</i>	<i>72</i>
Referencias.....	74
Anexos.....	79
<i>Anexo A</i>	<i>79</i>
<i>Anexo B</i>	<i>83</i>
<i>Anexo C.....</i>	<i>84</i>
<i>Anexo D.....</i>	<i>88</i>

Lista de Figuras

Pág.

Figura 1 Grado de satisfacción con la atención recibida durante el embarazo, parto y posparto.	54
Figura 2 Trato recibido por partera o sabedor ancestral y acompañamiento frente a necesidades espirituales hacia las madres Yanaonas.	55
Figura 3 Grado de aceptación del modelo de cuidado.....	56

Lista de Tablas

Pág.

Tabla 1 Mortalidad materna principales variables sociales y demográficas, Colombia, 2019 a 2021.	20
Tabla 2. Operacionalización de variables y categorías de análisis.	42
Tabla 3. Datos sociodemográficos y socioeconómicos.	51
Tabla 4 Matriz Categorical de Resultados	53
Tabla 5 Correlación percepción satisfacción y aceptación.	57
Tabla 6 Correlación participación y satisfacción.	59

Introducción

La salud materna en las comunidades indígenas constituye una prioridad en salud pública, debido a la influencia de factores sociales, culturales, territoriales y políticos que inciden directamente en el bienestar de las mujeres gestantes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). En América Latina, y particularmente en Colombia, persisten brechas significativas en el acceso y la calidad de los servicios de salud, especialmente en contextos rurales e indígenas. En estos territorios, los modelos de atención convencionales no siempre responden de manera adecuada a las dinámicas culturales de las comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Castro, 2014).

En este contexto, el embarazo, el parto y el posparto son comprendidos no solo desde una dimensión biológica, sino también como experiencias relacionadas con la cosmovisión, la espiritualidad y la relación con el territorio (OPS, 2023). Esta concepción integral del cuidado difiere, en muchos casos, de los enfoques biomédicos occidentales, lo que genera dificultades en la articulación entre ambos sistemas de atención, afectando la experiencia y la percepción de las mujeres gestantes frente a los servicios disponibles (Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna, 2024).

En Colombia, el reconocimiento constitucional de la diversidad étnica y cultural ha favorecido el desarrollo de marcos normativos diferenciados en salud. En este escenario surge el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), establecido mediante el Decreto 1953 de 2014 y fortalecido con el Decreto Ley 0480 de 2025, el cual orienta la atención integral desde las cosmovisiones, prácticas y formas de organización comunitaria de los pueblos indígenas. Dentro del SISPI, el Componente de Cuidado de la Salud Propia e Intercultural define el modelo de cuidado como el conjunto de prácticas propias e interculturales dirigidas al cuidado del territorio, la naturaleza, la comunidad, la familia y la persona, fundamentadas en la

sabiduría ancestral y complementadas con estrategias interculturales aceptadas por cada comunidad (Consejo Regional Indígena del Cauca [CRIC], 2025; Cabildo Mayor del Pueblo Yanacona, 2025).

En el departamento del Cauca, particularmente en el pueblo Yanacona, el modelo de cuidado incorpora momentos propios del ciclo de vida de la mujer generadora de vida: el *Muyu Tarpuy*,³ relacionado con la gestación o preñez, y la *Pakarina*⁴, que comprende el parto, la dieta y el puerperio. Desde la cosmovisión del Runa Yanacona, estos momentos son considerados como etapas sagradas que requieren un acompañamiento integral por parte del tejido de cuidadores, donde la partera y el sabedor ancestral cumplen un papel fundamental en el cuidado materno y espiritual de las mujeres (Cabildo Mayor del Pueblo Yanacona, 2025). Asimismo, dichos momentos están articulados a la Estrategia de Atención Primaria en Salud Propia e Intercultural (APSI), la cual reconoce la sabiduría ancestral como eje central de los procesos de cuidado dentro del territorio.

No obstante, pese a los avances normativos y organizativos, las desigualdades en salud materna continúan representando un desafío para las comunidades indígenas. Según el Instituto Nacional de Salud (2021), la razón de mortalidad materna en mujeres indígenas de Colombia es 3,3 veces mayor que en la población no indígena, lo que evidencia que la pertinencia cultural constituye un elemento fundamental para garantizar una atención integral y oportuna. Asimismo, la limitada articulación entre el sistema de salud institucional y los saberes propios puede generar desconfianza, barreras de acceso, retrasos en la atención y dificultades en la continuidad del cuidado materno (Pavi Ascue et al., 2024).

³ *Muyu Tarpuy*: Término en lengua quechua utilizado por el pueblo Yanacona para designar el momento de vida correspondiente al embarazo o gestación. Literalmente significa 'siembra circular' o 'siembra de semilla'.

⁴ *Pakarina*: Término en lengua quechua utilizado por el pueblo Yanacona para referirse al momento del trabajo de parto, nacimiento y primeros cuidados del recién nacido. Comprende prácticas ancestrales de acompañamiento realizadas por la partera, el sobador de matriz y la familia, así como rituales que fortalecen la conexión del nuevo ser con la Madre Tierra y la comunidad.

En este sentido, comprender cómo las mujeres gestantes del Resguardo Indígena Yanacona de Rioblanco perciben y experimentan el modelo de cuidado propio e intercultural resulta fundamental para identificar los factores que facilitan o limitan la operatividad modelo en el marco del SISPI.

A partir de la problemática identificada, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo perciben y experimentan las mujeres gestantes del Resguardo Indígena Yanacona de Rioblanco el modelo de cuidado propio e intercultural en relación con los saberes ancestrales y la atención médica occidental en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)?

En concordancia con este planteamiento, la presente monografía tiene como objetivo analizar las percepciones y experiencias de las mujeres gestantes del Resguardo Indígena Yanacona de Rioblanco, municipio de Sotará, frente al modelo de cuidado propio e intercultural, con el propósito de comprender la relación entre los saberes ancestrales y la medicina occidental durante las etapas de embarazo, parto y posparto.

Para ello y con el fin de abordar integralmente el fenómeno de estudio, la investigación se desarrolla mediante un enfoque mixto con predominio cualitativo, el cual permite comprender las experiencias, significados, prácticas de cuidado y percepciones construidas por las mujeres gestantes.

Finalmente, el estudio busca aportar elementos de análisis que contribuyan al fortalecimiento de los procesos de atención materna intercultural en el pueblo Yanacona, orientados al diseño de estrategias de salud coherentes con las realidades sociales, culturales y territoriales de las mujeres indígenas. De igual forma, se espera contribuir a la visibilización y valoración de los saberes ancestrales como pilares de las prácticas de cuidado y protección de la vida (CRIC, 2024).

La monografía se organiza en apartados que desarrollan de manera secuencial el proceso investigativo. En primer lugar, se presenta la introducción, seguida de los objetivos y la justificación del estudio. A continuación, se desarrolla el marco teórico y normativo relacionado con el SISPI, la salud materna intercultural y la cosmovisión Yanaona. Seguidamente, se presenta el diseño metodológico, incluyendo el enfoque, la población, las técnicas y los instrumentos de análisis. Finalmente, se exponen los resultados, la discusión, las conclusiones, las recomendaciones y las referencias bibliográficas

Objetivos

Objetivo General

Analizar las percepciones y experiencias de las mujeres gestantes del Resguardo Indígena Yanacona de Rioblanco Sotará frente al cuidado materno intercultural en los momentos de vida *Muyu Tarpuy* y *Pakarina*, en el marco del SISPI, durante el periodo 2024-2026.

Objetivos Específicos

Identificar los saberes ancestrales y las prácticas de cuidado propio asociadas a los momentos de vida *Muyu Tarpuy* y *Pakarina* en las mujeres gestantes del Resguardo Indígena Yanacona de Rioblanco Sotará, y su relación con el cuidado materno perinatal.

Describir las percepciones de las participantes frente a la atención recibida desde la medicina occidental y el modelo de cuidado propio, durante el embarazo, parto y posparto.

Identificar las barreras geográficas, económicas, administrativas y socioculturales que influyen en la operatividad del modelo de cuidado propio e intercultural en el territorio Yanacona.

Proponer estrategias orientadas al fortalecimiento de la articulación entre la medicina occidental y los saberes ancestrales dentro del modelo de cuidado materno intercultural del pueblo Yanacona.

Justificación

La presente investigación surge de la necesidad de fortalecer la salud materna en los territorios indígenas del Cauca, donde persisten barreras geográficas, económicas, culturales e institucionales que limitan el acceso oportuno y pertinente a los servicios de salud. Estas condiciones contribuyen a mantener brechas en los resultados de salud materna y evidencian la importancia de desarrollar estrategias de atención acordes con las particularidades sociales y culturales de los pueblos indígenas. En este contexto, el Modelo de Cuidado Yanaona, implementado en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), constituye una estrategia orientada a fortalecer la autonomía territorial y el ejercicio del derecho a la salud desde una perspectiva intercultural.

Sin embargo, la efectividad de este modelo no depende únicamente de su estructura organizativa o normativa, sino también de la manera en que es comprendido, apropiado y experimentado por las mujeres gestantes, quienes son las principales protagonistas de los procesos de cuidado materno. Por ello, resulta pertinente analizar sus percepciones y experiencias frente a la articulación entre los saberes ancestrales y la atención médica occidental durante los momentos de vida *Muyu Tarpuy y Pakarina*

Adicionalmente, la presente investigación se fundamenta en el enfoque diferencial, entendido como el reconocimiento de las particularidades culturales, étnicas y territoriales que influyen en las experiencias y necesidades de salud de las poblaciones. En este contexto, las mujeres indígenas del pueblo Yanaona viven los procesos de gestación, parto y puerperio a partir de una cosmovisión propia, en la que convergen conocimientos ancestrales, prácticas tradicionales de cuidado y formas particulares de comprender la salud y la vida. En consecuencia, resulta necesario analizar sus percepciones y experiencias desde su realidad sociocultural, con el propósito de aportar elementos que favorezcan una atención materna

pertinente, respetuosa de la diversidad cultural y orientada a la reducción de inequidades en salud dentro del territorio.

Desde una percepción social y cultural, este trabajo cobra relevancia al dar voz a las mujeres gestantes y en postparto o puerperio, protagonistas de practicar, promover, incentivar y propiciar los cuidados propios relacionados en el modelo de cuidado. Al explorar las percepciones y experiencias de las mujeres gestantes, la investigación contribuye a la salvaguarda de la identidad del pueblo Yanaona, promoviendo un modelo de cuidado que no solo sea técnicamente eficiente, sino también profundamente humanizado y respetuoso de las tradiciones cosmogónicas, las cuales conciben la salud como un equilibrio armónico entre el individuo, la familia y la naturaleza. De este modo, se favorece que la atención en salud deje de percibirse como una imposición externa y se configure como un proceso de revitalización comunitaria y pervivencia cultural.

En el ámbito de la gestión y administración de servicios de salud, la presente investigación aporta elementos de análisis útiles tanto para las autoridades tradicionales como para los procesos de formulación y fortalecimiento de políticas públicas en salud a nivel regional y nacional. El SISPI concibe la interculturalidad como el reconocimiento, respeto y articulación de los saberes y prácticas propias con otros sistemas médicos, con el propósito de garantizar una atención integral y culturalmente pertinente. En este sentido, identificar las percepciones y experiencias de las mujeres gestantes permite reconocer fortalezas, barreras y oportunidades de mejora en la implementación del modelo de cuidado materno intercultural. Asimismo, comprender las prácticas propias favorece el fortalecimiento de la articulación entre la medicina occidental y los saberes ancestrales de sabedores y parteras, contribuyendo al mejoramiento de las rutas de atención y a la prestación de servicios de salud más pertinentes, integrales y respetuosos de la diversidad cultural.

Finalmente, a nivel teórico, la investigación llena un vacío en la literatura sobre la implementación del cuidado propio en el marco del SISPI desde la dimensión subjetiva del usuario. Mientras que la mayoría de los estudios se centran en resultados epidemiológicos o normativos, como el Decreto 1953 de 2014, este trabajo profundiza en las prácticas culturales y saberes propios y su relación con la experiencia de cuidado. Los hallazgos servirán como referencia para otras comunidades en Colombia que buscan implementar sus propios modelos de cuidado, consolidando la interculturalidad como un eje estratégico para alcanzar la equidad en salud pública y la protección integral de la vida.

Marco Teórico

La salud materna en comunidades indígenas representa uno de los desafíos más críticos para los sistemas de salud pública en América Latina. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), las tasas de mortalidad materna en estas poblaciones superan significativamente los promedios nacionales. Estas disparidades no son solo el resultado de limitaciones geográficas, sino de una compleja intersección entre pobreza estructural, exclusión social y la falta de servicios con pertinencia cultural. (Márquez, María, y Villarroel, 2017).

Por pertenencia étnica, la población indígena es la más afectada con 163,4 casos por 100000 nacidos vivos (Instituto Nacional de Salud, 2021). Se pueden observar estos datos en la Tabla 1.

Tabla 1

Mortalidad materna principales variables sociales y demográficas, Colombia, 2019 a 2021.

Variable	2019 casos	2019 RMM	2020 casos	2020 RMM	2021 casos	2021 RMM	Valor de P
Área de residencia							
Rural	81	60,57	139	102,1	127	88,2	0,025
Urbana	218	44,2	275	54,9	329	69,2	0,01
Pertenencia étnica							
Indígena	47	199,14	58	254,0	49	163,4	0,2
Afrodescendiente	20	82,15	24	100,9	29	122,1	0,01
Otros	232	39,31	332	56,6	378	65,7	0,01

Variable	2019 casos	2019 RMM	2020 casos	2020 RMM	2021 casos	2021 RMM	Valor de P
Régimen de afiliación							
No afiliado	27	41,78	50	77,4	55	76,2	0,025
Subsidiado	204	62,48	268	82,1	259	79,3	0,005
Contributivo	63	27,41	88	38,3	134	61,1	0,025
Especial	2	Sin dato	2	Sin dato	0	Sin dato	0,1
Excepción	3	Sin dato	6	Sin dato	8	Sin dato	0,05
Grupo de edad							
10–14 años	1	21,02	2	42,4	4	93,0	0,1
15–19 años	46	39,1	57	48,9	34	30,7	0,025
20–24 años	57	30,99	88	48,1	76	41,7	0,01
25–29 años	64	41,05	85	54,9	111	71,1	0,025
30–34 años	55	52,53	86	82,7	118	114,4	0,024
35–39 años	49	87,12	66	118,0	76	137,7	0,01
40 y más años	27	179,92	30	201,2	37	237,9	0,005

Nota: Adaptado de “Informe de evento: Mortalidad materna, código 551”, por Instituto Nacional de Salud, 2021, Instituto Nacional de Salud.

Históricamente, el modelo biomédico ha ignorado las particularidades socioculturales de los pueblos originarios, generando una brecha de confianza entre las gestantes y las instituciones. Alpala Benavides, Franco Jara, Salamanca Anaconas y Yacumal Camacho (2023) sostienen que esta desconexión obliga a las mujeres a elegir entre la seguridad técnica

y la integridad de sus creencias ancestrales. En consecuencia, la salud materna indígena debe analizarse bajo un enfoque de derechos humanos que reconozca la autonomía de los pueblos sobre sus procesos reproductivos (Márquez et al., 2017).

En Colombia, la situación de las gestantes indígenas refleja una realidad de inequidad persistente a pesar de los avances normativos. Según García, Narváez y Ávila (2023) señalan que el Instituto Nacional de Salud reporta que los departamentos con mayor población étnica, como Cauca y Nariño, presentan indicadores de riesgo obstétrico superiores al resto del país. Esta problemática se agrava por determinantes sociales como la falta de agua potable, desnutrición y la fragmentación en la prestación de servicios de salud (Cuestas, 2023).

La implementación de políticas públicas en el territorio colombiano ha enfrentado barreras administrativas y lingüísticas que dificultan el acceso oportuno a los controles perinatales. Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna (2024) señalan que la atención institucional suele percibirse como un entorno hostil donde se invalidan los saberes locales. Por ello, la reducción de la mortalidad materna en comunidades como la Yanaona depende de la capacidad del Estado para integrar efectivamente el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural [SISPI] (Urrego Rodríguez, 2020).

Desde una percepción académica, la salud materna no es únicamente un evento fisiológico, sino un sistema culturalmente construido que involucra a la familia y al cosmos. Langdon y Wiik (citados en Parra y Pacheco, 2006) argumentan que cada sociedad posee nociones específicas sobre el origen y tratamiento de los procesos vitales. En las comunidades indígenas, el embarazo es un periodo de equilibrio espiritual donde la partera tradicional actúa como el vínculo principal entre la madre y su territorio (Ramos Lafont et al., 2019).

Finalmente, el reconocimiento de la medicina tradicional como un sistema legítimo de conocimiento es el primer paso hacia la equidad en salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) ha instado a los Estados a reconocer y aprovechar el potencial de las prácticas

ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria (TyCM) como parte integral de la atención en salud. De este modo, la investigación en el Resguardo de Rioblanco busca visibilizar cómo estos saberes pueden fortalecer la seguridad clínica sin sacrificar la identidad cultural (Pardo Marín, 2018).

La interculturalidad en salud no se limita a la coexistencia de diferentes sistemas médicos, sino que implica una relación basada en el reconocimiento mutuo y la equidad. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2017), este enfoque busca que los servicios de salud se adapten a las particularidades culturales de los usuarios, garantizando el respeto a su identidad. En este sentido, la interculturalidad se convierte en una herramienta política para desarticular la hegemonía del modelo biomédico tradicional (Hasen Narváez, 2012).

Para que la interculturalidad sea efectiva, es necesario transitar de una visión multiculturalista pasiva hacia una práctica participativa y dialógica. Al respecto, Viaña, Tapia y Walsh (citados por Castillo-Santana et al., 2017) sostienen que la interculturalidad crítica debe cuestionar las estructuras de poder que subordinan el saber indígena al conocimiento científico. Así, el sistema de salud debe transformarse en un espacio donde los protocolos clínicos y los rituales ancestrales posean la misma validez en el cuidado de la vida (Aguilar-Peña, Blandón, y García-Perdomo, 2020).

El encuentro entre el sistema de salud oficial y las prácticas indígenas suele estar marcado por tensiones profundas, especialmente en el ámbito de la ginecobstetricia. Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna (2024) identifican que la medicalización excesiva del parto es percibida por las mujeres indígenas como una forma de violencia que despoja al nacimiento de su carácter sagrado. Esta fricción se manifiesta en la prohibición de posiciones de parto tradicionales o en la restricción del acompañamiento de familiares y parteras (Gleason, López Ríos, Molina Berrío, y García-Perdomo, 2022).

Estas tensiones derivan en una baja adherencia a los programas de salud institucional por parte de las comunidades originarias. La percepción de "trato deshumanizado" y la barrera del lenguaje actúan como factores disuasorios que incrementan el riesgo de complicaciones perinatales al margen de la supervisión clínica (Alpala Benavides, Franco Jara, Salamanca Anaonas, y Yacumal Camacho, 2023). Por tanto, la superación de estas tensiones requiere una formación del talento humano en competencias interculturales que permitan un cuidado basado en la empatía y la seguridad cultural (Hasen Narváez, 2012).

El "diálogo de saberes" surge como la propuesta metodológica para integrar la medicina ancestral y la occidental sin que ninguna pierda su esencia. Este proceso implica que el personal de salud reconozca la eficacia simbólica y comunitaria de las prácticas indígenas, como el uso de plantas calientes para el posparto (Ramos Lafont et al., 2019). Según la Organización Mundial de la Salud (2013), la integración de las medicinas tradicionales en los sistemas de atención puede contribuir significativamente a mejorar los resultados en salud, al promover el bienestar psicológico y social de las madres.

Finalmente, la implementación de este diálogo en el territorio requiere protocolos de adecuación cultural que garanticen la seguridad del binomio madre-hijo. Arteaga, San Sebastián y Amores (2012) sugieren que la creación participativa de indicadores de salud intercultural permite evaluar la calidad de la atención desde la percepción de la usuaria. De esta manera, el modelo de cuidado busca armonizar la tecnología médica con la espiritualidad Yanaona, permitiendo que la gestante sea la protagonista de su propio proceso de sanación (Pardo Marín, 2018).

Para el pueblo Yanaona, la salud está intrínsecamente ligada a la armonía entre el ser humano, la naturaleza y el cosmos. El territorio no es solo un espacio geográfico, sino un cuerpo vivo que provee la energía necesaria para el sustento de la existencia (Pardo Marín, 2018). En este contexto, la maternidad se entiende como un proceso de conexión espiritual

donde la mujer gestante actúa como un puente entre el mundo terrenal y las fuerzas de la creación (Juspian Muñoz, 2014)

La concepción de "salud" desde la cosmovisión propia trasciende la ausencia de enfermedad, enfocándose en el "Buen Vivir" o equilibrio integral. Autores como Juspian Muñoz (2014) destaca que cualquier alteración en el entorno natural o social de la madre puede afectar la vitalidad del ser que viene en camino. Por ello, el cuidado de la vida en el Resguardo de Rioblanco implica rituales de armonización y el uso de plantas medicinales que buscan proteger tanto el cuerpo físico como el "espíritu" de la gestante.

El concepto de *Muyu Tarpuy* simboliza la fase de la preñez como un acto de siembra donde la madre es la tierra fértil que acoge la semilla de la comunidad. Durante este ciclo, la alimentación y el estado emocional de la mujer son determinantes, pues se cree que la "fuerza" del niño depende de la conexión de la madre con el fogón y la tulpa (Pardo Marín, 2018). Las prácticas de cuidado incluyen restricciones culturales y consejos de las mayores para evitar el "frío" o las malas energías que puedan marchitar la semilla.

La partera tradicional desempeña un rol pedagógico fundamental durante el *Muyu Tarpuy*, orientando a la familia sobre el reconocimiento de los cambios en el cuerpo. Según Grefa Tapuy (2020), estos saberes ancestrales permiten identificar señales de riesgo que el modelo biomédico a veces ignora por su enfoque puramente clínico. Así, la gestación bajo el modelo Yanaona es una responsabilidad colectiva que fortalece el tejido social y garantiza la pervivencia cultural del resguardo (Juspian Muñoz, 2014)

El ciclo de *Pakarina* representa el momento del nacimiento, entendido como el florecimiento de la vida y el inicio de un nuevo ciclo de siembra. En la tradición Yanaona, el parto debe ocurrir en un ambiente de calor y respeto, donde la posición vertical y el acompañamiento familiar son esenciales para facilitar el descenso del bebé (Pardo Marín,

2018). Este momento culmina con el ritual de la "siembra de la placenta", un acto simbólico que vincula permanentemente al recién nacido con su territorio de origen.

Finalmente, el *Pakarina* no concluye con el nacimiento, sino que se extiende al periodo de "dieta" o puerperio, donde se busca restaurar el calor vital perdido por la madre. Ramos Lafont et al. (2019) mencionan que el uso de baños con plantas aromáticas y el cierre del cuerpo son prácticas cruciales para prevenir enfermedades futuras. El reconocimiento de estos ciclos por parte del sistema de salud es lo que define la verdadera pertinencia cultural en la atención de las mujeres de Rioblanco (Urrego Rodríguez, 2020).

El Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) se define como el conjunto de políticas, normas y prácticas que garantizan el derecho a la salud desde la Ley de Origen. Su objetivo principal es la pervivencia física y cultural de los pueblos, articulando la sabiduría ancestral con los avances de la medicina occidental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Para el pueblo Yanaona, el SISPI no es solo un modelo administrativo, sino una estrategia de resistencia para recuperar la autonomía sobre el cuidado de la vida en el territorio.

La estructura del SISPI se fundamenta en cuatro componentes transversales: sabiduría ancestral, formación y capacitación, administración y gestión, y cuidado de la salud (Cabildo Mayor del Pueblo Yanaona IPSI, 2022). Este sistema busca superar la visión mercantilista de la salud, proponiendo un modelo donde la atención sea integral y gratuita para los comuneros. En este sentido, el SISPI reconoce a los médicos tradicionales y parteras como los pilares fundamentales para el mantenimiento del equilibrio individual y colectivo (Urrego Rodríguez, 2020).

El "Buen Vivir" o Sumak Kawsay es el eje ético que orienta la implementación de las políticas de salud en las comunidades originarias. A diferencia del concepto occidental de desarrollo, el Buen Vivir propone una vida en plenitud basada en la armonía con la naturaleza y

el respeto a la espiritualidad (Pardo Marín, 2018). En el ámbito materno-perinatal, este principio se traduce en un nacimiento que respete los tiempos biológicos y culturales, evitando la patologización del parto institucional.

La salud desde el Buen Vivir implica que el proceso de gestación esté rodeado de un entorno comunitario sólido y protector. Según Juspián Muñoz (2014), el bienestar de la madre gestante en el Resguardo de Rioblanco depende de su capacidad para seguir las recomendaciones de las mayores y mantener la conexión con su fogón. Por lo tanto, el SISPI busca que las instituciones de salud no sean lugares de alienación, sino espacios donde se promueva la dignidad y la armonía según los mandatos culturales de cada pueblo (González David y López Henao, 2025).

A pesar del respaldo normativo, la implementación del SISPI enfrenta barreras administrativas y presupuestales que limitan su impacto territorial. El choque entre la Ley 100 de 1993 y el Derecho Mayor genera una fragmentación en la prestación de servicios, dificultando la articulación de las IPS indígenas con la red nacional (Cardona, Segura, y Patiño, 2018). Esta situación obliga a muchas gestantes a navegar entre dos sistemas que a menudo no se comunican de manera efectiva ni respetuosa.

La superación de estos desafíos requiere un fortalecimiento de la gobernanza indígena y una capacitación real del personal de salud en enfoques diferenciales. Como señalan Lima López, Guzmán Guzmán, López Linares y Satchwell Robinson (2019), la integración de la medicina tradicional no debe ser solo decorativa, sino que debe implicar una redistribución del poder dentro de las instituciones. Solo a través de un diálogo genuino y el reconocimiento de la autonomía Yanaona se podrá consolidar un sistema de salud que garantice la seguridad clínica sin sacrificar la identidad ancestral (Campos Navarro, Peña Sánchez, y Maya, 2017).

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda con corte a julio 2022, la medida de pobreza multidimensional total del Municipio de Sotará fue de 75,5%, por su parte la cabecera

municipal representa un 52,8% mientras que en centro poblados y rural disperso alcanza un 80,4%. Información correlacionada con la alta ruralidad que presenta el Municipio de Sotará.

(Municipio de Sotará, 2023)

Marco Normativo

El sistema de salud en Colombia, estructurado inicialmente bajo la Ley 100 de 1993, priorizó un modelo de aseguramiento que, en la práctica, presentó dificultades para reconocer las particularidades étnicas. Sin embargo, la Ley 1438 de 2011 marcó un cambio significativo al introducir el principio de interculturalidad, obligando al Estado a adaptar los servicios de salud a las realidades de los pueblos indígenas (Congreso de la República, 2011). Este avance normativo permitió que la salud dejara de ser vista exclusivamente como una mercancía para entenderse como un derecho fundamental condicionado por el territorio.

La Sentencia T-760 de 2008 y la posterior Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) consolidaron esta transición al exigir que el sistema de salud garantice la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad cultural de los servicios. Para el pueblo Yanaona, esto significa que el Estado debe respetar sus formas propias de cuidado y sanación como parte integral del sistema nacional. Así, el marco jurídico colombiano evoluciona hacia una protección que reconoce a la diversidad étnica como un pilar de la salud pública (Urrego Rodríguez, 2020).

La Resolución 3280 de 2018 constituye la herramienta técnico-operativa que define las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) para la población materno perinatal en Colombia. Esta normativa resulta fundamental para el presente estudio, dado que establece que el cuidado de la gestante debe ser preventivo y con enfoque de riesgo, permitiendo además adaptaciones según el contexto regional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Su implementación en el Resguardo de Rioblanco busca que los controles prenatales trasciendan la imposición institucional, integrándose como un complemento armónico a los saberes de las parteras tradicionales.

A pesar de su carácter técnico, la Resolución 3280 promueve la participación activa de la familia en el proceso de gestación y parto. No obstante, autores como Aguilar-Valencia, Anasco-Salamanca, Fajardo-Zuñiga y Quisoboni-Zuñiga (2023) señalan que la operatividad de estas rutas en territorios indígenas aún requiere de una mayor flexibilidad para integrar rituales como la armonización con plantas. El reto actual reside en armonizar estos protocolos clínicos con los tiempos y espacios sagrados definidos por la cosmovisión Yanaona en el marco del SISPI (Alpala Benavides et al., 2023).

La promulgación de la Ley 2244 de 2022, conocida como la Ley de Parto Digno, representa el avance legislativo más importante para los derechos reproductivos en las últimas décadas. Esta ley reconoce explícitamente el derecho de la mujer a un parto con enfoque diferencial, permitiéndole elegir la posición para parir y el acompañamiento de personas de su confianza (Congreso de la República, 2022). Para las mujeres Yanaona, esta norma valida prácticas milenarias como el parto vertical y el vínculo sagrado con la placenta.

Finalmente, la Ley de Parto Digno actúa como un escudo contra la violencia obstétrica, prohibiendo prácticas que vulneren la autonomía y dignidad de la gestante. Según Pavi Ascue, Quinayas Escobar y Ortiz Vallejo (2024), la aplicación de esta ley es una oportunidad para que las instituciones de salud cierren la brecha de desconfianza con las comunidades indígenas. De este modo, la investigación en el Resguardo de Rioblanco se sitúa en un escenario jurídico propicio para que los modelos *Muyu Tarpuy* y *Pakarina* sean reconocidos como prácticas de salud de vanguardia y respeto humano (Lindarte y Martínez, 2025).

Supuesto de Investigación

Se parte del supuesto de que las percepciones y experiencias de las mujeres gestantes del Resguardo Indígena Yanaona de Rioblanco Sotará frente al cuidado materno durante los momentos de vida Muyu Tarpuy y Pakarina permiten comprender la articulación entre los saberes ancestrales y la atención médica occidental, así como las barreras que influyen en la implementación del modelo de cuidado propio e intercultural en el marco del SISPI.

Variables

Dado el enfoque mixto de la investigación, el análisis se estructuró a partir de variables de estudio para el componente cuantitativo y categorías de análisis para el componente cualitativo. Esta diferenciación permitió, por una parte, describir y medir aspectos relacionados con la percepción, aceptación y satisfacción frente al modelo de cuidado propio e intercultural y, por otra, comprender las experiencias, significados y discursos contruidos por las mujeres gestantes desde la cosmovisión del pueblo Yanaona.

En el componente cuantitativo se contemplaron variables relacionadas con la caracterización sociodemográfica, antecedentes gineco-obstétricos, barreras de acceso a los servicios de salud, percepción frente al modelo de cuidado propio e intercultural, aceptación del modelo, satisfacción con la atención recibida, participación comunitaria y conocimiento sobre el modelo de atención intercultural. La percepción fue evaluada mediante escalas relacionadas con la seguridad percibida (escala de Likert), la importancia cultural atribuida a la atención y la disposición hacia la articulación entre la medicina propia y la medicina occidental.

Por su parte, en el componente cualitativo se establecieron categorías de análisis conceptual orientadas a comprender los saberes ancestrales, las prácticas de cuidado, las experiencias maternas durante los momentos de vida Muyu Tarpuy y Pakarina, las barreras percibidas entendidas aquí desde su dimensión simbólica y cultural, no como variable de medición, y los significados atribuidos al cuidado materno dentro del territorio. Estas categorías permitieron interpretar cómo las mujeres Yanaona construyen, mantienen y resignifican las prácticas de cuidado materno desde sus referentes culturales, familiares y comunitarios.

Aunque el tema de las barreras estuvo presente en ambos componentes, su abordaje metodológico fue diferenciado y complementario. En el componente cuantitativo, las barreras se consolidaron como dificultades objetivas cuantificables relacionadas con la distancia

geográfica y el costo económico en el acceso a los servicios; mientras que en el componente cualitativo se profundizaron desde las percepciones, significados y experiencias subjetivas, como la exposición al 'frío' o el sentimiento de deshumanización hospitalaria, que las mujeres atribuyen a dichas dificultades dentro de su proceso de cuidado materno. Esta distinción metodológica permitió que la experiencia previa en el sistema de salud convencional actuara como un elemento de análisis transversal, influyendo directamente en la valoración y aceptación del modelo de cuidado propio e intercultural.

Metodología

Enfoque y Alcance de la Investigación

La presente investigación se establece en un enfoque mixto de investigación (Cualitativa-Cuantitativa). Este enfoque permite una comprensión integral del fenómeno al combinar la precisión de los datos estadísticos con la profundidad de las narrativas culturales. Según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2020), el enfoque mixto no es solo la suma de dos métodos, sino un proceso que recolecta analiza, y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio para responder a un planteamiento del problema complejo.

El componente cuantitativo permitió describir las características sociodemográficas de las participantes, sus antecedentes gineco-obstétricos, los niveles de satisfacción, la aceptación del modelo, la participación comunitaria y la percepción frente a la atención recibida. En este sentido, la percepción se abordó como una variable medible a través de escalas relacionadas con seguridad, satisfacción e importancia de la atención.

Por su parte, el componente cualitativo permitió profundizar en los significados, experiencias, saberes ancestrales, prácticas de cuidado, barreras percibidas y propuestas de mejora expresadas por las mujeres participantes. Asimismo, facilitó la comprensión de cómo las mujeres Yanaona interpretan el *Muyu Tarpuy* y el *Pakarina* desde sus propias vivencias y referentes culturales.

La integración de ambos componentes permitió obtener una comprensión más amplia del fenómeno estudiado, articulando los datos cuantificables con las experiencias y percepciones de la comunidad indígena.

La investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental, transversal y de alcance exploratorio descriptivo. Se consideró no experimental debido a que las variables fueron observadas y analizadas en su contexto natural, sin intervención ni manipulación por parte de

los investigadores. Asimismo, el estudio fue transversal, ya que la recolección de la información se realizó en un único momento del proceso investigativo.

Desde el enfoque mixto, se empleó un diseño de triangulación concomitante, en el cual los datos cuantitativos y cualitativos fueron recolectados de manera simultánea durante el trabajo de campo. Este diseño permitió integrar y contrastar la información obtenida mediante escalas de valoración y los relatos de las participantes, favoreciendo una comprensión más amplia del fenómeno estudiado y una validación complementaria de los resultados.

Alcance de la Investigación

El estudio tuvo un alcance descriptivo, incorporando un componente exploratorio orientado a identificar posibles asociaciones entre variables relacionadas con la satisfacción, el respeto cultural, la participación comunitaria y la aceptación del modelo de cuidado intercultural. Debido al tamaño reducido de la muestra ($n=8$), estas asociaciones e índices de correlación matemática observados se analizaron e interpretaron exclusivamente como tendencias descriptivas y comportamientos conjuntos dentro del grupo de participantes, y bajo ninguna circunstancia con fines inferenciales o de generalización estadística para la totalidad de la población indígena. De este modo, el componente exploratorio sirvió como una guía cuantitativa inicial para complementar, enriquecer y profundizar el posterior análisis cualitativo y temático de las narrativas territoriales de las mujeres Yanaona.

Población y Muestra

La población del estudio estuvo conformada por mujeres indígenas del Resguardo Yanaona de Rioblanco, ubicado en el municipio de Sotará, Cauca. Se incluyeron mujeres que se encontraban en las etapas de Muyu Tarpuy (gestación) y Pakarina (puerperio), así como aquellas que habían transitado procesos de maternidad bajo el modelo de cuidado propio en los dos años anteriores a la investigación.

La identificación de las participantes se realizó a partir de la revisión de la base de datos del programa de gestantes de la Unidad de Cuidado del resguardo, correspondiente al periodo 2024–2026. Según esta fuente, la población total registrada era de 20 mujeres, incluyendo tanto gestantes como mujeres en etapa de postparto o puerperio.

La selección de las participantes se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, debido a que se buscó incluir mujeres que cumplieran con características específicas alineadas con los objetivos de la investigación. Este tipo de muestreo es pertinente dado el enfoque metodológico adoptado y las particularidades del contexto intercultural del estudio.

Según Hernández-Sampieri et al. (2020), el muestreo intencional consiste en la selección deliberada de participantes con base en criterios previamente establecidos por el investigador, lo cual permite obtener información pertinente y relevante para el análisis del fenómeno de estudio.

Para la definición de la muestra se establecieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Se consideraron mujeres que:

- Se encontrarán en estado de gestación o hubieran atravesado un proceso de gestación.
- Residieran en el Resguardo Indígena de Rioblanco y recibieran atención en salud dentro de este territorio.
- Manifestaran su voluntad de participar en el estudio, tras recibir información clara sobre los objetivos de la investigación y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Se excluyeron:

- Mujeres gestantes que no pertenecieran al Resguardo Indígena de Rioblanco.

- Mujeres que presentaran dificultades de comunicación que impidieran una adecuada recolección de la información.

Una vez verificada la población objeto de estudio y aplicados los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final conformada por ocho (8) mujeres. Estas participantes aceptaron participar de manera voluntaria, fue posible establecer contacto directo con ellas y se realizó la aplicación completa del instrumento de recolección de información.

Saturación de la Información

En el componente cualitativo, la suficiencia de la información se determinó mediante el criterio de saturación temática. Durante el proceso de recolección de datos, las entrevistas semiestructuradas fueron revisadas y analizadas de manera sistemática, lo que permitió identificar patrones, significados y temas recurrentes relacionados con los saberes ancestrales, las prácticas de cuidado durante la gestación, el parto y el puerperio, la percepción del modelo de cuidado materno intercultural, la articulación entre medicina propia y medicina occidental y las barreras de acceso a los servicios de salud.

La saturación se consideró alcanzada cuando los relatos comenzaron a reiterar experiencias y percepciones previamente identificadas, sin aportar categorías emergentes o información sustancialmente nueva para el análisis. En consecuencia, se concluyó que la información recopilada era suficiente para responder a los objetivos de la investigación y comprender el fenómeno estudiado en el contexto de las mujeres del pueblo Yanaona del Resguardo de Rioblanco.

Instrumentos

Para el desarrollo de la investigación, el instrumento principal de recolección de datos fue el **Formato de Entrevista Semiestructurada Mixta (Anexo A)**, diseñado con el propósito de abordar la complejidad de la maternidad indígena en el contexto del Resguardo Yanaona de Rioblanco, permitiendo integrar dimensiones cuantitativas y cualitativas.

Este instrumento se organizó en cuatro categorías principales:

- **Categoría sociodemográfico y económico:** orientado a la obtención de información sobre edad, nivel educativo, vereda de residencia y ocupación, con el fin de describir y caracterizar a la población participante desde un enfoque estadístico.
- **Categoría de conocimientos y saberes:** compuesto por preguntas cerradas y escalas de valoración, dirigidas a identificar el nivel de conocimiento, uso y apropiación de plantas medicinales, prácticas de cuidado tradicionales y rituales de armonización propios del contexto cultural.
- **Categoría de experiencia y percepción del cuidado:** integrado por preguntas de tipo dicotómico (sí/no) y escalas tipo Likert, orientadas a explorar la percepción de seguridad, calidad y satisfacción frente a la atención recibida tanto en el sistema institucional como en el cuidado ancestral.
- **Categoría de sugerencias:** conformado por preguntas abiertas que permitieron recoger aportes, recomendaciones y propuestas de las participantes para el fortalecimiento del modelo de atención intercultural.

En el estudio se utilizó un único instrumento con enfoque mixto, lo que permitió recolectar información cuantitativa y cualitativa de manera integrada en un solo proceso.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en dos fases complementarias:

- **Fase cuantitativa:** aplicada a la totalidad de las mujeres seleccionadas, incorporando preguntas cerradas relacionadas con variables sociodemográficas, antecedentes gineco-obstétricos y aspectos vinculados al conocimiento, uso y percepción del modelo de cuidado.
- **Fase cualitativa:** centrada en el desarrollo de las preguntas abiertas del mismo instrumento, con el objetivo de profundizar en las experiencias personales, prácticas

culturales durante la gestación, parto y puerperio, así como en las percepciones sobre la atención recibida, las barreras de acceso y la aceptación del modelo intercultural.

El uso de un instrumento único con componentes mixtos facilitó la triangulación e integración de la información, respetando las particularidades culturales, lingüísticas y contextuales de la comunidad Yanaona.

Validación del instrumento

La validación del instrumento se desarrolló mediante juicio de expertos utilizando el coeficiente **V de Aiken** (ver Anexo C), con el propósito de evaluar la claridad, pertinencia, relevancia y coherencia de cada una de las variables incluidas en el estudio. Este proceso permitió determinar el grado de concordancia entre los evaluadores respecto a la adecuación de los ítems frente a los objetivos de investigación y al contexto sociocultural de la población participante.

Para la validación participaron seis expertos seleccionados de manera intencional, teniendo en cuenta su trayectoria académica, experiencia profesional y conocimiento en investigación, salud pública, administración en salud, epidemiología y procesos de atención intercultural. Cinco de los expertos pertenecían a la Universidad EAN y uno correspondía a un docente de la Universidad del Cauca. Entre los perfiles participantes se incluyeron profesionales en administración hospitalaria, salud pública, epidemiología, auditoría en salud, marketing, analítica de datos, innovación educativa y transformación digital, varios de ellos con formación de maestría y amplia experiencia docente en programas de posgrado. Asimismo, algunos expertos contaban con experiencia en dirección y evaluación de trabajos de grado, investigación aplicada y formulación de instrumentos de recolección de información, lo cual fortaleció el rigor metodológico del proceso de validación.

Inicialmente, el instrumento estuvo conformado por 50 variables orientadas a explorar aspectos sociodemográficos, antecedentes obstétricos, prácticas culturales, percepción de la

atención en salud y experiencias relacionadas con el modelo de cuidado intercultural en mujeres indígenas Yanacona durante el embarazo, parto y puerperio. Cada una de las variables fue valorada por los expertos mediante criterios de claridad, pertinencia y relevancia.

Los resultados obtenidos evidenciaron adecuados niveles de validez de contenido, alcanzándose coeficientes V de Aiken entre 0,83 y 1,0, valores considerados metodológicamente aceptables y que reflejan un alto nivel de concordancia entre los expertos. Del total de variables evaluadas, el 74 % obtuvo un coeficiente de 0,94, lo que indica que la mayoría de los ítems fueron considerados altamente claros y pertinentes para el estudio. Adicionalmente, el 14 % alcanzó valores de 0,89 y el 6 % obtuvo puntuaciones de 0,93, manteniéndose dentro de rangos favorables de validez. Solo el 4 % de las variables presentó un coeficiente de 0,83, mientras que una variable alcanzó el valor máximo de 1,0, evidenciando consenso absoluto entre los evaluadores.

En términos generales, los expertos destacaron que el instrumento presentaba coherencia con los objetivos de investigación y adecuada relación entre las preguntas formuladas y las dimensiones evaluadas. Igualmente, reconocieron la pertinencia del enfoque intercultural y la inclusión de elementos relacionados con las prácticas de cuidado propias de la comunidad Yanacona, así como la articulación entre medicina tradicional y atención institucional.

A partir de las observaciones realizadas durante el proceso de validación, se efectuaron ajustes orientados principalmente a fortalecer la claridad semántica, la comprensión cultural y la precisión de algunas preguntas. Entre las modificaciones más relevantes se encuentra la sustitución de términos considerados ambiguos, como “prácticas propias”, reemplazado por “prácticas de cuidado propias”, con el fin de facilitar la comprensión por parte de las participantes. De igual manera, se amplió la explicación relacionada con el “modelo de atención

intercultural”, permitiendo contextualizar mejor los derechos, prácticas y formas de cuidado contempladas dentro del modelo de salud propio Yanacona.

Asimismo, se reformularon preguntas compuestas o extensas para hacerlas más concretas y comprensibles, especialmente en los apartados relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Algunas preguntas abiertas fueron simplificadas para evitar duplicidad de información o confusión en la interpretación. También se realizaron ajustes específicos para precisar conceptos asociados al seguimiento durante la gestación, aclarando que ciertas acciones correspondían al equipo de salud y no únicamente al acompañamiento comunitario.

Durante la revisión, algunos expertos sugirieron modificaciones relacionadas con categorías de edad, términos técnicos y aspectos operativos del diligenciamiento; sin embargo, varias de estas recomendaciones no fueron acogidas debido a que correspondían a orientaciones dirigidas al entrevistador y no afectaban directamente la comprensión de las participantes ni los objetivos del estudio. De igual forma, no se consideró necesaria la traducción del instrumento al idioma Runa Shimi o Kichwa, dado que, de acuerdo con el contexto sociocultural identificado en la comunidad participante, este idioma no es utilizado de manera habitual por las mujeres indígenas Yanacona incluidas en la investigación.

Finalmente, el proceso de validación permitió consolidar un instrumento con adecuados niveles de validez de contenido, pertinencia metodológica y coherencia cultural. Los altos coeficientes obtenidos mediante la V de Aiken evidencian consistencia y aceptación por parte de los expertos, mientras que los ajustes realizados fortalecieron la claridad, precisión y comprensión de las preguntas, favoreciendo una mejor adaptación del instrumento al contexto sociocultural de la población objeto de estudio y garantizando mayor calidad en la información recolectada.

Operacionalización de Variables y Categorías de Análisis

Con el propósito de garantizar la coherencia entre los objetivos de investigación, las variables de estudio y el instrumento de recolección de información, se elaboraron dos tablas diferenciadas (tablas 2 y 3). La primera corresponde a la operacionalización de las variables del componente cuantitativo, estableciendo la relación entre cada variable, sus dimensiones, indicadores e ítems de medición. La segunda presenta las categorías de análisis del componente cualitativo, junto con sus respectivas subcategorías y aspectos de exploración, orientados a la comprensión de las experiencias, significados y prácticas de cuidado expresadas por las participantes.

Esta diferenciación permitió delimitar de manera explícita los elementos objeto de medición en el componente cuantitativo y los elementos objeto de interpretación en el componente cualitativo, garantizando la coherencia metodológica del estudio y la integración de los resultados desde una perspectiva mixta.

Tabla 2.

Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems del instrumento	Tipo de respuesta
Caracterización sociodemográfica	Rasgos básicos de identificación personal y social de la entrevistada.	Edad, escolaridad, estado civil, residencia, ocupación, ingreso.	Distribución etaria, nivel educativo, estado civil, área de residencia, ocupación e ingreso.	1, 2, 3, 4, 5, 6.	Cerrada.
Antecedentes gineco- obstétricos	Historia reproductiva y condición materna actual.	Etapas del ciclo materno, tipo de parto, lugar de atención, antecedentes obstétricos.	Gestación/puerperio/maternidad, parto vaginal o cesárea, número de embarazos, partos, cesáreas, hijos vivos y fallecidos, abortos.	7, 8, 9, 10.	Cerrada.

Barreras de acceso	Dificultades que limitan la asistencia a controles y atención materna.	Barreras geográficas, económicas, familiares, culturales e institucionales.	Dificultad para asistir, distancia, transporte, cuidado de hijos, miedo, presión familiar, facilidad de traslado.	11, 12.	Cerrada/múltiple opción.
Satisfacción con la atención recibida	Grado de conformidad con la atención durante embarazo, parto y postparto.	Respeto cultural, comunicación, trato, autonomía, acompañamiento espiritual.	Nivel de satisfacción por aspecto evaluado.	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.	Escala Likert y abierta.
Participación comunitaria	Vinculación de la mujer en espacios	Participación, voz comunitaria,	Frecuencia de participación, percepción de ser tenida en cuenta, frecuencia de visitas.	20, 21, 22.	Cerrada.

	comunitarios relacionados con el cuidado materno.	seguimiento del equipo de salud.			
Conocimiento del modelo de atención intercultural	Nivel de información que tiene la mujer sobre el modelo Yanaona de cuidado.	Información recibida, fuente de información, explicación de derechos y beneficios.	Reconocimiento del modelo, persona o institución informante, claridad de la información.	Conocimiento del modelo de atención intercultural	Cerrada y abierta.
Aceptación del modelo de cuidado	Nivel de acuerdo, confianza y disposición hacia el	Preferencia de acompañamiento, integración de saberes,	Acuerdo con medicina tradicional y occidental, presencia de partera o sabedor, sensación de seguridad, recomendación a otras mujeres.	Aceptación del modelo de cuidado	Escala Likert y cerrada.

modelo
intercultural.

confianza,
recomendación.

Tabla 3

Categorías de análisis conceptual

Categoría	Definición conceptual	Subcategorías	Indicadores	Ítems del instrumento	Tipo de respuesta
Experiencia durante el embarazo	Vivencias y prácticas durante la gestación dentro del modelo propio.	Acompañamiento, prácticas culturales, percepción de beneficio, apoyo familiar/comunitario.	Acompañamiento por partera o sabedor, prácticas de cuidado propias, percepción de beneficios, cuidados familiares.	31, 32, 33, 34.	Mixta, abierta/cerrada.
Experiencia durante el parto	Relato y percepción del proceso de parto y trato recibido.	Lugar del parto, acompañamiento, juicio cultural, posibilidad de prácticas.	Descripción del parto, presencia de acompañante, respeto o	35, 36, 37.	Abierta.

			juicio cultural, autorización de prácticas culturales.		
Experiencia durante la dieta o puerperio	Prácticas y vivencias en el periodo posparto desde la cosmovisión indígena.	Prácticas de cuidado, acompañamiento, importancia cultural, presencia del modelo propio.	Prácticas realizadas, acompañamiento, importancia del puerperio, sensación de acompañamiento o soledad.	38, 39, 40.	Abierta.
Percepción global y propuestas de mejora	Valoración integral del modelo y sugerencias para fortalecerlo.	Comparación con atención hospitalaria, sugerencias, observaciones adicionales.	Opinión general, propuestas de mejora, información complementaria.	41, 42, 43.	Abierta.

Técnicas para el Análisis de la Información

Para el procesamiento y análisis de la información recolectada en el presente estudio se utilizaron técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo, en concordancia con el enfoque mixto de la investigación. De igual forma, las entrevistas semiestructuradas fueron transcritas de forma textual, respetando fielmente los relatos y expresiones de las participantes.

Análisis Cuantitativo

La información obtenida a partir de las preguntas cerradas y escalas del instrumento fue sistematizada en matrices de datos en Excel y posteriormente organizada para su análisis descriptivo. Debido al tamaño reducido de la muestra, el análisis se centró exclusivamente en el uso de estadística descriptiva, específicamente en el cálculo de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), lo cual permitió una interpretación clara y comprensible de los datos.

Los resultados se presentan mediante tablas de frecuencia y representaciones gráficas (gráficos de barras y circulares), facilitando la visualización de la distribución de las variables y de las principales tendencias.

Análisis Cualitativo

Para el análisis de la información cualitativa proveniente de las preguntas abiertas y los diarios de campo, se emplearon técnicas de análisis de contenido y análisis temático, las cuales permiten identificar patrones de significado en los discursos de los participantes.

De acuerdo con la literatura metodológica, el análisis de contenido facilita la sistematización e interpretación de datos textuales mediante la identificación de unidades de significado, mientras que el análisis temático permite organizar dichos significados en categorías emergentes a partir de los relatos de los participantes.

El proceso analítico se desarrolló en las siguientes etapas:

- **Transcripción:** Se realizó la transcripción literal de las entrevistas, conservando expresiones propias, modismos y formas de narración de las participantes.

- **Codificación:** Se identificaron unidades de significado o frases clave relacionadas con experiencias, percepciones y prácticas culturales, tales como “calor vital”, “frialidad hospitalaria”, “acompañamiento del sabedor” o “respeto a la placenta”, entre otras.
- **Categorización:** Los códigos fueron agrupados en categorías y subcategorías emergentes, las cuales permitieron dar respuesta a los objetivos específicos del estudio y comprender las dimensiones culturales del cuidado materno en el contexto Yanaona.

Este proceso permitió una interpretación profunda de los significados asociados a la maternidad indígena, integrando las voces de las participantes con el análisis del investigador desde una perspectiva intercultural.

Triangulación:

En el componente cuantitativo se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio, complementado con la exploración de tendencias de comportamiento conjunto entre indicadores relacionados con la satisfacción con la atención recibida, la percepción de respeto cultural, la participación comunitaria y la aceptación del modelo de cuidado intercultural. Debido al tamaño reducido de la muestra ($n=8$), cualquier medida de asociación calculada se utilizó exclusivamente con fines exploratorios y descriptivos, sin pretensiones de inferencia estadística, prueba de hipótesis o generalización de resultados.

Desde el enfoque mixto, se empleó un diseño de triangulación concomitante, en el cual los datos cuantitativos y cualitativos fueron recolectados de manera simultánea durante el trabajo de campo. Este diseño permitió integrar y contrastar la información obtenida mediante la caracterización de las participantes, las escalas de valoración y los relatos de las mujeres, favoreciendo una comprensión más amplia del fenómeno estudiado. La triangulación se orientó a complementar y enriquecer la interpretación de los hallazgos, identificando convergencias, divergencias y patrones descriptivos entre los diferentes tipos de información.

En la fase de discusión, los resultados cuantitativos fueron articulados con los hallazgos cualitativos, el marco teórico, los referentes normativos y los lineamientos del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI). Esta integración permitió contrastar las tendencias observadas en las escalas de valoración con los significados contruidos por las mujeres Yanaona en sus narrativas, verificando la coherencia entre las percepciones registradas en las preguntas cerradas y las experiencias expresadas en los relatos, bajo una perspectiva de complementariedad metodológica.

Trabajo de Campo

El trabajo de campo se desarrolló de manera presencial en la Unidad de Cuidado del Resguardo Indígena de Rioblanco y en algunos domicilios de las participantes, en una jornada organizada de dos días.

Previo a la recolección de la información, se solicitó autorización formal a la autoridad tradicional del resguardo (Gobernador), quien otorgó el permiso correspondiente para la realización del estudio y la aplicación del instrumento. Posteriormente, se procedió con la programación de las visitas a la Unidad de Cuidado y a los hogares de las gestantes.

A cada participante se le explicó de manera clara el consentimiento informado, el cual fue leído, comprendido y firmado de forma voluntaria antes de iniciar la entrevista. El formato de entrevista semiestructurada fue diligenciado exclusivamente por el encuestador, a partir de la información suministrada por cada mujer, garantizando la adecuada estandarización del registro.

Con el consentimiento previo de las participantes, las entrevistas fueron grabadas mediante una grabadora de voz digital, sin registrar nombres ni datos que permitieran su identificación, con el fin de preservar la confidencialidad. Estas grabaciones complementaron el registro escrito y permitieron asegurar la fidelidad de los testimonios para su posterior análisis.

Durante el proceso se respetaron los tiempos, ritmos y dinámicas propias de la comunidad Yanaona, promoviendo un espacio de escucha activa y reconocimiento del saber tradicional.

Al finalizar cada entrevista, se agradeció la participación de las mujeres y se reiteró la confidencialidad de la información recolectada y su uso exclusivo para fines investigativos. En coherencia con el principio de reciprocidad, se entregó un obsequio simbólico por parte del equipo investigador.

Finalmente, se tiene prevista la realización de un espacio de socialización de resultados con la autoridad tradicional y representantes del resguardo, como parte del compromiso de devolución de la información a la comunidad.

Consideraciones Éticas e Interculturales

La investigación se enmarcó en lo establecido por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, cumpliendo especialmente con las disposiciones relacionadas con la investigación en mujeres gestantes, en trabajo de parto, puerperio y lactancia.

Se garantizaron los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y confidencialidad. Las participantes recibieron información completa y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, y firmaron un consentimiento informado libre, individual y voluntario. Asimismo, se aseguró su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin ningún tipo de consecuencia, protegiendo en todo momento su identidad, privacidad y el manejo confidencial de la información suministrada.

Procesamiento de los Datos

Características de la Población Participante

La población objeto del estudio estuvo conformada por ocho mujeres del pueblo Yanaona, con edades comprendidas entre los 17 y los 36 años. Las participantes residían en las veredas Pueblo Quemado, Pueblo Quemado Alto, Pueblo Quemado Bajo, Pusquines y La

Floresta, así como en la zona urbana del municipio, donde una de ellas permanecía de manera temporal. Estas características permitieron incluir experiencias provenientes de diferentes sectores del territorio. A continuación, se detallan las características generales observadas (Ver Tabla 4):

Tabla 4.

Datos sociodemográficos y socioeconómicos.

Participante	Edad	Nivel Educativo	Estado Civil	Ubicación (Vereda)	Paridad
Mujer 001	17	10° Grado	Unión Libre	Pueblo Quemado	Primigestante
Mujer 002	19	Bachiller	Unión Libre	Pueblo Quemado Bajo	Primigestante
Mujer 003	21	7° Grado	Unión Libre	Pusquines	Múltipara (2)
Mujer 004	17	Bachiller (en formación)	Unión Libre	Pueblo Quemado Alto	Primípara
Mujer 005	25	Técnico	Unión Libre	La Floresta	Primípara
Mujer 006	35	11° Grado	Unión Libre	Zona Urbana (Temporal)	Múltipara (2)
Mujer 007	36	Secundaria completa	Unión libre	Zona urbana	Múltipara (2)
Mujer 008	30	Pregrado 5to semestre	Unión Libre	Zona urbana	Primípara

Nota: fuente elaboración propia a partir de entrevista semiestructurada aplicada a mujeres gestantes del resguardo Yanaona de Rioblanco (2026).

En cuanto al nivel educativo, se observó que las participantes presentaron diferentes niveles de escolaridad. Dos participantes se encontraban cursando estudios de secundaria, tres habían finalizado el bachillerato, una contaba con formación técnica y otra cursaba estudios universitarios. Esta diversidad refleja diferencias en el acceso y la continuidad de los procesos educativos dentro del grupo estudiado.

Todas las participantes entrevistadas, manifestaron encontrarse en unión libre al momento de la entrevista, aspecto que aporta elementos para comprender las dinámicas

familiares y de apoyo durante el proceso de gestación. Respecto a los antecedentes obstétricos, cuatro mujeres correspondían al grupo de primigestantes, mientras que las cuatro restantes habían tenido dos partos previos.

La mayoría de las participantes se dedicaba a las labores del hogar y a actividades agrícolas, dependiendo económicamente de sus parejas o de sus familias. Asimismo, varias participantes residían en veredas alejadas de los centros de atención en salud, condición que representa una barrera geográfica para el acceso oportuno a los servicios de salud materna. De acuerdo con los relatos obtenidos, el desplazamiento hacia las instituciones de salud puede superar las tres horas a pie, lo que podría afectar la oportunidad de la atención y el uso de los servicios durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Las encuestas y entrevistas fueron transcritas de manera textual, conservando las expresiones, modismos y formas de comunicación propias de las participantes, con el fin conservar la riqueza cultural y los significados que las participantes atribuyen a sus experiencias de gestación, parto y posparto dentro del territorio.

Posteriormente, la información fue organizada y analizada mediante lecturas sucesivas y exhaustivas de las transcripciones. A partir de este proceso se identificaron unidades de significado relacionadas con los objetivos de la investigación, las cuales fueron analizadas mediante codificación abierta y axial. Este procedimiento permitió reconocer patrones, similitudes y diferencias en los relatos, facilitando la comprensión de las experiencias de las mujeres frente a la atención materna intercultural. Asimismo, se integró el análisis de la información cuantitativa obtenida a través de las preguntas cerradas y escalas de percepción, complementando la interpretación de los hallazgos desde un enfoque mixto.

La suficiencia de la información se estableció mediante el criterio de saturación temática. Durante el proceso de codificación se observó que, a partir de las últimas participantes, los relatos comenzaron a reiterar categorías previamente identificadas

relacionadas con los saberes ancestrales, las prácticas de cuidado durante los momentos de vida *Muyu Tarpuy* y *Pakarina*, las percepciones sobre la atención en salud y las barreras de acceso a los servicios. Dado que no emergieron nuevos temas relevantes para los objetivos de la investigación y se evidenció recurrencia en los discursos, se consideró alcanzada la saturación, permitiendo consolidar las categorías de análisis definidas para el estudio.

A partir de este proceso, se construyeron categorías y subcategorías de análisis orientadas a comprender las experiencias y percepciones de las mujeres frente al modelo de cuidado intercultural (ver tabla 5). El análisis se estructuró en tres ejes temáticos principales. El primero correspondió a los saberes ancestrales asociados a los momentos de vida *Muyu Tarpuy* y *Pakarina*, abordando las prácticas culturales, espirituales y de cuidado propias del pueblo Yanaona durante la gestación y el postparto.

El segundo eje se centró en las percepciones sobre el modelo de cuidado y la atención recibida, incluyendo aspectos relacionados con el trato del personal de salud, el respeto por las prácticas culturales, la autonomía de las mujeres y la experiencia frente a la atención occidental e intercultural.

Finalmente, el tercer eje abordó las expectativas y necesidades de articulación entre la medicina propia y la medicina occidental en el marco del SISPI, identificando barreras, desafíos y posibilidades de fortalecimiento del modelo de cuidado materno intercultural en el territorio.

Tabla 5

Matriz Categorical de Resultados

Categoría Principal	Subcategorías	Hallazgos Clave (Evidencia de las participantes)
Saberes y Ancestrales	Prácticas de Cuidado Propio	Uso de plantas (manzanilla, menta, hinojo, cedrón, matarratón). Uso del chumbe (faja). Baños de plantas para el "frío".

Categoría Principal	Subcategorías	Hallazgos Clave (Evidencia de las participantes)
Percepción del Modelo de Cuidado	Nutrición	Consumo de caldos de gallina, sopa de maíz tostado, cuy y palomo para fortalecer la matriz y evitar náuseas.
	Tradicional	Siembra de la placenta en la huerta (mata de tomate),
	Rituales de Nacimiento	siembra de la placenta y del cordón en la finca y protección del recién nacido (gorros, evitar visitas).
	Atención Occidental	Valoración positiva de ecografías y controles médicos, pero críticas a la lentitud administrativa y trato brusco en tactos vaginales.
Expectativas SISPI	Barreras de Acceso	Distancia geográfica, falta de transporte y costos económicos para llegar a la zona urbana o a Popayán.
	Articulación Intercultural	Deseo que el sabedor ancestral y la partera estén presentes en la Unidad de Cuidado de forma permanente.
	Participación	Necesidad de mayor comunicación sobre los derechos dentro del modelo y mayor presencia comunitaria del equipo de salud.

Nota: fuente elaboración propia a partir de entrevista semiestructurada aplicada a mujeres gestantes del resguardo Yanacona de Rioblanco (2026).

Figura 1

Grado de satisfacción con la atención recibida durante el embarazo, parto y posparto.

Nota: fuente elaboración propia a partir de entrevista semiestructurada aplicada a mujeres gestantes del resguardo Yanacona de Rioblanco (2026).

Como se observa en la Figura 1, el 59% de las madres yanaonas entrevistadas manifestó un alto grado de satisfacción con la atención recibida durante las etapas de embarazo, parto y posparto. Esta respuesta positiva se asocia principalmente con el respeto hacia sus creencias y prácticas culturales, la claridad de las explicaciones brindadas en un lenguaje comprensible, el trato recibido por parte del personal de salud occidental y la posibilidad de participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su propio cuidado, lo que evidencia una percepción favorable de la atención recibida por parte de las mujeres participantes del estudio.

No obstante, se identifican brechas en la atención integral, ya que un 69% (representado en la Figura 2) de las entrevistadas reportó no haber recibido acompañamiento por parte de parteras o sabedores, ni apoyo en el ámbito espiritual, como la realización de rituales o procesos de armonización. Estos hallazgos sugieren la importancia de fortalecer la articulación entre los sistemas de salud occidental y los saberes ancestrales.

Figura 2

Trato recibido por partera o sabedor ancestral y acompañamiento frente a necesidades espirituales hacia las madres Yanaonas.

Nota: fuente elaboración propia a partir de entrevista semiestructurada aplicada a mujeres gestantes del resguardo Yanaona de Rioblanco (2026).

El 72% representa un alto grado de aceptación del modelo de cuidado por parte de las participantes, manifestando estar totalmente de acuerdo con la implementación de un modelo de atención que articule la medicina tradicional y la medicina occidental. Asimismo, este grupo resaltó la importancia de incluir el acompañamiento de sabedores ancestrales o parteras dentro

del proceso de atención, reconociendo su papel fundamental en el cuidado durante el embarazo, parto y posparto. (Ver Figura 3)

De igual manera las entrevistadas expresaron sentirse cómodas al dialogar sobre su cultura con el personal de salud que las atiende fuera del resguardo, lo cual sugiere una disposición favorable hacia escenarios de atención intercultural entre las participantes. En ese sentido, se observa que las participantes tienden a valorar positivamente los modelos de atención que reconozcan y respeten los sabedores ancestrales en articulación con la atención médica occidental

Figura 3

Grado de aceptación del modelo de cuidado.

Nota: fuente elaboración propia a partir de entrevista semiestructurada aplicada a mujeres gestantes del resguardo Yanaona de Rioblanco (2026).

A continuación, en la Tabla 6 se presentan las asociaciones observadas entre la percepción de satisfacción con la atención recibida y la aceptación del modelo de cuidado por parte de las entrevistadas. Este análisis se desarrolló con un propósito exploratorio, orientado a identificar posibles patrones de comportamiento conjunto entre las variables estudiadas. Debido al tamaño reducido de la muestra ($n=8$), los coeficientes de correlación se interpretan únicamente como tendencias descriptivas observadas dentro del grupo participante, sin fines inferenciales ni de generalización estadística.

Para este análisis se consideraron los ítems 13 al 18 y 25 al 28 del instrumento, orientados a evaluar la percepción de las mujeres sobre el cuidado materno intercultural y la articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental dentro del modelo de atención en salud.

En particular, los ítems 13 al 18 corresponden a dimensiones de satisfacción con la atención recibida: respeto por las creencias y prácticas culturales (ítem 13), claridad de la información brindada por el personal de salud (ítem 14), trato recibido por la partera o sabedor ancestral y por el personal médico occidental (ítems 15 y 16), participación en la toma de decisiones sobre el propio cuidado (ítem 17) y acompañamiento espiritual y ritual durante la gestación, el parto y el puerperio (ítem 18).

Los ítems 25 al 28 corresponden a dimensiones de aceptación del modelo intercultural: preferencia por el acompañamiento comunitario durante el embarazo y el posparto (ítem 25), aceptación de la articulación entre medicina tradicional y medicina occidental (ítem 26), valoración del rol de sabedores ancestrales o parteras dentro del modelo de atención (ítem 27) y comodidad para expresar aspectos culturales ante el personal de salud externo al resguardo (ítem 28).

Los resultados cuantitativos se articulan con el componente cualitativo del estudio, permitiendo identificar correspondencias descriptivas entre las valoraciones numéricas y las experiencias expresadas por las mujeres en torno al cuidado materno intercultural.

Tabla 6

Correlación percepción satisfacción y aceptación.

Correlación	ítem 13	ítem 14	ítem 15	ítem 16	ítem 17	ítem 18	ítem 25	ítem 26	ítem 27	ítem 28
ítem 13	1,00									
ítem 14	0,76	1,00								
ítem 15	0,26	0,45	1,00							
ítem 16	0,04	0,52	0,05	1,00						
ítem 17	0,04	0,58	0,13	0,99	1,00					
ítem 18	0,13	0,33	0,75	-0,10	0,00	1,00				
ítem 25	0,16	-0,07	-0,28	-0,59	-0,55	-0,07	1,00			
ítem 26	0,97	0,65	0,29	-0,20	-0,19	0,22	0,32	1,00		
ítem 27	-0,20	-0,22	-0,49	-0,20	-0,19	0,22	0,32	-0,14	1,00	
ítem 28	0,58	0,33	0,45	-0,31	-0,29	0,33	0,07	0,65	-0,22	1,00

Nota: fuente elaboración propia a partir de entrevista semiestructurada aplicada a mujeres gestantes del resguardo Yanaona de Rioblanco (2026).

Entre las tendencias observadas, se identificó una correspondencia positiva muy alta entre la percepción de respeto por las creencias y prácticas culturales durante la atención (ítem 13) y la aceptación de la articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental (ítem 26) ($r = 0,97$). Dentro del grupo participante, las mujeres que otorgaron valoraciones más favorables al respeto de sus prácticas culturales tendieron también a expresar mayores niveles de aceptación hacia la integración de ambos sistemas de atención.

De manera similar, se observó una correspondencia positiva moderada-alta entre la percepción de recibir explicaciones en un lenguaje comprensible por parte del personal de salud (ítem 14) y la aceptación de la articulación entre medicina tradicional y medicina occidental (ítem 26) ($r = 0,65$). Asimismo, se registró una correspondencia positiva entre la aceptación de dicha articulación (ítem 26) y la comodidad para expresar aspectos culturales ante el personal de salud externo al resguardo (ítem 28) ($r = 0,65$). Estas tendencias muestran comportamientos convergentes entre aspectos relacionados con la comunicación, el reconocimiento cultural y la aceptación del modelo intercultural.

También se identificó una correspondencia positiva muy alta entre la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su propio cuidado (ítem 17) y el trato recibido por parte del personal médico occidental (ítem 16) ($r = 0,99$). Entre las participantes, mayores valoraciones del trato recibido tendieron a coincidir con una percepción más favorable de la participación en las decisiones relacionadas con el cuidado materno.

Por otra parte, el acompañamiento espiritual y ritual durante la gestación, el parto y el puerperio (ítem 18) presentó una correspondencia positiva con la valoración del trato recibido por la partera o sabedor ancestral (ítem 15) ($r = 0,75$). Esta tendencia coincide con la

importancia atribuida por las participantes al acompañamiento tradicional y a las prácticas culturales relacionadas con los momentos de vida Muyu Tarpuy y Pakarina.

En contraste, se observaron correspondencias negativas entre la preferencia por el acompañamiento comunitario durante el embarazo y el posparto (ítem 25) y algunas dimensiones de satisfacción con la atención recibida, particularmente la participación en la toma de decisiones sobre el cuidado (ítem 17; $r = -0,55$) y el trato recibido por parte del personal médico occidental (ítem 16; $r = -0,59$).

En conjunto, las tendencias observadas muestran correspondencias descriptivas entre la percepción de respeto cultural, la comunicación durante la atención, la participación en el cuidado y la aceptación del modelo intercultural. Estos resultados se interpretan exclusivamente como patrones descriptivos identificados dentro del grupo estudiado y constituyen un complemento para la comprensión de los hallazgos cualitativos, sin pretensiones de inferencia estadística ni generalización a otras poblaciones.

En la Tabla 7 se presentan las correspondencias descriptivas observadas entre la participación comunitaria de las mujeres entrevistadas y algunos componentes de satisfacción con la atención recibida.

Tabla 7

Correlación participación y satisfacción.

		ítem 13	ítem 18	ítem 20	ítem 22
13	ítem	1,00			
18	ítem	0,13	1,00		
20	ítem	0,58	0,33	1,00	
	ítem	-	-	-	
22	ítem	0,19	0,58	0,29	1,00

Nota: fuente elaboración propia a partir de entrevista semiestructurada aplicada a mujeres gestantes del resguardo Yanacona de Rioblanco (2026).

Para este análisis se tuvieron en cuenta los ítems 13, 18, 20 y 22 del instrumento. El ítem 13 evalúa el respeto por las creencias y prácticas culturales de las participantes durante la atención recibida, mientras que el ítem 18 aborda el acompañamiento espiritual y ritual brindado durante la gestación, el parto y el puerperio.

En relación con la participación comunitaria, el ítem 20 indaga si las mujeres han participado en espacios comunitarios relacionados con el cuidado de las gestantes dentro del modelo propio Yanaona, tales como mingas, asambleas o encuentros de sabedoras. Por su parte, el ítem 22 evalúa la frecuencia con la que las participantes recibieron visitas de seguimiento por parte del equipo de salud durante el embarazo.

Los datos muestran una correspondencia positiva moderada ($r = 0,58$) entre la asistencia a espacios comunitarios vinculados al cuidado materno propio (ítem 20) y la percepción de respeto hacia las creencias y prácticas culturales durante la atención (ítem 13). Dentro del grupo participante, las mujeres que reportaron mayores niveles de participación comunitaria tendieron también a otorgar valoraciones más favorables al respeto de sus prácticas culturales por parte de los servicios de salud.

Asimismo, se observó una correspondencia positiva baja ($r = 0,33$) entre la asistencia a espacios comunitarios relacionados con el cuidado materno (ítem 20) y la percepción de acompañamiento espiritual durante la gestación, el parto y el puerperio (ítem 18).

Por otra parte, se identificó una correspondencia negativa moderada ($r = -0,58$) entre la percepción de acompañamiento espiritual y ritual (ítem 18) y la frecuencia de las visitas de seguimiento realizadas por el equipo de salud (ítem 22). De igual manera, se registraron correspondencias negativas bajas entre la frecuencia de las visitas de seguimiento y la percepción de respeto por las creencias culturales (ítem 13; $r = -0,19$), así como con la participación en espacios comunitarios relacionados con el cuidado materno (ítem 20; $r = -0,29$).

En conjunto, las tendencias observadas muestran diferentes patrones de comportamiento entre la participación comunitaria, el acompañamiento espiritual y algunos componentes de satisfacción con la atención recibida. Estos resultados se interpretan exclusivamente como correspondencias descriptivas identificadas dentro del grupo estudiado y constituyen un complemento para la comprensión integral de los hallazgos, sin pretensiones de inferencia estadística o generalización a otras poblaciones.

Análisis de Resultados

El análisis interpretativo de los hallazgos permite comprender la interacción entre la medicina occidental y los saberes ancestrales en el pueblo Yanaona. A continuación, se presenta la interpretación de los siguientes resultados.

El análisis de las entrevistas revela un patrón estructural en la vivencia de la maternidad en el territorio Yanaona: la coexistencia no jerárquica de dos sistemas de salud. Las mujeres no perciben una exclusión entre la medicina occidental y la ancestral, sino que las integran en un modelo de complementariedad funcional. Mientras el sistema institucional es el espacio para el monitoreo técnico y la resolución de urgencias quirúrgicas como las cesáreas, los sabedores y parteras operan en la dimensión del equilibrio físico-espiritual.

Las participantes destacan la eficacia de figuras como el "Mayor" o sabedores específicos para tratar afecciones que la medicina convencional suele pasar por alto o no logra resolver satisfactoriamente. Un caso recurrente es la atención a dolencias postparto o dificultades en la lactancia. Se menciona la intervención para tratar la falta de leche materna o dolores persistentes mediante el uso de "aguas" y "limpiezas". Esta confianza se basa en una eficacia percibida que vincula la salud del cuerpo con el entorno espiritual, algo que el hospital no ofrece.

La partera no solo es vista como una asistente del parto, sino como una especialista en la mecánica corporal del embarazo. Las entrevistadas relatan con alta confianza cómo estas

mujeres intervienen para "acomodar a la criatura" cuando se detecta una mala posición fetal.

Esta práctica de "sobar" o acomodar la matriz genera una seguridad que los controles ginecológicos, no logran sustituir emocionalmente.

A pesar de esta dualidad, las entrevistas señalan brechas críticas. Existe una demanda latente por una mayor presencia de parteras y sabedores dentro de la Unidad de Cuidado propia, para que el acompañamiento no dependa únicamente de la iniciativa de la familia. Asimismo, se evidencia una tensión entre la calidez del cuidado en el territorio frente a la rigidez hospitalaria en la ciudad, donde las restricciones en la alimentación y el acompañamiento familiar contrastan con la libertad y el apoyo comunitario que define la identidad Yanaona. En conclusión, la dualidad no es solo una elección médica, sino una forma de resistencia cultural para mantener el parto como un evento humano y territorial.

En la cosmovisión Yanaona, el cuerpo de la gestante es un contenedor de "calor" que, al momento del parto, se abre y queda vulnerable al "frío" del entorno. Esta transición no es solo física, sino energética. Las prácticas mencionadas como el uso de chumbes para "fajar" y evitar que los órganos se desplacen, o la ingesta de aguas de plantas calientes no son meras costumbres, sino intervenciones terapéuticas para cerrar el cuerpo y retornar al equilibrio.

Las entrevistadas resaltan que la "dieta" es el periodo de mayor riesgo. El hospital, con sus ambientes climatizados, el uso de sueros "fríos" y la restricción de prendas tradicionales, es percibido como un espacio "frío" que puede generar secuelas a largo plazo, como dolores de huesos o "vientos" en el útero.

La transición al ámbito urbano en la ciudad, marca una ruptura en la soberanía alimentaria y cultural. Las mujeres reportan una desconexión cuando se les prohíbe el consumo de alimentos vitales como el maíz tostado o el caldo de gallina de campo, elementos que consideran esenciales para "producir leche" y recuperar la fuerza.

Además, la placenta representa la raíz del nuevo ser con el territorio. La dificultad para recuperarla en entornos hospitalarios se vive como una pérdida de identidad; no poder sembrarla bajo un árbol o en un lugar sagrado deja el ciclo del nacimiento inconcluso. Esta diferencia evidencia que, mientras el hospital se enfoca en la supervivencia biológica, el saber ancestral garantiza la continuidad cultural y el bienestar espiritual de la madre y el hijo.

Uno de los hallazgos más críticos es la brecha entre la operatividad del modelo y su apropiación conceptual. Existe un desconocimiento generalizado de la terminología "SISPI" o "Modelo Muyu Tarpuy". Las mujeres vivencian el modelo a través de acciones concretas como las visitas domiciliarias o la atención en salud, pero no lo reconocen como un sistema de derecho que garantiza la integralidad del cuidado.

Esta falta de información formal genera que la atención diferencial se perciba como una "buena voluntad" del personal de salud y no como una obligación institucional y un derecho. La comunicación se ha centrado en lo operativo (citas, controles, visitas), dejando de lado la pedagogía sobre la esencia del modelo de cuidado en el marco del SISPI, que busca empoderar a la mujer indígena en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y proceso de parto.

La aceptación del modelo de cuidado enfrenta un reto subjetivo; el miedo a la complicación clínica. A pesar de la profunda valoración de la partería, los relatos muestran que experiencias previas de cesáreas o complicaciones en partos anteriores han propiciado una percepción de seguridad ligada exclusivamente al entorno hospitalario. Las mujeres expresan que, ante el riesgo de un desgarro o una emergencia quirúrgica, la atención médica occidental es indispensable.

Por tanto, la aceptación total del sistema propio no implica un retorno exclusivo al parto en casa, sino la consolidación de una ruta de cuidado. El éxito de la operatividad del modelo de cuidado depende de que el sabedor y la partera no sean vistos como alternativas externas, sino

como participantes fundamentales que cuidan y acompañan de manera conjunta a las mujeres y sus familias. La resistencia cultural disminuye cuando la mujer siente que su saber ancestral no la pone en riesgo, sino que la fortalece para enfrentar la intervención institucional si esta fuera necesaria.

Por otro lado, la geografía del territorio Yanaona, especialmente para quienes habitan en veredas altas como Pueblo Quemado o zonas alejadas de la Floresta, se constituye en un factor de exclusión. Trayectos de hasta tres horas a pie o en transporte precario no solo dificultan el acceso a ecografías y controles ginecológicos en la capital del departamento del Cauca, sino que también limitan la frecuencia con la que el sabedor ancestral puede realizar el seguimiento en el hogar.

Esta barrera física empuja a las mujeres a una autonomía forzada, a menudo recurren a los saberes tradicionales no solo por convicción, sino por ser la única respuesta inmediata ante la imposibilidad de traslado. El transporte, por ende, no es un factor logístico, sino un componente de seguridad materna; la dificultad de movilidad incrementa el estrés y la exposición al "frío" y al cansancio físico, elementos contraproducentes según la medicina propia.

Un factor transversal que limita la capacidad de elección de la mujer es la carencia de recursos propios. Los relatos confirman que la mayoría de las gestantes dependen económicamente de sus compañeros o de la red familiar extendida. Esta dependencia condiciona el cuidado desde la posibilidad de pagar un transporte privado en una emergencia, hasta la compra de alimentos específicos o suplementos recomendados.

En conclusión, la aceptación e implementación del modelo de cuidado en el pueblo Yanaona requiere trascender el enfoque asistencialista. Es necesario fortalecer la comunicación para que las mujeres se reconozcan como sujetos de derecho, mitigar las barreras de transporte para garantizar la seguridad física y abordar la autonomía económica

como un pilar fundamental de la salud intercultural. Lo anterior evidencia la necesidad de consolidar modelos de atención intercultural que permitan integrar la seguridad clínica de la atención institucional con el reconocimiento y fortalecimiento de los saberes ancestrales del pueblo Yanaona.

Propuesta de Solución a la Problemática

A partir de los resultados obtenidos en la investigación, se plantea como propuesta el fortalecimiento de los procesos de cuidado materno intercultural dirigidos a las mujeres gestantes del pueblo Yanaona del Resguardo de Rioblanco Sotará, mediante acciones orientadas a mejorar la articulación entre la medicina propia y la atención médica occidental en los momentos de vida Muyu Tarpuy y Pakarina.

Los hallazgos evidencian que las mujeres reconocen la importancia de la atención institucional durante el embarazo, parto y puerperio, especialmente frente a situaciones de riesgo o complicaciones clínicas; sin embargo, también expresan la necesidad de que la atención incluya de manera más visible y permanente los saberes ancestrales, el acompañamiento espiritual y las prácticas culturales propias del territorio. En este sentido, se identifica que la principal dificultad no corresponde a un rechazo hacia la medicina occidental, sino a las limitaciones existentes para integrar ambos sistemas de cuidado de manera complementaria y continua.

En respuesta a esta situación, se propone fortalecer los mecanismos de articulación entre el personal de salud, las parteras, los sabedores ancestrales y las familias, promoviendo espacios de coordinación y acompañamiento conjunto durante el proceso de gestación, parto y posparto. La investigación mostró que las mujeres sienten mayor confianza cuando el cuidado incluye orientación cultural, acompañamiento familiar y reconocimiento de sus prácticas tradicionales. Por ello, se considera necesario que la medicina propia tenga una participación

más activa dentro de los procesos de atención materna desarrollados en la Unidad de Cuidado y en las actividades comunitarias del territorio.

Asimismo, se propone consolidar estrategias de acompañamiento territorial para las mujeres que viven en veredas alejadas, teniendo en cuenta que las barreras geográficas y económicas continúan afectando el acceso oportuno a controles prenatales, ecografías y servicios especializados. El fortalecimiento de visitas domiciliarias, seguimiento comunitario y procesos de identificación temprana de riesgos permitiría mejorar la continuidad del cuidado y disminuir las dificultades relacionadas con la movilidad y el acceso a los servicios de salud.

Otro aspecto relevante corresponde al fortalecimiento de la información y orientación comunitaria sobre el SISPI y el modelo de cuidado propio. Los resultados evidenciaron que muchas mujeres reconocen las acciones de atención, pero no identifican claramente el alcance del modelo ni los derechos relacionados con el cuidado intercultural. Por esta razón, se considera importante desarrollar procesos educativos dirigidos a gestantes, familias y comunidad, utilizando un lenguaje claro y culturalmente cercano que facilite la apropiación del modelo y fortalezca la participación de las mujeres en las decisiones relacionadas con su cuidado.

De igual manera, se propone promover prácticas de atención más humanizadas y culturalmente pertinentes dentro de los servicios institucionales. Los relatos de las participantes muestran que algunos procedimientos, restricciones o dinámicas hospitalarias son percibidos como distantes frente a sus costumbres y formas de cuidado. En este sentido, resulta necesario favorecer acciones que permitan reconocer aspectos importantes para las mujeres Yanaona, como el acompañamiento familiar, la alimentación tradicional, el respeto por determinadas prácticas culturales y la posibilidad de expresar sus creencias y necesidades espirituales durante la atención.

La investigación también resalta la importancia del *Pakarina* o dieta como un momento fundamental dentro del cuidado materno. Por ello, se recomienda fortalecer el seguimiento durante el posparto desde una perspectiva intercultural, reconociendo que la recuperación de la mujer no se limita únicamente al aspecto físico, sino que involucra dimensiones emocionales, espirituales, familiares y territoriales. La incorporación de estos elementos dentro de las acciones de seguimiento permitirá una atención más integral y coherente con la cosmovisión Yanacona.

Finalmente, se considera necesario fortalecer la participación comunitaria y el liderazgo de las mujeres dentro de los procesos de cuidado en salud, favoreciendo espacios donde puedan compartir experiencias, conocimientos y prácticas relacionadas con la gestación, el parto y el cuidado del recién nacido. Esto contribuirá no solo al fortalecimiento del modelo de cuidado propio e intercultural, sino también a la preservación y continuidad de los saberes ancestrales en las nuevas generaciones.

En conclusión, la propuesta se orienta a fortalecer la operatividad del modelo de cuidado propio e intercultural en los momentos de vida *Muyu Tarpuy* y *Pakarina* desde las necesidades y experiencias expresadas por las mujeres gestantes del pueblo Yanacona. Más que establecer un modelo paralelo, se busca favorecer una atención materna integral donde la medicina occidental y los saberes ancestrales puedan actuar de manera complementaria, respetando la identidad cultural, las dinámicas territoriales y las formas propias de comprender el cuidado, la maternidad y el bienestar comunitario.

Discusión

La presente investigación permitió comprender que la maternidad en las mujeres del pueblo Yanacona trasciende la dimensión biológica y se configura como un proceso cultural, espiritual y territorial ligado a los saberes ancestrales. Los hallazgos evidencian la coexistencia

de la medicina occidental y la medicina propia dentro de las experiencias de gestación, parto y posparto, mostrando que las mujeres articulan ambos sistemas de cuidado de manera complementaria según sus necesidades y percepciones de bienestar.

Uno de los hallazgos más relevantes corresponde al uso simultáneo de la medicina occidental y los saberes ancestrales. Las participantes reconocen la importancia de los controles médicos, ecografías y procedimientos clínicos para el seguimiento del embarazo y la atención de riesgos; sin embargo, continúan otorgando un papel fundamental a las prácticas de cuidado propio, especialmente en aspectos relacionados con el equilibrio espiritual, la recuperación postparto y la protección del recién nacido. Estos resultados coinciden con Ricaurte-Cepeda y Guerrero-Luna (2024), quienes señalan que las mujeres indígenas construyen itinerarios terapéuticos donde buscan seguridad clínica sin desvincularse de sus prácticas culturales y espirituales.

En este contexto, la figura de la partera y el sabedor ancestral representa un elemento de confianza y acompañamiento permanente. Prácticas como el sobo para “acomodar a la criatura”, el uso de plantas medicinales o las armonizaciones son percibidas por las participantes como formas necesarias de cuidado y protección materna. Lo anterior se relaciona con lo planteado por el CRIC (2024), al reconocer que el cuidado propio se fundamenta en la armonía entre cuerpo, territorio y espiritualidad.

De igual manera, los resultados muestran que la percepción del riesgo durante el embarazo y la dieta está mediada por categorías culturales como el “frío” y el “calor”. El uso del chumbe, los baños de plantas y ciertas restricciones alimentarias hacen parte de mecanismos de protección orientados a recuperar el equilibrio corporal después del parto. Este hallazgo coincide con Grefa Tapuy (2020), quien describe el posparto en comunidades andinas como un periodo de vulnerabilidad física y espiritual que requiere cuidados específicos para evitar afectaciones futuras en la salud de la mujer.

Sin embargo, la investigación también evidenció dificultades relacionadas con la atención institucional. Algunas participantes manifestaron que en hospitales o servicios de referencia se restringen prácticas culturales como el consumo de alimentos tradicionales, el uso de prendas propias o determinadas formas de acompañamiento familiar. Esta situación genera sentimientos de incomodidad, temor y distanciamiento frente a la atención hospitalaria. En este sentido, la OPS (2021) señala que la falta de pertinencia cultural en los servicios de salud constituye una barrera que afecta la calidad y oportunidad de la atención en poblaciones indígenas.

Otro hallazgo importante corresponde al desconocimiento parcial del SISPI y del modelo de cuidado propio por parte de algunas mujeres. Aunque las participantes reconocen acciones de atención desarrolladas en el territorio, no siempre identifican estas actividades como parte de un sistema de salud propio o como un derecho colectivo. Esto evidencia una brecha entre los lineamientos normativos y la apropiación comunitaria del modelo, sugiriendo la necesidad de fortalecer los procesos de comunicación y educación intercultural dentro del territorio.

Asimismo, las barreras geográficas y económicas continúan siendo un factor que limita la operatividad del modelo de cuidado intercultural. Las largas distancias, las dificultades de transporte y los costos asociados al desplazamiento afectan el acceso oportuno a controles prenatales, ecografías y servicios especializados. Esta situación coincide con el ASIS departamental del Cauca (2023), donde se reconoce que la dispersión geográfica y las condiciones de movilidad dificultan la continuidad de la atención en zonas rurales e indígenas.

La propuesta expresada por las participantes frente a una mayor presencia de parteras y sabedores dentro de la Unidad de Cuidado refleja la necesidad de avanzar hacia procesos de articulación más sólidos entre medicina occidental y medicina propia. Más allá de permitir la participación ocasional de estos actores, las mujeres consideran importante que su

conocimiento sea reconocido dentro de las dinámicas de atención materna, favoreciendo un acompañamiento más cercano y culturalmente pertinente.

Finalmente, la investigación permitió identificar que prácticas como la siembra de la placenta continúan teniendo un significado espiritual y territorial dentro de la cosmovisión Yanacona. Las dificultades para recuperar la placenta en algunos servicios hospitalarios son percibidas como una limitación para el cierre adecuado del ciclo de nacimiento y para la conexión del recién nacido con el territorio. Esto pone en evidencia la necesidad de avanzar hacia protocolos más flexibles y culturalmente pertinentes dentro de la atención materna institucional.

En relación con las limitaciones del estudio, es importante señalar que la investigación se desarrolló con un número reducido de participantes y en un periodo corto de trabajo de campo, lo que limita la posibilidad de generalizar los resultados a otros territorios indígenas. Asimismo, las experiencias y percepciones expresadas responden a vivencias individuales y comunitarias construidas desde contextos específicos. De igual forma, las correlaciones realizadas deben interpretarse de manera descriptiva y exploratoria debido al tamaño de la muestra.

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos permiten comprender que el fortalecimiento del modelo de cuidado en el marco del SISPI requiere avanzar hacia procesos de atención más humanizados, participativos y culturalmente pertinentes. La investigación evidencia que las mujeres Yanacona no plantean una sustitución entre sistemas médicos, sino una articulación respetuosa que permita garantizar seguridad clínica sin desvincular el cuidado de su identidad cultural y espiritual

Conclusiones y Trabajo Futuro

Conclusiones

La presente investigación permitió comprender que la maternidad en las mujeres del pueblo Yanaona trasciende la dimensión biológica y se configura como un proceso cultural, espiritual y territorial estrechamente vinculado a los saberes ancestrales. Los hallazgos evidenciaron la vigencia de prácticas de cuidado propio como el uso de plantas medicinales, el chumbe, la dieta posparto y la siembra de la placenta, reconocidas por las participantes como elementos fundamentales para la protección física y espiritual de la madre y del recién nacido durante los momentos de vida Muyu Tarpuy y Pakarina.

Asimismo, se identificó una relación de complementariedad entre la medicina occidental y la medicina propia. Las participantes valoran los controles prenatales, las ecografías y los procedimientos clínicos por la seguridad que ofrecen; sin embargo, manifiestan la necesidad de una atención más cercana, humanizada y respetuosa de sus prácticas culturales. En este sentido, los resultados muestran que las mujeres no plantean la sustitución de un sistema por otro, sino la articulación de ambos dentro del cuidado materno intercultural.

La investigación evidenció que la operatividad del modelo de cuidado propio e intercultural enfrenta barreras geográficas, económicas, administrativas y comunicativas que dificultan el acceso y la continuidad de la atención. Las largas distancias entre las veredas y los centros de atención, así como el desconocimiento del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) por parte de algunas participantes, reflejan la necesidad de fortalecer los procesos de información, comunicación y apropiación comunitaria relacionados con el modelo de cuidado materno intercultural.

De igual manera, los resultados permitieron establecer que el respeto por las creencias y prácticas culturales influye positivamente en la percepción de satisfacción con la atención recibida. Las participantes manifestaron mayor confianza en aquellos escenarios donde existió

comunicación clara, acompañamiento familiar y reconocimiento de sus prácticas culturales y espirituales, lo que evidencia que la pertinencia cultural constituye un elemento fundamental para fortalecer la relación entre las mujeres indígenas y los servicios de salud.

Por otra parte, el estudio permitió reconocer la importancia del rol de las parteras y los sabedores ancestrales dentro de los procesos de cuidado materno. Las mujeres consideran que su presencia favorece el acompañamiento emocional, espiritual y cultural durante la gestación, el parto y el puerperio, fortaleciendo la confianza y la continuidad de las prácticas tradicionales en el territorio.

En síntesis, la investigación demuestra que el fortalecimiento del modelo de cuidado propio e intercultural en el Resguardo Indígena Yanaona de Rioblanco Sotará requiere avanzar en la articulación efectiva entre la medicina propia y la medicina occidental, promover el reconocimiento de los saberes ancestrales y fortalecer los procesos de participación y apropiación comunitaria. Estos elementos son fundamentales para garantizar una atención materna integral y culturalmente pertinente en el marco del SISPI.

Trabajo Futuro

Los resultados de esta investigación abren nuevas posibilidades de análisis orientadas a profundizar la comprensión del cuidado materno intercultural en contextos indígenas. En primer lugar, se recomienda desarrollar estudios comparativos en otros territorios indígenas del departamento del Cauca que permitan identificar similitudes y diferencias en las experiencias de cuidado materno, las barreras de acceso a los servicios de salud y las formas de articulación entre medicina propia y medicina occidental.

En segundo lugar, resulta pertinente realizar investigaciones dirigidas a evaluar la implementación y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) en distintos territorios, con especial atención a los mecanismos de articulación entre parteras,

sabedores ancestrales y equipos de salud, así como a los factores institucionales y comunitarios que favorecen o limitan su funcionamiento.

Asimismo, se considera relevante profundizar en el análisis de las competencias interculturales del personal de salud que presta servicios en comunidades indígenas, especialmente en aspectos relacionados con la comunicación, el trato humanizado y el reconocimiento de los saberes ancestrales, debido a su influencia en la percepción de calidad de la atención materna.

De igual manera, futuras investigaciones podrían abordar con mayor profundidad las barreras geográficas, económicas y administrativas que afectan el acceso y la continuidad del cuidado materno en zonas rurales dispersas, aportando evidencia para el diseño de estrategias de acompañamiento territorial más efectivas.

Finalmente, se recomienda explorar el papel de las mujeres indígenas jóvenes en la transmisión, preservación y fortalecimiento de los saberes ancestrales relacionados con el cuidado materno, con el fin de contribuir a la sostenibilidad del modelo de cuidado propio e intercultural en el pueblo Yanaona.

Referencias

- Aguilar-Peña, M., Blandón, M. F. T., y García-Perdomo, H. A. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 463–467.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>
- Aguilar-Valencia, L., Anasco-Salamanca, D., Fajardo-Zuñiga, E., y Quisoboni-Zuñiga, H. (2023). Estrategias efectivas para la reducción de la mortalidad materna en el Cauca [Tesis de licenciatura]. Repositorio Institucional. <http://hdl.handle.net/10882/13151>
- Alpala Benavides, L., Franco Jara, L., Salamanca Anacondas, L., y Yacumal Camacho, T. (2023). Prácticas, creencias y experiencias en el embarazo y el parto intercultural en comunidades indígenas de Latinoamérica. <http://hdl.handle.net/10882/13178>
- Arteaga, E. L., San Sebastián, M., y Amores, A. (2012). Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saúde em Debate*, 36(94), 402–413. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300012>
- Cabildo Mayor del Pueblo Yanacona IPSI. (2022). Montañas, caminos, kingos y zingos del modelo de cuidado y atención integral en salud del Pueblo Yanacona. Cabildo Mayor del Pueblo Yanacona IPSI.
- Cabildo Mayor del Pueblo Yanacona. (2025). Modelo de cuidado de salud propia e intercultural del Pueblo Yanacona. Popayán: UC-Runa Yanakuna.
- Campos Navarro, R., Peña Sánchez, E. Y., y Maya, A. P. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva*, 13(3), 443–455. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1115>
- Cardona, D., Segura, A., y Patiño, E. (2018). La integración de la medicina tradicional indígena en el sistema de salud colombiano: Un análisis desde las políticas públicas. *Revista de Salud Pública*, 30(3), 245-260.

Castillo-Santana, P. T., Vallejo-Rodríguez, E. D., Cotes-Cantillo, K. P., y Castañeda-Orjuela, C.

A. (2017). Indigenous maternal health in women from Nasa and Misak ethnicities from Cauca, Colombia: Tensions, subordination, and intercultural dialogue between two medical systems. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 61–74. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168743>

Castro, A. (2014). *Health policy and inequities in Latin America*. Routledge.

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 47.957.

Congreso de la República de Colombia. (2022, 11 de julio). Ley 2244 de 2022: Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o “Ley de parto digno, respetado y humanizado”. Departamento Administrativo de la Función Pública.

Consejo Regional Indígena del Cauca – CRIC, Programa de Salud. (2024a). Guía para el fortalecimiento del cuidado a las familias: Componente cuidado de la salud propia e intercultural (Versión 1).

Consejo Regional Indígena del Cauca – CRIC, Programa de Salud. (2024b). Guía para modelo de cuidado de la salud propia e intercultural del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca – CRIC

Consejo Regional Indígena del Cauca – CRIC. (2025). *Modelo de cuidado pueblo Yanaona: Lineamientos*. Cauca, Colombia: CRIC.

Cuestas Pérez, J. (2023). *Mortalidad materna en Colombia: un estudio ecológico con enfoque de determinantes sociales en salud [Tesis de maestría, Universidad de los Andes]*. <https://hdl.handle.net/1992/68415>

- García, A., Narváez, N., y Ávila-Mellizo, G. (2023). Mortalidad materna en población indígena, Colombia 2018 a 2022. *REN*, 5(4), 30–43. <https://doi.org/10.33610/28059611.150>
- Gleason, E. G., López Ríos, J. M., Molina Berrío, D. P., y García-Perdomo, H. A. (2022). Multistakeholder perspectives on the mistreatment of indigenous women during childbirth in Colombia: Drivers and points for intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 197. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04495-4>
- González David, J., y López Henao, M. (2025). Percepciones, creencias y actitudes de las comunidades indígenas y urbanas sobre los sistemas de salud tradicional indígena y el sistema de salud occidental [Tesis de licenciatura, Tecnológico de Antioquia]. <https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/7441>
- Grefa Tapuy, C. R. (2020). Comunidades indígenas: creencias y costumbres en el embarazo, parto y puerperio. Octubre 2019-abril 2020 [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6645>
- Hasen Narváez, F. N. (2012). Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería*, 18(3), 17–24. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2020). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Instituto Nacional de Salud. (2021). Informe de evento: Mortalidad materna, código 551. Grupo de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Salud.
- Juspian Muñoz, S. Y. (2014). Prácticas culturales de la familia en la comunidad indígena Yanacona El Moral, municipio de La Sierra, Cauca [Tesis de grado].
- Lima López, Y., Guzmán Guzmán, V., López Linares, Y., y Satchwell Robinson, R. (2019). La medicina tradicional herbolaria en los sistemas de salud convencionales. *Humanidades*

Médicas, 19(1), 201–217. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202019000100201

Lindarte, B. D., y Martínez, A. S. (2025). Humanización del parto en Colombia: Avances legislativos, protocolos modernos y desafíos en su implementación [Monografía].

Repositorio Institucional UNAD. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/79701>

Márquez, L., María, A. P., y Villarroel, C. (2017). Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos: alcances y desafíos para su medición en países de América Latina.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Lineamientos: Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. Gobierno de Colombia.
<https://bit.ly/2PCVdot>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Plan nacional de salud rural.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>

Municipio de Sotará. (2023). Análisis de Situación de Salud – ASIS 2023 (Versión 1). Sotará, Cauca: Alcaldía Municipal.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Pueblo Indígena. En Descriptores en Ciencias de la Salud.
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59129&filter=ths_termall&q=pueblo%20indigena

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud [Informe técnico]. OPS.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57803>
- Pardo Marín, V. (2018). Trópico de Tulpas: narrativas, prácticas y saberes alrededor de las mujeres generadoras de vida Yanacona. Universidad Externado de Colombia.
<https://bdigital.uexternado.edu.co/handle/001/1029>
- Parra Beltrán, L., y Pacheco Castro, A. M. (2006). ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 4(Supl. 1), 110–121. Recuperado el 20 de abril de 2026 de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732006000200013&lng=en&tlng=es
- Pavi Ascue, D., Quinayas Escobar, Y., y Ortiz Vallejo, I. (2024). Satisfacción en mujeres indígenas atendidas en el servicio de ginecobstetricia de una ESE con enfoque de parto intercultural de acuerdo con el SISPI durante el tercer trimestre del año 2023. Repositorio Institucional Universidad El Bosque. <http://hdl.handle.net/10882/13697>
- Ramos Lafont, C. P., Campos Casarrubia, I. M., y Bula Romero, J. A. (2019). Cultural practices for the care of indigenous pregnant women of the Zenu Reserve Cordoba, Colombia. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 16(3), 8–20. <https://doi.org/10.22463/17949831.1722>
- Ricaurte-Cepeda, M., y Guerrero-Luna, Y. P. (2024). Salud materna de mujeres indígenas. Experiencias tradicionales e institucionales. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 42, e353540. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353540>
- Urrego Rodríguez, J. H. (2020). Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia. *Saúde em Debate*, 44(esp. 1), 79–90.
<https://doi.org/10.1590/0103-11042020s106>

Anexos

Anexo A

Instrumento de recolección de información



ean
universidad

**Acreditada
en Alta Calidad**
Res. n.º 25409 del Ministerio
2013/17-agencia 2012/21

FORMATO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CON COMPONENTES MIXTOS

Voces de la Maternidad Indígena: Experiencias y Desafíos en la Implementación del Modelo de Cuidado Yanaona en el Marco del SISPI

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene? ☐ Menor de 14 años ☐ Entre 15 y 26 años ☐ Entre 27 y 59 años ☐ 60 años o más 2. ¿Cuál es el nivel de estudio tiene? ☐ Sin educación ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Técnico / Tecnólogo ☐ Pregrado ☐ Postgrado ☐ Otro - ¿Cuál?	3. ¿Cuál es su estado civil? ☐ Soltera ☐ Casada ☐ En unión libre ☐ Separada o viuda ☐ Otro ☐ Prefiero no responder 4. ¿En qué lugar reside actualmente? ☐ Zona urbana - Barrio: ☐ Zona rural - Vereda:
--	--

DATOS SOCIOECONÓMICOS

5. ¿Cuál es su ocupación principal actualmente? ☐ Estudiante ☐ Trabajadora informal ☐ Trabajadora formal ☐ Ama de casa ☐ Agrícola / Trabajo comunitario en el resguardo ☐ Desempleada ☐ Otro - ¿Cuál?	6. ¿Cuál es su ingreso económico mensual aproximado? ☐ No aplica / Economía propia (autoconsumo, trueque) ☐ Menos de un salario mínimo ☐ Un salario mínimo ☐ Entre 1 y 2 salarios mínimos ☐ Entre 2 y 4 salarios mínimos ☐ Más de 4 salarios mínimos
---	--

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

7. ¿En qué etapa se encuentra actualmente? ☐ Gestación (Muyuy turpuy) ☐ Puerperio - dieta (Pakarina) ☐ Maternidad 8. En su último embarazo, ¿cómo fue su parto? ☐ Vaginal/Natural ☐ Cesárea 9. ¿En qué lugar fue atendido el parto de su último embarazo?	10. En relación a sus antecedentes: a. ¿Cuántos embarazos ha tenido en total? _____ b. ¿Cuántos partos tuvo? _____ c. ¿Cuántas cesáreas tuvo? _____ d. ¿Cuántos hijos viven actualmente? _____ e. ¿Cuántos hijos fallecieron? _____ f. ¿Cuántos embarazos terminaron antes del parto (abortos espontáneos o inducidos)? _____
---	---



©Universidad Ean: SNIES 2012 | Vigilada Mineducación | Personería Jurídica Res. n.º 2098 del Minjusticia - 16/05/00

El Nogal: Cl- 79 n.º 11 - 45 | NIT: 860.026.058-1

Centro de contacto: (+57-1) 593 6464 | Bogotá D.C., Guadalupe, Colombia, Suramérica

universidadean.edu.co



ACBSP
ACCREDITED



Acreditada
en Alta Calidad
Res. n° 28429 del Ministerio
29/12/17-agencia 28/12/21

- ☐ En domicilio
☐ En el puesto de salud de la comunidad
☐ En clínica u hospital
☐ En casa de la partera
☐ Otro lugar - ¿Cuál?

BARRERAS DE ACCESO

11. Ha tenido alguna dificultad que le haya impedido asistir a sus controles de embarazo y postparto.

Sí ☐ / No ☐

Si su respuesta fue "Sí" ¿cuál de las siguientes situaciones le dificultó acceder a la atención? (marque todas las que apliquen)

- ☐ La distancia desde su casa hasta el punto de atención
☐ No tener con quién dejar a sus otros hijos
☐ Falta de dinero para el transporte
☐ No saber a dónde acudir o a quién contactar
☐ Miedo a que la juzgaran por no ir al hospital
☐ Presión familiar para ir solo a la clínica u hospital
☐ No tuve dificultades

12. ¿Cómo califica usted la facilidad para llegar a la unidad de cuidado?

- ☐ Fácil (Llega rápido y sin esfuerzo)
☐ Regular (Le toma tiempo, pero puede llegar)
☐ Difícil (Requiere mucho esfuerzo o gasto económico)

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

Pensando en la atención que recibió durante su embarazo, parto y postparto (dieta), ¿qué tan satisfecha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisfecha / NA = No recibí este tipo de atención)

Aspecto	1	2	3	4	5	NA
13. Respeto por sus creencias y prácticas culturales	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Explicaciones en un lenguaje comprensible para usted	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Trato recibido por parte de la partera o sabedor	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Trato recibido por parte del personal médico occidental	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Posibilidad de tomar decisiones sobre su propio cuidado	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Acompañamiento frente a sus necesidades espirituales como rituales o armonizaciones	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Si pudiera cambiar algo de la atención recibida durante ese periodo, ¿qué sería lo primero?

- ☐ Que me explicaran mejor mis opciones de cuidado
☐ Más respeto por mi cultura



Universidad EAN: SNIES 2812 | Vigilancia Mineducación | Personería Jurídica Res. n° 2898 del Ministerio - 16/05/99

El Nogal: Cl- 79 n° 11 - 45 | NIT: 900.026.058-1

Centro de contacto: (+57-1) 593 6464 | Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia, Suramérica
universidadean.edu.co





Acreditada
en Alta Calidad
Res. n.º 25409 del Ministerio
2013/17 agencia 2012/21

- ☐ Atención más cerca de mi casa
☐ Que el parto lo atendiera quien yo eligiera
☐ Mejor comunicación entre partera y médico
☐ No cambiaría nada
¿Y por qué? _____

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

20. ¿Alguna vez ha participado en espacios comunitarios donde se hable del cuidado de las mujeres gestantes dentro del modelo propio Yanacóna? (mingas, asambleas, encuentros de sabedoras)

- Marque con una X
☐ Sí, más de una vez
☐ Sí, una sola vez
☐ No, pero me gustaría
☐ No, y no me interesa
☐ No sabía que existían esos espacios

21. ¿considera usted que su opinión como comunera es tomada en cuenta dentro del modelo de cuidado de su comunidad?

- ☐ Nunca me preguntan
☐ Casi nunca
☐ A veces
☐ Casi siempre
☐ Siempre se tiene en cuenta

22. ¿Con qué frecuencia recibe o recibió visitas de seguimiento por parte del equipo de salud durante su embarazo?

- ☐ Más de una vez por mes
☐ Una vez al mes
☐ Solo en momentos puntuales
☐ Solo cuando yo fui a buscarla
☐ No recibí visitas

CUANTITATIVAS (PERCEPCIÓN)

23. ¿Conoce usted o fue informada sobre el modelo de atención intercultural en salud del pueblo Yanacóna?, entendido el modelo como las prácticas, cuidados o actividades a las que usted tiene derecho a recibir durante el periodo de embarazo, parto, dieta; teniendo en cuenta que el modelo no solo garantiza la atención médica si no también contempla el cuidado por sabedor ancestral, uso de plantas medicinales, ritualidades y demás acciones de acuerdo con su cultura-

- ☐ Sí
☐ No
¿Quién le brindó esa información?
☐ Personal de salud
☐ Autoridad indígena
☐ Familia
☐ Otro: _____

24. ¿El personal de salud o autoridad indígena le ha explicado detalladamente cuáles son sus derechos y beneficios al ser atendida bajo este modelo?

Sí ☐ / No ☐

•Si respondió "Sí": ¿Qué fue lo que más le llamo la atención?: _____

Si contesta que conoce el modelo, responda las siguientes preguntas

ACEPTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO



©Universidad Ean: SNIES 2012 | Viglada Mineducación | Personería Jurídica Res. n.º 2098 del Ministerio - 10/05/89

Id. Noval: CI- 79 n.º 11 - 45 I NIT: 840.026.058-1

Centro de contacto: (+57-1) 593 6464 | Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia, Suramérica
universidadean.edu.co





Instrucción: Para cada afirmación marque del 1 al 5 según su grado de acuerdo. (1 = Totalmente en desacuerdo / 5 = Totalmente de acuerdo)

#	Afirmación	1	2	3	4	5
25.	Prefiero que mi embarazo y postparto sean acompañados por alguien de la comunidad antes que solo por personal médico externo	☐	☐	☐	☐	☐
26.	Está de acuerdo con que el modelo combine la medicina tradicional con la medicina occidental					
27.	Está de acuerdo con que dentro del modelo haya acompañamiento por sabedor ancestral o partera					
28.	Me siento cómoda hablando de mi cultura con el personal de salud que me atiende fuera del resguardo	☐	☐	☐	☐	☐

29. En términos de confianza, ¿qué tan segura se siente usted al dejar su salud y la de su bebé en manos de este modelo de cuidado?

- ☐ Muy segura (Alto)
☐ Algo segura (Medio)
☐ Insegura (Bajo)

30. ¿Recomendaría a otras mujeres gestantes de su comunidad que se atiendan bajo este modelo?

Sí ☐ / No ☐

¿Por qué?: _____

EXPERIENCIA (Componente cualitativo)

EMBARAZO

31. ¿Ha recibido acompañamiento de la partera o sabedor ancestral?

Sí ☐ / No ☐

Si respondió "Sí": ¿Cómo se sintió con ese acompañamiento recibido? ¿Que tipo de actividades realizaron?

R: _____

32. Durante su embarazo, parto y puerperio, ¿realizó prácticas de cuidado propias de acuerdo a su cultura?

☐ Sí

¿Cuáles prácticas realizó? _____

☐ No

¿Por qué no las realizó? _____

33. En caso de haber realizado prácticas de cuidado propias durante ese período, ¿considera que fueron beneficiosas para su salud y la de su bebé?

1. Sí

¿Por qué las considera beneficiosas? _____

2. No

¿Por qué no las considera beneficiosas? _____

34. Durante su período de embarazo ¿qué cuidados realizó usted o recibió de su familia y su comunidad que son propios de su cultura? ¿Puede describirlos?



©Universidad Ean: SNIES 2812 | Viglada Mineducación | Personería Jurídica Res. nº. 2898 del Minjusticia - 16/05/99

El Nogal: Cl- 79 nº. 11 - 45 | NIT: 860.026.058-1

Centro de contacto: (+57-1) 593 6464 | Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia, Suramérica
universidadean.edu.co



Anexo B

Formato de consentimiento informado

 Acreditada en Alta Calidad Res. n° 29499 del Mineducación, 29/12/17 vigencia 28/12/21	
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS DE SALUD - CONSENTIMIENTO INFORMADO VOCES DE LA MATERNIDAD INDÍGENA: EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE CUIDADO YANAONA EN EL MARCO DEL SISPI	
FECHA DE REALIZACIÓN	DD/MM/AAAA
LUGAR:	
IDENTIFICACIÓN COMUNERA	
NOMBRE	APELLIDOS
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD	
Por medio de la presente y en pleno uso de mis facultades: mentales, Yo, _____ Identificado(a) con Cedula de ciudadanía N° _____ en condición de comunera otorgo en forma libre mi consentimiento a las estudiantes de la Maestría en Administración de Salud de la Universidad EAN, para que, en ejercicio legal de su profesión, y en este caso actuando como investigador me aplique el instrumento de entrevista semiestructurada.	
DESCRIPCION: la entrevista se realiza con el objetivo de identificar las experiencias y percepciones de las mujeres gestantes del Resguardo Indígena Yanaona de Rioblanco, en relación con el modelo de cuidado en los momentos de vida Muyu Tarpuy (preñez) y Pakarina (puerperio), implementado en el marco del SISPI. Su participación nos permitirá comprender los factores que influyen en la aceptación, uso y apropiación de este modelo.	
MOTIVO	Realización de entrevista semiestructurada
CLARIDADES	
1. El objetivo de la encuesta es recolectar información para fines investigativos y académicos. 2. La encuesta cuenta con la autorización previa de la autoridad del Resguardo Indígena de Rioblanco.	
BENEFICIOS	
1. Fortalecer el conocimiento sobre el cuidado materno indígena. 2. Generar recomendaciones para mejorar el modelo de atención. 3. Visibilizar las prácticas tradicionales y su integración en el modelo de cuidado. 4. Consolidar información base para la investigación en el territorio. 5. Identificar las prácticas culturales de mayor uso en la población. 6. con algunos de estos hallazgos se sugiere que la autoridad haga análisis para mantener y mejorar las prácticas de cuidado de la salud en las gestantes.	

RECOMENDACIONES	
1. Esta encuesta no busca modificar sus prácticas culturales y ningún aspecto de lo que usted hace o aplica en su vida diaria. 2. Asimismo, dentro de la cultura del resguardo se debe fomentar en la familia la realización de prácticas culturales y el uso de plantas medicinales para el buen vivir de la persona, esto no debe modificarse como tal a partir de este cuestionario	
OBSERVACIONES	
1. Si usted acepta participar, se le realizará una entrevista semiestructurada que incluirá preguntas cerradas y abiertas sobre su experiencia como gestante, su conocimiento del modelo de atención intercultural y las prácticas culturales que ha vivido. 2. La entrevista tomará aproximadamente entre 45 y 60 minutos, en un lugar cómodo y respetuoso de su privacidad. 3. Riesgos: No se anticipan riesgos físicos o psicológicos significativos. Sin embargo, algunas preguntas podrían generar emociones relacionadas con experiencias personales 4. Beneficios: No se ofrece una compensación económica, pero su participación contribuirá a mejorar la atención materna en su comunidad y fortalecer el modelo de cuidado Yanaona. 5. Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento, sin que esto afecte su atención en salud ni su relación con la comunidad o las instituciones involucradas. 6. Toda la información que usted proporcione será tratada de manera confidencial y anónima. Su nombre no aparecerá en ningún informe o publicación. Los datos serán utilizados únicamente para fines académicos, con respeto por su identidad, cultura y privacidad.	
DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE LA COMUNERA	
He leído (o me han leído) la información anterior, me han aclarado mis dudas y entiendo los propósitos y condiciones del estudio Entiendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto implique consecuencia alguna, y que la información que proporcione será tratada de manera confidencial.	
Autorizo de manera libre y consciente la realización de la encuesta y doy mi consentimiento para que los datos recolectados sean utilizados con fines investigativos y académicos.	
Firma de la comunera.	Firma del encuestador

Anexo C

Formato de validación índice V Aiken

VALIDACIÓN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN - V DE AIKEN								
Saberes Ancestrales y Percepción del Modelo de Cuidado: Expectativas de las Mujeres Indígenas Yanacona en el Marco del SISPI								
Nombre del Evaluador:		Rol del evaluador:		Fecha de aplicación: DD/MM/AA				
INSTRUCCIONES: Para validar el instrumento de diagnóstico requerido en el presente estudio, se han identificado una serie de variables y un grupo preguntas que las describen. Califique cada una de las preguntas formuladas siendo 1 totalmente de acuerdo y 0 totalmente en desacuerdo, en relación a su grado de claridad, pertinencia y relevancia. Por favor tenga en cuenta las siguientes definiciones: Claridad: la pregunta está correctamente redactada y es fácil de comprender por el evaluador. Pertinencia: la pregunta permite medir con precisión la variable identificada. Relevancia: se evidencia un enfoque teórico adecuado en la redacción de la pregunta.								
A. VARIABLE 1		EVALUADOR1	EVALUADOR2	EVALUADOR3	EVALUADOR4	EVALUADOR5	EVALUADOR6	V DE AIKEN
Preguntas	1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted actualmente? ☐ Menor de 14 años ☐ Entre 15 y 26 años ☐ Entre 27 y 59 años ☐ 60 años o más	1,00	1,00	1,00	0,67	0,67	1,00	0,89
	2. ¿Cuál es el nivel de escolaridad más alto que ha alcanzado? ☐ Sin educación ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Técnico / Tecnólogo ☐ Pregrado ☐ Postgrado ☐ Otro - ¿Cuál?	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	3. ¿Cuál es su estado civil? ☐ Soltera ☐ Casada ☐ En unión libre ☐ Separada o viuda ☐ Otro ☐ Prefiero no responder	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
4. ¿En qué lugar reside actualmente?		1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
B. VARIABLE 2		EVALUADOR1	EVALUADOR2	EVALUADOR3	EVALUADOR4	EVALUADOR5	EVALUADOR6	V DE AIKEN
Preguntas	5. ¿Cuál es su ocupación principal actualmente? ☐ Estudiante ☐ Trabajadora informal ☐ Trabajadora formal ☐ Ama de casa ☐ Agricultora / Trabajo comunitario en el resguardo ☐ Desempleada ☐ Otro - ¿Cuál?	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	6. ¿Cuál es el ingreso económico mensual aproximado de su familia? ☐ No aplica / Economía propia (autoconsumo, trueque) ☐ Menos de un salario mínimo ☐ Un salario mínimo ☐ Entre 1 y 2 salarios mínimos ☐ Entre 2 y 4 salarios mínimos ☐ Más de 4 salarios mínimos	1,00	1,00	1,00	0,67	0,67	1,00	0,89
C. VARIABLE 3		EVALUADOR1	EVALUADOR2	EVALUADOR3	EVALUADOR4	EVALUADOR5	EVALUADOR6	V DE AIKEN
Preguntas	7. ¿En qué etapa se encuentra actualmente? ☐ Gestación (Muyuy turpuy) ☐ Puerperio (Pakarina)	1,00	1,00	1,00	0,67	0,67	1,00	0,89
	8. En su embarazo más reciente, ¿cómo fue atendido el parto? ☐ Vaginal/Natural ☐ Cesárea	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94

PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE MUJERES GESTANTES DEL PUEBLO YANAONA FRENTE AL CUIDADO MATERNO INTEGRAL, PROPIO E INTERCULTURAL

85

Preguntas	3	9. ¿En qué lugar fue atendido su parto más reciente? ☐ En domicilio ☐ En el puesto de salud de la comunidad ☐ En clínica u hospital ☐ En casa de la partera ☐ Otro lugar - ¿Cuál?	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	4	10. En relación a sus antecedentes obstétricos: a. ¿Cuántos embarazos ha tenido en total? _____ b. ¿Cuántos partos vaginales tuvo? _____ c. ¿Cuántas cesáreas tuvo? ~-~ _____ d. ¿Cuántos hijos viven actualmente?~ _____ e. ¿Cuántos hijos fallecieron? _____ f. ¿Cuántos embarazos terminaron antes del parto (abortos espontáneos o inducidos)? _____	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
D. VARIABLE 4			EVALUADOR1	EVALUADOR2	EVALUADOR3	EVALUADOR4	EVALUADOR5	EVALUADOR6	V DE AIKEN
Preguntas	1	11. ¿Ha recibido información sobre este modelo de cuidado del pueblo yanakona ? ☐ Sí ☐ No	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	2	12. ¿Quién le brindó esa información? ☐ Personal de salud ☐ Autoridad indígena ☐ Familia ☐ Otro:	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	3	13. ¿Qué tanto conoce el modelo de cuidado Muyuy Tarpuy y Pakarina Instrucción: Para cada afirmación marque del 1 al 5 según su grado de acuerdo. (1 = Totalmente en desacuerdo / 5 = Totalmente de acuerdo)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	4	14. El modelo respeta mi cultura Instrucción: Para cada afirmación marque del 1 al 5 según su grado de acuerdo. (1 = Totalmente en desacuerdo / 5 = Totalmente de acuerdo)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
Preguntas	5	16. Confío en la atención recibida Instrucción: Para cada afirmación marque del 1 al 5 según su grado de acuerdo. (1 = Totalmente en desacuerdo / 5 = Totalmente de acuerdo)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	6	17. El modelo combina bien medicina tradicional y occidental Instrucción: Para cada afirmación marque del 1 al 5 según su grado de acuerdo. (1 = Totalmente en desacuerdo / 5 = Totalmente de acuerdo)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	E. VARIABLE 5		EVALUADOR1	EVALUADOR2	EVALUADOR3	EVALUADOR4	EVALUADOR5	EVALUADOR6	V DE AIKEN
	1	18. ¿Las prácticas de cuidado propias del pueblo Yanakona me generan confianza para mi salud y la de mi bebé. Para cada afirmación marque del 1 al 5 según su grado de acuerdo. (1 = Totalmente en desacuerdo / 5 = Totalmente de acuerdo)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
Preguntas	2	19. Prefiero que mi embarazo y postparto sean acompañados por alguien de la comunidad antes que solo por personal médico externo. Para cada afirmación marque del 1 al 5 según su grado de acuerdo. (1 = Totalmente en desacuerdo / 5 = Totalmente de acuerdo)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	3	20. Considero que el modelo de cuidado propio y la medicina occidental pueden complementarse sin que uno anule al otro	1,00	1,00	1,00	0,33	0,67	1,00	0,83
	4	21. Me siento cómoda hablando de mis prácticas culturales con el personal de salud que me atiende fuera del resguardo. Para cada afirmación marque del 1 al 5 según su grado de acuerdo. (1 = Totalmente en desacuerdo / 5 = Totalmente de acuerdo)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	5	22. Recomendaría a otras mujeres del resguardo participar en el modelo de cuidado Muyuy Tarpuy y Pakarina. Para cada afirmación marque del 1 al 5 según su grado de acuerdo. (1 = Totalmente en desacuerdo / 5 = Totalmente de acuerdo)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
F. VARIABLE 6			EVALUADOR1	EVALUADOR2	EVALUADOR3	EVALUADOR4	EVALUADOR5	EVALUADOR6	V DE AIKEN
Preguntas	1	23. Ha tenido alguna dificultad que le haya impedido asistir a sus controles de embarazo y postparto. Sí ☐ / No ☐	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67		0,93

PERCEPCIONES Y EXPERIENCIAS DE MUJERES GESTANTES DEL PUEBLO YANAONA FRENTE AL CUIDADO MATERNO INTEGRAL, PROPIO E INTERCULTURAL

86

Preguntas	2	24. ¿Su respuesta fue "Sí"? ¿Cuál de las siguientes situaciones le dificultó acceder al modelo de cuidado propio? (marque todas las que apliquen) ☐ La distancia desde su casa hasta el punto de atención ☐ No tener con quién dejar a sus otros hijos ☐ Falta de dinero para el transporte ☐ No saber a dónde acudir o a quién contactar ☐ Miedo a que la juzgaran por no ir al hospital ☐ Presión familiar para ir solo a la clínica u hospital ☐ No tuvo dificultades	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	0,93	
	3	25. ¿Cómo califica usted la facilidad para llegar a la unidad de cuidado? Marque con una X ☐ Fácil (Llega rápido y sin esfuerzo) ☐ Regular (Le toma tiempo, pero puede llegar) ☐ Difícil (Requiere mucho esfuerzo o gasto económico)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	0,93	
G. VARIABLE 7			EVALUADOR1	EVALUADOR2	EVALUADOR3	EVALUADOR4	EVALUADOR5	EVALUADOR6	V DE AIKEN
Preguntas	1	Respeto por sus creencias y prácticas culturales. ☐ Pensando en toda la atención que recibió durante su embarazo, parto y postparto, ¿qué tan satisficha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisficha / NA = No recibí este tipo de atención)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	2	Explicaciones en un lenguaje comprensible para usted. ☐ Pensando en toda la atención que recibió durante su embarazo, parto y postparto, ¿qué tan satisficha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisficha / NA = No recibí este tipo de atención)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	3	Trato recibido por parte de la partera o sabedora. Pensando en toda la atención que recibió durante su embarazo, parto y postparto, ¿qué tan satisficha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisficha / NA = No recibí este tipo de atención)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	4	Trato recibido por parte del personal médico externo. Pensando en toda la atención que recibió durante su embarazo, parto y postparto, ¿qué tan satisficha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisficha / NA = No recibí este tipo de atención)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	5	Posibilidad de tomar decisiones sobre su propio cuidado. Pensando en toda la atención que recibió durante su embarazo, parto y postparto, ¿qué tan satisficha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisficha / NA = No recibí este tipo de atención)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	6	Acompañamiento frente a sus necesidades espirituales o rituales. Pensando en toda la atención que recibió durante su embarazo, parto y postparto, ¿qué tan satisficha está con cada aspecto? (1 = Muy insatisfecha / 5 = Muy satisficha / NA = No recibí este tipo de atención)	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	7	27. Si pudiera cambiar algo de la atención recibida durante ese periodo, ¿qué sería lo primero? Marque con una X ☐ Que me explicaran mejor mis opciones de cuidado ☐ Más respeto por mis prácticas culturales ☐ Atención más cerca de mi casa ☐ Que el parto lo atendiera quien yo eligiera ☐ Mejor comunicación entre partera y médico ☐ No cambiaría nada	1,00	1,00	1,00	0,67	0,67	1,00	0,89
H. VARIABLE 8			EVALUADOR1	EVALUADOR2	EVALUADOR3	EVALUADOR4	EVALUADOR5	EVALUADOR6	V DE AIKEN
Preguntas	1	28. ¿Alguna vez ha participado en espacios comunitarios donde se hable del cuidado de las mujeres gestantes dentro del modelo propio Yanacona? (mingas, asambleas, encuentros de sabedoras) Marque con una X ☐ Sí, más de una vez ☐ Sí, una sola vez ☐ No, pero me gustaría ☐ No, y no me interesa ☐ No sabía que existían esos espacios	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	2	29. ¿considera usted que Su opinión como mujer gestante es tomada en cuenta dentro del modelo de cuidado de su comunidad? ☐ Nunca me preguntan ☐ Casi nunca ☐ A veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre se tiene en cuenta	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94
	3	30. ¿Con qué frecuencia recibe o recibió visitas de seguimiento por parte de la partera, promotora o sabedor durante su embarazo? ☐ Más de una vez por mes ☐ Una vez al mes ☐ Solo en momentos puntuales ☐ Solo cuando yo fui a buscarla ☐ No recibí visitas	1,00	1,00	1,00	1,00	0,67	1,00	0,94

Anexo D

Carta aval autoridad indígena

	PUEBLO YANAONA CABILDO DE INDÍGENAS RESGUARDO ANCESTRAL DE RIOBLANCO SOTARÁ - CAUCA NIT. 800255895-1	
El Suscrito Gobernador de Indígenas del Resguardo Ancestral Yanaona de Rioblanco, dentro del Municipio de Sotará, departamento del Cauca, en ejercicio de las Atribuciones Jurisdiccionales y propia forma de Gobierno, reconocidas y otorgadas por la Constitución Política de Colombia de 1.991 (Arts. 246, 287 y 330), Ley 89 de 1.890, Ley 21 de 1.991 que ratifica y aprueba el Convenio de la OIT, Ley 585 del 2.000 que articula a la Autoridades indígenas a la rama judicial del poder público, Sentencias y conceptos de la Corte Constitucional en materia de Autonomía Política y Jurídica, de protección y defensa de la diversidad étnica y cultural del país.		
AUTORIZA		
A: Las estudiantes JURLY GUACA GARCÍA identificada con CC 1.084.255.979, VICTORIA EUGENIA ROCHA TENORIO identificada con CC 1.061.740.414, ANA MARÍA OMEN TINTINAGO identificada con CC 1.061.794.304 y ELIANA MARITZA JARAMILLO BURBANO identificada con CC 69.009.546, para el ingreso al territorio y el desarrollo del proyecto de investigación denominado "Voces de la Maternidad Indígena: Experiencias y Desafíos en la Implementación del Modelo de Cuidado Yanaona en el marco del SISPI", como opción de grado para optar al título de magister en administración de empresas de salud de la Universidad EAN en convenio con la universidad del Cauca. Durante el desarrollo se realizará el diligenciamiento del instrumento entrevista semiestructurada a gestantes pertenecientes al Resguardo Indígena de Rio Blanco, con el fin de consolidar información necesaria para el desarrollo del proyecto de investigación mencionado. Para constancia se firma a los 27 días del mes de mayo del 2025 en Rioblanco Sotará.		
 DAVID IMBACH Gobernador de Indígenas Rioblanco Sotará		
AUTORIDAD ANCESTRAL DE RIOBLANCO SOTARÁ		
Correspondencia: Casa administrativa del Cabildo Rioblanco Sotará, Cauca.	cabildoindigenarioblanco@gmail.com 3136317543	
*RIOBLANCO SOTARÁ, TERRITORIO BIODIVERSO DE LA CULTURA YANAONA		